

ADHD 아동-부모 프로그램 개발

책임 연구자 : 박 현 진

배 주 미

공동 연구자 : 허 자 영

김 영 화

송 현 주

이 수 림

허 지 은

청소년상담연구 153

ADHD 아동-부모 프로그램 개발

인 쇄 : 2010년 12월

발 행 : 2010년 12월

저 자 : 한국청소년상담원

발 행 인 : 차 정 섭

발 행 처 : 한국청소년상담원

(100-882) 서울시 중구 신당6동 292-61

T. (02)2250-3072 / F. (02)2250-3005

<http://www.kyci.or.kr>

인 쇄 처 : 아름기획

비매품

ISBN 978-89-8234-463-3 93330

ISBN 978-89-8234-001-7(세트)

본 간행물은 여성가족부의 지원을 받아 제작되었습니다.

본 기관의 사전승인 없이 내용의 일부 혹은 전부를 전재할 수 없습니다.

국립중앙도서관 출판시도서목록(CIP)

ADHD 아동-부모 프로그램 개발 / 책임연구자: 박현진, 배주미 ;
공동연구자: 허자영, 김영화, 송현주, 이수립, 허지은. -- 서울 :
한국청소년상담원, 2010
p. ; cm. -- ((2010) 청소년상담연구 ; 153)

참고문헌 수록

여성가족부의 지원을 받아 제작

ISBN 978-89-8234-463-3 93330 : 비매품

ISBN 978-89-8234-001-7(세트)

주의력 결핍 과잉 행동 장애[注意力缺乏過剩行動障礙]

516.938549-KDC5

618.928589-DDC21

CIP2010004473

간행사

주의력 결핍 및 과잉행동 장애(Attention Deficit Hyperactivity Disorder: ADHD) 문제는 학령기 아동이 나타내는 주요한 어려움 중 하나로, 건강보험심사평가원의 보고에 따르면 ADHD로 진단받은 아동·청소년은 2004년에 비해 4배 이상 증가를 보이고 있다고 합니다. 이러한 ADHD의 문제는 아동에게 산만하고 집중력이 부족하여 겪게 되는 행동상·학습상의 어려움 외에도 지속적인 처벌과 비난으로 인한 우울과 비행등의 문제까지 야기되면서 성장 시기에 복합적인 어려움을 겪게 됩니다. ADHD의 문제는 일반인 및 이들 부모의 인식도가 아직 부족해 적절한 양육과 지원이 어려울 뿐 아니라, 전문병원이나 기관이 부족한 지역의 경우 청소년(상담)지원센터 등에서 이들 아동들을 지원해야 할 일이 많습니다.

ADHD는 그 진단 시기에 관계없이 전문적 개입을 요하는 심각한 문제이며 학령전기와 학령기 아동집단의 높은 유병률을 고려할 때, 이들에 대한 국가적인 지원은 매우 부족한 형편입니다. 이에 한국청소년상담원에서는 2009년에 개발된 ADHD 아동-부모 병합 프로그램을 수정·보완하여 사회기술훈련이 결합된 ADHD 아동-부모 프로그램을 개발하였습니다. 아동프로그램에서는 보드게임을 통해 인지증진훈련과 사회성 기술 훈련을, 부모교육 프로그램에서는 ADHD 증상에 대한 정확한 이해와 부모의 스트레스관리, 자녀의 행동수정을 구성요소로 하였습니다. 아동 프로그램과 부모 프로그램 모두 시범운영을 거쳐 그 효과가 검증되었으며, 실무자와 부모들의 만족도도 높은 것으로 나타났습니다.

본 프로그램의 효과를 검증하기 위해 시범운영을 적극적으로 진행해주신 전국 12개 청소년(상담)지원센터 지도자들과 참여 아동과 부모님, 학교 선생님들에게 진심으로 감사드립니다. 또한 본 연구를 수행한 박현진 박사, 허자영 박사, 김영화 선생에게도 감사를 드립니다. 아울러 2009년 본 프로그램의 기틀을 마련해 주신 배주미 박사, 송현주 박사, 이수림 박사, 허지은 선생에게도 감사를 드립니다. 아무쪼록 본 연구가 지역센터에서 ADHD 아동과 부모를 위한 실제적인 도움이 되는 프로그램으로 자리잡아가길 바랍니다.

2010년 12월

원장 차 정 섭



KOREA
YOUTH
COUNSELING
INSTITUTE

초 록

주의력결핍·과잉행동장애(Attention Deficit Hyperactivity Disorder: 이하 ADHD)는 발달적으로 부적절한 수준에 속하는 부주의성, 충동성, 과잉 활동성으로 인해 가정생활, 학교생활, 사회관계 중 둘 이상에서 기능 저하를 보이는 아동기 정신장애이다. 주의산만하고 과잉행동을 보이는 아동들의 경우 발달적 부적응을 방지하기 위한 조기개입이 필수적이다. ADHD는 이후 발달단계에서 품행장애, 반항성 장애 등의 외현화 장애와 공존가능성이 높기 때문에 조기 진단과 개입이 필수적인 정신장애로 여겨지고 있다. 현재 주의산만하고 과잉행동을 보이는 ADHD 혹은 그에 준하는 아동의 진단과 개입은 병원과 사설기관에 대부분 의존하고 있으며, 이는 ADHD에 대한 조기개입이 이루어지지 않았을 때의 심각한 발달적 부적응을 고려할 때 사설기관에의 접근성이 용이치 않은 가정(예: 저소득층 가정 등)을 위한 국가차원의 개입이 필요함을 시사한다.

이에 따라 본원에서 2009년에 ADHD 아동-부모 병합 프로그램을 개발하였고, 2010년에 프로그램 수정 및 보완을 통하여 아동 사회기술훈련이 결합된 ADHD 아동-부모 병합 프로그램을 개발하였다. 아동 프로그램의 경우 2009년 개발된 인지증진 프로그램과 함께 사회기술훈련을 포함시켰으며, 부모 프로그램의 경우 2009년 개발된 부모 집단 프로그램을 보완하여 아동의 증상호전을 위한 부모교육 프로그램을 구성하였다. 특히 지역상담기관에서 주의산만하고 과잉행동을 보이는 아동에 대한 초기진단과 개입이 가능토록 하기 위해 지역(상당)지원센터 차원의 ADHD 아동-부모 프로그램을 개발하는데 주안점을 두었다. 프로그램은 아동 20회기, 부모 10회기의 집단상담 형식이며, 시범운영 대상 센터를 모집하여 전국 12개 지역에서 시범운영 되었다. 12개 지역 중 7개 지역은 아동에게 인지증진치료와 사회기술 훈련(실험집단 1)을, 5개 지역은 아동에게 인지증진 치료(실험집단 2)만을 실시하여 효과성을 검증하였다. 총 36명이 시범운영에 참여하였으며, 그 중 13명은 실험집단 1에, 10명은 실험집단 2에, 그리고 13명은 통제집단에 각각 포함되었다.

시범운영 결과, 금년에 개발된 ADHD 아동-부모 프로그램은 아동의 시각적 충동성 완화, 청각적 부주의 완화 등 ADHD 증상을 개선하는 데 효과가 있었으며, 프로그램 참여 이후 학교와 가정에서 유의미한 사회기술의 향상이 보고되었다. 또한 프로그램

의 참여는 부모의 양육효능감 향상에 도움이 되는 것으로 나타났다. 참여자와 지도자를 대상으로 한 프로그램 평가결과에서도 참여자들은 대부분 프로그램의 적절성, 용이성, 효과에 만족하는 것으로 나타났다. 시범운영 지도자들도 대체로 프로그램의 적절성과 용이성, 효과에 동의하였으며 프로그램의 개선을 위해 일부 과제의 난이도 조정, 자조모임 구성, 학교와의 연계 강화 등의 보완이 필요함을 지적하였다. 이러한 결과에 비추어 볼 때, 본 연구에서 개발된 ADHD 아동-부모 프로그램은 주의산만하고 과잉행동적인 ADHD와 그에 준하는 문제행동을 보이는 아동의 인지기능 증진 및 사회기술 향상, ADHD 아동 부모의 양육효능감 향상에 긍정적 효과가 있는 것으로 판단된다.

KOREA
YOUTH
COUNSELING
INSTITUTE



I. 서 론 | 1

II. 이론적 배경 | 5

- 1. ADHD 정의 및 실태 5
- 2. ADHD 원인 8
- 3. ADHD 치료 19
- 4. ADHD 아동 및 부모 대상 집단 프로그램 30

III. 연구방법 | 45

- 1. 프로그램의 개발 45
- 2. 프로그램 시범운영 63

IV. 연구결과 | 76

- 1. ADHD 아동-부모 프로그램 시범운영 평가 결과 76
- 2. 프로그램에 대한 종합평가지 및 시범운영 평가회의 결과 분석 98
- 3. 프로그램의 수정 및 보완 106

V. 요약 및 논의 | 115

참고문헌 123

부 록 139



I 표

표 1. ADHD 아동 집단 프로그램	31
표 2. ADHD 부모교육 프로그램	38
표 3. ADHD 아동-부모 프로그램	40
표 4. 기초조사 세부 내용	47
표 5. 부모 집단심층면접의 질문	50
표 6. 학교 교사 면접 내용	52
표 7. 아동 프로그램 세부 내용	58
표 8. 부모 프로그램 세부 내용	59
표 9. 아동용 보드게임 종류와 관련 인지 영역	60
표 10. 사회기술훈련 회기별 목표	62
표 11. ADHD 아동-부모 프로그램의 효과분석을 위한 연구설계	63
표 12. 프로그램 참여아동의 성별 및 학년 분포	65
표 13. 프로그램 참여아동의 연령 분포	65
표 14. 프로그램 참여아동의 약물복용 및 심리상담 경험	65
표 15. 프로그램 참여아동의 지역별 분포	66
표 16. 집단별 지능검사 평균 및 표준편차	66
표 17. 집단별 아동의 ADS 시각, 청각검사 결과	67
표 18. 집단별 아동의 K-ARS척도 교사, 부모평정 결과	67
표 19. 사회기술평정체계-부모용 하위요인별 문항구성	71
표 20. 사회기술평정체계-교사용 하위요인별 문항구성	71
표 21. 부모 양육스트레스척도의 하위요인별 문항구성	72
표 22. 부모양육효능감 척도의 하위유형별 문항구성	72
표 23. 연구에 사용된 척도	73
표 24. 집단별 아동의 ADS 시각검사의 사전, 사후점수 평균과 표준편차	77
표 25. 집단에 따른 ADS 시각검사의 공변량 분석결과	77



표 26. 집단에 따른 ADS 청각검사의 사전, 사후점수 평균과 표준편차	79
표 27. 집단에 따른 ADS 청각 검사의 공변량분석 결과	79
표 28. 집단별 K-ARS 부모, 교사평정 사전, 사후점수 평균과 표준편차	82
표 29. 집단에 따른 K-ARS 교사, 부모평정점수의 공변량분석 결과	82
표 30. 가정상황질문지의 사전, 사후점수 집단별 평균과 표준편차	83
표 31. 집단에 따른 가정상황 문제행동 심각성점수의 공변량분석 결과	83
표 32. 학교상황질문지의 사전, 사후점수 집단별 평균과 표준편차	84
표 33. 집단에 따른 학교상황 문제행동 심각성점수의 공변량분석 결과	84
표 34. 부모 사회기술 사전, 사후점수 평균과 표준편차	85
표 35. 집단에 따른 부모평정 사회기술척도의 공변량분석 결과	86
표 36. 교사평정 사회기술척도의 사전, 사후점수 평균과 표준편차	88
표 37. 집단에 따른 교사평정 사회기술척도의 공변량분석 결과	89
표 38. 집단별 양육스트레스의 사전, 사후점수 평균과 표준편차	91
표 39. 집단 참여에 따른 양육스트레스의 공변량분석 결과	91
표 40. 양육효능감의 사전, 사후점수 평균과 표준편차	92
표 41. 집단에 따른 양육효능감의 공변량분석 결과	93
표 42. 지도자의 현장활용성 평가	100
표 43. 부모의 현장활용성 평가	100
표 44. 프로그램 효과에 대한 평가	103
표 45. 프로그램 진행상의 어려움	104
표 46. 프로그램 개선사항에 대한 의견	105
표 47. 아동프로그램 수정사항	107
표 48. 아동 최종 프로그램 구성	109
표 49. 부모 프로그램 수정 사항	111
표 50. 부모 최종 프로그램의 구성	112



I 그림

그림 1. Barkley의 통합모형	10
그림 2. ADHD 작업기억력 모델	11
그림 3. ADHD 아동-부모 프로그램 개발 절차 모형	46
그림 4. 프로그램 구성 모형	56
그림 5. 아동용 보드게임 구성안	60
그림 6. 집단에 따른 ADS 시각 충동성검사의 사전·사후 평균 변화	78
그림 7. 집단에 따른 ADS 청각부주의검사의 사전·사후 평균 변화	80
그림 8. 집단에 따른 ADS 청각 반응시간 평균의 사전·사후 평균 변화	80
그림 9. 집단에 따른 부모평정 사회기술 총점 사전·사후 평균 변화	86
그림 10. 집단에 따른 부모평정 협동 사전·사후 평균 변화	87
그림 11. 집단에 따른 부모평정 책임감 사전·사후 평균 변화	87
그림 12. 집단에 따른 교사평정 자기주장기술 사전·사후 평균 변화	89
그림 13. 집단에 따른 부모로서의 효능감 사전·사후 평균 변화	94
그림 14. 회기 진행에 따른 집단 내 아동의 문제행동점수 변화	95
그림 15. 부모프로그램 회기별 만족도	99

I. 서론

1. 연구의 목적 및 필요성

주의력결핍·과잉행동장애(Attention Deficit Hyperactivity Disorder: 이하 ADHD)는 발달적으로 부적절한 수준에 속하는 부주의성, 충동성, 과잉 활동성으로 인해 가정생활, 학교생활, 사회관계 중 둘 이상에서 기능 저하를 보이는 아동기 정신장애이다. ADHD는 현재 국·내외적으로 학령기 아동에게 가장 두드러지게 나타나는 정신장애로, 미국의 경우 학령기 아동의 최근 유병률은 8% - 9%(Froehlich, Lanphear, Epstein, Barbaresi, Katusic, & Kahn, 2007; National Institute of Mental Health, 2008), 우리나라의 경우 5.9% - 7.6%(양수진, 정성심, 홍성도, 2006; 조수철, 신유오, 1994; 임경희, 조봉환, 2004)로 보고되었다. 증가율 또한 2004년 6,198명에서 2008년도 25,429명으로 4배 이상 증가한 것으로 나타났으며(건강보험심사평가원, 2009), 2007년 학교정신보건사업의 대상 질환 1순위로 선정되었다(서울시소아청소년광역정신보건센터, 2007).

가정과 학교에서 주의가 산만하고 과잉행동을 보이는 아동들이 있는 경우, 부모와 교사는 아동의 행동통제에 한계가 있고 아동에 대한 적절한 개입이 어려운 경우가 많다. 대부분의 ADHD 아동의 경우 초등학교 입학 후 적응에 어려움을 나타내면서 진단과 치료를 받게 되는 사례가 많다. 이는 초등학교 고학년에 비해 저학년 학생들의 ADHD 유병율이 더 높게 나타나는 것보다 그 맥을 같이 한다(임경희, 조봉환, 2004; 표경식, 박상학, 김상훈, 조용래, 김학렬, 문경래, 2001). 이러한 현상은 아동이 학교생활을 시작하면서 수업을 방해하거나 규칙을 어기는 행동 등을 함으로써 ADHD 문제가 가시화, 표면화되기 때문이다. 특히 이러한 아동은 학업, 품행, 또래관계 측면에서 부적응을 나타내고, 이는 아동의 자존감 저하와 우울증으로 이어지게 된다(Israel & Nelson, 1991). 또한 또래관계에서 충동적, 공격적인 아동으로 인식되어 친구들로부터 따돌림을 당하는 경우도 생기게 된다(Coleman & Lindsay, 1992). 이렇듯 ADHD 아동은 증상에 대한 대처 뿐 아니라 이로 인해 유발되는 인지적, 정서적, 사회적 영역에서의 적응의 어려움으로 인해 다른 정신장애를 발달시킬 가능성이 높다.

ADHD의 30% 정도는 품행장애, 반항성장애, 불안장애 등 다른 정신장애와 공존하

며(양수진, 외, 2006; 표경식 외, 2001), 이후 품행장애나 반항성장애로 발전할 가능성이 크기 때문에 ADHD 아동의 인지, 정서, 사회성 측면의 정상적 발달을 돕기 위한 조기 진단과 개입이 시급한 실정이다.

이러한 필요성에 따라 ADHD 아동의 조기 진단과 개입을 위한 다양한 시도들이 있어왔으며 약물치료와 더불어 효과적인 ADHD 치료 프로그램 개발을 위한 많은 연구들이 국내외적으로 이루어졌다(예: 안동현, 김세실, 한은선, 2004; 이명희, 2006; 이혜숙, 2007; Pelham, 1998; Piffner & McBurnett, 1997). 현재까지 ADHD 아동을 위한 개입치료 방법으로는 약물치료, 행동수정, 인지행동치료, 인지증진치료, 부모훈련과 교육 등이 포함되며 이러한 치료 요소들을 서로 결합한 병합 프로그램의 개입 효과가 가장 높음이 보고되고 있다(Barkley, 1998).

ADHD 아동에 대한 조기개입의 필요성과 다양한 접근의 병합 프로그램의 효과를 바탕으로 한국청소년상담원에서는 2009년에 ADHD 아동을 위한 인지증진치료와 부모교육을 병합한 ADHD 아동-부모 프로그램을 개발하였다(배주미, 송현주, 이수림, 허지은, 허자영, 2009). 이 연구는 기존의 ADHD의 행동적 측면(과잉행동, 충동성)의 개입에 목적을 둔 프로그램들과 차별을 두어, 최근 ADHD의 신경심리학적 원인론을 반영한 ADHD 아동의 인지적 측면(부주의)에 초점을 맞추어 개발되었다. 이는 ADHD의 주증상인 부주의와 과잉행동 및 충동성이 기능적으로 차이가 있는 두 개의 다중적인 증상유형으로 구분되고(이명희, 2006; O'Donnell, 2004), 이에 따라 부주의와 충동성 두 요인에 대한 치료적 접근 역시 차별이 필요하다는 판단에 근거한 것이었다. 아동 프로그램과 함께 ADHD 아동 치료에 있어서 부모 교육 및 행동수정의 긍정적 효과를 반영하여 ADHD 아동의 부모를 위한 교육 프로그램도 함께 개발하였다. 행동수정을 기초로 하는 부모교육은 약물수정과 함께 현재 가장 효과적인 ADHD 치료모델로 보고되고 있다(Harvard Mental Health Letter, 2007).

2009년 ADHD 아동-부모 프로그램은 아동의 주의력 향상과 부모의 양육효능감 증가, 양육태도 개선에 긍정적 영향을 미쳤지만 이와 더불어 다음과 같은 제한점도 제시되었다. 아동 인지증진 프로그램의 경우, ADHD 증상 중 부주의에 초점을 맞춘 차별화된 프로그램이라는 데 의의가 있으나 과잉행동과 충동성을 직접적으로 다루지 않아 이러한 두 가지 차원의 증상을 동시에 보이는 대부분의 ADHD 아동을 대상으로 프로그램을 적용하는 데 한계를 나타냈다. 선행연구들은 주의력 향상 혹은 충동성과 과잉행동 한 쪽을 부각시켜 치료집단을 운영하는 경우 전반적인 ADHD 증상

호전에 제한이 있음을 보고하고 있다. 즉, 주의력 집중을 위한 인지훈련을 받은 집단은 주의력은 개선되었으나 충동성/과잉행동성 부분에는 변화가 나타나지 않았고, 사회기술 향상에 초점을 맞추어 인지행동접근을 사용한 연구에서는 충동성에는 변화를 보였으나 부주의 증상에는 차이가 나타나지 않았다(이명희, 2006 재인용). 따라서 ADHD 아동의 전반적인 증상호전과 기능향상을 위해서는 주의력 향상과 함께 충동성과 과잉행동을 집단장면에서 조절할 수 있도록 사회성 향상을 위한 내용이 프로그램에 포함되어야 할 것으로 판단된다.

부모 프로그램의 경우, 2009년 연구에서는 양육스트레스 감소와 양육효능감 증진 그리고 양육태도 개선에 목적을 두고 프로그램이 개발되었다. 이는 ADHD 아동의 부모에게 필요한 주제들이었지만, 아동 프로그램과의 연계성이 적어 아동-부모 병합 프로그램의 개발이라는 본래 연구 목적에서는 벗어난 감이 없지 않았다. 병합 프로그램의 효과와 의의는 아동이 프로그램에서 익힌 것을 실제생활에 적용할 수 있도록 부모가 지속적으로 아동에게 동기를 부여하고 행동에 대해 적절한 강화와 훈육을 제공할 때 나타나게 된다. 이를 위해서는 부모가 이러한 역할을 수행할 수 있도록 아동 프로그램을 안내하고 아동의 동기를 향상하고, 행동을 강화할 수 있게끔 지원, 지지해 줄 수 있는 프로그램의 구성이 필요하다. 또한 부모가 가정에서 적용할 수 있도록 구체적 기법들을 교육, 연습할 수 있는 시간을 제공하는 것이 필요하다.

이와 같은 2009년 프로그램의 제한점과 제안된 개선점에 더해, 아동 프로그램의 사회성 향상 프로그램의 보강과 부모프로그램의 아동프로그램과의 연계성 강화를 주요 골자로 2010년 ADHD 아동-부모 병합 프로그램이 개발되었다. ADHD 아동을 위한 프로그램은 부주의 증상에 초점을 맞춘 인지증진훈련과 사회성 기술 훈련으로 구성되었고, 부모교육 프로그램은 아동프로그램과의 연계성 향상과 양육 효능감 증진, 양육행동 개선에 목적을 두었다. 본 연구에서 개발된 프로그램은 전국의 청소년상담(지원)센터에서 ADHD 아동과 그 부모를 위해 사용될 예정이므로, 프로그램의 효과적인 활용을 위한 지도자용 지침서와 사용이 용이한 교구재 개발도 함께 이루어졌다.

일반학교에 다니는 ADHD 아동의 부주의와 충동성을 감소시키고자 인지증진훈련과 사회성 기술 훈련을 함께 적용하고, 부모 교육 프로그램을 통해 아동의 행동수정과 부모의 양육태도를 개선할 수 있도록 고안된 본 프로그램은 ADHD 아동을 위한 조기개입의 좋은 대안이 될 수 있을 것으로 판단된다.

2. 연구과제

본 연구는 한국청소년상담원의 2009년 ADHD 아동-부모 병합 프로그램의 지속과제로써, 주의력 결핍 과잉행동 증상을 보이는 초등학교 저학년 학생을 대상으로 하는 인지증진훈련과 사회기술훈련을 결합한 집단 프로그램과 그 부모를 대상으로 하는 집단 프로그램을 함께 개발하여 실시한 후, 아동의 ADHD 관련 증상의 감소에 미치는 프로그램의 효과를 검증하는 데 그 목적을 두고 있다. 본 연구의 연구과제는 다음과 같다.

첫째, 2009년 개발된 ADHD 아동의 인지증진 프로그램과 함께 사회기술 훈련을 포함한 ADHD 아동 프로그램을 개발 한다.

둘째, 2009년 개발된 ADHD 아동의 부모 집단 프로그램을 보강하여 아동 프로그램과의 연계성을 높여 아동의 증상호전에 긍정적 영향을 미칠 수 있는 내용을 포함한 ADHD 부모 교육 프로그램을 개발한다.

셋째, 시범운영을 통해 보강된 ADHD 아동-부모 프로그램의 효과를 검증한다.

넷째, 전국의 청소년(상담)지원센터에서의 활용에 용이하도록 지도자를 위한 상세한 지침과 편리한 교구재를 포함하는 ADHD 아동-부모 프로그램을 개발한다.

