한국심리학회지 : 임상
The Korean Journal of Clinical Psychology
2006, Vol. 25, No. 2, 323-340

임상현장 학령기 환아를 대상으로 한 사회성 증진 프로그램의 효용성 연구*

임 채 미 오 윤 희†

성균관의대 강북삼성병원 정신과

본 연구의 목적은 임상현장에서 대부분의 환아들에게 공통적으로 문제가 되는 사회적응 곤란을 향상시키고자 사회성 증진 프로그램을 실시하여 그 치료적 효용성을 검증하는 것이다. 연구대상은 소아정신과에 내원하여 다양한 심리장애로 진단된 환아 중 사회성이 저조하다고 조작적으로 정의된 아동이며, 치료집단에게만 사회성 증진 프로그램을 실시하였다. 치료집단은 총 19명(남아 12명, 여아 7명), 통제집단은 총 22명(남아 17명, 여아 5명)이였다. 치료집단과 통제집단의 사전 동질성이 확보되지 않아, 치료효과 검증 시 사전 검사치를 공분산으로 하는 공분산 분석을 실시하였다. 공분산 분석 결과, 임상가가 평정한 의사소통 기술 및 그 하위요인에 있어서는 집단 간 차이가 유의미하였고, 치료집단이 통제집단에 비해 의사소통 기술의 상승 폭이 유의하게 컸다. 그 밖의 영역에서는 통계적으로 의미있는 치료효과를 발견하기 어려웠고, 부모의 평정과는 상이하게 오히려 치료집단의 경우 아동이 평정한 자기통제 및 교사가 평정한 자기주장이 감소된 것으로 나타나는 등 불일치하는 결과를 보였다. 비록 임상현장에서 실시한 사회성 증진 프로그램의 효용성이 전반적인 영역에서 유의하지 않았으나, 의사소통 기술과 관련해서는 고무적인 치료효과가 나타난 것으로 평가된다. 마지막으로 본 연구의 임상적 시사점과 연구의 제한점 그리고 후속 연구에 대해 제언하였다.

주요어 : 임상현장, 학령기 환아, 치료효용성, 사회성 증진 프로그램 의사소통 기술

---

* 프로그램 운영에 도움을 준 김무경, 김현정, 이선영, 이주영, 정지영 선생에게 감사의 뜻을 전함.

† 교신저자(Corresponding Author) : 오윤희 / 성균관의대 강북삼성병원 정신과 / 서울시 종로구 평동 108
TEL : 02-2001-2221 / FAX : 02-2001-2211 / E-mail : psyoh@chollian.net

아동·청소년 대상의 심리치료 효과에 대한 논란은 다음과 같은 일련의 연구에 의해 더 이상 제기되지 않게 되었다. 즉 1950년대 이후, 1500개의 연구(Durlak, Wells, Cottoon, & Johnson, 1995; Kazdin, 2000)와 4개의 주요 메타분석 연구(Casey & Berman, 1985; Kazdin, Bass, Ayers, & Rodgers, 1990; Weisz, Weiss, Alicke, & Klotz, 1987; Weisz, Weiss, Han, Granger, & Morton, 1995)를 통해 다양한 심리적 문제를 가지고 있는 아동에게 심리치료가 도움이 된다는 것이 반복해서 증명되었다.

90년대 들어 아동심리치료 연구는 이와 같은 치료법이 경험적으로 지지되는지(empirically supported treatments; ESTs) 혹은 증거에 기반한 치료인지(evidence-based treatments; EBTs)를 규명하는 단계로 진보하였다(Lonigan & Elbert, 1998). 이를 통해 특정 아동기 심리장애에 경험적으로 지지되는 치료법들이 규명되었는데, 그것들은 다음과 같다(Chambless & Ollendick, 2001). 우선 아동기 불안 및 공포장애에서는 인지행동치료(cognitive behavioral therapy; CBT) 및 가족 불안관리 훈련(family anxiety management training)이 동반되는 CBT, Kendall(1994)이 개발한 Coping Cat program(Kendall et al., 1997; Barrett, Dadds, & Rapee, 1996)이 경험적으로 지지되었다. 또한 아동기 우울장애에 대해서는 Stark과 그의 동료들이 개발한 CBT 프로그램(Stark, Reynolds, & Kaslow, 1987; Stark, Rouse, & Livingston, 1991) 및 Rohde와 그의 동료들이 개발한 CWD-A(a group-administered Adolescents Coping With Depression)가 경험적으로 지지되었다. 임상장면에서 흔히 보게 되는 과잉행동 주의력결핍장애(ADHD)의 경우, 행동주의적 부모훈련(behavioral parenting training)과 교실에서의 행동수정(behavioral modification in classroom), 장기간의 복합모형 치료(long-term multimodal therapy)가 경험적으로 타당한 치료로 보고되었다.

하지만 최근 들어 경험적으로 지지되는 치료법과 관련해 몇 가지 비판이 제기되는데(Hibbs & Jensen, 2005), 그 중 가장 대표적인 것이 임상적 효용성에 대한 문제다. 즉 동질적인 표본을 대상으로 엄격하게 통제된 조건에서 치료효과가 검증된 이들 치료법이 대부분 동질적이지 않은 표본을 대상으로 훨씬 덜 통제된 조건에서 치료를 하고 있는 대부분의 임상가에게 도움이 안 된다는 것이다. 다시 말해 엄격하게 통제된 조건에서 검증된 치료효과가 실제 임상현장에서도 효과적으로 적용될 수 있는지(from efficacy to effectiveness)에 대한 검증이 요구된다. 이처럼 실험실에서 증명된 치료법과 실제 임상현장에서 이루어지고 있는 치료에 상당한 격차가 존재한다는 것(Weisz, 2000)은 다음과 같은 임상현장의 현실을 통해서도 반증된다. Kazdin(2000)은 실제로 수백만의 아동들이 매년 임상현장에서 치료를 받고 있지만, 이들 중 대다수는 치료효과를 검증받아 본 적이 없는 치료를 받고 있다고 보고한 바 있다.

임상현장에서 치료효과를 연구한다는 것은 어려운 일이 아닐 수 없다. 가장 큰 제약 중의 하나는 임상현장에서 실제 진단범주 및 증상 간의 공존율이 높다는데 있다(Angold, Costello, & Erkanli, 1999). 반면에 대부분의 전통적인 실험연구는 치료에 적합한 동질적인 대상을 선별하거나 잠재적으로 문제가 될 수 있는 공존질환을 배제하여 치료효과를 규명한다. 이처럼 실험실 상황과 실제 임상현장에서의 상황 간에 상당한 차이가 존재함에도 불구하고, 실험실 상황에서 검증된 치료효과가 실제 임상현장에서도 효과적으로 적용될 수 있는지에

대한 연구나 정보는 턱없이 부족하다(Weisz, Weiss, & Donenberg, 1992; Westbrook & Kirk, 2005).

다른 한편 경험적으로 지지된 치료법들이 지나치게 몇몇 임상장애에 편중되었다는 비판이 있다. Weisz, Jensen 그리고 Mcleod(2005)는 아동치료에 대한 연구가 지나치게 단일문제와 단일장애에 국한되는 것에서 벗어나 여러 장애에 공존하는 문제 혹은 공존장애를 다루는 방향으로 확장되어야 한다고 주장했다. 이는 장애초점적인 치료접근이 증상경감에는 적합하나, 장기적인 관점에서 아동의 적응기능을 향상시키기에는 한계가 있기에 더욱 설득력이 있다(Pelham & Hinshaw, 1992; Weiss & Hechtman, 1993).