II. 이론적 배경

본 장에서는 ADHD 정의 및 실태, ADHD 원인, ADHD 치료, 그리고 기존의 ADHD 아동대상 프로그램과 부모대상 프로그램에 관하여 개관, 논의하고자 한다.

1. ADHD 정의 및 실태

가. ADHD 정의

ADHD는 아동 초기(7세 이전)에 시작되고, 가정, 학교, 대인관계 상황 중 둘 또는 그 이상의 환경에서 만성적으로 나타나는 정신장애로(미국정신의학회, 2000), 부주의, 과잉행동, 충동성을 그 주요 증상으로 갖는다. 부주의는 과제에 대한 지속적 주의력 혹은 각성도에 결함을 갖고 있는 상태로, 재미없고, 지루하고, 반복적인 과제수행에서 특히 두드러지게 나타난다. 과잉행동은 안절부절, 꼼지락거림, 불필요한 몸 움직임 등이 흔하고 가만히 있지 못하는 상태를 말하며, 충동성은 생각 없이 빠르게 나타나는 반응으로, 이러한 충동성은 부주의한 실수를 초래하고, 잘 다치며, 물건을 망가뜨리거나, 차례를 안 지키는 등의 문제를 일으킨다(안동현, 김세실, 한은선, 2004).

정신장애 진단 및 통계편람 4판(DSM-VI; Diagnostic and Statistical Manual of mental disorder-4th edition)에서는 ADHD를 부주의 우세형, 과잉행동-충동성 우세형 그리고 혼합형의 세가지 하위유형으로 구분하고 있는데 이러한 하위유형의 구분은 증상의 현저함에 따라 나누어진다. 즉, ADHD 부주의 우세형은 최소한 6가지 이상의 부주의 증상이 있으나 과잉행동과 충동성 증상은 6가지 이하이고, 과잉행동-충동성 우세형은 최소한 6가지 이상의 과잉행동-충동성 증상이 있으나 부주의 증상은 6가지 이하이며, 혼합형은 6가지 이상의 부주의 증상과 6가지 이상의 과잉행동-충동성 증상이 있는 경우를 말한다.

부주의 유형은 주의집중의 어려움을 가지고 있는 경우로, 이 유형의 아동은 학교에서의 수업참여와 가정에서의 일상생활에서 지속적으로 주의를 기울이지 못하며, 간단한 규칙을 준수하는 데에도 어려움을 나타낸다. 이러한 특성은 단순한 지루함이나 흥미부족, 반항이나 지시위반 등과는 차이가 있는 태도로 ADHD 아동의 경우 자신이 흥미가 있는 영역에서도 주의집중의 어려움을 나타내는 경우가 있으며, 반복적으로

주의집중이 필요한 영역에서 실패, 좌절하는 경우 흥미와 동기를 잃고 과제 수행 요구에 저항, 반항할 수 있다. 주의력 결핍 우세형의 아동은 다른 유형에 비해 학령기에 발견되는 경우가 많은데, 이들은 불안, 사회적 철회, 내향적 성격과 관련되고 (Lahey, Schaughency, Strauss, & Frame, 1984), 정신운동속도(psychomotor speed)가 느린 편이고, 높은 학습장애 공존율을 보여(Morgan, Hynd, Riccio & Hall, 1996; Barkley, DuPaul & McMurray, 1990) 인지과제 수행시 다른 유형에 비해 효율성이 떨어질 가능성이 예상된다.

혼합형의 경우 과잉행동과 충동성이 두드러지며 외현화 장애율이 높아 행위장애, 반항성 장애가 많은 편이나 불안, 우울과 같은 내현화 장애율도 높은 것으로 보고되고 그 심각성이 제기되고 있다(Morgan et al., 1996). 과잉행동 우세형은 활동성이 크고 충동통제의 어려움이 있지만 다른 유형에 비해 주의력결핍이 경미한 편으로 학업 기능은 정상아동과 유사하다고 알려져 있다(Gaub & Carlson, 1997). 그렇지만 과잉행동과 충동적 행동을 보이는 대다수의 아동들은 또한 주의력 결핍, 부주의 증상을 나타낸다.

일반적으로 ADHD라고 할 때에는 주로 혼합형을 지칭하거나 3가지 유형을 모두 통합하여 지칭하고 있다. ADHD에 관한 연구에 의하면 부주의 우세형과 혼합형은 흔히 나타나지만(Neuman et al., 1999), 과잉행동-충동성 우세형은 어린 아동에게서만 발견된다(Applegate et al., 1997).

미국 소아학회(American Academy of Pediatrics; AAP)에서는 ADHD 아동의 진단에 있어서 다음의 세 가지 사항을 강조하고 있다. 첫째, 정신장애 진단 및 통계 편람 4판(DSM-IV)의 ADHD 진단 준거를 사용하고, 둘째, 학교상황을 포함한 적어도 한 상황 이상에서 아동 행동이 관찰되어야 하며, 셋째, ADHD 증상과 유사한 다른 장애의 증상과 혼동하지 않도록 주의하여야 한다(AAP, 2001). ADHD의 증상은 단체 혹은 집단활동 상황, 즉 아동의 경우 학교상황에서 가장 쉽게 관찰되며, 문제 행동 또한 학교에서 발생하는 경우가 가장 빈번하므로 부모는 물론 특히 교사와의 협력을 핵심적 치료요건으로 강조하고 있다. 이와 더불어 집단상황에서의 아동 행동 관찰이 어려운 치료자(소아정신과 의사, 심리학자 등)가 혼자 아동 치료를 전담하는 것의 한계를 지적하고 있다. 이 경우 학교 방문 등을 통해서 아동의 집단상황에서의 적응기능을 관찰하고 치료에 반영하는 것이 필요하다.

나. ADHD 실태

미국의 경우, 2000년(American Academy of Pediatrics, 2000)에 학령기 아동의 4-12%가 ADHD를 갖고 있는 것으로 보고되었으나 2007년, 2008년의 미국 전국표본을 대상으로 한 연구에서는(Froehlich et al., 2007; National Institute of Mental Health, 2008) 8-9%의 유병율이 보고되어 증가추이를 보이고 있다. 국내의 경우는 전국표본 연구가 미흡한 실정이며, 연구에 따라 다른 유병율을 나타내고 있다. 조수철과 신유오(1994)는 학령기 아동의 경우 7.6%의 유병률을 나타낸다고 보고하였고, 표경식 등(2001)의 도시지역 초등학교 연구에서는 6.1%의 유병율을(남학생 8.3%, 여학생 3.9%, 저학년 6.7%, 고학년 5.4%), 임경희와 조봉환(2004)의 연구에서는 5.9%의 유병율이(남학생 9.4%, 여학생 2.1%) 보고되었다. 최근의 양수진과 정성심, 홍성도(2006)의 연구에서는 6.5%의 ADHD 유병율이 보고되었고, 남녀 비는 2:1이었다. 국내 소아정신과 환자의 경우 ADHD 진단을 받은 경우는 1.1%에서 12.5%까지 다양하게 나타나고 있다. 연규월(1997)은 소아정신과 외래를 방문한 환자의 13.5%가 ADHD 진단을 받았다고 보고하였다.

이러한 유병율과 더불어 ADHD 증상의 만성화 경향성 그리고 다른 장애와의 공존율은 ADHD 조기진단과 개입의 중요성을 강조하고 있다. 미국의 경우 ADHD 아동의 60-80%가 청소년기까지 지속적으로 증상을 나타내며 이러한 만성화 경향성은 다른 장애와의 공존가능성을 높이게 된다. 실제 ADHD 아동의 20-30%가 학습장애를 동반하고(Barkley, 1990), 12.7%가 반항성 장애를(양수진 등, 2006), 28.1%가 반항성 및 품행 장애를(표경식 등, 2001) 동반한다는 연구결과는 ADHD의 학습장애와 외현화 장애와의 공존율을 보여준다. 또한 ADHD 아동은 정서적으로 정상아동보다 자존감이 낮고 우울, 불안은 높게 나타나는 것으로(신민영, 김호영, 김지혜, 2005; Milich & Laundau, 1982) 보고되고 있는데 이러한 내재화 장애와의 연계성은 ADHD 아동들이 스스로 수행이 떨어지는 것에 대해 부적절감을 느끼고, 주변의 부정적 평가에 의해 자존감이 저하되면서 우울과 불안이 증가하는 것으로 유추할 수 있다. 부주의, 주의산만으로 인한 학업능력 저하와 과잉행동, 충동성으로 인한 공격적이며, 충동적인 모습은 교사와 또래들에게 부정적으로 인식되기 쉬우며, 발달적으로 초등학교 시기의 또래로 부터의 따돌림 등 사회적 관계의 부적응은 이후 학업중단이나 청소년 범죄 등의 문제행동과 정신과적 장애를 일으키는 주요원인이 될 수 있다(Parker & Asher, 1987).

이러한 ADHD의 외현화, 내재화 장애와의 공존율은 높은 유병율과 함께 ADHD의 조기 진단과 치료개입의 중요성을 강조하며 이에 대한 사회적 관심과 이해의 필요성을 부각하고 있다.

2. ADHD 원인

ADHD의 정확한 발병원인과 경과에 대해서는 다양한 영역에서 연구가 진행 중이며 현재까지 기질적 요인과 환경적 요인, 그리고 이들의 상호작용이 중점적으로 논의되고 있다.

가. 기질적 특성

1) 유전 및 신경생물학적 특성

ADHD의 유전적 요인에 대해서는 부모연구, 쌍생아연구, 양자연구 등이 진행되고 있으며 이런 연구들은 일관되게 유전이 ADHD의 주요 원인임을 밝히고 있다.

부모에게 ADHD 병력이 있는 경우 남아는 5-6배, 여아는 3배 높은 발병률을 나타냈다. 쌍생아 연구 결과는 일란성 쌍생아의 경우 이란성 쌍생아에 비해 ADHD 동시 발병율이 2-3배 높게 나타났다. Faraone 등(1999)은 신경전달물질중 하나인 도파민의 생산과 관련된 유전자가 ADHD의 유전에 관계한다고 설명했다. 그러나 이 결과는 일부 ADHD 집단에만 나타나고 있어 ADHD 전체로 일반화하기에는 무리가 따른다.

신경학적 연구방법의 발달은 ADHD에 대한 신경생리학적 요인에 관한 연구의 폭을 넓혀 왔다. 신경생리학적 연구들은 ADHD 아동의 뇌구조의 특이성(예: 일반아동보다 작은 측두평면, 뇌량, 미상핵)과 뇌기능의 차이(예: 뇌의 전두엽에서 혈류가 정상 아동에 비해 적음)를 보고했다.

2) 신경심리학적 특성

ADHD 아동의 경우 행동억제, 지구력, 계획하기, 작업기억, 운동통제 그리고 언어적 유창성 등과 같은 전전두엽(prefrontal lobe) 기능의 결함이 반복적으로 발견되고 있다. 이를 통해 ADHD 증상을 전전두엽의 신경심리학적 기능 손상, 특히 실행기능의 손상으로 설명하는 신경심리학적 원인론이 현재 크게 주목받고 있다(Barkley,

1990; Barkley, Grodzinsky, & DuPaul, 1992; Goodyear & Hynd, 1992).

실행 기능은 개인이 자신의 행동을 상황에 따라 유연하게 조절할 수 있게 하며 이로 인해 여러 가지 다양한 상황적 요구와 자신의 변화된 욕구와 상태에 적응할 수 있도록 하는 기능을 말한다. 실행기능(executive function)의 개념은 광범위하여 단일한 정의가 부족한 편이기는 하나 적어도 다음의 6가지 요인으로 이루어진다고 볼 수 있다; (1) 의지, 계획, 목적지향적 또는 의도적 행위, (2) 억제력과 주의분산에 대한 저항, (3) 문제해결 능력과 전략의 개발, 선택, 모니터링, (4) 과제 수행에 필요한 행동변화에 대한 유연성, (5) 목표를 달성하기 위해 지속적인 노력, (6) 일관적인 자기인식(Barkley, 2000).

ADHD의 실행기능 손상과 관련한 가설은 일련의 연구들을 통해 지지되고 있는데, Pennington과 Ozonoff(1996)는 메타분석을 통해 ADHD를 가진 아동이 정상아동에 비해 전체 실행기능들 중 2/3 정도는 낮게 나타났으며 정상아동에 비해 높게 나타난 실행기능은 하나도 없다고 보고하였다. 예를 들어, ADHD를 가진 아동은 카드를 분류하거나 유사한 그림끼리 서로 짝을 짓는 것과 같은 실험적 과제를 완수하는 데 정상아동에 비해 더 많은 어려움을 겪었다. ADHD 아동의 경우 이러한 과제를 해결하기 위한 유연성과 적응력이 떨어졌고, 특히 해결해야 할 문제가 바뀌었음에도 불구하고 이전과 동일한 방법으로 문제를 해결하려고 하였으며 심지어 이러한 문제해결 방법이 통하지 않는다는 것이 밝혀졌음에도 반복적인 오류를 범하였다. 김진구와 김홍근(2008)은 ADHD 아동과 일반 아동의 언어기능, 주의력, 처리속도, 기억기능, 실행기능에 관한 비교연구를 통하여 ADHD 아동에게서 실행기능 결손이 가장 현저하게 나타났으며 주의력 결손에서도 관리기능과 관련된 주의력에서만 결손이 나타났다고 보고하였다. 이러한 결과는 부주의, 과잉행동, 충동성이 실행기능, 보다 정확하게 표현하면 일상적인 활동을 원활하게 수행하기 위해 필요한 행동억제 과정에 결함을 초래한다는 가설을 지지하는 것이다(Barkley, 1997, 2000).

Barkley(1997)는 행동억제기능이 실행기능을 매개로 운동통제기능에 영향을 미치는 통합모형을 제안했다(그림 1). 이 모형에서 행동억제는 다음의 세 가지 방식으로 설명된다. 첫째는 사건에 대한 초기 우성반응을 억제하는 것, 둘째는 현재 진행 중인 반응을 억제하는 것, 셋째는 주변의 다른 사건들로부터 현재 진행 중인 반응이 간섭받지 않도록 보호하는 것이다. 이런 세 가지 방식의 행동억제는 전전두엽 실행기능의 활성화를 매개로 운동통제에 영향을 미친다. 통합모형의 핵심주장은 억제기능의

손상이 전전두엽 실행기능의 매개를 거치거나 혹은 직접적으로 ADHD의 일차증상인 운동통제의 손상을 초래한다는 것이다. 이러한 ADHD의 증상형성과 전전두엽 기능이 상간의 관계는 Barkley(2003) 이전에도 많은 연구자들에 의해 보고되어 왔다(Benton, 1991; Fuster, 1989; Grattan & Eslinger, 1991; Mattes, 1980; Stuss & Benson, 1986).

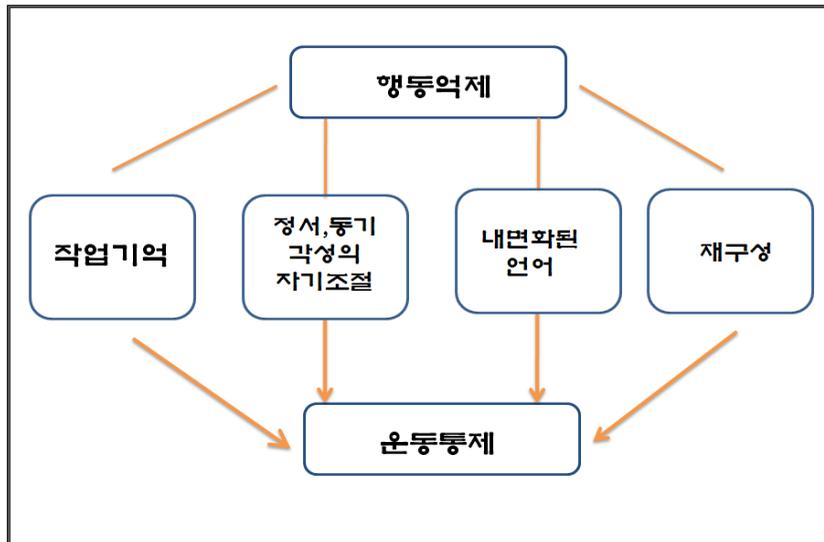


그림 1 Barkley의 통합모형

그림 1에서 보듯이 Barkley의 통합모형에서는 다음과 같은 네 가지 실행기능을 제안한다; (1) 작업기억, (2) 언어의 내면화, (3) 정서, 동기, 각성에 대한 자기조절, (4) 재구성. 행동억제가 매개되는 첫번째 실행기능은 작업기억이다. 작업기억이란 자신이 해야 할 일이나 계획을 머릿속에서 계속 떠올리면서 실행을 하는 것으로 이러한 일련의 과정을 통해 목적 지향적인 행위가 지속될 수 있다. 행동억제는 이러한 작업기억과 유의한 상관이 있으며 주로 숫자의 반복, 공간위치기억 및 손움직임에 대한 기억과 같은 신경심리학적 검사로 평가된다.

Barkley(2003)는 ADHD 아동의 부주의와 억제라는 개념을 연결하여 이해하는 데 작업기억이 중요한 역할을 한다고 설명하였다. Barkley(2003)는 ADHD 아동이 정상 아동에 비해 지속적으로 실행해야 할 일들을 상기하지 못하고 다른 자극에 쉽게 산만해지는 경향을 주의력결핍의 한 증상으로 설명하고 있다. 현재 작업기억은 ADHD 인지증진치료에 가장 적극적으로 적용되고 있는 실행기능 영역이다(강재정, 2008; Baddley, 2007; Kofler, Rapport, Boden & Altro, 2008). 본 연구에서 사용된 ADHD 아동 인지증진 프로그램도 이러한 작업기억의 향상과 관련하여 구성되었다.

그림 2는 Baddley(2007)의 ADHD의 작업기억력 모델을 제시하고 있다. 이 모델은 생물학적, 환경적, 인지적 요인이 작업기억력 결손에 미치는 영향과 이에 따른 ADHD의 주요 증상(부주의, 과잉행동, 충동성) 형성 그리고 아동의 문제행동과의 관계를 보여주고 있다. Kofler, Rapport, Boden와 Altro(2008)는 Baddley의 모델에 기초하여 작업기억의 손상과 ADHD 주요 증상간의 관련을 연구하고 그 유의미성을 입증하였다.

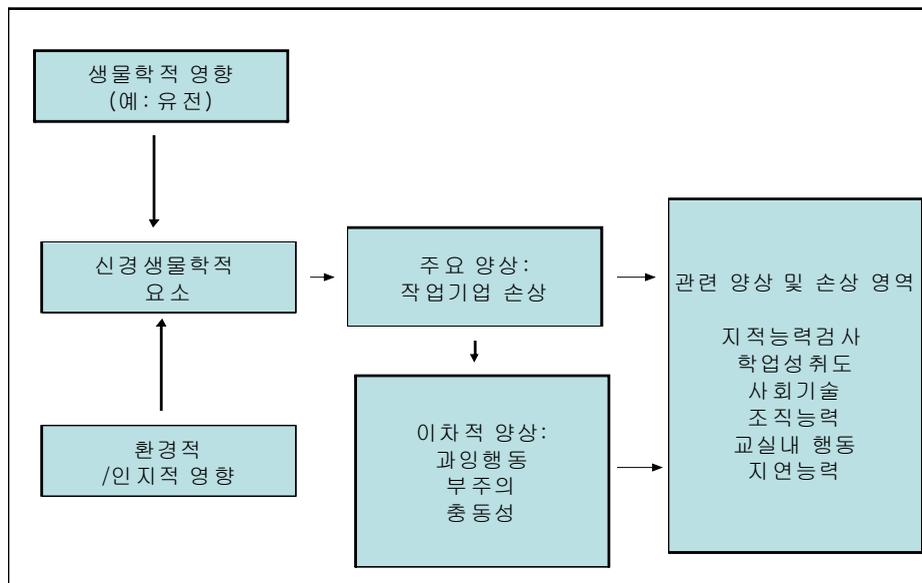


그림 2 ADHD 작업기억력 모델

두번째, 억제력의 발달은 언어의 내면화를 가능하게 하는데, ADHD 아동의 경우 언어의 내면화 발달이 지연되었다고 본다. 언어발달은 처음에 다른 사람과의 의사소통을 위해 사용되지만, 행동억제가 필요한 상황이 많아지고 행동억제가 진행되면서 반응의 연기로 인해 언어는 자신을 향하게 된다. 언어가 내면화되면서 언어는 단순히 사람들의 행동에 영향을 미치는 수단이 아니라 자신의 행동을 통제하고 관찰하는 수단이 된다. 말하기의 내면화로 가능해지는 자기통제행동과 규칙에 지배되는 행동은 ADHD 아동에게서 부족한 것으로 추정되는데, ADHD 아동은 문제해결 과제 및 기억 과제를 수행할 때 조직적인 규칙과 전략을 덜 사용했고 노력이 필요한 과제에서 특히 저조한 수행을 보였다. 이러한 언어의 내면화를 통한 억제력의 발달은 ADHD 아동 인지행동치료의 언어중재 프로그램을 통해 실제 ADHD 아동 치료에 적용되고 있다.

세번째, 억제력의 발달은 정서와 동기의 자기조절발달과 관련되어 있다. 전전두엽 손상환자들은 억제뿐만 아니라 정서의 조절에 결함이 있다. Rosenbaum과 Baker(1983)는 부적 피드백이 있는 개념학습과제를 하는 동안 ADHD 아동이 더 많은 부적 정서를 표현한다는 증거를 보고했다. ADHD 아동의 경우 또래와의 상호작용에서 부정적인 정서를 더 많이 표현하고 보상에 대해 과잉 각성되며 강화율이 감퇴했을 때 좌절하는 경향이 더 심하다. 이는 정서조절능력의 결여로 파악될 수 있다.

네번째, 행동의 억제로 인해 반응이 연기됨으로써 사건들이 정신적으로 유지되고 분석할 수 있는 재구성의 시간이 생긴다. 따라서 사건에 대한 반응을 준비하기 전에 좀 더 많은 정보를 추출할 수 있게 된다. 내적 말하기는 분석을 가능하게 하고 그 과정에서 반대의 과정인 재통합이 일어날 수 있다. 이러한 능력이 잘 나타나는 영역은 문제해결능력과 창의성이다. 일부 연구들에서 ADHD 아동은 통제집단과 비교해서 질문에 대한 응답에서 표현을 덜 하고 협동과제에서 또래들과 의사소통하는 능력이 일반아동에 비해 부족하게 나타났다.

ADHD 아동들은 만족을 뒤로 미루는 과제, 지시에 어긋나는 행동을 통제하는 과제, 주위의 유혹에 저항하는 과제 등에서 통제집단에 비해 더 많은 어려움을 나타낸다는 연구결과들이 보고되었다(Penington & Ozonoff, 1996). 이는 행동억제와 실행기능이 복잡하고 장시간 주의를 요하며 새로운 목표지향적 행동의 연결을 계획하고 실행하는 능력, 즉 운동조정능력에 영향을 미친다는 Barkley의 행동억제 결핍가설을 지지하는 증거이다.

이처럼 Barkley(1997)는 ADHD 아동의 핵심 증상인 주의력 결핍과 과잉행동에 대

해 주의력결핍은 작업기억과 관련된 전두엽 기능의 저하이고, 과잉행동은 전두엽-실행기능과 관련된 행동억제(executive inhibition)로 설명하고 있다(Barkley, 1997, 2003). 과잉행동우세형은 처음에는 과다활동이 두드러지나 학령기에 들어서서 주의력결핍이 추가적으로 발견되는 경우가 많은 것으로 미루어 과잉행동이나 충동성이 ADHD 발병의 근원이며 이차적으로 주의력결핍을 동반하는 것으로 추정되고 있다(Barkley, 2003).

요약하면, ADHD 아동은 자신의 행동을 제지하는 능력이 떨어지므로 쉽게 외부 자극에 산만해지거나, 물건이나 약속을 잘 잊어버리고 계획하거나 조직화하지 못하며 결국 장기적인 목표를 향해 행동을 조절하는 능력이 떨어지게 된다. 이러한 조절 능력과 관련된 행동억제기능의 결핍과 전두엽의 실행기능의 손상을 Barkley(2003b)는 ADHD의 핵심증상으로 설명하고 있다. 이러한 Barkley(1997)가 제시한 행동억제 결함과 실행기능결함을 연결시키는 가설은 ADHD의 여러 행동증상들을 나타나게 하는 기저의 인지적 결함들을 보다 구체적으로 제시하는 데 그 강점이 있다.

Barkley의 행동억제 결핍가설에 영향을 받아 현재 ADHD에 관한 많은 신경심리학적 연구들은 대부분 전두엽 기능에 초점을 맞추어 진행되고 있는 실정이다(Nigg, 2005). 또한 이러한 연구들은 ADHD 치료에도 영향을 미쳐 실행기능, 특히 작업기억 향상을 목적으로 하는 인지증진치료가 개인, 집단 차원에서 개발, 실시되고 있다.

나. 환경적 특성

1) 부모의 양육스트레스와 양육 효능감

부모의 심리적 변인은 아동과 가족의 상호작용과 더불어 ADHD의 중요한 환경적 요인이다.

부모의 심리적 변인으로는 부모의 반사회적 행동, 약물 또는 알코올 남용, 부부갈등, 가정폭력, 그리고 부모의 정신병력 등을 들 수 있다. 높은 양육스트레스, 우울, 낮은 자존감도 ADHD 아동의 어머니에게서 비교적 일관되게 보고되고 있다(Barkley et al., 1991).

양육스트레스는 부모의 역할을 수행하는 과정에서 일상적으로 지각하는 스트레스로, 일시적인 걱정이 아니라 지속적인 스트레스 상태를 뜻한다. 부모역할수행의 어려움에 따른 지속적인 양육스트레스는 일상생활의 다른 사건보다 더 중요한 스트레스

근원으로 아동의 문제행동, 부모의 정신건강, 가족 기능을 예견하는 중요 변인 중 하나이다(Cmic & Greenberg, 1990).

양육스트레스는 아동의 행동특성에 대한 적응, 부모역할에 대한 적응, 양육과정에서 일어나는 자신의 정서에 대한 적응 정도에 따라 정해진다(Judge, 2003). 즉, 부모가 아동의 행동을 잘 다루지 못하고 적응이 힘들 때, 자신의 부모역할에 대해 부담을 느낄 때, 양육과정에서 일어나는 부적절한 정서 때문에 힘들어할 때 얻어지는 심리적 부적절감으로 설명될 수 있다.

일반 아동 부모에 비해 ADHD 아동 부모의 경우 아동이 갖고 있는 증상으로 인해 양육과정에서 어려움을 겪는 경우가 많고, 상당한 스트레스를 경험하게 된다. ADHD 아동 어머니의 경우 높은 수준의 스트레스를 경험하고, 부모로서의 적절한 역할 수행의 어려움을 느끼며, 무기력감, 부부갈등, 낮은 자존감, 사회적 고립, 우울감을 보고했다(이신영, 1998). 또한 일반 아동의 어머니에 비해 우울 정도가 매우 높고, 스트레스의 주 원인이 아이들의 특성, 특히 어머니를 힘들게 하거나 아동의 산만한 정도와 관련되어 있는 만큼(Mash & Johnston, 1983; 서민정, 장은진, 정철호, 최상용, 2003), 아동의 증상이 심할수록 어머니의 우울감이 높게 나타났다(안연옥, 2001).

즉, 부모의 자녀양육스트레스가 높을수록 아동의 부적응이 심해지고, 적대-공격성을 나타낼 가능성이 높아지며(이정희, 2000), 아동의 사회적 능력도 낮게 나타난다(김현미, 도현심, 심희옥, 2004). 이는 부모의 양육스트레스가 다시 아동에게 부적절한 양육행동으로 되돌아가기 때문으로(Seipp & Johnston, 2005) 이처럼 부모의 스트레스는 부모와 자녀간의 부정적인 상호작용을 형성하여 아동의 문제를 더 심화시키는 요인이 될 수 있다. 최근에는 ADHD 아동의 어머니의 양육스트레스를 단일개념으로 보기 보다는 ADHD 자녀를 받아들이는 태도 혹은 단계에 따라 스트레스 종류와 수준이 달라질 수 있다는 가설도 제시되고 있다(조은정, 2008). 즉, 부모가 양육스트레스의 원인이 아동에게 있다고 보고 아동의 행동변화를 요구할 뿐 본인의 스트레스 대처에는 동기가 없는 경우와 부모가 아동의 상태를 받아들이고 문제해결을 위해 전문적 도움을 받을 준비가 되어 있는 경우는 부모가 경험하는 양육스트레스의 종류와 수준에서 차이가 나타나게 된다. ADHD 아동을 자녀로 둔 부모의 양육스트레스를 부모의 대처유형에 따라 차별화하고 이에 맞는 개입방법을 도출함으로써 양육스트레스 감소에 실질적인 도움을 줄 수 있을 것으로 보인다.

현재까지 부모의 양육스트레스에 가장 관련이 높은 변인은 양육효능감으로 알려져

있다(신숙재, 1997; Jaffe, 1997). 부모가 자녀를 양육하는 과정에서 많은 스트레스를 경험할수록 자신의 양육능력에 대한 자신감을 상실하고, 이에 따라 효능감도 낮아진다. 부모로서의 효능감은 자녀를 잘 양육하고 훈육하며 자녀와 문제가 생겨도 이를 잘 해결할 수 있는 능력이 자신에게 있다는 기대를 의미한다(Johnston & Mash, 1989). ADHD 아동의 부모들의 경우 아동의 증상으로 인한 문제행동으로 양육에 더 어려움을 느끼며, 아동 행동에 대한 부정적 귀인 양식과 무기력감, 무반응, 위축으로 특징 지워지는 낮은 부모효능감을 가지는 것으로 나타났다(Mash & Johnston, 1990). 효능감이 높은 부모는 자녀에게 반응적이고 적절한 감독을 하는 반면, 효능감이 낮은 부모는 부적절한 양육행동을 나타내고 부모-자녀관계와 아동의 발달에 부정적인 영향을 준다(신숙재, 1997). 이러한 양육효능감은 부모의 개인적 자질과 관련 있는 변인으로(Jaffe, 1997), 심리적으로 성숙되고 따뜻하고 자녀에게 공감하는 능력이 더 있는 부모는 양육과정에서 오는 어려움에 대해 더 잘 관리해 나갈 수 있다.

이러한 양육효능감은 부모가 가지고 있는 양육신념과 관련이 높은 것으로 보고되었다(Luster & Kain, 1987). 양육신념은 양육에 있어서 인지적 영역으로 아동의 전반적 발달에 대한 부모의 신념으로 해석될 수 있으며, 이는 부모의 자녀행동에 대한 해석방식과 이에 따른 자녀에 대한 감정을 통해 부모의 양육행동에 영향을 미치게 된다(안지영, 2000). 즉, 부모는 자신의 양육신념에 따라 자녀행동을 해석하고 이 해석이 부정적인 경우 부모의 감정 역시 부정적이 되며, 이는 부정적인 양육행동으로 연결된다. 따라서 부모로 하여금 자녀의 행동에 대해 긍정적으로 해석하도록 도움으로써 긍정적인 양육행동을 이끌어 낼 수 있을 것으로 기대할 수 있다.

다시 말해, 자녀행동과 양육에 대해 타당하고 바람직한 신념을 부모가 가질 때 자녀의 행동에 대해 보다 긍정적으로 해석할 수 있게 되고 이에 따라 긍정적인 감정을 갖게 되며(Gross & John, 2003), 이는 바람직한 양육행동으로 이어지고 부모의 양육효능감은 높아지게 된다.

ADHD 아동 부모의 경우 ADHD에 대한 이해 부족으로 아동의 부적응적 행동을 ADHD의 증상으로 해석하기보다 아동의 의도적인 행동으로 해석할 수 있으며 이러한 해석은 부모의 아동에 대한 부정적 감정을 유발하고 강압적이고 비판적인 양육행동으로 이어져 ADHD 아동의 공격적 행동을 보다 악화시키는 요인이 될 수 있다. 또한 이런 과정을 통해 부모의 양육효능감은 낮아지고 양육스트레스도 함께 증가하게 된다. 따라서 ADHD 아동의 부모교육을 통해 ADHD에 대한 올바른 이해와 아동행동

에 대한 타당한 해석능력을 습득하는 것은 부모의 양육행동을 긍정적으로 변화시키고 궁극적으로 양육효능감을 향상하는데 중요한 것으로 판단된다.

2) 부모-자녀 상호작용

ADHD는 신경생리학적 그리고 신경심리학적 요인에 기인한다는 견해가 다수를 이루고 있지만(Swanson & Castellanos, 2002) 부모와 자녀의 상호작용 방식은 ADHD 아동의 문제행동에 영향을 미치고 이는 다시 부모-자녀 상호작용에 영향을 미치게 되어 부정적 순환고리를 형성하게 된다(Granic & Patterson, 2006).

ADHD 아동과 가족의 상호작용은 ADHD의 심리사회적 원인론에서 가장 크게 다루어지고 있는 영역이다. 특히 가족 내의 갈등이 높다고 지적되고 있는데 이는 과잉행동성, 충동성, 주의집중력의 결여 등의 문제로 인해 아동은 지속적인 감독이 필요하게 되고 가족구성원의 이러한 감독에 대해 부정적 감정을 표출함으로써 심화되게 된다.

ADHD 아동 어머니의 양육태도 또한 일반 아동의 어머니와 차이를 나타내는데, ADHD 아동 어머니의 경우 더 지시적이고 비판적이며 아동을 덜 격려하고 덜 애정적이라고 보고되고 있다. 또한 아동의 부적절한 행동을 무시하는 경향성도 함께 나타났다. 또한 비일관적인 양육, 훈육 태도 또한 ADHD 증상을 발전, 심화시키는 요인으로 지적되고 있다. 이는 상황에 따른 혹은 부모의 감정에 따른 비일관성뿐만 아니라 아버지, 어머니의 상반되는 훈육태도도 포함하고 있다.

이러한 비일관적 양육방식과 함께 ADHD 아동 부모의 심리적 적응과정도 양육에 영향을 미치는 주요 변인으로 보고되었다(양경애, 2010). ADHD 아동의 어머니의 경우 부정, 분노, 타협, 우울, 수용의 심리적 적응과정을 거치게 되며 이 과정은 직선적으로 이루어지는 것이 아니고 나선적 형태로, 부정의 단계를 제외한 분노, 타협, 우울, 수용의 단계가 반복된다. 부정단계에 있는 부모의 경우 ADHD를 아동의 문제로 보거나 특별한 환경에 의한 것으로 보고 아동의 문제행동을 고의적인 것으로 해석한다. 분노단계에서는 아동, 교사, 가족 그리고 어머니 자신에 대한 분노가 주를 이루고, 타협 단계에서는 가능한 치료방법을 탐색하고 장애가 없어질 것에 대해 기대하며 어머니의 심리적응을 위한 활동을 시작하게 된다. 우울단계는 양육스트레스와 증상 개선이 기대만큼 빠르게 나타나지 않으면서 느끼게 되는 절망감, 그리고 대인관계 회피에서 오는 우울로 특징지어진다. 마지막 수용단계에서는 아동의 지속적인 치료의

필요성을 인식하고 기대수준을 현실화 하며 지원체계를 적극적으로 활용하기 시작한다. 양경애(2010)는 ADHD 아동 부모의 양육경험에 대한 사례연구에서 이러한 단계가 반복되는 경향이 있음을 관찰하고 효과적 개입을 위해서는 어머니의 적응과정을 고려한 접근이 필요하다고 주장하였다. ADHD 아동을 둔 부모의 양육경험을 이러한 일련의 과정모형으로 설명하는 모델은 ADHD 아동 부모의 정서경험을 예측할 수 있도록 하여 이에 대해 효과적으로 대처하여 양육행동의 일관성을 유지할 수 있도록 돕는다.

부모-자녀간의 사회적 인지과정(social cognition process)을 다룬 최근 연구들은 양육태도와 관련하여 행동주의 관점에서는 충분히 고려되지 못했던 부모의 인지적 특성에 대한 연구 성과를 제시하고 있다. 즉, 공격적 행동문제를 나타내는 아동의 부모들은 그렇지 못한 부모들에 비해 자녀의 행동에 대해 적대적 귀인편파(hostile attributional bias)가 심해 자녀의 문제행동을 정상 아동의 부모보다 더 의도적인 것이라고 파악하며, 그 결과 더욱 부정적이고 가혹한 행동반응을 하게 된다는 것이다. 자녀는 이러한 부모의 귀인편파를 모방학습(modeling)하고 행동함으로써 대인관계에서 공격적 문제행동을 발달시킬 가능성이 높다(Bickett, Milich, & Brown, 1996). 또한 부정적인 양육경험 상황에서 역기능적인 아동-중심 귀인(dysfunctional child-centered attribution)을 하는 부모들은 자신보다는 아동 편에 문제의 원인을 두어 양육스트레스가 더 많고(Bugental, 1998), 지나치게 엄격한 훈육방식을 취하여 아동의 문제행동을 심화시킨다고 한다(Smith & O'Leary, 1995). 결국 외현적 문제행동이 심한 아동의 부모들은 부모-자녀간의 부정적 상호작용을 악화시키는 방식으로 사고하며, 그 결과 자녀의 문제행동을 심화시키는 방식으로 행동하기 쉽다. Sameroff(1986)도 자녀의 외현적 행동문제 때문에 양육의 어려움을 겪는 부모들은 순조로운 양육경험을 하는 부모에 비해 자녀의 문제행동과 관련된 역기능적 신념이나 부정적 귀인방식을 발달시키기 쉬우며, 이러한 부모의 역기능적 사고가 또한 자녀의 외현적 행동문제에 대한 원인 및 심화요인의 하나로 작용한다고 지적하였다. 부모-자녀간의 상호행동을 관찰한 실험실 연구 결과 토론과제 상황에서 공격적 행동문제를 가진 아동의 부모는 자녀와 갈등을 논의하면서 일반 아동의 부모보다 자녀를 더 자주 비하하고 비난하였다(Docenberg & Weisz, 1997). 또한 Smith 와 O'Leary(1995)는 18개월에서 3세사이의 유아의 어머니들이 유아가 부정적인 감정반응을 보일 때 그러한 원인을 아이 탓으로 돌려 판단하는 어머니일수록 보다 체벌을 하고 꾸짖는 등의 가혹한 양육행동을 보이

며 동반되는 부정적 정서적 각성(negative emotional arousal)을 나타낸다고 하였다.

이렇듯 아동의 공격성, 충동성은 부모의 양육태도 및 인지적 귀인과 관련되어 있으며 이는 ADHD의 환경적 요인을 구성한다고 설명될 수 있다. 또한 최근 아동의 ADHD 증상에 영향을 미치는 변인으로 부모의 ADHD 증상이 주목받고 있다. 부모가 ADHD 증상이 있는 경우 주의력 결핍과 충동성, 비일관성, 분노 조절의 어려움 등으로 인해 양육의 어려움이 일반 부모에 비해 높을 수 있다. 또한 ADHD 자녀와의 상호작용에서 어려움이 가중되어 부모자녀 관계에 부정적 영향을 미칠 수 있다(Weiss, Hectman, & Weiss, 1999; 최소영, 최의겸, 박기환, 2010에서 재인용). 최소영 등(2010)의 연구에서도 부모가 ADHD 증상이 있는 경우 그렇지 않은 집단의 부모보다 양육 효능감이 낮았고 역기능적 양육행동을 보다 많이 보이는 것으로 나타났다. 부모가 ADHD 증상이 있는 경우 그 자녀의 증상이 보다 심각하고 만성적 경과를 펼 가능성이 제시되었지만(Faraone, Biederman, Feighner, & Monureaux, 2000), 실제 연구에서 자녀의 증상의 심각도 수준에는 차이가 나타나지 않았다(최소영 등, 2010; Faraone, 1997). 따라서 부모가 ADHD 증상이 있을 경우 주관적 양육효능감과 양육행동과 관련된 어려움을 경험할 수는 있으나 ADHD 자녀의 증상 심각성에 영향을 주지는 않는 것으로 요약된다. 이러한 연구결과는 정신장애 증상, 특히 ADHD 증상이 있는 부모의 경우 ADHD 아동의 양육에 보다 어려움을 겪을 가능성이 크며 이에 대한 개입이 필요함을 시사한다.

ADHD 예측변인에 관한 종단연구에서도 아동의 기질적 특성과 더불어 어머니의 정신장애 유무, 양육태도, 어머니가 타인에게 받는 사회적, 정서적 지지가 주요 변인으로 보고되었다(조은정, 2008; Carlson, Jacobvitz, & Sroufe, 1995).

다. ADHD의 기질 및 환경적 특성에 대한 요약 및 시사점

ADHD의 원인은 현재 기질적 특성과 환경적 특성으로 설명되고 있으며, 기질적 특성의 경우 유전, 신경생물학적 요인과 함께 신경심리학적 요인이 주목을 받고 있다. 신경심리학에서는 ADHD의 원인을 행동억제와 운동통제를 매개하는 실행기능의 결함에 의해 행동억제 효과가 발휘되지 않아 나타나는 것으로 설명하고 있다(예: Barkley, 1997). 주요 실행기능은 작업기억, 언어내면화, 자기조절, 재구성기능 등을 포함하며, ADHD 아동의 주의집중력 결함은 작업기억능력의 결함으로 설명되고 있다.

이러한 기질적 특성과 함께 ADHD의 환경적 특성으로는 부모의 높은 양육스트레스와 낮은 양육효능감, 부모의 ADHD 증상 그리고 부정적인 부모-자녀상호작용이 아동의 ADHD 증상의 형성과 유지에 부정적 영향을 미치는 것으로 보고되고 있다. 지속적이고 빈번한 아동의 문제행동으로 인해 부모의 양육스트레스는 높아지고, 효능감은 낮아지며 부모-자녀 상호작용은 비판적이고 공격적인 형태를 나타내게 된다. 또한 부모가 ADHD 증상이 있는 경우 낮은 양육효능감과 역기능적 양육태도로 인해 자녀 양육에서 보다 높은 양육스트레스를 경험하게 된다. 이러한 요인들과 함께 아동의 증상에 대한 부모의 이해부족과 아동행동에 대한 잘못된 해석, 그리고 적절한 대처방식을 습득하지 못했을 때 아동의 증상이 보다 악화되고 부모의 대처방식과 아동의 증상 간에 악순환을 유발할 가능성도 크다.

따라서 ADHD 개입을 위해서는 기질적, 환경적 특성과 이 둘 간의 상호작용이 모두 고려되어야 할 것으로 판단된다. ADHD 아동의 핵심 결함으로 개관된 실행기능을 향상시키는 데 초점을 두는 프로그램의 개발과 함께, 부모의 ADHD에 대한 이해를 높이고 부모-자녀 상호작용을 긍정적으로 변화시킬 수 있는 부모교육프로그램, 특히 부모의 스트레스 수준과 심리적 적응단계를 고려한 차별적 개입이 실시될 때 ADHD 아동의 기질적, 환경적 요인 전반에 변화가 나타날 수 있고 이를 통해 아동행동의 변화를 기대할 수 있을 것이다.

3. ADHD 치료

현재 ADHD 치료는 약물치료가 주를 이루며 이와 함께 심리사회적 치료법이 병행되는 추세이다. 이러한 병행치료법은 약물에 의한 증상완화와 심리사회적 치료를 통한 가정, 학교, 그 외의 일상생활에서의 기술습득과 적응기능의 향상을 꾀한다는 면에서 긍정적으로 평가받고 있다. ADHD에 대한 신경심리학적 이론이 발전하면서 기존의 심리사회적 치료법인 부모교육, 사회기술훈련을 포함하는 인지행동치료와 함께 주의력 향상에 초점을 맞춘 인지증진치료에도 관심이 모아지고 있다.

가. 약물치료

ADHD의 치료법으로는 현재 약물치료와 행동수정이 가장 보편적으로 사용되고 있

으며 이 둘을 함께 사용할 때 효과는 가장 높은 것으로 보고되고 있다.

미국의 경우, 학령기 아동의 4%정도에 해당되는 150만명의 아이들이 약물치료를 받고 있으며(Safer & Zito, 2000), 중추신경각성제인 메틸페니데이트(methylphenidate) 과 덱스트로앰피타민(dextroamphetamine) 등이 임상장면에서 주로 사용되고 있다(Harvard Mental Health Letter, 2007). 두 약물은 현재까지 그 효과에 있어서 특별한 차이가 보고되지 않고 있다. 이전에 처방되었던 페몰린(Pemoline) 계열의 약물은 간 손상의 부작용 때문에 현재는 잘 사용되지 않는다. 이외에 삼환계 항우울제(tricyclic antidepressant)와 부프로피온(bupropion)도 ADHD 치료에 사용되고 있으며 증상 감소에 긍정적으로 나타나고 있다. 그러나 이러한 약물들은 일차적으로 중추신경 각성제(메틸페니데이트, 덱스트로앰피타민 등) 처방 후 효과가 나타나지 않는 경우 이차적으로 쓰이는 것으로 그 사용에 주의를 기해야 한다.

약물치료의 효과로는 주의력 향상과 충동성 및 활동성의 감소(Whalen & Henker, 1998), 그리고 행동적, 학업적, 사회적 기능의 향상을 들 수 있다(Dupaul et al, 1998). 그러나 이러한 연구결과들은 대부분 단기간의 효과를 보고하고 있으며 1년 이상의 장기간의 효과 연구는 아직 미비한 실정이다. 부작용으로는 장기 복용 시 수면장애, 식욕 부진, 복통, 두통, 목마름, 구토, 감정 변화, 자극민감성, 혈압 변화 등을 나타내며(안동현, 김세실, 한은선, 2004), 약물치료에 대한 부정적 느낌으로 인해 자신이 또래 아동과 다르다는 생각을 가지게 될 수 있다(Weiss & Hechtman, 1993).

이렇듯, 약물치료는 단기간의 증상 감소에는 유용하나, 사회, 학습, 정서적 측면의 장기적 효과에 대해서는 부정적이라는 연구결과가 일관되게 보고되고 있다(Pelham & Gnagy, 1999). 따라서 약물치료가 가지는 한계점을 보완하기 위해 심리사회적 치료의 병행이 필요하다(Nathan, 1992). 또한 8% - 25%의 ADHD 아동의 경우 약물(중추신경각성제)치료에 반응을 보이지 않으므로 이들을 위한 심리사회적 치료법의 개발이 필요하다고 판단된다.

나. 인지행동치료

인지행동치료는 문제행동에 내재해 있는 인지과정을 훈련하는 치료법으로, 치료특성상 내성능력이 부족한 학령전기의 아동에게 적용하는 데 한계가 있으며 학령기의 아동의 경우도 11세 이상에서 효과를 볼 수 있다는 견해가 지배적이다(Dush et al., 1989). 이러한 이유로 ADHD 아동을 대상으로 한 인지행동치료에 관한 연구는 청소년

년들을 대상으로 한 연구에 비해 수적으로 적고 그 효과에 있어서도 효과는 있지만 약물치료를 대신 할 만 하다고는 할 수 없다고 보고하고 있다. 또한 시간 경과에 따라 치료효과가 감소하고, 가정, 학교 등의 사회환경으로의 일반화가 부족하며 시간과 경비가 많이 소요된다는 점 등으로 인해 실제 치료장면에서의 한계가 지적되고 있다.