이와 같은 측면에서 볼 때, 다양한 심리적 문제 및 장애를 가지고 있는 아동들이 공통적으로 겪는 부분에 대한 치료적 개입이 시급한데, 그것은 또래관계 및 사회적응의 문제일 것이다. 실제로 Malik와 Furman(1993), Rutter와 Garmezy(1983)의 연구에 따르면 치료를 받는 아동에서의 또래관계 문제가 그렇지 않은 아동에 비해 두 배로 많다고 지적하였다. 또한 국내연구에서도 소아·청소년 정신과 병동에 입원하는 소아 환아 대부분이 사회적 유능감이 저조하여 또래관계에 문제가 있다고 보고되었다(김정림 등, 1998).

각 장애별로 봤을 때도 또래관계 및 사회적응 상의 곤란은 공통적으로 겪는 문제로 지적된다. ADHD 아동을 보면, 이들은 충동성과 과잉행동의 일차적인 증상 외 대인관계의 갈등, 사회적 유능감의 부족과 자기통제의 곤란, 사회적 위축 등 이차적인 증상을 겪는다(Johnston, Pelham, & Murphy, 1985; Weiss & Hechtman, 1993). 이들의 충동성과 과잉행동으로 인해 다른 아이들과의 공유 및 협동행동 등 자연스러운 사회적 교류가 어려워지고, 또래로부터 거부당하고 따돌림을 받으면서 사회적 기능 수준은 더욱 저하된다(Sameroff, Lewis, & Miller, 2000). 특히 사회 부적응의 문제는 청소년기와 성인기까지 지속되어 광범위한 인지적, 사회적, 정서적인 문제를 야기하며(Barkley, 1997; Hinshaw, 1994; Parker & Asher, 1987), 성인의 심각한 정신병리로 이어질 수 있다는 점에서(Keenan et al., 1998), 주의력결핍 과잉행동장애에서의 사회성 증진을 목표로 한 치료적 개입은 중요하다.

우울한 아동 역시 우울증상으로 인해 학교생활 및 친구들과의 관계 등 여러 가지 상황에서 수동적이거나 회피적인 양상을 보이며, 이들의 사회성은 저조하다(Hammen & Rudolph, 1996). 이러한 측면에서 우울한 아동을 대상으로 하는 대인관계 치료에서는 장기적으로 사회적응 수준을 향상시키고자, 대인관계 문제와 관련된 부정적인 인지를 교정하는 것에 더해 구체적인 사회기술을 교육시킨다(Weissman, Markowitz, & Klerman, 2000).

이렇듯 대부분의 임상아동은 공통적으로 또래관계 어려움 및 사회적응 곤란을 겪으므로, 이에 대한 치료적 개입은 기존의 장애초점적인 치료가 갖는 한계를 극복할 수 있을 것이다.

이미 국외에서는 다양한 심리장애를 가지는 아동을 대상으로 사회성 증진을 목적으로 한 치료 프로그램이 실시되어 왔다(Beelmann, Pfingsten, & Losel, 1994; Elliot & Gresham, 1993; Kolko, Loar, & Sturnick, 1990; LaGreca, 1993; Oden & Asher, 1977). 국내에서도 사회성이 결핍된 일반아동, 학교장면에서 진단된 ADHD 아동, 초등학교 고립아를 대상으로 한 사회성 증진 치료가 효과가 있음이 보고된 바 있다(두정훈, 손정락; 2003; 양윤란, 1995; 문영희, 1998).

또한 국내 임상현장에서도 아동의 사회성 증진을 위한 치료가 진행되어 왔다. 그러나 이들 연구는 주로 ADHD와 같은 특정장애 준거에 해당하는 아동만을 선별하여 동질적인 대상에게만 실시하였거나(한은선, 안동현, 이양희, 1999) 대상의 수가 현저히 부족하며(박순영, 곽영숙, 김미경, 1998; 이정은, 김춘경, 2002) 다양한 평정자나 평정도구가 한정되어 있는(이은희, 2004) 등 실제 임상현장에서의 치료 효용성을 논의하기에 무리가 따른다.

이에 본 연구는 실제 임상현장에서 통상적으로 이루어지는 치료 프로그램의 효용성을 검증하고자 하였다. 이를 위해서 ADHD를 비롯한 다양한 심리장애를 가진 학령기 아동들에 있어 가장 공통적으로 요구되는 문제인 또래관계 및 사회적응 곤란을 향상시키고자, 사회성 증진 프로그램을 실시하였다. 특히 Hibbs와 Jensen(2005)이 주장한대로, 이같은 치료효과가 진단적으로나 문제의 심각도에서 이질적인 임상표본을 대상으로 한 덜 통제된 조건하에서도 검증되는지 보고자 하였다. 따라서 가정, 학교, 또래관계 등 다양한 사회적 관계에서의 아동의 사회적응 수준을 평가하고, 치료효과의 신뢰성과 객관성을 높이고자, 평정자를 아동 본인 및 임상가, 부모, 교사로 하는 다평가 체제를 도입하였다.

방법 및 절차

연구대상

본 연구의 대상은 서울 소재 종합병원 소아정신과에 내원하여 다양한 심리장애로 진단받은 초등학생 중 특히 사회성이 부족하여 또래관계 어려움을 겪고 있는 소아 환아들이다. 그 중 임상심리 전문가 및 소아정신과 전문의는 진단면접과 심리학적 평가를 통해 사회성이 저조하다고 평가된 아동을 선정하였다. 사회성에 대한 조작적 정의는 다음과 같다. 첫째, 자신감이 부족하고 긍정적인 사고를 갖고 있지 않은 아동, 둘째, 교우관계에서 사회화가 낮은 아동, 셋째, 새로운 환경에 적응하거나 낯선 친구를 새롭게 사귀는 것이 힘든 아동, 넷째, 싸움이나 놀리기, 괴롭힘, 사과할 줄 모르는 등과 같은 적절한 사회적 책임감이 결여된 아동으로서 또래 친구들과 잘 어울리지 못하고 고립되어 있는 아동, 다섯째, 집단 갈등 상황에서 대처하는 방법이 부족한 아동이다(이춘자, 2000). 그 중 아동용 개인 지능검사(KEDI-WISC-Ⅲ)에서 전체지능이 80 이상인 아동을 최종 선택하였다. 통제집단은 치료집단과 동일한 조건으로 선정하였다. 각 집단원의 주 진단을 살펴보면, 치료집단의 경우, ADHD는 12명, Tic 장애는 5명, 정서장애는 2명이였다. 통제집단의 경우, ADHD는 14명, Tic 장애는 7명, 정서장애는 1명으로, χ^2 검증 결과 두 집단 간 차이는 없었다, $\chi(2, n=42)=1.39$, $p<.05$. 그 외 아동의 연령, 성별, 교육 기간, 약물치료 유무, 부모의 연령 및 교육수준, 가정의 총수입을 5개 수준으로 나눈 사회경제적 수준 모두에서 유의한 차이는 없었다. 연구대상의 인구 통계학적인 특성은 표 1에 제시하였다.