ADHD 아동의 인지행동치료에는 자기조절훈련, 자기지시훈련, 문제해결능력 증진 기법, 사회기술훈련 등이 포함된다(신성웅, 조수철, 2001). 자기지시훈련과 문제해결 능력증기법은 함께 사용되는데, 자기지시훈련은 문제해결이 필요한 학습상황이나 사회적 상황에서 자기 스스로를 지도하는 말(예: 나는 이 문제를 잘 해결할 수 있다)을 함으로써 문제해결을 돕는 방법이다. 문제해결능력 증진을 위해서는 문제에 대한 정확한 인식, 다양한 해결책 강구, 각 해결책에 따른 결과 평가 등을 통해 가장 적절한 해결방법을 찾아내는 훈련을 반복적으로 하는 것이 필요하다. 귀속재훈련은 일종의 인지재구성 방법으로, 사건의 인과관계를 설명하는 방식에 변화를 주어서 적절한 신념체계를 형성하도록 도와주는 방법이다. 이러한 훈련과 더불어 다른 사람의 관점을 이해하는 훈련과 사회적으로 인정받을 수 있는 적절한 행동기술을 익히는 사회기술 훈련도 ADHD 아동에게 인지행동적 치료법을 사용하여 적용시킬 수 있다(안동현, 김세실, 한은선, 2004).

현재 ADHD 아동을 대상으로 하는 사회기술훈련들은 대부분 인지행동치료의 기법을 적용하고 있다. 사회기술은 사회적 유능성의 하위개념으로 사회적 상호작용을 시도하고 유지하는 행동과 갈등/ 대립상황에서의 문제 해결에 필요한 행동들을 포함한다(안동현 등, 2004). 이러한 사회기술훈련이 ADHD 아동에게 필요한 이유는 ADHD 아동의 경우 충동성과 과잉행동으로 인해 또래관계에서 어려움을 경험하게 되기 때문이다. 충동성으로 인해 성급하게 행동하고, 반응지연이 어려우며 차례를 기다리기 힘들어하고 다른 사람의 활동을 방해하거나 간섭하는 태도를 쉽게 나타낼 수 있다. 또한 자리에 가만히 있지 못하거나 조용히 여가활동에 참여하거나 놀지 못하고 부산하게 움직이는 등의 과잉행동으로 다른 사람들의 활동에 지장을 주게 되는 경우가 많다. 원만한 또래관계 유지를 위해서는 또래와의 놀이에 필요한 기본규칙을 파악하고 이를 지키려는 노력이 필요하며 사회적 단서에 적절하게 반응하고 협동성을 키울 필요가 있다. 그러나 ADHD 아동의 경우 충동성과 과잉행동으로 인해 게임규칙을 지키고 자신의 차례를 기다리는 것이 어렵고 게임에서 지거나 자신이 원하는 대로 게임이 진행되지 않을 때 감정 조절이 어려워 쉽게 화를 내고 때로는 욕을 하거나 신

체적 공격을 가하게 된다. 이러한 자기조절의 결여로 인한 언어적, 신체적 폭력성은 놀이를 방해할 뿐 아니라 또래들과의 관계형성과 유지에 부정적으로 작용하게 된다(박순말, 2005). 또한 ADHD 아동은 자신과 타인의 감정을 읽는 데 서툴고 상대방의 말을 잘 듣지 않아 사회관계에서 부적절한 반응 및 행동을 하는 경우가 많고 또래관계에서 거절당할 수 있는 원인을 제공하게 된다. 이렇게 거절당한 아동은 부적절한 분노표현을 통해 다시 또래로부터 거절당하게 되어 부정적 순환고리가 형성된다. ADHD 아동의 사회적 손상을 사회적 이해와 행동으로 나누어 살펴본 결과 ADHD 아동이 정상아동에 비해 공격적 행동을 더 많이 보이는 것으로 나타났다(온싱글, 김정, 2003). 따라서 이러한 ADHD 아동을 위한 사회기술훈련 프로그램은 지시/규칙 지키기, 함께 어울려 지내기, 협력하기, 문제해결 및 분노조절, 무시하기, 도움 청하기, 감정 느끼기/표현, 피해나가기, 결과 수용 등의 내용을 포함하는 데, 이러한 내용들은 ADHD 아동이 집단상황에서 일반적으로 나타내는 사회적 관계에서의 부적응과 또래관계에서의 부정적 피드백 등을 예방, 치료하는 데 효과적일 수 있다. 특히 인지행동 치료에서 주요 사용하는 전략인 자기지시훈련, 행동하기 전에 잠시 멈추고 생각하기(Stop & Thinking Method), 역할연기 등을 사용하여 인지적 전략을 훈련시켜 효과를 높일 수 있다.

그러나 사회기술훈련은 대부분의 개입에서 제한적인 효과를 나타내고 있으며, 특히 프로그램 중의 행동상의 변화가 다른 환경(예: 가정이나 학교)에 일반화되지 않는 점이 가장 문제점으로 제기되고 있다. 또한 ADHD 단독장애가 있는 아동과 공존장애가 있는 아동들을 대상으로 한 연구에서 사회기술훈련이 ADHD 단독장애 아동집단에서 유의미한 훈련효과를 보이지 않았다는 연구결과(박순영 등, 1998)를 고려할 때 ADHD 아동을 대상으로 하는 사회성기술훈련의 효과성은 지속적 연구가 필요한 부분이다. 이에 대한 대안으로는 프로그램에서 배운 내용을 다른 상황(예: 가정, 학교)에 적용시킬 수 있도록 부모프로그램을 병합한 프로그램을 통해 가정생활로의 연계성을 확보할 수 있으며, 다른 치료 접근(예: 행동수정, 인지증진치료)과 함께 실시하여 효과를 높일 수 있다(Miranda & Presentation, 2000).

다. 행동수정

현재 ADHD의 환경적 요인에 대한 심리사회적 치료법 중에 증상 호전에 실증적으로 효과를 보이고 있는 치료법은 행동치료, 즉 행동수정이다. 아동의 정서상태의 변

화를 피하는 놀이치료 등의 정신역동적 방법이나 사고의 패턴을 변화시키는 데 목적을 두는 인지치료 혹은 인지행동치료 경우 그 효과에 대한 실증적 연구가 수적으로 미흡하며 대부분의 경우 임상 장면에서는 행동에 변화를 보이지만 실제 가정이나 학교장면까지로의 일반화가 수반되지 않고 있다.

행동수정은 ADHD 아동들에게서 많이 나타나는 충동성과 과잉행동 등의 문제행동 혹은 개선하고 싶은 행동을 구체적으로 진술하고 목표행동을 정한 후 행동에 대해 집중적인 훈련을 실시하여 바람직하지 않은 행동들을 감소시키고 바람직한 행동을 증가시킴으로써 행동적인 영역에서 치료효과를 나타낸다. 바람직한 행동을 길러주기 위해서는 행동에 대해 적절한 강화제를 사용하여 보상하거나 시범(modeling), 행동형성, 과제분석 등을 사용하며, 바람직하지 못한 행동을 감소시키기 위해서는 타임아웃, 소거, 권리박탈 등이 사용된다. 강위영과 공마리아(1998)는 ADHD 아동에 대한 행동수정 기법의 일반적 지침을 다음과 같이 설명했다. 첫째, 프로그램 초기에는 지속적인 강화가 필요한데 이는 ADHD 아동의 경우 주의를 끌 수 있도록 강화가 분명히 그리고 반복적으로 주어질 때 행동에 변화가 나타나기 때문이다. 둘째, 강화물의 경우 물건보다는 아동이 선호하는 활동을 사용하는 것이 더 효과적이며 강화인자는 다양하고 자주 바뀌도록 설계한다. 셋째, 적절한 과제수행을 유지하기 위해서는 부정적 결과도 때때로 주어져야 한다. 넷째, 과제의 경우 작은 단위로 쪼개어 제시되어야 하며 과제내용을 이해할 수 있도록 반복적 설명이 필요하다.

이러한 아동의 행동수정을 위해서는 ADHD 부모를 대상으로 하는 아동 행동의 강화와 처벌 방법에 대한 교육 프로그램의 병행이 필요하다. ADHD 아동의 부모를 대상으로 하는 행동치료 교육은 이미 40년 이상 진행되어 왔다. 외현적 행동장애를 지닌 아동의 부모를 대상으로 하는 부모훈련은 아동의 문제행동 개선과 부모의 양육 만족도 증진에 효과적이다(Barkley, 1997). 아동의 치료과정에서 부모의 개입이 강조되는 근거는 다음과 같다. 첫째, 부모는 아동의 행동문제를 정의하는 역할을 하며, 둘째, 치료되어야 할 아동의 문제행동의 원인을 제공하거나 악화시키는 등의 중재역할을 하고, 셋째, 치료적 변화를 유지시키고 여러 가지 사회적응기술을 전수하여 치료성공을 일반화 시켜주는 역할을 하기 때문이다(Braswell, 1991). 부모훈련은 전통적인 아동중심의 치료관점에서 벗어나 부모를 보다 적극적인 보조치료자로서 끌어들이어 치료적 협력관계를 형성한다는 특징을 갖는다. 부모에게 새로운 양육방식 및 행동기술을 전수하고 이의 적용을 감독해 줌으로써 아동의 문제행동을 교정시킬 뿐 아니라 양육

효능감과 가족의 응집성도 개선시킬 수 있다(박중규, 오경자, 2004).

부모훈련은 적어도 자녀들의 부모의 명령이나 지시, 훈계를 이해할 수 있는 능력을 가져야 하므로, 만 5세-13세의 아동에게 적용하는 것이 권장되며, 참여하는 부모가 고교졸업 이상의 학력과 개인 또는 가족의 어려움이 상대적으로 적은 경우에 좋은 성과를 거둔다(Barkley, 1997; Anastopoulos et al., 1993). 서구에서 시행된 행동적 부모훈련의 문제점으로는 중도 탈락율이 높다는 것으로 3-4개월간의 부모훈련과정에서 참가자 중 49%만이 끝까지 마치거나(Fireston & Witt, 1982), 22%는 치료시작 전에, 9%는 3단계에 이르면서 28%는 3단계 이후 과정에서 탈락하여 전체 지원자 중 41%만이 치료를 마쳤다(Frankel & Simmons, 1992). 아울러 행동장애가 심각한 경우에는 부모훈련이 종료된 후에도 여전히 정상아동에 비해 산만하고 충동적인 행동이 일탈된 수준으로 나타나는 한계점도 있었다(Anastopoulos et al., 1993).

대부분의 부모교육 프로그램은 8주에서 12동안 진행되며, 가족관계에서 문제가 되는 아동의 행동변화에 그 목적을 두고 있다. 이를 위해 아동행동에 대한 부모의 이해를 높이고 동시에 문제행동에 대처하는 방법을 교육하는 것을 그 내용으로 한다. 긍정적 행동에 대한 강화 방법과 부정적 행동에 대한 훈육, 처벌 방법이 제시 되고, 이와 아울러 이렇게 변화한 행동을 어떻게 유지하고 문제행동의 재발을 방지할 것인지도 논의된다.

부모-자녀간의 부정적인 상호작용의 개선을 목표로 하는 행동적 부모훈련은 (1) 부모의 선택적 주목기술의 개선, (2) 부모의 명령전달방식의 개선, (3) 아동의 독자적 놀이행동의 개선, (4) 처벌방안으로 타임아웃의 사용, (5) 훈육방법으로서의 반응대가(response cost)의 적용, (6) 문제예방 방안으로서 부모가 활동계획을 미리 수립하기-특히 공공장소에서- 등으로 구성된다(Barkley, 1997). 행동을 다루는 관리기술을 강조하며 부모에게 문제행동이 사회학습되는 원리와 개념을 이해시키고 정적강화 및 부적강화, 처벌, 보상체계, 수반관계의 이해 등 행동수정의 원리들에 근거하고 있다(Barkley, 1987, 1997).

부모의 교육프로그램이 병행되는 경우 아동의 가정, 학교장면에서의 행동변화에 효과적이라는 것이 일반적인 견해이다. 행동적 부모훈련은 아동에 대한 직접적 치료(예: 약물치료나 개인심리치료)의 효과를 증진시킬 수 있으며, 약물치료 등을 통해 문제행동이 상당히 개선되었더라도 남아있을 수 있는 부모-자녀간의 부정적 상호작용의 개선에도 효과적이다(Johnston & Freeman, 1997). ADHD 및 반항적 행동 장애

(Oppositional Defiant Disorder; ODD)로 내원한 아동 중 64%이상에서 부모훈련 후 아동의 문제행동이 정상 수준 또는 임상적으로 유의한 수준으로 변화하였다 (Anastropoulos et al., 1993). 역기능성이 비교적 덜 심각한 경우 자녀의 불순종 또는 적대적 문제행동이 또래집단과 유사한 정상범위로 호전되었으며, ODD,品行장애 등의 진단을 받은 아동들의 경우도 순응도가 증진되었다. 이와 더불어 부모교육을 통한 자녀의 외현적 문제행동의 개선과 부모의 양육행동의 변화는 부모의 양육스트레스 감소, 자녀에 대한 긍정적 태도 및 양육효능감, 부모의 자존감, 형제 및 부부, 가족 전체의 기능 증진 등에 긍정적으로 영향을 미치는 것으로 나타났다(Anastropoulos et al., 1993; Johnston, 1992).

이러한 부모교육프로그램과 함께 학교 환경을 보다 구조화 하고 토كن 제도를 통해 아동에게 구체적으로 강화물을 제공하는 경우 ADHD 아동의 적응적 기능의 향상면에서 긍정적인 효과가 나타나고 있다.

가정과 학교 환경의 구조화는 증상이 경미하고 만성적이지 않은 경우는 효과적이지만 증상이 심각하고 장기적인 경우 보다 집중적인 행동수정이 필요하다. Pelham과 Hoza(1996)는 Summer Treatment Program을 개발했는데 이는 일종의 여름캠프로 8주 동안 1주일에 45시간씩 진행된다. 효과적인 행동수정을 위해 교사 대 학생비율을 낮췄으며(5:12) 아동의 행동에 따라 보상과 처벌이 즉각적으로 주어진다. 이러한 행동수정과 함께 개인교과지도, 사회성 기술 훈련도 프로그램에 포함된다. 또한 캠프 후 아동행동의 가정 그리고 학교에서의 일반화를 위해 아동의 부모와 교사도 프로그램에 부분적으로 참여하도록 권장하고 있다. 이러한 집중적인 행동수정의 경우 기존의 부모교육 프로그램보다 2배 높은 효과를 나타냈지만(Pelham & Hoza, 1996; Pelham & Waschbush, 1999) 높은 비용과 장시간의 프로그램 운영으로 인해 일부 ADHD 가정에만 적용가능한 것으로 판단된다.

이러한 행동수정 프로그램은 주로 약물치료와 함께 병행되며 이러한 통합치료법은 학업,品行 영역에서의 아동의 기능 향상과 함께 ADHD 증상 감소에 효과를 나타낼 뿐 아니라 부모와 교사들도 가장 선호하는 치료법으로 보고되고 있다.

라. 인지증진치료 (Cognitive Enhancement Therapy)

아동-청소년의 장애 치료를 위한 인지기능의 특징을 이해하는 과정에서 장애의 원인이 인지결함에 의한 것인지, 혹은 왜곡된 인지에서 비롯된 것인지를 규명하는 것은

매우 중요하다(Miranda, 2000). ADHD의 경우 인지왜곡보다는 인지결함에 의해 매개된다는 연구결과가 일관되게 보고되고 있으며(Barkley, 1997; Douglas, 1983; Kendall & Braswell, 1993), ADHD 치료에 있어서 기존의 인지행동치료의 제한점 또한 지속적으로 제시되고 있다(Abikoff, 1991; Gnagy, 1999; Kandal & Gosch, 1994; Whalen & Henker, 1991). 이에 따라 ADHD의 신경심리학적 원인론에 근거하여 ADHD 아동의 작업기억 향상을 통한 인지증진과 ADHD 증상 호전에 대한 관심이 증가하고 있다(이명희, 2006).

인지증진치료는 ADHD 치료 분야의 새로운 접근으로 최근 모든 학문에 강력한 영향을 미치고 있는 신경과학에 이론적 토대를 두고 각 정신장애의 뇌기제와 그에 근거한 취약 인지영역을 밝히고 이에 대한 치료개입을 시도하는 치료법이다. 인지증진치료의 뿌리는 인지재활(Cognitive rehabilitation)에 있으며, 이전의 치료 방법이 주로 증상의 완화에 있었다면 인지재활은 환자의 삶의 질을 향상시킬 수 있는 기술을 습득하도록 유도하는데 목적이 있다. 인지재활의 가장 기본이 되는 전제는 뇌의 가소성(plasticity)에 있다. 이는 유전적으로 뇌 기능이 결정되어 있으나 환경과의 상호작용 속에서 변화할 잠재력을 가지고 있다는 개념으로 인지증진치료의 치료적 개입을 위한 전제조건이라고 할 수 있다.

인지증진치료는 외상성 뇌손상 환자에 대한 치료에서 시작되었으며 뇌와 관련된 영역의 어떤 질환에도 적용 가능한 치료기법이다(송현주, 2007). 정신분열병 환자에 대한 인지증진치료에 대한 연구는 1990년대부터 이미 활발하게 이루어지고 있으며(Bellack, 1992; Wexler & Bell, 2005), 우울증, 치매(Alzheimer Disease)와 간질(Seizure Disorder)까지 적용되고 있다(Corrigan & Yudofsky, 1996). 특히 정신분열증 환자집단을 대상으로 인지증진치료의 효과성을 검증한 Bell, Wexler와 동료들의 일련의 연구들은(예: Bell, Zito, Greig, & Wexler, 2008; Greig, Zito, Wexler, Fiszdon, & Bell, 2007; Wexler & Bell, 2005) 인지증진치료가 실행기능, 작업기억력 등의 인지기능 영역뿐 아니라 직업기능의 수행에도 긍정적으로 영향을 미친 것으로 보고하고 있다. 이는 인지증진치료가 인지기능뿐 아니라 다른 적응기능(예: 직업기능, 사회기술)에까지 영향을 미칠 수 있음을 시사하는 것으로, 인지결함이 있는 다른 정신장애(예: ADHD, 학습장애 등)의 치료에도 고무적인 연구결과로 판단된다.

환자집단 뿐 아니라 정상집단에 대한 인지증진치료도 과제 수행 속도와 정확도 면에서 유의미한 향상을 보인다고 1990년대 이전에 이미 보고되었다(Sohlberg &

Mateer, 1989). ADHD의 경우, 그 원인을 주의집중력과 이와 관련된 실행기능, 특히 작업기억의 장애로 설명하는 신경심리학적인 관점이 일반화되면서 주의집중력 훈련 프로그램(Attention Training)이 인지증진치료에서 사용되고 있다. Tamm 등(2009)은 주의집중력 훈련프로그램의 일종인 Pay Attention! 프로그램을 ADHD 아동에게 사용한 연구에서 참여아동의 인지적 융통성, 작업기억력, 메타인지능력(자율적으로 과제를 시작하고, 계획하고, 조직하고 평가하는 능력)의 향상과 ADHD 증상의 감소를 보고했다. 이는 주의집중력 훈련프로그램이 ADHD 아동의 다른 인지기능(예: 인지적 융통성, 메타인지기능 등)의 향상에도 영향을 미칠 수 있는 가능성을 보여준 연구로 장기적 효과가 입증되면 아동의 학습기능에의 일반화도 가능할 것으로 보인다. ADHD 아동을 대상으로 한 다른 인지증진치료 연구들도 주의력의 문제가 있는 아동에게 주의지속력과 집중력 훈련을 집중적으로 시킨 결과, 주의 지속능력이 점차적으로 증가하였으며(Slate, Meyer, Burns, & Montgomery, 1998), 이러한 주의력 향상은 시각, 청각기능에 걸쳐 고르게 나타났다고 보고하고 있다(Slate et al., 1998; 김영수, 2004).

취약한 인지영역에 대한 집중적 훈련을 기본 골자로 하는 인지증진치료의 경우 인지영역의 구체화, 프로그램의 맞춤화(personalized program), 그리고 과제의 다양화가 치료의 핵심을 이루게 된다.

인지증진치료와 관련하여 최신 신경과학 측정 연구의 흐름은 인지 영역들의 보다 구체적이고 세분화된 영역들을 탐색하는 데 있다. 그리고 이 결과들을 뇌의 생물학적 기전과 관련지으면서 다양한 치료적 개입에 활용하고 있다. 특히 ADHD와 학습장애 아동에 대한 관심이 증가하면서 인지 영역 중 주의 영역에 대한 연구가 매우 활발하게 이루어지고 있는데 이는 주의가 모든 정보처리의 가장 핵심이 되는 영역이며 매우 복잡하고 다양한 기제가 포함되어 있어 많은 연구자들에게 지속적인 흥미와 매력을 제공하기 때문이라고 하겠다. 특히 작업기억은 학업 성취, ADHD 치료와 밀접하게 관련되어 있어 이에 대한 실용적인 관심이 모아지고 있다.

인지증진 프로그램 구성에서 가장 중요한 부분은 대상자의 인지 특성에 적절한 프로그램을 구성하는 것이다. 인지증진치료는 각 진단 군별로 특정한 인지증진프로그램이 구성되는 것이라기보다는 대상 환자군의 인지결함 특성에 따라 개인 맞춤 형식의 프로그램이 구성되게 된다. 동일한 ADHD 진단 군에 해당되더라도 그 사람이 가지고 있는 인지적 강점과 약점에 따라 서로 다른 인지증진 프로그램이 구성되는 것

이다.

개인에 따른 프로그램 구성에서 취약 인지영역에 대한 훈련 과제는 과제에 대한 분명한 파악이 전제된 후에는 다양하게 적용하는 것이 가능하다. ADHD의 취약 인지 영역인 주의에 관해 Sohlberg와 Mateer(1986)가 제안한 과제들을 보면, 초점 주의(focused attention) 과제로는 소리로 주어진 목표 숫자를 탐지하는 과제가 포함되며 지속 주의(sustained attention)는 연이어 소리로 제시되는 숫자를 따라 하는 과제로 훈련할 수 있었다. 선택 주의(selective attention) 훈련은 잡음과 함께 제시되는 숫자를 듣고 따라하는 과제가, 주의 분배(divided attention) 훈련에는 동시에 두 가지 과제를 수행해야 하는데 한 편으로는 청각 과제를 수행하고 동시에 시각 과제를 수행하는 과제가 포함된다.

기억기능도 ADHD의 취약 영역 중 하나로 거론되고 있는 영역이다. 기억기능에 대한 훈련으로는 먼저 연습, 반복 연습이나 훈련을 통해 손상된 기억 기능을 재건하려는 목적을 가진 과제들이 포함될 수 있다. 목록 학습 과제 혹은 문단 회상 과제에 대한 반복 훈련이 대표적인 방법인데 Sohlberg와 Mateer(1989)는 마치 근육 단련처럼 과제를 단순 반복 훈련하는 과제의 효과는 검증되지 않았고 임상 장면에서도 효과적이지 못하다고 하였다. 단순 반복 훈련 외에도 보상 책략을 활용하는 기억 훈련 과제들이 제시되기도 하나 역시 긍정적인 효과가 보고되지 못하였다. 이는 다요인적이고 종합적인 특성을 가지고 있는 기억이라는 기능 특성에 원인이 있을 수 있다. 효과적인 기억을 위해서는 주의, 언어와 문제해결 능력이 적절하게 기능해야만 한다. 따라서 기억 기능 향상을 위해서는 단순히 암기 훈련을 하는 것 보다는 기억 기능의 요소가 되는 주의, 언어나 문제해결 능력 중에서 환자의 취약한 영역을 변별해 내서 그 영역을 훈련하는 것이 보다 적절할 것이다.

신경심리학에서 ADHD의 원인으로 설명하고 있는 실행기능의 저하 또한 인지증진을 통한 훈련이 가능하다. 실행기능 훈련에는 매우 다양한 활동이 포함될 수 있다. 특정 목표 활동(예, 달걀찜 하기)을 주고 이를 완성하기 위한 단계 활동들을 적어 보게 하는 과제, 시간 추정과제, 자기 행동 인식하기 과제 등이 포함될 수 있다. 이밖에 문제해결 기능을 위해서는 다양한 귀납적, 연역적 추론 과제들이 사용될 수 있다. 이러한 과제들은 인쇄된 형태로 제시되어 수행할 수도 있고 컴퓨터로 제시되어 수행하게 할 수도 있는데 인쇄된 형태로 제시하여 치료가 이루어지는 경우에는 컴퓨터 제시 상황과 달리 치료자와의 역할이 커지며 치료자와 환자 간 상호작용이 기능 향

상에도 영향을 미치게 된다.

대부분 인지증진치료는 컴퓨터 기반으로 하여 이루어지면서 대상 자극제나 수행에 대한 피드백 등 컴퓨터를 이용하였을 때 많은 장점을 가지게 된다. 현재는 컴퓨터 뿐 아니라 보드게임 등의 다양한 기제를 사용하여 치료가 이루어지고 있으며 이러한 작업이 치료자와 내담자간 상호작용을 바탕으로 일어났을 때 실제 치료효과는 배가될 수 있다. 결국 인지증진치료에서 가장 중요한 것은 환자의 인지특성을 정확하게 파악하는 것과 환자의 인지적 취약성을 보상하거나 회복시켜줄 수 있는 훈련 과제를 제시하고 이를 반복 훈련하는 것이라고 하겠다.

마. ADHD에 대한 다중양식 치료 연구(Multimodal Treatment study of children with ADHD: MTA)

현재 ADHD 치료에 관한 연구들은 약물단독치료, 심리사회적치료, 그리고 이 둘의 병합치료의 효과성에 초점을 맞춰 이뤄지고 있다.

1992년부터 미국의 국가정신보건기관과 교육부는 ADHD 아동에 대한 다양한 약물치료와 치료방식을 오용하게 되는 것을 우려하여 전국의 6개 지역의 ADHD 치료센터를 중심으로 약 579명의 ADHD 아동을 대상으로 하는 다중양식치료연구(MTA)를 시작하였다. 비교집단은 크게 4집단으로 약물치료만 실시한 집단, 행동수정만 실시한 집단, 약물치료와 행동수정을 함께 실시한 집단, 일반적인 지역사회 보살핌만 받은 통제집단이었는데, 행동수정에는 27회기의 부모교육, 개인치료, 여름캠프, 교사교육, 교실보조(1달에 2회), 교실보조(캠프 스태프), 학교보고카드(매일), 사회기술과 자기통제 훈련이 포함되었다. 14개월 이후, 약물치료집단과 약물과 행동수정을 함께 실시한 집단(68%)이 ADHD 증상의 호전을 나타내었으며, 그 다음은 약물치료만 실시한 집단(56%)이 증상호전이 나타났다. 그에 비해 행동수정만을 실시한 집단은 불과 33%의 호전을 나타내었다(MTA Cooperative Group, 1999).

MTA의 다른 연구결과에 의하면 약물의 수준을 낮추고 심리사회적 치료와 병행하는 경우 높은 수준의 약물단독치료의 효과와 유사한 효과를 나타내며, 특히 병합치료는 ADHD 아동의 내재화(우울, 불안 등), 외현화(반항, 공격성, 비행 등) 성향을 감소시키는 데 약물단독치료, 사회심리 단독 치료와 비교하여 가장 우수한 접근으로 보고되었다(MTA Cooperative Group, 1999). 이는 Pelham과 동료들(2005)의 연구에서도 일관되게 나타나, 약물의 수준을 낮춘 경우 강도 높은 행동치료와 병행될 때 그 효과는

약물의 수준이 높은 약물단독치료의 효과 차이가 없는 것으로 보고되었다.

MTA 협력집단(MTA cooperative group)에서 치료효과의 지속성을 보기 위해 치료가 종결된 2년 후에 36개월 효과지속 연구를 실시한 결과(Jensen et al., 2007), 36개월 시점에서는 어떤 측정치에서도 위의 4집단 간의 유의미한 차이는 나타나지 않았는데, 이는 연령에 따른 증상감소가 모든 집단에 나타났기 때문인 것으로 설명되었다.

따라서 행동치료가 약물치료와 병합된 경우 약물단독치료보다 효과가 높다는 결과(Klein & Abikoff, 1997; MTA cooperative group, 1999; Pelham et al., 2005)는 일관되지 않지만 현재 실증적 연구를 통한 병합치료에 대한 일반적 견해는 약물의 수준을 낮출 수 있도록 하는 대안이 될 수 있으며 내재화, 외현화 문제행동에 긍정적 영향을 미친다고 요약될 수 있다.

4. ADHD 아동 및 부모 대상 집단 프로그램

다음에서는 국내외 ADHD 아동과 부모를 대상으로 한 집단프로그램에 대해 살펴보기로 한다. 본 연구의 목적이 ADHD 아동의 부주의 개선과 충동성/과잉행동성 조절을 동시에 포함하는 프로그램의 개발에 있으므로, 아동프로그램의 경우 ADHD의 주의력 향상을 위한 인지증진 프로그램과 사회성 향상을 위한 사회기술훈련을 중점적으로 다룬 프로그램들을 소개, 논의하였으며, 부모교육프로그램은 선행연구에서 효과성이 입증된 환경적 요인의 개선을 위한 행동수정기법을 중점적으로 다룬 프로그램들이 논의되었다.

가. ADHD 아동 대상 집단 프로그램

국내외 ADHD 아동을 대상으로 하는 집단 프로그램은 아동의 사회성과 인지능력 개선에 초점을 맞춰 개발, 시행되고 있다. 이는 ADHD 아동의 경우 또래와의 관계와 학업영역에서 가장 심각한 문제를 나타내기 때문이다. 또한 ADHD의 주요증상인 부주의, 과잉행동, 충동성이 인지왜곡보다는 인지의 결함에 기인한다는 최근 신경심리학적 이론을 바탕으로 취약한 인지기능의 개선과 함께, 이러한 취약성으로 인한 사회기술능력의 저하를 교정하는 데 대부분의 프로그램들이 그 목적을 두고 있음에도 이 유가 있다. 사회성과 인지 발달이 아동기 발달과업의 가장 중요한 두 가지 영역임을

고려할 때 인지적, 사회적 취약성을 가지고 있는 ADHD 아동의 경우 이러한 집단활동을 통한 이 두 영역에서의 기능 향상은 이후 청소년기, 청년기로 이어지는 발달단계에까지 영향을 미칠 것으로 판단된다.

현재까지 개발된 ADHD 아동 집단상담 프로그램 중 그 효과가 입증된 프로그램은 다음의 표 1로 요약될 수 있다.

표 1. ADHD 아동 집단 프로그램

접근	프로그램명	회기	목적 및 기법	내용
사회기술훈련	ADHD 아동의 사회기술훈련 프로그램(Pfiffner, McBurnett, 1997; 김세실, 한은선, 안동현 번안, 1999)	8	<ul style="list-style-type: none"> 프로그램 대상: ADHD 아동 프로그램 내용: 사회기술에 관한 정보, 행동수정 방법 훈련, 문제행동을 다루는 방법 훈련 프로그램 기법: 과제검토, 구조화된 놀이활동, 역할극, 과제 배부, 참여행동 보상 	<ul style="list-style-type: none"> 지시, 규칙의 존중 결과 수용 자기주장법 습득 자극 무시 문제해결능력 습득 감정의 인식과 효과적 처리
	사회기술훈련 (Miranda & Presentacion, 2000)	18	<ul style="list-style-type: none"> 프로그램 목적: 사회기술 향상 프로그램 기법: 토론, 모델링, 심리-교육(psych-education) 	<ul style="list-style-type: none"> 자기-지시 기술 이완 기법 자신 및 타인의 정서인식 분노 통제
	Multi-modal 접근의 사회기술훈련 (박순말, 2005)	14/주2회	<ul style="list-style-type: none"> 프로그램 목적: 행동적 사회기술 향상, 사회-인지적 기술 향상 	<ul style="list-style-type: none"> 미시적 및 거시적 행동 기술 사회적 지각 자기 통제 문제해결 기술
	ADHD 아동을 위한 사회기술 훈련 프로그램 (이혜숙, 2007).	10	<ul style="list-style-type: none"> 프로그램 목적: 또래관계에서 적절한 사회기술 향상 프로그램 기법: 놀이, 게임, 역할극, 언어적 교습, 시범 보이기, 피드백과 사회적 강화, 행동관리 	<ul style="list-style-type: none"> 친구 관계 형성 자기 인지 친구 사귀기 문제해결 재교육 및 적용
인지행동 / 인지증진	ADHD 아동의 행동억제 훈련 (김사리, 김교현, 2002)		<ul style="list-style-type: none"> 프로그램 목적: 인지과제 해결, 문제해결능력 향상 프로그램 기법: 언어중재 프로그램 (Camp & Bash, 1981) 	<ul style="list-style-type: none"> 도형에 색칠하기 같은 그림 찾기 청각적 억제과제 퍼즐 완성하기 가라사대 놀이 수수께끼 인과관계 분류하기
	집단 게임 놀이치료 프로그램 (윤지현, 2007)	10	<ul style="list-style-type: none"> 프로그램 목적: 실행기능과 자기통제력 향상 	<ul style="list-style-type: none"> 자기 노출 및 친밀감 형성 충동성 조절 및 자기 통제력 향상 감정인식 및 표현 작업 기억 향상 및 인지적 융통성, 재구성

이론	프로그램명	회기	목적 및 기법	내용
	주의력결핍 과잉행동 아동의 부주의와 충동성 감소를 위한 인지증재 집단프로그램 (이명희, 2006)	14	<ul style="list-style-type: none"> 프로그램 목적: 주의력 결함 (인지요인)과 과잉행동-충동성(행동요인) 치료 프로그램 대상: 초등학교 저학년 프로그램 기법: 놀이, 게임 (Schaefer & Reid, 2001), Shure, 1992), 자기지시훈련 (Meichenbaum, 1995), 인지행동재활훈련프로그램 (이우경, 이원혜, 황태연, 2004), "I Can Problem Solve." (Shure, 1992) 	<ul style="list-style-type: none"> 친밀감과 자기이해 지속적 주의력 선택적 주의력 주의 전환 수행 속도 작업 기억 자기통제 능력 원인과 결과 인식 문제해결력
	Think Aloud 프로그램 (오현경, 조선미, 현명호, 2006)	23	<ul style="list-style-type: none"> 프로그램 목적: 인지문제 해결능력 향상, 대인간 문제 해결능력 향상 프로그램 기법: 자기 교시 (Meichenbaum & Goodman, 1971) 프로그램, 언어증재 프로그램 (Shure & Spivack, 1974) 	<ul style="list-style-type: none"> 인지과제 해결 (1-5회기) 대인간 문제해결 (6회기 이후)
인지 증진	인지기능 향상 집단 프로그램 (강재정, 2008)	20	<ul style="list-style-type: none"> 프로그램 대상: 초등학교 저학년 프로그램 목적: 아동의 주의집중력 향상 (작업기억 향상을 중심으로) 프로그램 기법: 개인컴퓨터 이용, 난이도 조정, 취약과제 훈련횟수 증가 	<ul style="list-style-type: none"> 청각주의력 향상 작업기억 향상 시각주의력 향상 지각조직 및 추론능력 향상
	보드게임을 이용한 ADHD 아동의 주의력 증진 프로그램 (정윤하, 2008)	15	<ul style="list-style-type: none"> 프로그램 대상: 초등학교 1학년 ADHD 아동 프로그램 목적: ADHD 아동의 주의력 향상 	<ul style="list-style-type: none"> 다양한 보드게임 사용 (콘체르토 그로스, 할리갈리, 셜록, 만들고 부수고, Set 보드게임)

표 1에서 볼 수 있듯이 ADHD 아동 집단치료의 경우 사회기술훈련 프로그램이 가장 많이 시행되고 있으며 사회기술 훈련은 그 목적에 따라 행동, 인지, 정서적인 측면에 초점을 맞춰 그 내용에 차이를 보이고 있다. 인지행동치료는 자기통제력 또는 자기조절능력의 향상에 목적을 두고 언어증재를 통한 자기지시법과 감정인식, 자기통제 훈련, 문제해결 전략 등을 사용한다. 언어증재 훈련프로그램은 과잉행동 감소와 행동억제 기능의 향상에 효과가 있다고 보고되고 있다(김사리, 김교현, 2002).

ADHD 아동을 대상으로 하는 사회기술훈련프로그램은 사회적 인식과 사회기술의 획득의 두 가지 목표로 구성된다. 사회적 인식은 자신의 행동이 다른 사람에게 어떻게 영향을 미치는지를 아동이 지각할 수 있도록 예민성을 증가시키는 것이고, 사회기술의 획득은 새로운 사회적 행동을 가르치는 것이다(Barkley, 1990). 신경심리학적으로

ADHD 아동들은 전전두엽 기능과 관련하여 정서조절에 결함이 있을 수 있고 이는 이들의 사회적 상호작용에 영향을 미치게 된다. 따라서 사회기술훈련을 통해 ADHD 아동은 자신과 타인의 감정을 파악하고 이에 더한 적절한 반응을 학습할 수 있으며 공격적 행동을 감소시킬 수 있다. 대부분의 사회기술훈련 프로그램은 대인관계에서 자기통제된 방식으로 행동하는 데 그 목표를 두고 있으며, 일반적으로 강의와 토의, 모델링, 역할극, 강화와 과제 주기 등의 기법을 사용하고 있다. 사회기술훈련의 효과에 관한 국내 연구들(안동현 등, 2004; 박순말, 2005; 이혜숙, 2007)은 프로그램 실시 후 자기통제와 사회기술영역에서의 향상을 보고하였다. 또한 사회기술향상과 더불어 문제행동, 충동성의 감소도 병행되는 것으로 나타나고 있다.

이러한 사회기술훈련과 함께 주의력 증진을 위한 인지증진 프로그램이 ADHD 아동 프로그램에 포함되고 있는 추세이다(강재정, 2008; 이명희, 2006; 정윤하, 2008). ADHD 아동을 위한 인지증진 치료는 인지기능 향상과 인지훈련을 통한 주의력향상에 목적을 두고 지속적주의력, 선택적 주의력, 그리고 주의전환 능력 등을 향상시키기 위한 과제를 반복적으로 제시한다. 이런 과제는 난이도가 낮은 단계에서 시작해서 아동이 과제를 완벽하게 수행할 수 있게 되면 난이도를 높여 그 내용이 보다 어려워지고 복잡해져서 더 많은 주의를 요하도록 구성되어 있다. 따라서 아동은 이러한 과제를 통한 반복적 훈련으로 주의지속능력이 증가하게 된다(이명희, 2006; Slate et al., 1998).

이처럼 ADHD 아동에 대한 프로그램은 사회기술훈련, 인지행동치료, 인지증진훈련이 현재 가장 많이 활용되며 그 밖에 집중놀이 프로그램(남미숙, 2004), 독서치료 프로그램(김지은, 2008), 미술 치료(임지향, 김민정, 2004), 음악 치료(정미라, 2006) 등 다양한 유형의 집단프로그램의 적용이 이루어지고 있다. 사용기제도 다양화되어 컴퓨터(강재정, 2008) 혹은 보드게임(정윤하, 2008) 등을 이용한 프로그램도 지속적으로 개발되고 있다.

나. ADHD 부모교육 프로그램

국내외적으로 ADHD 아동의 부모교육 프로그램은 여러 장면에서 개발되었으며 지속적으로 지도자와 참여자의 요구를 수용하여 현장 사용에 적절하도록 발전하고 있다. ADHD 아동 부모교육프로그램은 아동의 인지적 취약성에 따른 상호작용의 어려움을 이해하고 이에 부합하는 부모-아동 의사소통, 상호작용 방법의 논의에 그 초점을 맞추고 있다.

대부분의 부모교육프로그램은 행동수정기법을 중심으로 강화와 처벌 방법에 대한 내용이 주를 이루고 있다. 강화방법으로는 칭찬과 토큰이 주로 사용되고 있으며 처벌방법으로는 토큰 상실과 타임아웃이 사용된다. 아동과 부모가 함께 참여하여 실제 상호과정을 하는 과정에서 아동의 행동변화와 부모의 대처방안을 교정, 변화시키 데 목적을 두는 모델(Eyberg, 1988; Eyberg & Boggs, 1989; Hembree-Kigin & McNeil, 1995; Weisz, 2004)도 소개되고 있다.

ADHD 아동의 경우 실행기능의 결여로 인해 규칙을 따라야 하는 행동, 또는 명령, 규칙, 자기지시에 의한 행동에 대한 자극 조절이 어려울 수 있다. 이는 부모의 아동 양육태도 혹은 관리능력의 문제라기보다는 신경생리학적인 취약성의 문제로 볼 수 있다. 따라서 이런 경우 부모는 보다 분명하고, 체계적이며, 외현화 되고 관심을 갖게 할 수 있는 방법으로 규칙이나 지시사항을 전달할 필요가 있다. 또한 이러한 지시사항을 아동이 따랐을 경우 다른 아동에 비해 보다 분명한 강화가 주어질 필요가 있다. ADHD 아동의 경우 가정, 학교, 그리고 또래집단에서 반항적이고 적대적인 행동을 보이는 경우가 많은데 이러한 행동에 대처하는 방법 습득을 위해 현재 부모교육이 가장 효과적인 접근으로 보고되고 있다(Barkley, 2002).

자극 조절능력의 결여와 관련하여, ADHD와 관련된 주요한 특성 중 인지적 결손으로 상위인지와 실행기능의 결손을 들 수 있다. 상위인지는 자기조절을 위해 '아는 것에 대해 아는 것'으로서 고차원의 정신과정을 의미한다. 실행기능은 최종적으로 운동억제를 하기위한 일련의 과정들을 망라하는 기능이다. 즉, 실행기능은 미래의 목표를 위해 문제해결 상황을 중단하지 않고 유지하는 능력에 관한 것이며 이 기능의 결함은 행동억제를 어렵게 한다(Barkley, 1998, 2002). ADHD 아동의 부모가 호소하는 아동의 행동특성들은 대부분 행동억제가 어렵게 되는 실행기능의 결손과 상관이 있다. 부모의 지시에 대해 ADHD 아동이 자기를 통제하여 잘 따르지 못하고 부모의 지시를 무시하거나 거부하거나 지시를 따르다가 중단하는 행동이 이러한 실행기능 결손의 예이다.

그러나 ADHD 아동의 이러한 기능상의 어려움을 알지 못하는 상황에서 부모는 아동의 이러한 행동들을 자신의 나태한 훈육의 결과나 부모를 무시하는 행동으로 해석하여 점차적으로 심한 야단과 처벌적 훈육을 하게 되는 경우가 많다. 이러한 부모에게 이것이 ADHD 아동의 실행기능의 결손이라는 증상적 특징으로 설명하는 경우 ADHD 아동의 그러한 행동에 대한 부모의 대응행동은 달라질 수 있다.

이러한 기능상의 어려움과 함께 ADHD 증상이 상황적, 맥락적 요인에 따라 다르게 나타나는 점도 부모교육에서 필요한 부분이다. 아동의 피로정도나 과제의 복잡성 그리고 요구되는 통제의 정도에 따라 ADHD 증상적 문제행동 수준은 달라진다.

따라서 ADHD 아동의 부모가 ADHD 아동의 기능적 어려움을 이해하고 상황적, 맥락적 요인에 따라 ADHD 아동의 통제에 있어서 편차가 크다는 사실을 지각하게 되면 아동의 행동 문제에 대한 부정적인 감정이 앞서기 보다는 문제행동에 대한 중재 방법을 찾는 노력이 선행될 수 있다.

즉, ADHD 아동의 행동특성과 그에 대한 부모의 부적절한 대응 행동 때문에 ADHD 아동과 부모간의 의사소통과 관계의 질은 떨어지게 된다. 또한 ADHD 아동의 발병이 오래되어 복합된 증상을 나타낼수록 부모가 효과적인 대처행동을 하기 어렵게 되어 ADHD 아동과 부모 관계의 질은 더욱 떨어진다(Keown & Woodward, 2002). ADHD에 대한 부모의 이해가 향상될수록 부모가 아동을 보다 잘 수용하고 아동의 증상에 대해서도 보다 효과적으로 중재할 수 있을 것으로 기대되므로 부모교육 프로그램을 통해서 ADHD의 증상적 특성에 대한 지식이 부모에게 전달되어 양육과 관련된 바람직한 사고를 할 수 있도록 도울 필요가 있다.

ADHD 아동의 경우 억제와 정서조절에 결함을 나타내는 데 이는 이들의 강화 혹은 처벌에 대한 반응에서 나타나게 된다. 이들은 보상에 대한 반응에서 더 과잉 각성되고 흥분하며 강화율이 감퇴되었을 때 눈에 띄게 좌절했다(Douglas & Parry, 1994; Wigal, 1993). 목표지향행동에 필요한 것으로 자기조절과 정서적 상태를 유도하는 능력은 동기, 추동 및 각성상태를 조절하고 유도하는 능력과 관련된다.

현재 ADHD 아동 부모교육 프로그램은 ADHD에 대한 정보제공과 이를 통한 부모의 자녀행동에 대한 이해 증진, 그리고 갈등상황이나 아동의 부적절한 행동에 대한 부모의 대응법을 주요 틀로 하고 있다. 이는 ADHD 아동 부모의 경우 아동의 공격적, 충동적, 반항적인 행동으로 인한 양육 스트레스와 이러한 부적절한 행동의 대처법에 대한 요구가 많은 연구에서 일관되게 보고되고 있는데 연유한다.

행동수정기법을 중심으로 하는 우리나라에서의 ADHD 부모 프로그램은 일관적으로 행동수정기법 중 관심보이기와 칭찬하기 기법을 가장 유용하다고 평가하였으며, 무시하기에 대해서는 부정적인 반응을(고려원, 1993), 그리고 토큰/반응대가의 시행은 프로그램이 진행되는 기간에는 유용하다고 평가되어 유지될 수 있었으나 프로그램이 종료된 후에는 거의 이용되지 못하는 단점이 보고되었다.

부모에게 행동수정기법을 훈련하여 아동에게 적용하게 하는 행동적 부모훈련은 아동의 외현적 문제행동을 개선하는 데 대한 그 효과성이 입증되고 있다(오경자 등 1995). 한국에서 수행된 연구들은 적어도 부모훈련의 결과로 문제행동이 감소하고 치료효과는 1개월에서 6개월의 추수평가 때까지 유지되며, 약물치료와 병합될 때 약물 단독치료 때보다 훨씬 양호한 치료성결과를 보인다고 보고하고 있다. 또한 특기할만한 점으로는 자신의 양육능력에 대해 회의적이고 무기력한 상태에 있었던 어머니들이 프로그램을 통해 자신감을 회복하고 보다 긍정적인 태도로 자녀 양육에 임하게 되었고 부모-자녀 관계가 크게 호전되었다는 점이다. 이는 부모훈련이 단순히 행동관리기법만을 변화시키는 것이 아니라 자녀 양육에 대한 태도의 근본적인 변화를 유도할 수 있음을 제시하는 것으로 볼 수 있다.

Braswell과 Bloomquist(1991)는 문제를 인식하기, 해결책을 모색하기, 결과를 예측해 보기, 방해물을 예측해 보기, 선택된 방안을 실행하기 등의 과정을 반복 연습하는 문제해결훈련이 부모의 양육능력을 증진시키는 데 효과가 있다고 했는데, 행동수정의 방법이든 문제해결의 인지적 방법이든 가장 기본이 되는 것은 부모 및 자녀가 가정에서 어떤 행동을 하고 있는지 관찰하는 자기검색(self-monitoring)의 능력을 배양하는 것이라고 강조했다. Alexander, Waldron, Barton, & Max(1989)는 재명명하기(relabelling)같은 재귀인(re-attribution)조작이 실험상황에서 가족 간 상대를 비난하는 부정적 상호작용을 감소시킬 수 있음을 제시하였다. 그러나 이에 대한 실제상황에서의 일반화는 확인되지 않고 있다.