사회성 증진 프로그램의 내용

본 연구에서 실시한 사회성 증진 프로그램의 목표는 아동의 사회적응 수준을 향상시키기 위하여 사회적 맥락 및 자신과 타인의 감

표 1. 치료집단과 통제집단의 인구통계학적 특성

평가치		치료집단(n=19)	통제집단(n=22)	*t*	*p*
		M(SD)	M(SD)		
아 동	성별	남 12명 여 7명	남 17명 여 5명	.32[a]	*ns.*
	연령	8.68 (1.49)	8.31 (1.32)	.83	*ns.*
	교육년수	3.11 (1.45)	2.91 (1.41)	.44	*ns.*
	지능지수	100.05 (13.83)	104.41 (13.24)	-1.03	*ns.*
	약물치료	유 17명 무 2명	유 18명 무 4명	.49[a] -.52	*ns.* *ns.*
어머니	연령	39.00 (4.12)	39.68 (4.31)		
	교육년수	13.63 (2.75)	13.86 (2.27)	-.29	*ns.*
아버지	연령	42.05 (4.00)	43.09 (5.85)	-.65	*ns.*
	교육년수	14.11 (2.71)	14.40 (2.15)	-.40	*ns.*
부모결혼상태		유 18명 무 1명	유 21명 무 1명	.91[a]	*ns.*
사회경제적 수준 (범위 1-5)[b]		3.15 (.76)	2.86 (.47)	1.51	*ns.*

a: χ^2

b: 사회경제적 수준 범위 1: 상류 2: 중류 중에 상 3: 중류 중에 중 4: 중류 중에 하 5: 하류

정 상태를 이해하고, 의사소통 기술을 비롯한 실질적인 문제해결기술을 습득하여 회피적이고 부적응적인 행동을 적응적으로 개선하는 것이다. 치료 프로그램은 다음의 치료법들을 절충하여 개발되었다. 우선 Spence(1995)의 정서인식 훈련이 치료초반에 진행되며, Think Aloud의 자기지시절차 및 문제해결 단계가 각 치료회기에 집중적으로 제시된다. 또한 구체적인 사회기술로 의사소통 기술을 습득시키기 위하여 집단 내 상호작용을 적극적으로 조장한다.

그 외 매 회기에는 특정한 기법의 장점들을 통합하고 제한점들을 보완하여 훈련의 효과가 미치는 영향과 지속성, 일반화를 극대화시키기 위하여(Michelson et al., 1983) 다음과 같은 기법들이 적용된다. 즉 적극적인 상호작용 과정이 유발될 수 있도록 게임이나 놀이를 제공하고, 실제적인 상호작용 과정에서 학습한 기술들을 직접 적용해 볼 수 있도록 행동시연 및 역할연극, 모델링이 제공된다. 각 회기 및 가정에서 아동의 적응적인 행동빈도를 증가시키고 지속시키기 위하여 피드백과 정적강화를 제공한다. 마지막으로 부모교육을 통해 부모가 가정에서 아동의 행동에 대해 감독하고 강화할 수 있도록 조성한다. 프로그램의 각 회기별 내용은 표 2에 제시하였다.

표 2. 사회성 증진 프로그램의 내용 및 개요

1회기	집단 오리엔테이션 및 자기소개	- 자기소개 및 상황에 맞는 인사법 배우기 - 집단규칙 및 보상제도(스티커), 계약서 및 평가노트 사용법 설명하기
2회기	다양한 감정상태를 이해하고 자신의 감정을 인식하기	- 숙제점검(계약서 등 - 얼굴표정 사진/ 만화 감정판을 이용하여 다양한 감정상태를 이해하기 - 다양한 감정상황을 제시, 상황에 맞는 감정맞추기를 게임으로 진행 - 기분일지 1을 통해 현재 자신의 감정상태를 그림으로 표현하기 - 회기 내 평가 및 과제제시 (기분일지 2)
3회기	자신의 감정을 효과적으로 표현하고, 효과적인 감정표현의 결과를 인식하기	- 숙제점검 (기분일지 2 내용확인 및 발표) - '이럴 때 나라면 기분이 어떨까'라는 상황을 제시하고, 기분표현을 하는 방식에 따라 자신 및 상대방의 기분이 달라질 수 있음을 이해하기 - 기분일지 3을 제시하여, 기분일지 2의 상황에서 자신이 한 감정표현 및 다른 감정표현 방식을 작성해보기 - 기분일지 3의 상황을 역할연극하여 감정표현을 연습하기 - 회기 내 평가 및 과제제시 (기분일지 3)
4회기	자기지시 절차 습득 및 바꾸기 원하는 목표행동 수립하기	- 숙제점검 (기분일지 3 내용확인 및 발표) - 랄프 그림카드를 통해 자기지시 절차를 소개 - 간단한 인지과제에 자기지시 절차를 적용하여 숙달시키기 - 부모와 아동이 함께 바꾸기 원하는 목표행동을 현실적이고 구체적으로 타협하여 수립하기 - 회기 내 평가 및 전반기 점검, 과제제시 (목표행동 기록지 작성 등)
5회기	자기지시 절차를 적용하여 문제상황 다루기	- 숙제점검 (목표행동 기록지 및 수정행동 실행여부 확인 ,자기지시 절차 활용 사례발표) - '이럴 때 나라면 기분이 어떨까'의 상황을 다시 제시하여 자기지시 절차를 적용하고, 제시된 과정에 따라 역할연기 - 회기 내 평가 및 과제제시 (다툼일지 소개, 자기지시 절차 활용평가)
6회기	ABC 기법 소개 (상황에서 어떻게 행동하느냐에 따라 결과가 달라짐을 이해)	- 숙제점검 (다툼일지 확인 및 수정행동 실행여부 확인) - 미로찾기를 통해 ABC 기법 (상황-행동-행동결과)이해하기 - 다툼일지 상황에 ABC 기법 및 자기지시 절차 적용 - 문제상황에서 ABC 및 자기지시 절차 적용해보기 - 회기 내 평가 및 과제제시 (다툼일지 및 문제해결 기록지 작성)
7회기	ABC 기법 및 자기지시 절차를 적용하여 문제상황에서의 대처능력 향상시키기	- 숙제점검 (다툼일지 및 문제해결 기록지 발표, 수정행동 실행여부 확인) - 다툼일지 상황에 ABC 기법 및 자기지시 절차를 적용하여 문제를 해결하고 역할연기를 통해 습득된 기술을 훈련하기 - 이완법을 습득하여 갈등상황에서 발생하는 부정적인 감정을 다루기 - 회기 내 평가 및 과제제시 (다툼일지 및 문제해결 기록지에 어떠한 방법으로 상황에 대처했는지 작성)
8회기	집단 마무리	- 숙제점검 (다툼일지 및 문제해결 기록지 발표, 수정행동 실행여부 확인) - 총 회기 내용정리 및 전체적인 평가 - 수료증 수여

사회성 증진 프로그램의 운영 및 평가

사회성 증진 프로그램은 주 2회 총 8회기로 구성된 단기 프로그램으로, 각 회기는 주요 목표 외 게임이나 놀이시간이 포함되는 총 90분 동안 실시되었다. 부모교육 시간은 약 15-20분 동안 진행되었다. 본 연구대상은 2003년 7월/12월, 2004년 7월/12월, 2005년 7월, 5차례의 시기 동안 모집된 아동들이다. 프로그램은 임상심리 전문가 1인의 감독 하에 임상심리 레지던트 1명이 주치료자로 1명은 보조치료자로 운영되었다. 주치료자와 보조치료자는 사회성 증진 프로그램을 동일하게 시행할 수 있도록 충분히 연습하는 예행 기간을 거쳤다. 사전평가와 사후평가는 치료시작 2주 전과 치료종료 2주 후 실시되었다.

평가도구

사회기술 평정체계 (Social Skills Rating System; SSRS)

SSRS는 Gresham과 Elliott(1990)이 3세에서 18세 아동의 사회적 행동에 관한 정보를 수집하여 질문지 형식으로 제작한 청소년의 사회적 행동에 대한 총괄적인 중다평정자 체계이다. 이 평정체계는 3종류(교사용, 부모용, 학생용)의 평정 형태로 이루어져 있다. 본 연구에서는 총점을 문항수로 나눈 평균을 사용하여 각 요인별 점수와 단일 점수를 구하였다.