부정적 양육행동을 효과적으로 개선하기 위해서는 적당한 양육지침을 가르치는 것 외에 부모가 자신의 정서적 각성 및 귀인방식을 깨달을 수 있도록 해야 한다. Spaccarelli와 Costler, Penman(1992)에 의하면 행동관리 부모훈련 단독시행과 문제해결훈련이 병행된 행동관리 부모훈련의 효과를 연구한 결과, 두 집단 모두에서 부모의 양육행동이 개선되고 처벌행동이 감소되는 효과가 있지만, 문제해결훈련 병행집단에서만 보다 다양한 영역의 문제행동이 감소하고, 아동의 적응 및 성격과 관련된 부모의 태도와 부모역할에 대한 관심이 유의하게 개선되었다고 보고하였다.

이러한 연구결과들은 부모훈련을 구성할 때 프로그램의 내용에 아이의 문제 행동 및 그에 대처하는 부모의 능력에 관한 자동적인 사고, 믿음, 귀인, 기대들을 이해하는 절차를 포함시키는 것이 유익할 것임을 시사하고 있다. Bloomquist(1997)는 효과적인 의사소통 기술 및 체계적인 문제해결기술, 협상능력, 감정 조절(분노통제) 등의 요소

가 부모훈련에 필수적이라고 주장했다.

또한 박중규와 오경자(2004)는 부모훈련의 최대성과를 얻는 방법은 각 개인마다 상이하므로 각 개인이 훈련성과를 극대화시킬 수 있도록 구조화된 훈련내용을 변형시켜 활용하는 절차가 시행될 필요가 있음을 제안했다. 즉 개인적으로 어떤 방식으로 훈련내용을 변형시켜 실제에 적용하는지에 대한 논의가 필요하다는 입장으로 이러한 개인적 적용방식에 대한 논의를 위해서는 집단상담 중 지도자의 각 참가자에 대한 개인적 접촉이 필요하다고 판단된다. 즉 일대일의 상호작용을 통해 다양한 내용에 대해 상담할 기회를 제공함으로써 부모가 가진 문제해결을 돕는 것이 필요하다는 관점이다.

ADHD 아동의 경우 일차적인 부주의, 충동성, 과잉행동의 문제와 함께 이와 관련하여 학업과 또래관계에서 어려움을 겪으면서 긍정적 자아개념 형성에 문제를 나타낸다. ADHD 아동의 5-6명 중 한명은 심각한 학습문제를 보이는데(박민정, 2004) 이는 아동의 부주의와 과잉행동으로 인해 수업내용과 교사의 지시에 집중하지 못하고 충동적으로 반응하게 되면서 과제를 자세히 검토하지 못하고 실수가 잦아져 긍정적 강화를 못받게 되고 지루함을 느끼게 되며 과제를 끝맺지 못하게 된다. 따라서 정상지능인 경우도 지식의 습득에 어려움을 보이게 되고 이는 취학 후 아동의 자아개념에 영향을 미치게 된다(박민정, 2004). 또한 아동의 학업부진은 부모-자녀 갈등을 낳게 되므로 취학아동의 경우 부모가 학업관리방법 습득을 통해 이에 대한 대비를 할 필요가 있다. 부모교육에 학습관리 방법을 포함하여 부모의 학습관리 능력에서의 효능감을 높이고 이를 통해 부모-자녀의 갈등 감소 혹은 예방을 도울 수 있으며 궁극적으로 아동의 긍정적 자아개념 형성에도 도움이 될 수 있다.

부모교육 프로그램의 효과는 대부분의 연구에서 긍정적으로 보고되고 있으며 부모의 프로그램 참여가 ADHD 아동의 행동변화에도 영향을 미치는 것으로 나타나고 있다. 즉 ADHD 아동의 부모교육 프로그램이 부모의 스트레스 감소에 영향을 미치는 것과 더불어 이를 통한 아동의 행동변화에도 기여 하고 있는 것으로 해석할 수 있다. 이는 부모의 양육스트레스 감소와 적절한 양육 태도 습득이 프로그램 참여 후 가장 큰 효과를 보이는 영역으로 나타나고 있다는 결과에서도 입증된다. 다시 말해서, 부모교육 프로그램은 ADHD 아동 부모에게 교육과 양육기술을 제공함으로써 궁극적으로 아동의 행동변화를 이끌어내는 데 목적이 있다고 할 수 있다. 표 2는 국내의 ADHD 부모교육 프로그램을 요약하고 있다.

표 2. ADHD 부모교육 프로그램

프로그램명	회기	목적 및 내용	핵심내용
<p>반항아동 부모교육 프로그램 (Defiant Children Program: DCP) (Barkley, 1997)</p>	10	<ul style="list-style-type: none"> 프로그램 대상: 2-12세 사이의 반항적인 ADHD 아동의 부모 프로그램 목적: 부모들이 ADHD 자녀들이 생리학적 자기 통제, 주의집중의 결함에도 적응할 수 있게 도울 수 있는 기술 습득 프로그램 기법: 소크라테스식 접근법 (부모가 치료자에게 문제해결을 의존하지 않고 능동적으로 문제해결을 위한 계획과 결론을 이끌어 내도록 돕는 방법), 기본개념에 대한 이해도 평가, 기본개념의 융통적 적용도 평가 프로그램 내용: ADHD의 본질과 원인에 대한 정보, 적절한 행동을 유지시키는 절차(예: 부모의 주의, 칭찬 및 구체적인 보상), 잘못된 행동에 대응하는 절차 (예: 타임아웃, 토큰 경제), 잘못된 행동을 방지하는 방법, 집 밖의 환경이나 앞으로 일어날 문제에 행동 관리체계를 적용하는 법과 방지하는 방법, 추후회기 및 후기만남 프로그램 특징: 치료의 강도는 각 아동의 심각도에 맞도록 조절 	<ul style="list-style-type: none"> ADHD 이해 행동수정 :적절한 행동 강화, 잘못된 행동 대응, 다양한 상황에 대한 일반화
<p>ADHD 아동 부모교육 프로그램 (Bloomquist, 1991)</p>		<ul style="list-style-type: none"> 프로그램 목적: 행동문제를 나타내는 ADHD 아동의 부모들을 돕기 위해 실제적인 지식과 기술을 제안 프로그램 내용: 가족의 문제해결, 가족의 분노와 갈등 다루기, 귀 기울이기와 복종하기, 타임아웃, 비 순응 행동에 대한 특권 박탈, 일일 어린이 행동, 일일 행동 계약, 강화 개념, 문제해결 기술 습득 	<ul style="list-style-type: none"> 부모스트레스 다루기 가족내 문제 해결, 가족분노 및 갈등 다루기 행동수정 : 경청, 복종 강화 및 비순응 행동 감소
<p>행동통제도식에 따른 양육기술 훈련 (The Behavior Management Flow Chart and Skills Training)(Darnforth,2 007)</p>	10	<ul style="list-style-type: none"> 프로그램 내용: ADHD에 대한 이해, 사회학습이론, 지시하기, 지시하고 기다리기, 칭찬하기, 훈계하기, 타임아웃 경고하기, 타임아웃 시행하기, 타임아웃 거부시 대처방법 프로그램 기법: 강의, 논의, 과제 프로그램 특징: 행동통제도식을 기본으로 구체적 상황에서의 행동관리방법 소개 	<ul style="list-style-type: none"> ADHD 이해 행동수정 : 지시, 칭찬,훈계, 타임아웃 등

프로그램명	회기	목적 및 내용	핵심내용
비순응 아동을 위한 프로그램(Helping the Noncompliant Child Program : HNCP) (Weisz,2004)	10	<ul style="list-style-type: none"> 프로그램 대상: 3~8세의 비순응 아동 및 부모 프로그램 내용: 아동이 놀이 활동을 주도하고, 부모가 적절한 행동에 주의를 기울이고, 기술하고, 보상을 제공하며, 부적절한 행동은 무시한다. 순응 훈련 회기에서는 부모가 놀이 활동을 주도하고, 지시를 하고, 한계를 정하고, 말 잘 듣는 것과 적절한 행동에 대해 보상하며 말 안 듣는 행동에 대해 타임아웃을 사용한다. 프로그램 기법: 치료자들은 일방경 뒤에서 귓속에 끼우는 통신 장치를 사용하여 부모가 적절한 양육 행동을 하도록 가르친다. 이 두 단계를 진행하는 동안 이전에 배운 특정 행동 기술을 얼마나 잘 습득했느냐에 따라 다음 단계와 치료 단계로 넘어갈 수 있는지가 결정된다. 프로그램 배경: Hanf와 그의 동료(1969)의 행동수정 2단계 접근 	<ul style="list-style-type: none"> 행동수정 기법 : 순응행동 증진
부모-자녀 상호작용 치료(Parent-Child Interaction Therapy : PCIT) (Eyberg, 1988; Eyberg & Boggs, 1989; Hembree-Kigin & McNeil, 1995)	13	<ul style="list-style-type: none"> 프로그램 대상: 2~6세 반항성 행동장애 아동 및 부모 프로그램 내용: 아동 주도 상호작용 회기 - 아동이 놀이 활동을 주도하고, 부모는 칭찬, 반영, 모방, 기술 및 열정(RRIDE : Praise, Reflection, Imitation, Description, Enthusiasm)을 가지고 아동이 주도하는 대로 따름. 부모 주도 상호작용 회기 - 부모가 놀이 활동을 주도하고, 지시하고, 한계를 설정하며, 비순응에 대한 타임아웃을 사용하는 것을 배우고, 순응 및 적절한 행동에 보상을 주는 것을 배움. 프로그램 배경: Axline(1969)의 관계 증진 기술, Hanf (1965)의 행동수정 2단계 조작적 모델 	<ul style="list-style-type: none"> 부모자녀관계 다루기 비순응에 대한 타임아웃 및 적절한 행동 강화
ADHD 아동 부모를 위한 집단상담 프로그램 (한선화, 2008).	9	<ul style="list-style-type: none"> 프로그램 목적: ADHD 아동 부모로 하여금 아동의 행동특성을 이해하고 수용하며 적절한 양육 기술을 학습하도록 도움, 부모의 바람직한 양육 행동을 유도, 부모의 양육 스트레스 감소와 양육 효능감 증진, 그리고 아동의 ADHD 증상을 개선 프로그램 내용: 아동과 부모관계 통찰하기, 자녀 수용하기, 양육행동 바로잡기, 분노감정 다루기, 생각 바꾸기, 토크 경제법 사용하기 	<ul style="list-style-type: none"> ADHD 아동에 대한 수용 부모자녀관계 통찰, 수정하기,토크경제 부모의 분노 감정 및 생각 바꾸기
ADHD 아동 어머니의 스트레스 대처 단계에 기반을 둔 부모 훈련 (조은정, 2008)	20/ 주2회	<ul style="list-style-type: none"> 프로그램 내용: 아동의 주의력 조절하기(보상 및 강화 사용), 아동의 감정을 알고 갈등 상황 다루기(대처 기술 익히기) 프로그램 기법: 매 회기 시작마다 5분 동안 어머니의 코치역할과 태도를 강조함으로써, 어머니가 아동의 문제에 대한 통찰을 갖고 어머니 스스로 변화하고자 하는 동기를 지니는 준비단계로 갈 수 있도록 돕는다. 프로그램 배경: 행동적 부모 훈련(신민섭, 2002), 부모 귀인 과정 모형, 초이론 모형에서 의사결정 균형 	<ul style="list-style-type: none"> ADHD아동주 의향상 기법 (행동수정) 갈등상황 다루기(양육에 대한 교육)

다. ADHD 병합 프로그램

최근의 ADHD 아동 개입 프로그램은 아동과 부모 두 대상에 대한 병합프로그램을 실시하는 것이 아동 단독 치료보다 더 효과적이라고 보고되고 있다(김세실, 안동현, 이양희, 1998; 임혜정, 김혜리, 손정우, 김영랑, 2008; 윤선영, 구영진, 전진아, 현명호, 김효창, 2007). 이제까지 소개된 ADHD 아동과 부모를 대상으로 하는 병합 프로그램은 아동의 약물치료와 부모교육을 병합하는 모델(김세실 등, 1998)과 아동의 사회기술훈련 등의 집단치료와 부모교육을 병합하는 모델(Antshel & Remer, 2003; Frankel, Myatt, Cantwell, & Feinberg, 1997; Tutty, Gephart, & Wurzbacher, 2003)로 구분될 수 있다. 표 3은 국내외에서 시행된 ADHD 아동-부모 프로그램의 예이다.

표 3. ADHD 아동-부모 프로그램

프로그램명	회기	목적 및 내용	
Frankel, Myatt, Cantwell, & Feinberg (1997)	아동 12 부모 12	<ul style="list-style-type: none"> 프로그램 구조: 아동 인지행동치료(사회기술훈련)와 부모교육 프로그램 기법: 아동 - 숙제, 행동 리허설, 코칭 	
		<ul style="list-style-type: none"> 프로그램 내용: 아동 1. 칭찬과 비판을 주고받는 대화기술, 2. 분노를 다루는 법 	<ul style="list-style-type: none"> 프로그램 내용: 부모 1. 아동의 숙제 평가하기, 2. 진행기술에 관한 심리교육
Tutty, Gephart, & Wurzbacher (2003)	아동 8 부모 8	<ul style="list-style-type: none"> 프로그램 구조: 아동 인지행동치료(사회기술훈련)와 부모교육 프로그램 목적: 친교 기술, 자기 조절 능력, 감정표현 능력, 자기 존중감 향상 	
		<ul style="list-style-type: none"> 프로그램 기법: 아동 모델링, 집단 피드백, 토론, 역할극 	<ul style="list-style-type: none"> 프로그램 기법: 부모 심리교육 (psycho-education), 비디오수업
Antshel & Remer (2003)	아동 8 부모 3	<ul style="list-style-type: none"> 프로그램 구조: 아동 인지행동치료(사회기술훈련)와 부모교육 프로그램 기법: 모델링, 역할극, 코칭, 과제 	
		<ul style="list-style-type: none"> 프로그램 내용: 아동 1. 공유하기, 2. 자기주장 훈련, 3. 칭찬 주고받기, 4. 부정적인 결과 수용하기 5. 분노조절 	<ul style="list-style-type: none"> 프로그램 내용: 부모 아동의 과제를 도와주는 방법 교육

프로그램명	회기	목적 및 내용	
윤선영, 구영진, 전진아, 현명호, 김효창 (2007)	아동 8 부모 7	<ul style="list-style-type: none"> 프로그램 구조: ADHD 아동 사회기술훈련과 부모교육 프로그램 배경: <ol style="list-style-type: none"> Pfiffner와 McBurnett (1997)의 사회기술훈련 프로그램, 변형된 Barkley(1990)의 반항아동 부모교육 프로그램, 인지-행동적 접근 (예:자기지시훈련등) 	
		<ul style="list-style-type: none"> 프로그램 내용: 아동 1회기: 친구들의 놀이에 어울리기, 2회기: 좋은 놀이친구 되기 3회기: 결과를 기분 좋게 받아들이기, 4회기: 친구와 이야기 나누기, 5회기: 예의바르게 주장하기, 6회기: 친구와의 갈등 다루기, 7회기: 문제를 해결하기, 8회기: 나쁜 감정 다루기 	<ul style="list-style-type: none"> 프로그램 내용: 부모 1회기: 부모의 분노와 스트레스 다루기 2회기: 자녀에게 긍정적으로 관심주기 3회기: 효과적인 명령법 4회기: 행동수정방법(스티커 제도 도입) 5회기: 부모가 하는 일을 방해하지 않도록 아동을 가르치기와 스티커 사용 6회기: 총동적인 문제해결방식의 모델 제시: Think Aloud-Think Ahead Method 7회기: 공공장소에서의 행동 조절 방법
임혜정, 김혜리, 손정우, 김영량, (2008)	아동 8 부모 8	<ul style="list-style-type: none"> 프로그램 구조: ADHD 아동 사회기술훈련과 부모교육 프로그램 배경: <ol style="list-style-type: none"> Pfiffner와 McBurnett (1997)의 사회기술훈련 프로그램, Barkley(1990)의 반항아동 부모교육 프로그램 	
		<ul style="list-style-type: none"> 프로그램 내용: 아동 1회기: 친구들의 놀이에 어울리기, 2회기: 좋은 놀이친구 되기, 3회기: 결과를 기분 좋게 받아들이기, 4회기: 친구와 이야기 나누기, 5회기: 예의바르게 주장하기, 6회기: 친구와의 갈등 다루기, 7회기: 문제를 해결하기, 8회기: 나쁜 감정 다루기 프로그램 기법: 아동 언어적 교습, 시범보이기, 역할극, 지도, 촉진하기 	<ul style="list-style-type: none"> 프로그램 내용: 부모 1회기: ADHD 원인, 특징, 치료법, 문제행동의 원인이해, 2회기: 아이에게 관심 쏟기, 3회기: 아이의 순종에 관심 쏟기, 효과적으로 지시하기, 4회기: 토큰경제 활용하기, 5회기: 반응대가, 타임아웃 도입하기, 6회기: 타임아웃 시행하기, 7회기: 공공장소에서 아이 다루는 방법, 8회기: 미래의 행동문제 다루는 방법 프로그램 기법: 부모 지침서에 근거한 양육기술 교육

표 3에서 볼 수 있듯이 현재 대부분의 ADHD 아동-부모 병합프로그램들은 인지행동 기법을 차용한 아동의 사회기술훈련과 부모교육을 병합하는 형태를 취하고 있다. 이는 사회기술훈련을 통한 ADHD 아동의 또래관계 개선 및 사회성 발달과 부모의 양육 및 훈육태도 개선에 그 목적을 두고 있다. 부모교육의 경우 아동의 집단 과제수행을 돕는 등의 아동치료의 보조역할을 하는 모델(Antshel & Remer, 2003)과 보다 적극적으로 부모 양육태도를 개선하는 모델(윤선영 등, 2007; 임혜정 등, 2008; Tutty, Gephart, & Wurzbache, 2003)로 구분될 수 있다. 국내에서 시행된 윤선영 등(2007)과 임혜정 등(2008)의 연구에서는 Pfiffner와 McBurnett(1997)이 개발한 ADHD 아동 사회기술훈련 모델과 Barkley(1990)의 반항아동 부모교육 프로그램이 병합되어 적극적인 형태의 부모의 행동수정 기법훈련이 적용되고 있다.

ADHD 아동-부모 병합프로그램의 효과에 관해서는 일관되게 긍정적인 효과가 보고되고 있다. Frankel, Myatt, Cantwell 과 Feinberg(1997)의 연구에서 아동의 사회기술훈련과 부모교육을 병합한 집단이 통제집단에 비해 자기통제와 주장성 면에서 유의미한 향상을 나타냈다. 사회기술훈련과 부모교육병합 프로그램 이후 자기주장 등의 사회기술 뿐 아니라 부모평가에서의 부주의와 충동성이 감소했다는 보고도 있다(윤선영 등, 2007). 이는 증상의 감소와 적응기능의 향상이라는 측면에서 상당히 고무적인 연구결과이다. 사회기술 집단은 아니지만 김세실 등(1998)은 아동약물치료와 부모교육을 병합한 프로그램의 연구결과 병합집단이 약물단독치료 집단보다 ADHD 아동의 증상감소에 효과가 있었으며 6개월 후 추수연구에서도 그 효과가 지속되었다고 보고했다.

이러한 병합프로그램의 긍정적 효과는 아동이 부모와 함께 참여함으로써 프로그램에서 습득한 기술과 내용을 가정상황에 연계, 적용하는 데 효과적이고, 부모들이 교육을 통하여 아동을 다루는 대처기술이 향상되면서 자녀양육에 대한 효능감이 향상되고 자녀와의 긍정적인 상호작용이 증가되는 데 따른 결과로 해석될 수 있다. 병합 프로그램은 장기적 치료효과에서도 약물치료 등의 단일 개입보다 효과적으로 보고되고 있다(김세실 등, 1998; Lalongo et al., 1993).

라. 주의력 증진과 사회성 향상을 위한 ADHD 아동-부모 병합 프로그램의 주요개념

위에서 살펴본 ADHD 아동 프로그램, 부모교육프로그램, 그리고 병합프로그램의

내용을 중심으로 본 연구의 목적인 ADHD 아동의 주의력 증진과 사회성 향상 그리고 부모의 양육효능감 증진과 양육태도 개선을 위한 ADHD 아동-부모 병합프로그램 개발에 필요한 주요개념을 살펴보고자 한다.

첫째, ADHD 아동의 경우, 학업, 사회성영역에서 가장 심각한 문제를 나타내며 이에 따라 국내외 ADHD 아동 프로그램의 경우 과잉행동, 충동성에 초점을 맞춘 인지행동치료 그리고 주의력 향상에 목적을 둔 인지증진치료가 시행되고 있다. 이러한 추세를 반영하여 본 연구에서는 아동의 주의력 향상과 사회성 향상에 목적을 둔 인지증진치료와 사회기술훈련의 병합을 ADHD 아동 집단치료에 도입하였다.

둘째, ADHD 아동 인지증진치료의 경우, 보드게임 형식을 취하여 아동이 흥미를 가지고 치료에 임하도록 하였다. 보드게임은 청각작업기억, 청각변별능력, 시각 변별능력 등의 인지능력 신장을 돕는 다양한 게임(예: 따라 외우기, 미로 찾기, 청기-백기 올리기 등)으로 구성되어 있으며 아동의 성취수준에 따라 난이도를 조절할 수 있도록 하였다. 20회기 동안 같은 게임을 반복하지만 난이도를 높여주어 아동이 게임에 흥미를 유지할 수 있도록 했고 이러한 반복학습을 통하여 인지능력의 증진을 돕는데 목적을 두었다. 보드게임에 포함된 게임에 대한 설명은 연구방법에서 보다 자세하게 기술하였다.

셋째, ADHD 아동의 사회성 향상 프로그램은 사회적 유능감 모델을 기초로(Elksnin & Elksnin, 1995) 사회적 유능감의 하위영역인 사회기술영역의 여섯가지 요인들(대인관계 행동, 자신-관련 행동, 학업-관련 행동, 자기 주장행동, 또래 수용, 의사소통 기술)을 기초로 훈련내용이 선정되었다. 또한 실제 ADHD 아동을 위한 Pfinner와 McBurnett(1997)이 개발하고 국내에서 안동현, 김세실과 한은선(2004)이 변안한 [친구 사귀기] 프로그램, Multi-Modal 접근의 사회기술훈련이론에 기반을 두어 박순말(2005)이 개발한 ADHD 아동을 위한 사회기술훈련 프로그램, 그리고 Game Play와 I Can Problem Solve 프로그램 그리고 자기지시훈련을 참고로 이명희(2006)가 개발한 ADHD 아동을 위한 인지중재집단 프로그램의 내용들을 참고함으로써 위에서 기술한 여섯가지 사회기술의 하위요인들을 ADHD 아동에게 적용 가능하도록 프로그램의 실용성을 높였다. 이 과정에서 교사와의 인터뷰를 통해 학교현장에서 필요한 사회기술을 강화하기 위한 경청하기, 부정적 감정조절, 긍정적 상호작용, 문제해결, 자기주장, 자기통제를 프로그램 내용에 포함하였다.

넷째, 대부분의 ADHD 부모교육 프로그램의 경우, 아동의 환경적 요인과 관련된

부모-자녀 상호작용 향상과 부모의 양육스트레스 감소, 그리고 양육효능감 향상을 목적으로 하고 있다. 이러한 목적을 위해 ADHD 부모교육 프로그램들은 ADHD 아동의 이해, ADHD 아동과의 효과적인 의사소통법, 공격적, 충동적 행동관리를 위한 행동수정기법을 프로그램에 포함시키고 있다. 구체적으로는 효과적 지시법, 강화법, 처벌법이 그 내용을 이루고 있다. 이러한 행동수정기법과 더불어 부모의 양육스트레스 감소를 위한 지속적인 노력이 프로그램에 반영되는 것이 필요하다. 양육스트레스는 양육 혹은 훈육기법의 습득을 통해 단기간 향상될 수 있는 양육효능감과 달리 정서적인 지지를 통한 장기적 접근이 필요한 부분이므로 한회기에 집중적으로 다루기보다는 매회기 짧더라도 반복적으로 다루어 집단에서 정서적 지지를 경험하도록 돕는 것이 요구된다. 또한 학습관리를 부모교육에 포함시켜 ADHD 아동과 부모에게서 흔히 나타나는 학습부진으로 인한 부모-아동의 갈등을 학습관리 교육을 통한 부모 효능감을 높임으로써 감소시키는 작업이 필요하다.

다섯째, ADHD 부모교육 프로그램은 위의 프로그램 내용을 다루기 위해 다양한 방법들을 사용하고 있다. 강의, 동영상, 역할시연이 그 대표적 교육방법들이다. Barkley는 이러한 교육방법들에 더해 소크라테스식 방법을 주창하였다. 이는 부모들의 지도자에 대한 의존도를 줄이고 스스로 아동의 문제행동에 대처할 수 있도록 조력하는 방법으로 전체 집단상황보다 개인면담 시 효과적으로 사용될 수 있다. Barkley(1997)는 부모가 고등학교 교육을 받기 못한 경우, 심각한 심리학적 문제가 있는 경우, 그리고 기술을 배우는 데 느린 경우 개별적으로 작업할 것을 권유하였다. 이러한 개별면담의 필요성은 국내의 부모교육 프로그램 개발자들에 의해서도 그 필요성의 강조되어 왔다(박중규, 오경자, 2004).

마지막으로 병합프로그램의 경우, 현재 아동약물치료와 부모교육, 혹은 아동 인지행동치료와 부모교육의 형식을 취하는 경우가 대부분이다. 그러나 대부분의 병합 프로그램들은 아동과 부모 프로그램의 연계성 측면에서 병합 프로그램의 취지를 잘 살리지 못하고 있다. 따라서 ADHD 아동-부모 병합 프로그램의 개발에 있어서, 주의력 증진이 학습기능의 향상에까지 연결될 수 있도록 그리고 사회성 향상이 실제 또래관계와 가족관계의 개선에 영향을 미칠 수 있도록 아동 프로그램의 내용을 부모에게 숙지시키고 이에 관련된 부모의 아동 동기 강화기술과 행동통제 기술이 부모 프로그램에 포함되도록 프로그램 내용을 구성하는 것이 필요하다.

Ⅲ. 연구 방법

1. 프로그램의 개발

가. 프로그램의 개발 절차 모형

본 연구에서는 김창대(2002)의 프로그램 개발 및 평가모형을 따라 ADHD 아동-부모 프로그램을 개발하였다. 선행 연구 및 기존의 ADHD 아동과 부모를 위한 프로그램을 검토한 후, 지역(상담)센터, 학교현장에서 필요한 개입방법과 ADHD 아동 및 부모의 특성 및 요구사항을 파악하기 위해 현장 전문가, ADHD 아동을 둔 부모, 교사를 대상으로 요구조사를 실시하였다. 문헌 연구와 조사 결과를 바탕으로 ADHD 아동-부모 프로그램의 구성 원리를 추출하여 프로그램을 구성한 후 현장 전문가 평가를 받고, 향후 시범운영을 통해 최종 프로그램 매뉴얼을 개발할 것이다. 구체적인 프로그램 개발절차 모형은 그림 3과 같다.

나. 프로그램의 개발 과정

1) 기획단계

본 연구는 2009년에 개발된 ADHD 아동의 인지증진프로그램과 부모교육프로그램을 바탕으로 ADHD 아동의 사회기술 훈련 프로그램을 보강함으로써 아동의 주의력 향상과 함께 사회기술 향상을 꾀하고 아울러 부모의 ADHD 아동 양육태도 개선에도모하는 ADHD 아동-부모 프로그램 개발에 그 목적을 두었다. 연구 목적에 부합하기 위하여 프로그램 개발 시 ADHD 전문가 및 지역센터 ADHD 아동-부모, 학교 교사의 요구를 반영하였고, 프로그램 내용 구성을 위해 전문가와 현장연구진이 구성되었다.

가) 문헌 연구

ADHD 정의, 원인 및 최근의 치료적 접근, ADHD 아동 대상 프로그램, 부모대상

교육프로그램, ADHD 아동-부모 프로그램, 그리고 프로그램 효과에 관한 선행연구 등 관련 문헌을 고찰하였다.

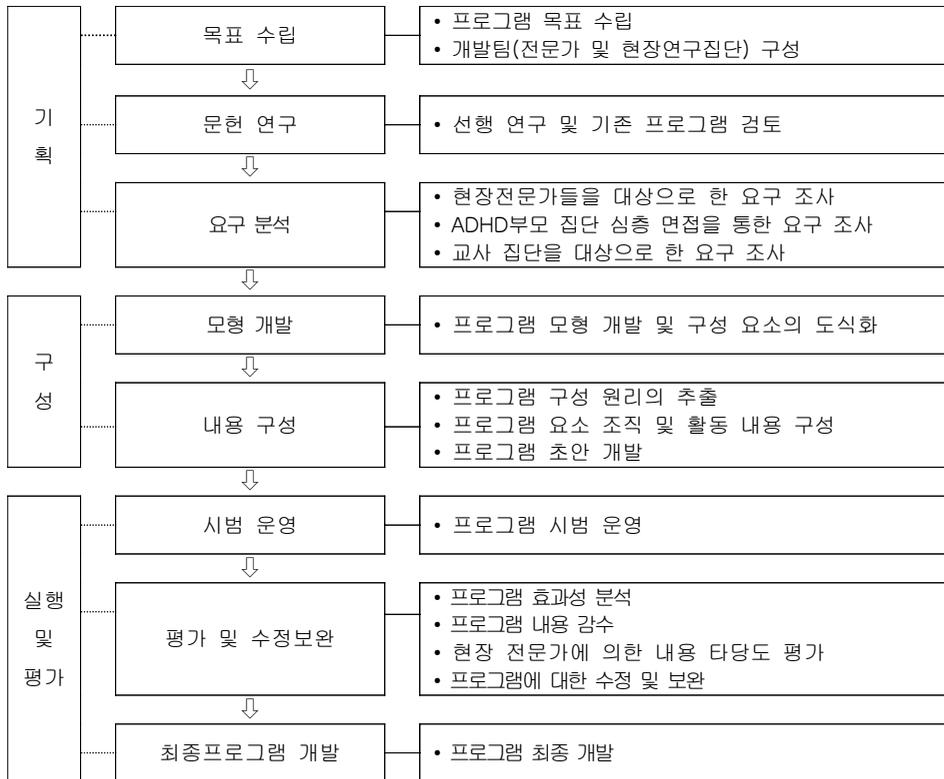


그림 3. ADHD 아동-부모 프로그램 개발 절차 모형

나) ADHD 아동 프로그램 전문가 요구 분석

(1) 조사 대상 및 방법

ADHD 아동 프로그램을 개발하는데 필요한 기초 자료를 제공받고자 2009년 4월 전국 청소년(상담)지원센터의 ADHD 현장전문가(40센터, 총 52명)를 대상으로 ADHD 아동 및 부모 현황과 개입프로그램에 대한 의견조사를 실시하였다.

표 4. 기초조사 세부 내용

조사영역	문항별 세부 내용
인구 통계학적 특성	성별 / 근무경력 / 소속 / 직위
ADHD 상담 사례 현황	ADHD 개인 상담 사례 수 및 총 회기 수 ADHD 집단 상담 사례 수 및 총 회기 수
ADHD 아동 및 부모 개입 현황	1. ADHD 판별 진단 검사 실시 여부 2. ADHD 판별 진단 검사를 실시하지 않을 경우 그 이유 3. 주변에 있는 ADHD 아동 연계 가능 기관 7. 약물치료 병행 여부 8. 약물치료 병행하지 않을 경우 그 이유 9. 부모 상담 횟수
ADHD 아동의 가족 현황	4. 경제적 수준 5. 가정 형태 6. ADHD에 대한 지식 정도
ADHD 아동 집단상담프로그램 운영방식	10. 실시 기간 11. 회기 당 시간 12. 운영 방식 14. ADHD 아동 중 적합 유형 23. 연령대 15. 프로그램 개발 시 가장 중요한 영역
ADHD 부모 집단상담프로그램 운영방식	16. 실시 기간 17. 회기 당 시간 18. 운영 방식 20. 적합한 시간대 22. 아동 프로그램과의 병행할 때의 적절한 운영방식
ADHD 집단상담 구성 내용	21. 1) ADHD 아동에 대한 이해 2) 학교 생활 3) 아동양육 방법 4) 가족 관계
프로그램 운영 시 예상되는 어려움	13. ADHD 아동 상담 프로그램 실시 시의 어려움 14. ADHD 부모 상담 프로그램 실시 시의 어려움

요구조사 문항은 문헌연구 결과를 바탕으로 연구진이 구성하였고, 현장연구진과 논의하여 조사내용을 수정·보완하였다. 전반적 조사 항목은 표 4에 제시되었으며, 조사 결과는 1부록 2에 자세하게 제시되었다.

(2) 현장전문가 대상 조사 결과의 요약

조사는 첫째, 현장전문가들의 ADHD 아동 및 부모 개입 현황, 둘째, ADHD 아동 상담 및 부모 교육 프로그램 구성요소, 셋째, 프로그램 운영에 필요한 내용으로 구성되었다.

현장전문가의 조사 결과는 다음과 같이 다섯 가지로 요약될 수 있다.

첫째, 지역(상담)지원센터에 의뢰된 ADHD 아동 및 부모에 대한 개입 현황을 살펴 보면, 센터담당자의 59.6%가 해당센터에서 ADHD 판별 검사를 실시하지 않으며, 대부분 전문기관에 의뢰하여 진단을 받도록 하고 있다. 센터 내에서 실시하는 경우도 검사지 미비 혹은 실시 및 해석능력 부족으로 실시에 어려움을 느끼는 것으로 나타났다. 전문적 치료가 필요한 경우 대부분 약물처방이 가능한 신경정신과로 의뢰하였으며, 진행 사례 중 59.1%가 약물치료를 병행하고 있는 것으로 보고되었다. 또한, 약물치료를 병행하지 않는 대부분의 경우 부모가 아동의 약물치료를 거부하거나 부작용이 심해서인 것으로 나타났다. ADHD 아동 상담의 경우 부모상담은 3-5회 정도 실시(63%)하고 있다.

둘째, ADHD 아동의 가정환경은, 상담사례 중 저소득 가정이 45.7%였으며, 재혼, 조손, 한부모 가정, 부모가 정신적 문제를 가지고 있는 가정이 32.3%였다. 또한, 대부분의 가정이 ADHD 증상 및 치료법에 대한 이해가 부족한 것으로 나타났다(72.8%).

셋째, ADHD 아동을 위한 집단상담 프로그램 운영방식에 대해 살펴본 결과, 9-12회기(49%)가 가장 많았으며, 6-8회기(33.3%)가 두번째로 높았다. 실시 방법은 주 1회 실시가 가장 많았고(54.9%), 그 다음으로 주 2회가 많았으며(37.3%), 1회기 시간은 대부분의 경우 30-60분으로 나타났다(75%). 집단상담에 적합한 대상으로는 주의력 결핍 우세 아동이 가장 선호되었으며(60%), 학년은 초등학교 저학년이 가장 높았고(62.3%), 그 다음으로 초등학교 고학년이었다(24.5%). 프로그램의 주요 영역으로는 감정 조절하기(32.4%)와 충동성 및 과잉행동 줄이기(30.5%)를 가장 중요한 영역으로 선택하였다.

넷째, ADHD 부모를 위한 집단상담 프로그램 운영방식 및 내용에 대해 살펴본 결과, 총 6-8회기(48.1%), 주 1회 실시(85.2%), 1회에 60-90분 (58.5%) 진행하는 방법이

가장 선호되었다. 또한, 시간은 오전이 가장 선호되었으며(52.8%), 아동과 개별로 진행했다가 함께 진행하는 혼합형에 대한 호감도가 가장 높게 나타났다(62.7%). 주요 구성내용으로는 자녀에게 긍정적인 관심주기(4.9점), 부모자녀간 의사소통(4.9점), 주의력 결핍의 이해(4.84점), 과잉행동의 이해(4.84점), 공존질환의 이해(4.8점)가 가장 필요한 영역으로 보고되었다.

마지막으로, 프로그램 진행시 예상되는 어려움을 살펴본 결과, ADHD 아동 상담의 경우 전문지도 인력의 부족이 가장 높았으며(42.2%), 부모상담의 경우 부모의 참여 의지와 관심부족이 가장 높게 보고되었다(47.3%)

(3) 현장전문가의 ADHD 아동 프로그램 요구 조사결과의 시사점

① 주의력결핍 우세아동이 많은 것으로 나타났다.

주의력결핍 우세 아동이 60%로 가장 높은 비율을 나타냈으며, 과잉행동 및 충동 우세 아동이 18%를 나타냈다. 그러나 아동프로그램의 영역에서는 감정 조절하기와 충동성 및 과잉행동 줄이기가 가장 중요하게 선택되었다. 이는 주의력 결핍 우세 아동이 더 적절하다고 판단되나, 프로그램 운영 시 가장 큰 어려움을 주는 2가지 영역에 대한 실질적인 지침이 필요함을 알 수 있다.

② ADHD 아동의 부모가 증상을 바르게 이해하며, 자녀를 긍정적으로 바라보고, 효과적으로 의사소통할 수 있는 부모교육이 필요한 것으로 나타났다.

ADHD 아동의 부모 대부분이 ADHD 증상에 대해 잘 모르는 것으로 나타났다. 부모교육을 위한 프로그램 내용 구성으로 ADHD 증상, 자녀에게 긍정적인 관심주기, 부모자녀 간 의사소통에 대한 수요가 가장 높았으며, 부모의 프로그램 참여 동기를 고취할 수 있도록 심리적인 지지 및 구체적인 정보 제공이 요구되었다.

③ 지역센터에서 실시할 수 있는 ADHD 스크리닝 검사가 필요하다.

지역센터에서 검사지가 없거나 실시 및 해석 방법을 몰라서 실시하지 못하고 사설 전문기관에서 진단을 받도록 하고 있으나, 의뢰된 사례의 절반이 저소득 가정에 해당되어 진단에 드는 비용을 감당하기 어려운 실정이었다.

④ 부모와 아동의 프로그램 운영방식은 혼합형으로 나타났다. 부모와 아동이 개별로 실시하다가 함께 진행하는 방법으로, 주 1회 60분 정도가 가장 적절하다고 나타났다. 총회기는 아동은 9-12회기가 선호되었으며, 부모는 총 6-9회기가 선호되었다.

⑤ ADHD 아동은 소규모 집단으로 구성하여 놀이로 진행되는 프로그램이 필요하다

였다. 지역센터에서 ADHD 아동 집단 프로그램을 운영해 본 경우, 4-6명 이하의 소규모로 구성하지 않으면 진행하기 어려웠으며, 놀이나 활동을 통해 프로그램이 진행되어야 아동이 집중할 수 있다는 의견이 있어서 게임을 활용하여 주의력을 향상시킬 수 있는 프로그램이 요구되었다.

다) ADHD 부모 집단심층면접 분석

(1) 조사 대상 및 방법

ADHD 아동 및 부모교육프로그램을 개발하는 데 청소년(상담)지원센터를 이용하는 부모들의 요구를 파악하고자 2009년 수원청소년상담지원센터의 협조를 받아 ADHD 치료를 받고 있는 아동 4명의 어머니 4명을 집단심층면접 하였다. 집단심층면접에 질문내용은 표 5와 같다.

표 5. 부모 집단심층면접의 질문

조사영역	문항별 세부 내용
ADHD 부모, 아동 특성	1. 자녀 진단 및 치료현황
	2. 자녀의 특성
	3. 자녀에 대한 스트레스
	4. 자녀 양육 및 생활지도 시의 어려움
ADHD 프로그램에 대한 생각과 요구	5. 센터 프로그램에 참여하게 된 경위
	6. 자녀 프로그램 참여 후 소감
	7. 부모교육에서 가장 도움 받고 싶은 부분
	8. 부모교육 프로그램 형태에 대한 생각

(2) 부모 집단심층면접 분석 결과

주요 결과 요약은 다음과 같다. 자세한 분석결과는 [부록 3]에 제시하였다.

① ADHD 부모들은 약물치료와 약물 외 치료를 병행하고 있었으며, 오랜 대기기간, 전문가 부족, 고비용을 치료의 어려운 점으로 꼽았다.

② ADHD 자녀 특성은 부주의, 과잉행동, 성격특성으로는 우울 등 부정적 정서와 완벽주의 성향, 심한 스트레스가 나타났다.

③ ADHD 어머니의 스트레스로는 자녀의 수행부족, 주변의 인식부족 및 편견, 향후 자녀양육에 대한 고민이 있었고, 부모의 스트레스로 인한 증상으로는 우울증이 나타났다.

④ ADHD 어머니의 스트레스 관리는 따로 이루어지지 않았는데, 아이 때문에 여력이 없다고 나타났으며 스트레스 해소가 되지 않아 아이에게 악영향이 미치는 것으로 나타났다. 스트레스 해소 시도는 취미활동, ADHD 부모 세미나 참석 등이 있었다.

⑤ ADHD 아동 양육 시 어려움으로는 숙제시키기, 등교시키기, 스스로 자기일 하기 등이 나타났다. 그러나 ADHD에 대한 이해가 증대되면서 아동에 대해 긍정적 시각을 가지려고 노력하는 모습이 나타났다.

⑥ 부모교육프로그램에서는 ADHD 아동을 자녀로 둔 부모와의 만남을 통해 어려움을 서로 나누고 정보공유와 상호지지 할 수 있는 지원체계를 얻는 것을 희망하였다. 또한 ADHD 자녀에 대한 이해와 부모훈련을 위한 행동수정방법의 습득에 대한 요구도 있었다. 아동 프로그램에서는 또래 관계 형성이 될 수 있는 집단형태와 함께 다양한 활동들을 희망하였다.

(3) 부모 집단심층면접의 시사점

① 부모들은 ADHD 아동에게 약물치료와 집단치료, 개인심리치료 등을 참가했었으며 치료에 대한 관심이 많은 반면 고비용으로 인해 치료받지 못하고 있었다. 기존 약물치료와 치료프로그램은 대부분 사설 기관에서 시행되므로 지역센터에서 무료로 치료받을 수 있는 프로그램 개발과 지역전문가 양성의 필요성이 대두되었다.

② ADHD 부모의 양육 스트레스가 매우 심하였다. ADHD 부모들은 자녀에 대한 스트레스뿐만 아니라 주변에서 부모 양육을 탓하는 편견으로 인한 스트레스도 심해서 정작 자신의 스트레스를 해소할 노력은 기울이지 못하는 것으로 나타났다. 반면 ADHD 교육으로 인한 증상 이해와 ADHD 자녀를 둔 부모와의 교류가 양육 스트레스를 낮추는 데 효과적으로 나타났다. 이러한 점을 바탕으로 부모교육과 지지집단이 형성되어 증상에 대한 이해와 적극적인 대처로 양육스트레스를 해소할 수 있도록 지역센터에서 부모교육을 실시하고 부모들끼리 정보를 공유할 수 있는 장을 마련해주는 것이 필요하다.

③ 부모교육 프로그램에 대한 요구가 절실하였다. 부모들은 프로그램을 통해

ADHD 증상에 대한 이해와 자녀의 문제행동을 효과적으로 대처하는 양육방법에 대한 욕구가 매우 높았다. 프로그램에 포함되어야 할 주요내용으로는 부모상담, 스트레스 관리, 자녀이해, 자녀 행동지도 등이 요구되었다.

④ ADHD 아동의 행동특성은 개인에 따라 다양했으나 공통적으로 부주의, 과잉행동을 나타내었다. 학교에서는 다른 아동들로부터의 따돌림과 교사의 처벌로 인한 스트레스가 높았으며 이는 아동의 우울, 외로움으로 이어졌다.

⑤ 아동프로그램 형태로는 또래를 형성할 수 있는 집단 및 놀이형 프로그램, 활동을 충족시켜주는 활동형 프로그램, 인지기능을 향상시키는 인지증진프로그램, 사회성 향상 프로그램, 집단캠프 등 다양한 요구가 있었다. 즉, 아동 프로그램은 아동이 관심을 갖고 즐겁게 참여할 수 있도록 놀이 형식의 프로그램이 필요한 것으로 나타났다.

라) 학교 교사 면접 분석

(1) 조사 대상 및 방법

ADHD 아동의 사회기술 훈련 프로그램 개발을 위해 초등학교 교사 면접을 실시하였다. 교사면접은 가장 대표적인 집단상황인 학교장면에서 부주의 및 과잉행동을 보이는 아동의 행동특성 및 또래 그리고 교사와의 관계 등을 파악함으로써 사회기술 훈련 내용구성 및 개발에 도움을 받고자 실시되었다. 면접에 참여한 교사들은 부주의 및 과잉행동을 보이는 아동을 지도한 경험이 있는 초등학교 교사 6명으로 면접당시 최소 5년 이상의 교직 경험을 갖고 있었다. 질문내용은 표 6과 같다.

표 6. 학교 교사 면접 내용

주요 영역	면접 세부 내용
아동의 특성	1. 행동특성 2. 성격특성 3. 환경특성
개입방법	1. 효과적인 방법 2. 비효과적인 방법
아동 지도의 어려움	1. 아동 요인 2. 교사 요인 3. 부모 요인
프로그램에 대한 요구	1. 프로그램 내용 2. 프로그램 형식 3. 기타

(2) 학교 교사 면접 분석 결과

주요 결과 요약은 다음과 같다. 자세한 분석결과는 [부록 4]에 제시하였다.

① ADHD 아동들은 사회성 측면에서 또래 아이들과 전반적으로 잘 어울리지 못하는 것으로 나타났다. ADHD 아동들은 수업 중 옆에 있는 짝을 건드리거나 딴 짓을 하는 등으로 해서 또래아동들이 싫어하고 쉬는 시간에 잘 어울리지 못했다. 또한 ADHD 아동들은 짜증이나 화를 잘 조절하지 못하여 또래들을 때리거나 갑자기 화를 내는 일이 많았다. 그리고 또래들을 배려하는 행동이 부족했으며, 싸움이 지속적으로 일어나는 것으로 나타났다.

② ADHD 아동들은 자기주장을 너무 많이 하고 남 탓을 잘하는 것으로 나타났다. 또한 또래를 놀리거나 괴롭히는 일이 잦았다. ADHD 아동들은 규칙을 잘 지키지 않아서 교사와의 관계도 좋지 않았다. 이로써 교사는 ADHD 아동을 지도하는 데 한계를 느끼고 있었다.

③ ADHD 아동들은 알림장을 잘 쓰지 않거나 숙제, 준비물 등을 챙기지 않아서 학습 장면에서 뒤떨어지는 경우가 많았으며, 대체로 공부에 집중하지 못하고 성적이 떨어지는 경우가 많았다. 또한 ADHD 아동들은 수업 시간에 충동적으로 손을 들고 질문을 한다든지, 교사나 또래의 말을 끊고 자기 말을 해 버린다든지, 가만히 있지 못하고 계속 손을 움직이거나 만지작거리고, 수업 중 교실을 돌아다니다 등 부산한 행동을 자주 하였다.

④ ADHD 아동에 대한 교사들의 대처 방법은 주로 칭찬, ADHD 프로그램의 활용, 앞자리에 앉히는 등 교사가 늘 관리할 수 있는 자리 배치, ADHD 아동에 맞는 학습 방법을 사용하고 있었다. 또한 부주의한 행동을 보일 때 각지를 끼게한다든지, 지적을 하고, 행동을 잘 했을 때는 스티커를 이용해서 보상을 해 주었다. 폭력적인 행동을 할 때는 무섭게 야단을 쳤다.