① 교사용: Gresham과 Elliott(1990)은 반분신뢰도에 의한 내적 합치도가 .94이며, 4주간의 시간 간격을 두고 실시한 재검사 신뢰도는 .85라고 보고하였다. 국내에서는 김향지(1996)가 타당화 연구를 하였고, 평가도구의 반분신뢰도는 .85였다.

② 부모용: 김향지(1996)의 연구결과, 38개의 사회적 기술 문항에서의 신뢰도 Cronbach α는 .82로 보고되었다.

③ 아동용: 문성원(1998)이 문화적 차이를 고려하여 원척도를 번안하여 수정한 7점 척도를 한영주가(1999)가 6점 척도로 수정하여 요인분석 하였다. 그 결과, 협동성이 .82, 공감이 .80, 주장성이 .72, 자기조절이 .53이었다.

한국판 아동청소년 행동평가 척도 (Korea-Child Behavior Checklist; K-CBCL)

K-CBCL(오경자, 이혜련, 홍강의, 하은혜, 1997)은 Achenbach과 Edelbrock(1983)이 제작한 CBCL(Child Behavior Checklist)을 국내에서 번역하여 표준화한 부모보고식 아동행동 평가척도이다. K-CBCL의 표준화 연구에 따르면 하위척도에 대한 내적 합치도 계수는 .62에서 .86으로 비교적 양호한 수준이었고, 1개월 간격으로 실시된 검사-재검사 신뢰도는 평균 .68이였다. 본 연구에서는 K-CBCL 중 사회능력 총점을 사용하였다.

또래 유능성 척도

또래 유능성 척도는 박주희(2000)가 교사의 평가를 통해 아동의 또래 유능성을 측정하기 위하여 사용하였다. 이 척도는 3개의 하위요인(사교성, 친사회성, 주도성)으로 구성된다. 전체 15개 문항의 내적 합치도 계수인 Cronbach α는 .92였으며, 하위영역별 내적 합치도는 사교성이 .93, 친사회성이 .88, 주도성이 .90이었다.

의사소통 기술

국내에서는 김진경(2002)이 선행연구(Delia & Clare, 1977; Delia, Kline & Burleson, 1979; Ritter, 1979)들을 참고하여 기능적인 의사소통 기술

중 또래수용과 관련 있는 의사소통 기술로 설득, 위로, 대상참조 3개의 하위요인을 선택하였다. 본 연구에서의 평정자는 1명의 임상심리 전문가 및 4명의 임상심리 레지던트들이였으며, Kappa 계수로 구한 평정자간 일치도는 .80-.84이였다.

자료 분석 방법

본 연구의 자료 분석은 SPSS 11.0을 사용하여 다음과 같은 절차로 실시하였다. 사전평가에서 치료집단과 통제집단 간 동질성 확인을 위하여 인구학적 변인 및 각 측정치에 대해 t 검증을 실시하였다. 또한 두 집단 내의 측정 시기별 치료효과를 비교하고자, 사전-사후 점수를 Paired t-test로 검증하였다. 마지막으로 사후평가 때 두 집단 간 차이를 알아보기 위하여, 사전평가 측정치를 공변인(covariate)으로 하여 처치효과를 알아보는 공분산 분석(ANCOVA)을 실시하였다.

표 3. 치료집단과 통제집단 간 사전 동질성 비교

평가영역	치료집단 (n=19) M(SD)	통제집단 (n=22) M(SD)	t	평가영역	치료집단 (n=19) M(SD)	통제집단 (n=22) M(SD)	t
아동 평정 영역				**임상가 평정 영역**			
SSRS 사회기술 총점	2.98(.89)	3.48(.91)	-1.76	의사소통 기술 총점	14.22(4.70)	13.32(5.99)	.52
협력	3.05(.80)	3.43(.93)	-1.37	설득	2.44(1.95)	2.14(1.86)	.51
공감	3.04(.98)	3.79(1.11)	-2.26*	위로	4.11(1.45)	3.27(1.80)	1.59
자기주장	2.57(1.38)	3.06(1.06)	-1.28	대상참조	7.67(3.43)	7.91(3.65)	-.22
자기통제	3.19(1.15)	3.40(1.15)	-.59				
부모 평정 영역				**교사 평정 영역**			
SSRS 사회기술 총점	1.91(.34)	1.96(.29)	-.54	SSRS 사회기술 총점	2.03(.51)	2.12(.37)	-.69
협력	1.97(.47)	1.79(.31)	.72	협력	2.05(.42)	2.18(.48)	-.94
자기주장	1.80(.42)	1.71(.38)	-1.82	자기주장	2.06(.96)	2.10(.43)	-.21
책임	2.05(.34)	2.15(.31)	-1.01	자기통제	1.97(.43)	2.07(.33)	-.87
자기통제	1.89(.33)	1.89(.27)	.02	또래 유능성 총점	21.26(11.43)	31.36(12.44)	-2.70*
CBCL 사회능력 총점	41.95(10.25)	49.18(10.61)	-2.21*	사교성	6.32(4.03)	9.73(4.54)	-2.53*
				친사회성	9.63(4.50)	10.77(4.31)	-.83
				주도성	5.32(4.06)	10.86(5.04)	-3.84***

주. SSRS: Social Skills Rating System. Gresham과 Elliot(1990)의 연구에 근거하여, 본 연구에서는 협력(cooperation), 자기주장(assertion), 책임(responsibility), 공감(empathy), 자기통제(self-control)로 명명함.
CBCL: Child Behavior Checklist
*p<.05, **p<.01, ***p<.001.

결 과

치료집단 대 통제집단의 사전평가 분석

사전평가에서 우선 아동이 평정한 총 사회기술 및 3개의 하위요인인 협력, 자기주장, 자기통제에서는 유의한 차이가 없었으나, SSRS 중 하위요인인 공감에서는 유의한 차이를 보여($t(39)=-2.26$, $p<.05$), 치료집단에 비해 통제집단의 공감능력이 더 발달된 것으로 나타났다. 또한 부모가 평정한 SSRS 사회기술 및 4개의 하위요인에서는 두 집단 간 차이가 없었으나, CBCL 사회능력에 있어서는 치료집단이 통제집단에 비해 유의하게 저조하였다, $t(39)=-2.21$, $p<.05$. 한편 교사가 평정한 SSRS 사회기술 및 3개의 하위요인에서는 집단 간 차이가 없었다. 한편 치료집단이 통제집단에 비해 또래 유능성 총점($t(39)=-2.70$, $p<.05$), 및 하위요인 중 사교성($t(39)=-2.53$, $p<.05$), 주도성($t(39)=-3.84$, $p<.001$)이 유의하게 저조하였다. 마지막으로 임상가가 평정한 의사소통 기술 및 하위요인인 설득, 위로, 대상참조 모두에서는 집단 간 유의한 차이는 없었다.

두 집단 내 사전평가와 사후평가의 비교

사회성 증진 프로그램을 시작하기 전과 비교하여 치료를 마친 후에 얼마나 유의한 향상이 있었는지 알아보기 위하여, 각 집단의 사전과 사후 평가치를 Paired t-test로 검증하였다. 그 결과는 표 4에 제시하였다.

우선 치료집단을 보면, 아동은 사회기술과 관련하여 사전-사후에 별다른 변화를 보고하지 않았다. 그러나 부모가 평정한 경우, SSRS 사회기술 중 하위요인인 자기주장이 치료 전에 비해 치료 후 유의미하게 향상되었다, $t(18)=-2.02$, $p<.05$. 한편 교사가 평정한 SSRS 사회기술 및 3개의 하위요인, 또래 유능성 모두에서 통계적으로 유의미한 변화가 없었다. 그러나 치료 후, 임상가가 평정한 의사소통 기술 및 하위요인 모두에서 변화가 있었음을 알 수 있다. 즉 의사소통 기술 총점이 사전에 비해 사후에 유의미하게 향상되었고($t(18)=-7.57$, $p<.001$), 하위요인인 설득($t(18)=-2.83$, $p<.01$), 위로($t(18)=-3.31$, $p<.01$), 대상참조($t(18)=-5.27$, $p<.001$) 모두 향상되었음을 알 수 있다.

한편 통제집단의 경우, 치료집단과 마찬가지로 아동이 평정한 영역에서는 사전 사후에 변화가 없었다. 그러나 부모가 평정한 SSRS 사회기술이 유의미하게 증가하였고($t(21)=-2.72$, $p<.05$), 하위요인으로는 협력($t(21)=-3.41$, $p<.01$) 및 자기통제($t(21)=-3.02$, $p<.01$)에서 유의미한 변화가 있었음을 보고하였다. 그러나 CBCL 사회능력에서는 변화가 없었다. 그 외 교사가 평정한 영역에서는 시기에 따른 통제집단의 변화가 없었다. 한편 임상가가 평정한 의사소통 기술을 보면, 통제집단에서도 유의미한 변화가 나타났다. 즉 의사소통 기술($t(21)=-3.19$, $p<.01$)을 비롯해 하위요인인 설득($t(21)=2.63$, $p<.05$), 위로($t(21)=2.49$, $p<.05$), 대상참조($t(21)=3.09$, $p<.01$) 모두 유의미하게 향상되었다.

두 집단 간 치료 효과 비교

사후평가에서 치료집단과 통제집단 간 차이를 알아보기 위하여, 사전평가 측정치를 공분산으로 하여 사후평가 측정치를 공분산 분석하였다. 그 결과는 표 4와 같다.

우선 사후평가 때, 부모평정 및 교사가 평

표 4. 치료집단과 통제집단 내 사전-사후 및 집단 간 비교

평가영역	치료집단 (n=19) 사전평가 M(SD)	치료집단 (n=19) 사후평가 M(SD)	집단 내 변화[a] (paired *t*)	통제집단 (n=22) 사전평가 M(SD)	통제집단 (n=22) 사후평가 M(SD)	집단 내 변화[a] (paired *t*)	집단 간 변화[b] *F*
아동 평정 영역							
SSRS 사회기술 총점	2.98(.89)	2.84(.78)	.68	3.48(.91)	3.41(1.10)	.47	.74
협력	3.05(.80)	3.01(.80)	.22	3.43(.93)	3.37(1.18)	.28	.17
공감	3.04(.98)	2.93(.93)	.45	3.79(1.11)	3.71(1.39)	.44	.53
자기주장	2.57(1.38)	2.53(.93)	.16	3.06(1.06)	2.92(1.15)	.76	.17
자기통제	3.19(1.15)	2.67(.94)	1.93	3.40(1.15)	3.42(1.19)	-.09	5.10*
부모 평정 영역							
SSRS 사회기술 총점	1.91(.34)	1.97(.34)	-1.24	1.96(.29)	2.11(.30)	-2.72*	1.89
협력	1.97(.47)	1.89(.43)	-1.40	1.79(.31)	1.89(.34)	-3.41**	.79
자기주장	1.80(.42)	2.15(.41)	-2.02*	1.71(.38)	2.36(.39)	-.96	.25
책임	2.05(.34)	2.07(.37)	-.30	2.15(.31)	2.28(.37)	-1.79	2.16
자기통제	1.89(.33)	1.93(.37)	-.68	1.89(.27)	2.09(.36)	-3.02**	3.76
CBCL 사회능력 총점	41.95(10.25)	43.36(10.80)	-.48	49.18(10.61)	51.55(10.13)	-1.04	2.88
교사 평정 영역							
SSRS 사회기술 총점	2.03(.51)	2.01(.40)	.22	2.12(.37)	2.22(.32)	-1.23	2.98
협력	2.05(.42)	2.17(.37)	-1.54	2.18(.48)	2.24(.40)	-.60	.01
자기주장	2.06(.96)	1.80(.46)	1.33	2.10(.43)	2.19(.35)	-1.03	11.29*
자기통제	1.97(.43)	2.05(.51)	-1.13	2.07(.33)	2.21(.35)	-1.73	.62
또래 유능성 총점	21.26(11.43)	32.32(11.98)	-.49	31.36(12.44)	33.91(11.64)	-1.26	2.59
사교성	6.32(4.03)	6.58(3.80)	-.37	9.73(4.54)	10.73(4.65)	-1.32	2.91
친사회성	9.63(4.50)	9.84(4.99)	-.31	10.77(4.31)	10.77(4.31)	-1.57	1.76
주도성	5.32(4.06)	5.89(4.58)	-.66	10.86(5.04)	11.23(4.45)	-.52	1.65
임상가 평정 영역							
의사소통 기술 총점	14.22(4.70)	19.11(5.12)	-7.57***	13.32(5.99)	15.95(5.43)	-3.19**	5.68*
설득	2.44(1.95)	3.67(2.00)	-2.83**	2.14(1.86)	2.55(1.65)	2.63*	3.70*
위로	4.11(1.45)	5.06(1.39)	-3.31**	3.27(1.80)	3.59(1.33)	2.49*	8.17**
대상참조	7.67(3.43)	10.39(3.48)	-5.27***	7.91(3.65)	9.82(3.92)	3.09**	36.81***

주. SSRS: Social Skills Rating System; CBCL: Child Behavior Checklist.

a. Paired t-test

b. ANCOVA

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

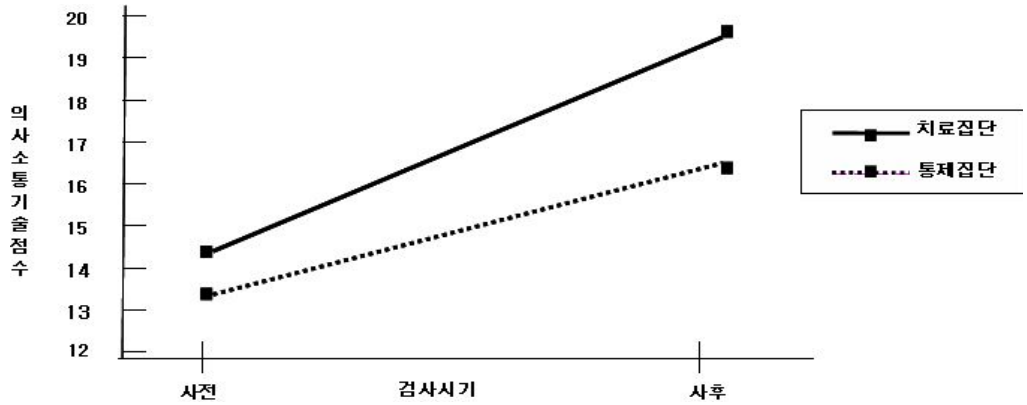

그림 1. 집단 및 검사시기에 따른 의사소통 기술점수 변화

정한 또래유능성에서는 집단 간 차이가 유의하지 않았다. 그러나 교사가 평정한 SSRS 사회기술 중 하위요인인 자기주장의 경우, 두 집단 간 유의한 차이를 보였다, $F(1,38)=11.29$, $p<.05$. 즉 통제집단은 시기에 따른 변화가 거의 없었던 반면 치료집단은 자기주장의 정도가 평균 2.06에서 평균 1.80으로 감소하여 집단 간 차이가 나타났다.

한편 아동이 평정한 SSRS 사회기술 및 3개의 하위요인인 협력, 공감, 자기주장에서는 집단 간 통계적으로 유의미한 차이가 없었다. 그러나 자기통제의 경우, 통제집단은 차이가 없는 반면 치료 집단이 평균 3.19에서 평균 2.67로 감소하여 집단 간 유의미한 차이가 나타났다, $F(1,38)=5.10$, $p<.05$.

마지막으로 임상가가 평정한 의사소통 기술에서는 집단 간 통계적으로 매우 유의미한 차이가 나타났다. 즉 의사소통 기술의 경우, 통제집단도 평균 13.32에서 평균 15.95로 향상되었으나 치료집단은 평균 14.22에서 평균 19.11로 상승 폭이 더욱 커서 집단 간 유의미한 차이를 보였다, $F(1,38)=5.68$, $p<.05$. 특히 의사소통 기술의 하위요인인 대상참조가 치료집단에서 매우 유의미하게 향상되었으며($F(1,38)=36.81$, $p<.001$), 하위요인인 설득($F(1,38)=3.70$, $p<.05$), 위로($F(1,38)=8.17$, $p<.01$) 모두 치료집단이 통제집단에 비해 향상된 결과를 보였다(그림 1 참고).

논 의

실제 임상현장의 많은 치료자들은 아동의 또래문제를 간과하거나 개입방법에 있어 적절한 준비가 되어 있지 않다(Frankel, 2005). 이는 비단 또래문제에만 국한되는 것이 아니며, 실제 임상현장에서 보다 손쉽게 적용될 수 있는 적절한 치료에 대한 정보나 치료적 효용성에 대한 연구는 부족하다.

이러한 이유에서 대부분의 임상가들은 자신의 수련경험이나 슈퍼비전 혹은 임상경험에 의해 다양한 치료목표와 방법들을 병합한 소위 말하는 "임상적으로 도출된 치료(clinically derived treatment)"를 행하며(Weisz, Jensen, Mcleod, 2005), 또 대부분의 경우 그 치료결과에 대한 효과는 검증하지 않는다(Kazdin, 2000).

따라서 본 연구는 실제 임상현장에서 통상적으로 이루어지는 치료 프로그램의 효용성을 검증하고자 하였고, 이를 위해서 다양한 심리장애를 가진 소아 환아들이 공통적으로 겪는 또래관계 문제 및 사회적응 곤란의 향상을 치료 목표로 하였다. 이때 기존의 통제된 실험연구와는 달리 엄격한 통제집단의 선별이 이루어지지 않았고, 집단구성원의 무선할당 및 waiting list를 적용하거나 약물치료의 영향력 역시 배제하지 않았다. 또한 연구대상 아동들은 진단적으로도 일치하지 않았고, 문제의 심각도 역시 각기 달랐다. 결과적으로 치료집단과 통제집단 간의 사전평가 측정치가 통계적으로 상이하였고, 효과검증에서는 이러한 문제점을 보완하고자 사전평가 측정치를 공변인으로 하는 통계 절차를 거쳤다.

우선 의사소통 능력의 경우, 통제집단에 비해 치료집단에서 통계적으로 유의미한 향상이 나타났다. 의사소통 기술의 부족이 또래관계 문제에 실질적으로 영향을 미치는 중요한 요인이라고 지적했던 Westmyer(1997)의 연구결과를 고려할 때, 이는 치료 중 아동들의 상호작용을 촉진하고 적절한 중재나 모델링을 제공하면서 적응적인 의사소통 방법을 학습하는 기회를 조장한 결과로 고려된다. 특히 프로그램 중 자신 및 타인의 정서상태를 인식하고 표현하는 능력의 습득은 의사소통 기술 중 타인의 감정상태를 알아차리고 적절히 위로하거나(comforting skill) 상대방의 감정상태를 참조하여 대화(listener-adapted skill)를 하는데 도움을 줬으리라 추측된다(김진경, 2002). 반면에 치료집단에 비해 상대적으로 미비하지만 통제집단에서도 의사소통 기술이 유의미하게 향상된 점과 비록 전부는 아니지만 치료자 당사자의 평정이 개입된 점은 결과의 제한점이 되겠다.

한편 사회기술 중 자기주장과 자기통제 영역에서 치료집단과 통제집단의 유의미한 차이가 나타났으나, 이에 대한 해석에는 주의가 필요하다. 교사가 평정한 자기주장과 아동이 평정한 자기통제 영역을 보면, 치료집단과 통제집단 모두 비슷한 수준의 기저선을 보였으나, 치료 후의 평가에서 치료집단 아동들의 자기주장 및 자기통제가 저하되었다고 보고되는 등 오히려 치료적 효과에 반하는 결과가 나타났다. 하지만 같은 영역에 대해 부모는 향상된 것으로 평정하였을 뿐 아니라 특히 치료집단의 경우에는 아동의 자기주장 능력이 유의미하게 변화하였다고 보고하므로, 이는 교사 및 아동의 평정과는 불일치하는 결과라 하겠다. 아마도 Fagan과 Fantuzzo(1999)의 경우처럼 각 평정자마다 자기주장이나 사회적 유능감 등과 같은 동일한 개념을 상이하게 인지하고 있을 가능성과 Van der Oord 등(2005)이 지적했던 아동의 관찰된 행동이 평정자의 지각에 따라 상이한 결과를 보였을 가능성이 고려된다. 본 연구에서는 치료효과에 영향을 미칠 수 있는 다양한 원천으로부터 자료를 얻는 것이 중요하다고 보고(송수미, 김재환, 2002에서 재인용), 다평가 체제를 도입하였다. 그럼에도 불구하고, 이로 인해 결과 해석에 혼선이 있는 바, 이같은 결과에 대해 후속 연구에서의 재검증이 요구된다.

그 밖에 CBCL 사회능력 및 또래 유능성을 비롯한 대부분의 영역에서 통제집단과 비교하여 치료집단의 치료효과가 발견되지 않았는데, 이같은 결과는 긍정적인 치료효과를 얻기 어려운 임상현장의 실정을 보여준다. 이는 임상현장에서 외래 환아를 대상으로 이루어진 사회기술 훈련의 효과검증 연구에서 치료효과가 일관되게 검증되지 않았다는 기존의 연구들과 일

치한다(Kolko, Loar, & Sturnick, 1990. Michelson, Sugai, Wood, & Kazdin, 1983; Yu, Harris, Solovitz, & Franklin, 1986).

본 연구의 제한점 및 이에 근거한 후속 연구에 대한 제언은 다음과 같다. 첫째, 본 사회성 증진 프로그램은 1주일에 2회씩 한 달 과정의 단기간 동안 진행되었다. 비록 임상현장의 실정을 고려하여 치료기간을 설정하였으나, 단기간의 치료만으로는 전반적인 영역에서 프로그램의 효과가 나타나기에 한계가 많다고 본다. 따라서 3-6개월의 추수 연구를 통해 제공된 기법들의 숙달 정도 및 치료효과의 강도나 지속성, 일반화를 평가하는 것이 반드시 필요하다고 보고, 동일아동에 대한 follow-up이 진행 중에 있다. 둘째, 치료에 의해 아동의 인지구조를 변화시키는 것이 장기적인 치료효과를 가져 올 것으로 여겨지나, 본 연구에서는 주로 외현적으로 관찰될 수 있는 행동변화만을 측정했고 자기 및 타인에 대한 지각 등 인지 변화와 관련된 치료효과에 대한 평가가 이루어지지 않았다. 본 연구에서 아동이 평정한 자기통제에서 치료집단의 경우 오히려 자기통제가 저하되었다고 보고한 결과와 관련하여, 추후 연구에서는 스스로에 대한 자기지각 및 평가와의 연관성을 살펴볼 필요가 있겠다.

본 연구는 임상아동에게 공통적으로 문제가 되는 사회적응 곤란을 향상시키는 사회성 증진 프로그램을 실시하여, 실제 임상현장에서 통상적으로 이루어지는 치료 프로그램의 효용성을 검증하고자 하였다. 비록 의사소통 기술의 향상을 제외하고는 고무적인 결과가 발견되지 않았으나, 이같은 연구를 통해 임상현장에서 실제적으로 이루어지는 치료 프로그램의 성과에 대한 체계적인 검증이 이루어졌다는 점에서 임상적 유용성 및 시사점을 갖는다 하겠다.

참고문헌

김정림, 임숙빈, 박성희, 황보영, 신윤실, 장난주, 서미혜, 강정화 (1998). 사회성 증진 프로그램이 소아·청소년 정신과 입원 환자들의 또래관계와 소외감에 미치는 효과. 정신간호학회지, 7(1), 5-20.

김진경 (2002). 시설거주여부, 성별 및 연령에 따른 초기 청소년의 의사소통 기술과 또래관계의 질. 서울대학교 대학원 가정학 석사학위논문.

김향지 (1996). 사회적 기술 중재전략이 정신지체아의 사회적 기술, 문제행동 및 학업능력에 미치는 효과. 대구대학교 대학원 박사학위논문.

두정훈, 손정락 (2003). Think Aloud 훈련이 ADHD 성향이 있는 아동의 주의력 결핍, 충동성 및 사회적 유능성에 미치는 효과. 한국심리학회지 : 임상, 22(1), 1-15.

문성원 (1998). 컴퓨터에 의해 매개되는 사회적 유능성 증진 프로그램의 개발 및 효과 검증. 연세대학교 대학원 박사학위논문.

문영희 (1998). 학령기 아동을 위한 사회기술 훈련프로그램의 개발과 효과 검증 연구. 연세대학교 대학원 석사학위논문.

박순영, 곽영숙, 김미경 (1998). 주의력결핍 과잉운동장애 아동에서 사회기술 훈련의 효과. 소아·청소년 정신의학, 9(3), 34-40.

박주희 (2000). 아동의 또래 유능성에 관련된 어머니의 목표, 양육행동 및 또래관계 관리전략. 연세대학교 대학원 박사학위논문.

송수미, 김재환 (2002). ADHD 및 우울/불안장

애 아동의 문제행동에 대한 부모-교사간 평정 일치도. 한국심리학회지: 임상, 21(4), 859-869.

양윤란 (1995). 아동용 사회기술훈련 프로그램의 효과 연구. 연세대학교 대학원 석사학위논문.

오경자, 이혜련, 홍강의, 하은혜 (1997). K-CBCL 아동 청소년 행동평가 척도. 서울: 중앙적성 출판사.

이은희 (2004). 주의력결핍·과잉행동장애 아동을 위한 사회기술훈련 효과성 연구. 가톨릭대학교 대학원 석사학위논문.

이정은, 김춘경 (2002). ADHD 아동을 위한 사회기술 향상 집단상담 프로그램 적용연구. 놀이치료연구, 4(2), 59-77.

이춘자 (2000). 사회적 기술 훈련이 아동의 교우관계, 학급활동 및 사회적 추론 능력에 미치는 영향. 부산교육대학교 교육대학원 석사학위논문.

한영주 (1999). 중·고등학교 집단따돌림("왕따") 가해자 및 피해자의 특성에 관한 연구. 이화여자대학교 대학원 석사학위논문.

한은선, 안동현, 이양희 (2001). 주의력결핍과 다활동장애(ADHD) 아동에서 사회기술훈련. 소아·청소년 정신의학, 12(1), 79-93.

Achenbach, T. M., & Edelbrock, C. S. (1983). *Manual for the Child Behavior Checklist and Revised Child Behavior Profile*. Burlinton, University of Vermont, Dept of Psychiatry.

Angold, A., Costello, E. J., & Erkanli, A. (1999). Comorbidity. *Journal of Child Psychology, Psychiatry, and Allied Disciplines, 40*, 57-87.

Barkley, R. A. (1997). *ADHD and the nature of self-control*. New York: Guilford Press.

Barrett, P. M., Dadds, M. R., & Rapee, R. M. (1996). Family treatment of childhood anxiety: A controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*, 333-342.

Beelmann, A., Pfingsten, U., & Losel, F. (1994). Effects of training social competence in children: A meta-analysis of recent evaluation studies. *Journal of Clinical Child Psychology, 23*, 260-271.

Casey, R. J., & Berman, J. S. (1985). The outcome of psychotherapy with children. *Psychological Bulletin, 98*, 388-400.

Chambless, D. L., & Ollendick, T. H. (2001). Empirically supported psychological interventions: Controversies and evidence. *Annual Review of Psychology, 52*, 685-716.

Delia, J. G., & Clare, R. A. (1977). Cognitive Complexity, Social Perception, and The Development of Listener-Adapted Communication in Six, Eight, Ten, and Twelve-year-old Boys. *Communication Monographs, 44*, 326-345.

Delia, J. G., Kline, S. L., & Burleson, B. R. (1979). The Development of Persuasive Communication Strategies in Kindergarteners through Twelfth-Graders. *Communication Monographs, 46*, 241-256.

Durlak, J. A., Wells, A. M., Cotton, J. K., & Johnson, S. (1995). Analysis of selected methodological issues in child psychotherapy research. *Journal of Clinical Child Psychology, 24*, 141-148.

Elliott, S. N., & Gresham, F. M. (1993). Social skills interventions for children. *Behavior Modification, 17*, 287-313.

Fagan, J., & Fantuzzo, J. W. (1999). Multirater

Congruence on the Social Skills Rating System: Mother, Father, and Teacher Assessment of Urban Head Start Children's Social Competencies. *Early Childhood Research Quarterly, 14(2)* , 229-242.

Frankel, F. D. (2005). Parent-assisted children's friendship training. In E. D. Hibbs. & P. S. Jensen, *Psychosocial treatments for child and adolescent disorders: empirically based strategies for clinical practice.* (2nd ed., pp. 20). Washington, DC: American Psychological Association.

Gresham, F. M., & Elliott, S. N. (1990). *Social Skills Rating System Manua*l. Circle Pines, M. N., American Guidance Service.

Hammen, C., & Rudolph, K. D. (1996). Childhood depression. In E. J. Mash & R. A. Barkley (Eds.), *Child psychopathology (pp. 153-195)* . New York: Guilford Press.

Hibbs, E. D., & Jensen, P. S. (2005). *Psychosocial treatments for child and adolescent disorders: empirically based strategies for clinical practice.* (2nd ed.), Washington, DC: American Psychological Association.

Hinshaw, S. P. (1994). *Attention deficits and hyperactivity in children.* Thousand Oaks, CA: Sage.

Johnston, C., Pelham, W. E., & Murphy, H. A. (1985). Peer relationships in ADHD and normal Children: Developmental analysis of peer and teacher rating. *Journal of Abnormal Psychology, 13(1)*, 89-100.

Kazdin, A. E. (2000). Developing a research agenda for child and adolescent psychotherapy. *Archives of General Psychiatry,* 57, 829-836.

Kazdin, A. E., Bass, D., Ayers, W. A., & Rodgers, A. (1990). Empirical and clinical focus of child and adolescent psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 58*, 729-740.

Keenan, K., Shaw, D. S., Delliquadri, E., Giovanneli, J., & Walsh, B. (1998). Evidence for the continuity of early problem behaviors: Application of a developmental model. *Journal of Abnormal Child Psychology, 26*, 441-454.

Kendall, P. C. (1994). Treating anxiety disorders in youth: Results of a randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 62*, 100-110.

Kendall, P. C., Flannery-Schroeder, E. C., Panichelli-Mindel, S. P., Southam-Gerow, M. A., Henin, A., & Warman, M. J. (1997). Treating anxiety disorders in youth: A second randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 65*, 366-380.

Kolko, D. J., Loar, L. L., & Sturnick, D. (1990). Inpatient social-cognitive skills training groups with conduct disordered and attention deficit disordered children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 31*, 737-748.

LaGreca, A. M. (1993). Social skills training with children: Where do we go from here? *Journal of Clinical Child Psychology, 22* , 288-298.

Lonigan, C. J., & Elbert, J. C. (1998). Special issue on empirically supported psychosocial interventions of children [Special issue] . *Journal of Clinical Child Psychology, 27.*

Malik, N. M., & Furman, W. (1993). Practitioner review: Problems in children's peer relations: What can the clinician do? *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 34*, 1303-1326.

Michelson, L., Mannarino, A. P., Marchione, K. E., Stern, M., Figeroa, J., & Beck, S. (1983). A comparative outcome study of behavioral social-skills training, interpersonal-problem-solving, and non-directive control treatments with child psychiatric outpatients. *Behaviour Research and Therapy, 21*, 545-556.

Michelson, L., Sugai, D. P., Wood, R. P., & Kazdin, A. E. (1983). *Social skills assessment and training with children: An empirically based handbook*. New York: Plenum Press.

Oden, S., & Asher, S. R. (1977). Coaching children in social skills. *Child Development, 48*, 495-506.

Parker, J. G., & Asher, S. R. (1987). Peer relations and later personal adjustment: Are low- accepted children at risk? *Psychological Bulletin, 102*, 357-389.

Pelham, W. E., & Hinshaw, S. P. (1992). Behavioral intervention for ADHD. In S. M. Turner, K. S. Calhoun, & H. E. Adams (Eds.), *Handbook of clinical behavior therapy* (2nd ed., pp. 259-283). New York: Wiley.

Ritter, E. M. (1979). Social Perspective-Taking Ability, Cognitive complexity and Listener-Adapted Communication in early and late adolescence. *Communication Monographs, 46*, 40-51.

Rutter, M., & Garmezy, N. (1983). Developmental psychopathology. In E. M. Hetherington (Ed.) & P. H. Mussen (Series Ed.), *Handbook of child psychology: Socialization, personality and social development* (Vol. 4, pp. 775-911). New York: Wiley.

Sameroff, A. J., Lewis, M., & Miller, S. (2000). *Handbook of Developmental Psychopathology*. (2nd Ed.), Kluwer Academic/Plenum Publishers, New York.

Spence. S. H. (1995). *Social Skills Training: Enhancing Social Competence with Children and Adolescent*. London: NFER Publishing Co.

Stark, K. D., Reynolds, W. M., & Kaslow, N. J. (1987). A comparison of the relative efficacy of self-control therapy and a behavioral problem-solving therapy for depression in children. *Journal of Abnormal Child Psychology, 15*, 91-113.

Stark, K. D., Rouse, L., & Livingston, R. (1991). Treatment of depression during childhood and adolescence: Cognitive-behavioral approaches for the individual and family. In P. Kendall (Ed.), *Child and adolescent therapy* (pp. 165-206). New York: Guilford Press.

Van der Oord., S., Van der Mulen. E. M., Prins. P. J. M., Oosterlaan, J., Buitelaar, J. K., & Emmelkamp, P. M. G. (2005). A psychometric evaluation of the social skills rating system in children with attention deficit hyperactivity disorder. *Behaviour Research and Therapy, 43*, 733-746.

Weiss, G., & Hechtman, I. T. (1993). *Hyperactive children grown up.* (2nd Eds.), New York: Guilford Press.

Weissman, M. M., Markowitz, J. C., & Klerman, G. L. (2000). *Comprehensive guide to interpersonal psychology.* Albany, NY: Basic Books.

Weisz, J. R. (2000). Agenda for child and adolescent psychotherapy research: On the need to put science into practice. *Archives of General Psychiatry, 57*, 837-838.

Weisz, J. R., Jensen, A. L., & Mcleod, B. D. (2005). Development and dissemination of child and adolescent psychotherapies: milestones, methods, and a new deployment-focused model. In E. D. Hibbs. & P. S. Jensen, *Psychosocial treatments for child and adolescent disorders: empirically based strategies for clinical practice.* (2nd ed., pp. 9-30). Washington, DC: American Psychological Association.

Weisz, J. R., Weiss, B., & Donenberg, G. R. (1992). The lab versus the clinic: Effects of child and adolescent psychotherapy. *American Psychologist, 47*, 1578-1585.

Weisz, J. R., Weiss, B., Alicke, M. D., & Klotz, M. L. (1987). Effectiveness of psychotherapy with children and adolescents: A meta-analysis for clinicians. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 55*, 542-549.

Weisz, J. R., Weiss, B., Han, S. S., Granger, D. A., & Morton, T. (1995). Effects of psychotherapy with children and adolescents revised: A meta-analysis of treatment outcome studies. *Psychological Bulletin, 117*, 450-468.

Westbrook, D., & Kirk, J. (2005). The clinical effectiveness of cognitive behaviour therapy: outcome for a large sample of adults treated in routine practice. *Behaviour Research and Therapy, 43*, 1243-1261.

Westmyer, S. A. (1997). *The function of communication in interpersonal and parasocial friendship* (Ed.), NY: Kent State University press.

Yu, P., Harris, G. E., Solovitz, B. L., & Franklin, J. L. (1986). A social problem-solving intervention for children at high risk for later psychopathology. *Journal of Clinical Child Psychology, 15*, 30-40.

원고접수일 : 2005. 9. 27.
게재결정일 : 2005. 12. 30.

한국심리학회지 : 임상
The Korean Journal of Clinical Psychology
2006, Vol. 25, No. 2, 323-340

The clinical effectiveness of social competence program with school-aged children in clinical setting

Chaemi Lim Younhee Oh

Department of Psychiatry, Kangbuk Samsung Hospital

The purpose of this study was to evaluate the clinical effectiveness of social competence program in the clinical setting. Subjects were school-aged children who were diagnosed as various disorders with low social competence. The treatment group consisted of 12 boys and 7 girls, and the control group consisted of 17 boys and 5 girls. The results were the followings: The treatment group showed higher increased communication skills rated by clinicians than control group. But other areas didn't show significant difference between two groups. Besides the treatment group showed some decrease in the self-control rated by children and the assertiveness rated by teachers in contrast to parent's evaluation. The result showed that social competence program in clinical practice setting failed to demonstrate convincing evidence of improvement in some areas. But improvement of communication skills were considered as treatment effect. Lastly, the clinical implications and limitations of this study, and the further study were suggested.

Keywords : clinical setting, school-aged children, treatment effectiveness, social competence program, communication skills.