⑤ 부모와의 연계를 통해서 ADHD 아동의 행동 수정의 자원을 확보하고, 학교 뿐 아니라 가정에서도 보상받을 수 있도록 하였다. 또한 미술치료 등 ADHD 아동들에게 도움이 될 수 있는 프로그램을 소개하거나 참여하도록 권유하였다.

⑥ 교사들은 ADHD 아동에게 학교에서 할 수 있는 행동 틀을 잡아주고 벌칙에 대한 일관성 있는 행동을 유지하려고 노력하였다. 숙제 검사를 매일 하며, 성취감을 느낄 수 있도록 하였다.

⑦ ADHD 아동을 위한 프로그램 개발 시 필요한 내용으로는, 교사나 또래와의 관

계에서 규칙과 약속을 지키는 행동, 갑자기 다른 사람의 말을 끊고 자기 말을 하지 않기, 다른 사람에게 피해를 끼치지 않는 행동, 폭력 등 공격적인 행동 하지 않기, 다른 친구의 마음을 알기, 감정을 조절하기, 집중을 할 수 있는 프로그램, 부모와 교사의 연계를 통해 아동의 실태를 교사가 제대로 파악할 수 있도록 하기, 부모들의 힘든 부분을 다루기 등이었다.

(3) 학교 교사 면접의 시사점

① 학교 교사들의 면접을 통해 나타난 ADHD 아동들의 학교생활에 대한 특성 중 하나는 또래와의 관계 형성에 어려움을 겪고 있다는 것이었다. ADHD 아동들은 수업 시간에 짝을 건드리거나 반 친구들을 방해하는 등의 행동으로 반 친구들이 친하게 지내고 싶은 마음을 가지지 못하게 하였다. 따라서 ADHD 아동들의 또래와의 관계 형성을 조력하는 프로그램 구성이 필요하였다.

② ADHD 아동들은 수업 시간에 교사의 말을 끝까지 듣지 않고 불쭙불쭙 끼어들어 말을 하고, 또래와의 관계에서도 친구 말을 듣지 않고 자기 말만 하는 행동을 보임으로써 학교 수업에 방해가 될 뿐 아니라 또래들로부터 배려하지 않는 친구로 인식될 수 있었다. 따라서 ADHD 아동들의 경청 기술을 향상시킬 필요가 있었으며, 자신이 말을 해야 할 때와 그렇지 않을 때를 구분하여 말할 수 있는 훈련이 필요하였다.

③ ADHD 아동들은 사소한 갈등 상황이나 화가 나는 상황을 견디는 감정 통제 기술이 부족하였다. 사소한 일로도 또래와 잦은 싸움을 벌이고, 또래를 쉽게 때리거나 상황적 고려 없이 갑자기 화를 내는 등 분노 조절을 잘 하지 못하는 것으로 나타나, 프로그램을 통해 다룰 필요가 있었다.

④ ADHD 아동들은 전반적으로 규칙이나 약속을 지키는 경험이 부족하여 학교 생활에서 불이익을 받는 경우가 많았다. 따라서 프로그램을 통해 지속적으로 ADHD 아동들이 프로그램 안에서 규칙과 약속을 지킬 수 있도록 훈련시킬 필요가 있었다.

⑤ 알림장 확인, 숙제 확인 등 교사와 부모와의 연계를 통해 ADHD 아동들이 부주의하게 놓칠 수 있는 부분을 보완하고 부모와 교사가 상호 협조 체계를 형성하여 ADHD 아동들을 조력하는 것이 중요하였다.

2) 구성 단계

가) 아동-부모 프로그램 모형 구성

기존 문헌연구와 전문가, 대상자 요구분석을 바탕으로 프로그램 모형을 개발하고, 프로그램 구성 요소, 구성 원리를 도출하였다. 문헌연구와 현장전문가, 교사, 학부모 요구분석 결과를 반영하여 ADHD 아동을 위한 인지증진 및 사회기술훈련 프로그램과 부모교육프로그램을 병합한 프로그램 모형을 구성하였다(그림 4).

첫째, ADHD 아동 개입프로그램은 우선 부주의에 대한 인지증진에 초점을 두었다. 선행연구 및 부모, 교사 인터뷰를 분석한 결과, ADHD 아동의 주의력결핍문제는 학교와 가정 모두에서 다양한 어려움을 유발하였다. 특히 부주의로 인한 학습문제는 이후 발달단계에 지속적으로 영향을 미치므로 이에 대한 조기 개입의 필요성이 컸다. 그러므로 본 프로그램에서는 부주의에 초점을 맞춘 인지증진훈련을 프로그램의 핵심적 구성요소로 선정하였다.

둘째, 인지증진과 더불어 사회기술 향상 훈련을 ADHD 아동 프로그램의 주요 구성요소로 선정하였다. ADHD 아동은 사회기술 부족으로 인하여 집단활동 참여, 또래관계 형성, 교사와의 상호작용 등에 다양한 어려움을 나타냈다. 사회기술 부족으로 인한 아동기의 부정적인 대인관계 경험 누적은 이후 청소년기 문제행동의 원인이 될 수 있다. 그러므로 본 프로그램에서는 인지증진훈련과 더불어 사회기술 훈련을 실시함으로써 사회성 영역에서의 ADHD 아동의 정상적 발달을 도모하고자 하였다.

셋째, 부모교육 프로그램의 주요 내용으로는 ADHD에 대한 이해, 스트레스 관리, 행동수정, 숙제 및 학습관리가 포함되었다. ADHD 아동에 대한 기본적인 지식이 부모에게 필요하기 때문에 아동을 이해하고 올바른 관점에서 볼 수 있도록 ADHD에 대한 이해를 선정하였다. 또한, ADHD 아동의 부모의 경우, 아동양육과 주위의 편견 등으로 인하여 심리적 스트레스를 심하게 겪고 있었다. 따라서 부모교육에서 부모들의 스트레스를 나눌 수 있는 시간을 제공하고 부모의 스트레스 관리 및 대처능력의 개발을 프로그램 내용으로 선정하였다. 또한 부모훈련을 통한 행동수정을 구성요소로 선정하였다. 이제까지의 선행연구 결과, 부모가 아동의 행동을 조형하는 환경을 만들어 줄 때 아동의 행동이 체계적으로 관리되며 효과가 있다고 검증된 바 있다. 또한 부모 역시 아동 행동에 대한 대응방식 및 훈육방법에 대한 훈련과 개별상담을 통한 문제행동의 개선을 원하는 것으로 나타났다. 따라서 이 부분을 부모프로그램의 구성요소로 선정하였다. 이와 더불어 ADHD 아동 부모의 경우 아동의 학습문제 개선

에 대한 요구가 큰 것으로 선행연구분석과 인터뷰 결과 나타났으므로 이에 따라 부모의 아동 학습관리 기술을 프로그램에 포함하였다.

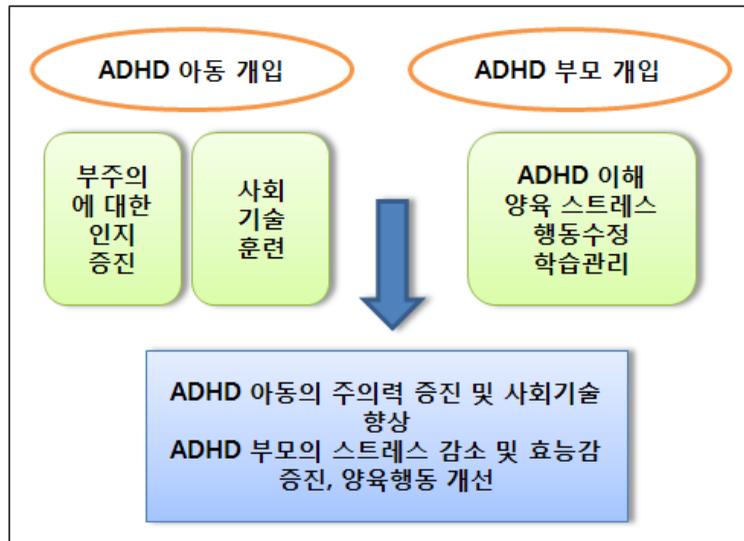


그림 4. 프로그램 구성 모형

나) ADHD 아동 프로그램 구성 원리

아동 프로그램의 구성원리는 다음과 같다.

첫째, 아동 프로그램은 초등학교 저학년(1-2학년)을 주 대상으로 하였다. 현재 성인 ADHD에 대한 관심이 증가하고 있기는 하지만 ADHD는 보편적으로 초기아동기에 주로 발견되는 아동기-청소년기 장애로 특히, 초등학교에 입학하면서 ADHD로 진단받는 경우가 가장 많으며 또한 치료시기가 빠를수록 효과적이기 때문에 대상을 초등학교 저학년으로 하였다.

둘째, 아동 프로그램은 1회기 60분, 주 2회, 총 20회로 운영되며 아동 4명, 치료자 1명, 보조치료자 2명이 참여하는 것을 기본으로 하였다.

셋째, 아동 프로그램은 보드게임방식으로 운영되며, 매회기 초반에 오늘의 사회기술을 소개하고, 간단한 훈련을 제공한 후 보드게임을 하는 동안 사회기술을 연습할 수 있도록 구성되었다. 인지증진 훈련을 보드게임으로 구성하여 아동의 흥미를 유발하고, 훈련 참여에 대한 동기를 높이고자 하였다. 또한 인지증진 훈련을 지속적으로 실시함과 동시에 게임 상황이라는 자연스러운 상황에

서 사회기술 훈련을 반복할 수 있도록 하였다.

넷째, 보드게임을 통한 인지증진훈련에서는 개인보상체제를 운영하고 사회기술훈련에서는 집단보상체제를 적용하였다. 보드게임에서는 인지증진훈련 성공 여부에 따라 개인별로 칩을 받을 수 있도록 하고, 사회기술훈련에서는 전체 아동의 바람직한 행동의 횟수에 따라 집단 전체가 보상을 받도록 구성하였다. 사회기술훈련을 집단보상체제로 운영함으로써 사회기술훈련 상황에서 함께 협력하고, 격려할 수 있는 환경을 조성하고자 하였다.

다) 부모프로그램 구성 원리

ADHD 아동을 둔 부모 프로그램의 구성 원리는 다음과 같다.

첫째, 부모 프로그램은 아동 프로그램에 참여한 부모를 대상으로 같은 시간대에 개설하였다. 부모 프로그램은 주1회씩 집단 상담 8회, 개별상담 2회 총 10회 운영하기로 하였다. 그 외 아동 프로그램 마지막 회기에 함께 모여서 종료 파티를 하는 것으로 구성되었다.

둘째, 부모는 실제 아동의 목표행동을 설정하고 프로그램을 통해 습득한 행동수정 기법을 목표행동 수정에 적용, 실습하도록 하였다. 부모는 매일 아동의 목표행동에 대한 '관찰일지'를 쓰고, 아동과 함께 활동하는 '함께 해봐요'과제를 하도록 하였다. 이 과정에서 나타나는 구체적인 어려움은 개인면담에서 논의하도록 하였다.

셋째, 부모와의 개인면담을 강화하였다. 개인면담에서는 프로그램 내용의 적용을 촉진하기 위해 아동의 문제행동 선정과 가정에서 행동수정기법 적용시 나타나는 어려움을 지도자와 논의함과 동시에 ADHD 아동의 양육 스트레스에 대해서도 나눌 수 있도록 하였다. 면담시간은 개별적으로 가능한 시간으로 정하도록 하였으며 되도록 아동 프로그램이 실시되는 시간(부모프로그램 실시되지 않고 아동프로그램만 실시되는 시간)에 면담을 실시하도록 하였다. 개인면담은 2회기 이후부터 매주 실시되며 지도자가 30분씩 2명의 부모들과 만나는 것으로 개발 되었다.

라) 프로그램 세부 내용

아동 및 부모교육프로그램 세부내용은 표 7, 표 8과 같다.

표 7. 아동 프로그램 세부 내용

대상	구성 영역	회기	프로그램 회기명	세부 내용
아동	인지 증진	1	도입	- 집중왕 보드게임을 소개하고 집단원간 친밀감을 형성한다.
		2-19	인지증진훈련	- 보드게임을 통해 인지증진 훈련을 실시한다.
	사회 기술 훈련	1	기본규칙 4가지 소개	- 집단 운영을 위해 필요한 기본규칙 4가지를 소개한다.
		2-4	① 경청하기기술 “선생님의 이야기를 잘 들어요.”	- 회기 초반에 오늘의 사회기술을 소개한다. - 보드게임을 진행하면서 오늘의 사회기술을 지속적으로 연습한다. - 보드게임 진행 중에 아동이 바람직한 사회기술을 나타냈을 때는 즉각적으로 강화를 제공한다. - 회기가 끝날 때마다 오늘 잘 지켜진 부분과 잘 지켜지지 않은 부분에 대해서 정리한다.
		5-7	② 부정적 감정조절기술 “결과를 기분 좋게 받아들여요.”	
		8-10	③ 자아통제기술 “다른 친구를 방해하지 않아요.”	
		11-13	④ 긍정적 상호작용기술 “좋은 친구가 되어요.”	
		14-16	⑤ 문제해결기술 “친구와 싸우지 않아요.”	
	17-19	⑥ 자기주장기술 “예의바른 어린이가 되어요.”		
	종결	20	종료파티	- 부모도 함께 참여하여 아동의 성과를 격려해준다.

표 8. 부모 프로그램 세부 내용

회기	구성 영역	프로그램 회기 명	세부 내용
사전			ADHD 사전이해 수준, 자녀의 유형, 양육스트레스 영역 점검 및 자녀의 문제행동 체크
1	ADHD 이해	ADHD 이해와 관점변화	ADHD 특성 이해 및 자녀의 한계 수용 자녀의 문제행동에 대한 긍정적 시각 변화 및 수용
2	스트레스	스트레스 상황 및 관리	ADHD 아동 양육 상황에서 있었던 스트레스 공유 스트레스 상황에 대한 이완훈련
		개별 면담(30분씩 2명)	
3		ADHD 아동의 부모되기	집단원 간 양육스트레스 영역 및 심각성 공유 양육스트레스 대처방안 습득 자녀의 변화가능한 목표행동 수립
		개별 면담(30분씩 2명)	
4		부모 개별상담 I	목표행동 점검 및 논의 관찰행동
		개별 면담(30분씩 2명)	
5	부모 훈련을 통한 행동 수정	올바른 행동 키우기	강화방법과 소거방법 공유 및 연습 행동수정 기법 계획 및 연습 자녀의 인지과제훈련 소개 목표행동 점검 및 논의
		개별 면담(30분씩 2명)	
6		효과적인 지시방법 배우기	효과적 지시와 비효과적 지시 구분 및 자신의 태도 점검 효과적 지시 방법 연습 목표행동 점검 및 논의
		개별 면담(30분씩 2명)	
7		부모자녀 행동점검 및 적용연습	행동관리의 어려움에 대한 해결방법(처벌, 타임아웃) 습득 및 논의 일관된 행동관리의 연습 목표행동 점검 및 논의
		개별 면담(30분씩 2명)	
8	학습 관리	부모개별 상담 II	효과적 지시방법과 강화, 소거법 사용 점검 목표행동 점검 및 논의
		개별 면담(30분씩 2명)	
9		학습관리 및 문제해결	자녀의 문제해결방법 교육(숙제, 학습관리) 목표행동 점검 및 논의
		개별 면담(30분씩 2명)	
10		칭찬 릴레이	전 회기 점검 및 다짐
		아이와 종료파티	자녀와 함께 보드게임 시상식을 통해 부모-자녀 격려
		사후면담	행동관리의 일관성, 지속성, 효과 점검 지지집단 형성

사회기술훈련은 총 6가지 사회기술을 연습하는 것으로 구성되어 있다. 6가지 사회기술에는 ‘경청하기’, ‘부정적인 감정조절’, ‘자아통제’, ‘긍정적 상호작용’, ‘문제해결’, ‘자기주장’기술이 포함되어 있다.

프로그램에 포함된 6가지 사회기술은 선행연구와 지난 2009년도 ADHD 아동 집단 지도자 의견 및 관찰, 교사 인터뷰 내용을 기초로 선정되었다. 특히 아동의 사회성 관련 문제는 가정에서보다 집단활동이 요구되는 학교 상황에서 두드러지는 경향이 있으므로 ADHD 아동을 지도하는 담임교사의 요구를 프로그램 내용에 적극 반영하였다. 또한 보드게임 상황과 밀접하게 연관된 사회기술을 선정하여 보드게임 진행 중에 사회기술을 반복적으로 연습할 수 있도록 하였다. 각 사회기술은 3회기동안 훈련되며 회기별 구체적인 목표는 표 10과 같다.

마) 프로그램 초안 개발 및 타당도 평가

위의 과정을 거쳐 개발된 프로그램 초안은 6월에 현장전문가 2인의 내용타당도 검증을 마친 후 전국 12개 지역에서 시범 운영되었다.

3) 실시 단계

현장지도자들을 대상으로 2010년 6월에 ADHD 아동-부모 병합 프로그램 초안에 대한 사전워크숍을 개최하여 프로그램 전 과정에 대한 강의, 시연, 논의 등을 통해 프로그램을 익힌 후 프로그램에 대한 시범운영을 실시하였다.

4) 평가 및 수정보완

ADHD 현장연구진 종합평가, 전문가 평가, 참여 아동들의 사전-사후검사 결과, 종합평가지의 내용을 분석하여 초안프로그램에 대한 수정 및 보완 방안을 결정하였다.

표 10. 사회기술훈련 회기별 목표

회기	회기별 구체적인 목표	사회성 기술
	(기본규칙 4가지) 1) 제자리에 앉아 있기 2) 욕하지 않기 3) 손상난 하지 않기 4) 하고 싶은 말이 있을 때는 손들고 말하기	오리엔테이션 기본규칙 4가지 소개
2	- 선생님이 이야기하시는 동안 조용히 해요.	① 경청하기기술 “선생님의 이야기를 잘 들어요.”
3	- 선생님이 이야기하실 때는 선생님의 눈을 쳐다보아요.	
4	- 선생님이 이야기하실 때는 상관없는 말은 하지 않아요.	
5	- 화가 나려고 하면 셋을 세어요.	
6	- 칩을 못 받아도 즐거운 마음으로 게임을 계속 해요.	② 부정적 감정 조절기술 “결과를 기분 좋게 받아들여요.”
7	- 집중왕이 되지 않아도 ‘나는 괜찮아, 다음에는 더 잘 할 수 있어’라고 말해요.	
8	- 다른 친구가 게임 하는 모습을 잘 지켜보아요.	③ 자아통제기술 “다른 친구를 방해하지 않아요.”
9	- 다른 친구가 활동을 끝낼 때까지 끼어들지 않아요.	
10	- 다른 친구가 끼어들어도 내가 하던 일을 계속 해요.	
11	- 다른 친구들이 활동하는 동안 ‘잘해’라고 응원해요.	④ 긍정적 상호작용기술 “좋은 친구가 되어요.”
12	- 잘하고 있는 친구를 칭찬해요.	
13	- 힘들어하는 친구를 놀리지 않고 격려해주어요.	
14	- 친구를 놀리면 친구가 화나요.	⑤ 문제해결기술 “친구와 싸우지 않아요.”
15		
16	- 친구가 놀려도 모른 척 해요.	⑥ 자기주장기술 “예의바른 어린이가 되어요.”
17	- 속상하고, 기분 나쁜 일은 또박또박 천천히 말해요.	
18	- 선생님께 공손하게 질문해요.	
19	- 원하는 것이 있으면 떼쓰지 않고 공손하게 부탁해요.	
20	종결	

2. 프로그램 시범운영

가. ADHD 아동-부모 프로그램 시범운영의 개요

1) 연구 설계

2010년도 ADHD 아동-부모 프로그램의 효과를 검증하기 위해 인지증진-사회기술훈련을 포함한 2010년도 프로그램(실험집단1)과 인지증진훈련만이 실시된 2009년도 프로그램(실험집단2), 그리고 통제집단 간의 사전, 사후검사 결과를 비교하였다. 이를 위해 아동의 주의력, 사회기술 수준과 부모의 양육스트레스, 양육효능감의 변화를 분석하고 프로그램 수정·보완을 위한 시사점을 얻고자 하였다.

ADHD 아동-부모 프로그램의 효과분석을 위한 연구설계는 표 11과 같다.

표 11. ADHD 아동-부모 프로그램의 효과분석을 위한 연구설계

연구대상 구분	사전검사	실험처치	사후검사
실험집단1	O1	X1	O2
실험집단2	O3	X2	O4
통제집단	O5		O6

O1 , O3, O5 : 사전검사 (ADHD 평정척도, 전산화된 주의력장애 진단시스템, 학교상황/가정상황 질문지, 사회기술평정체계 (부모용/교사용), 부모양육스트레스척도, 부모양육효능감척도)

O2 , O4, O6 : 사후검사 (사전검사와 동일)+ 프로그램 평가지(실험집단)

X1 : 실험처치 (아동 인지증진 프로그램, 아동 사회기술향상프로그램, ADHD 부모교육프로그램)

X2 : 실험처치 (아동 인지증진 프로그램, ADHD 부모교육프로그램)

2) 연구 대상

다음의 절차를 밟아 본 연구에 참여할 실험집단1, 2와 통제집단의 ADHD 아동 선정 작업(screening)이 수행되었다.

첫째, 연구에 참여하는 12개 지역의 상담지원센터에서 ADHD 아동-부모 시범 프로그램에 대한 홍보를 한 후 참여의사가 있는 아동에게 주의력장애진단시스템(ADS), 한국판 웨슬러 아동 지능검사 3판(K-WISC-III), 부모에게는 주의력집중 및 과잉행동장애 평정체계(K-ARS) 부모형, 그리고 교사에게는 주의력 집중 및 과잉행동장애 평정체계(K-ARS)

교사형을 실시하여 참여아동을 선별하였다. 선별기준은 ADS 표준점수 65점 이상, WISC-III 전체지능점수 85점 이상, K-ARS의 나이와 성에 따른 규준에 의거하여 결정되었다.

둘째, 연구에 참여하는 12개 지역 중 7개 지역에서는 아동 인지증진훈련과 사회기술 훈련 그리고 부모교육이 시범운영에서 제공되었고(실험집단 1), 다른 5개 지역에서는 아동 사회기술훈련을 제외한 아동 인지증진훈련과 부모교육이 제공되었다(실험집단 2). 사회기술훈련이 제외된 아동 프로그램이 제공된 지역에 대해서는 시범프로그램 효과성 검증 이후, 사회성기술훈련이 병합된 아동 프로그램에 대한 지도자 교육이 시행되었다.

셋째, 실험집단과 비교될 통제집단 아동도 각 센터에서 동일한 절차를 통하여 선발하였다. 통제집단 아동은 시범 운영 결과 프로그램의 효과성이 검증된 이후 프로그램에 참여하도록 대기집단에 포함될 예정이다. 실험집단과 비교될 통제집단 아동도 각 센터에서 동일한 절차를 통하여 선발되었다.

마지막으로, ADHD 아동의 행동통제의 어려움과 본 연구의 아동 프로그램이 보드게임 중심으로 진행되는 점을 고려하여 참여아동의 수를 각 지역별 3-5명으로 제한하도록 하였고, ADHD 약물을 복용하고 있는 아동은 대상에서 제외되었다.

이러한 선정작업을 거쳐 실험1집단의 경우 26명, 실험2집단의 경우 15명, 통제집단의 경우 21명의 아동들이 참여하였다. 프로그램의 조건에 충족되지 않은 일부 집단의 결과와 사후검사가 수합되지 않은 경우는 분석에서 제외되었다. 그 결과 실험1집단 13명, 실험2집단 10명, 통제집단 13명의 결과만이 최종적으로 분석에 사용되었다. 실험1집단의 아동들이 결과 분석에서 많이 제외된 이유는, 저소득 맞벌이 가정이라 부모의 프로그램 출석율이 부족했던 경우, 조손가정의 아동이라 조부모가 부모 프로그램에 대신 참여하거나, 처음부터 부모 프로그램에 참여하지 않았던 경우, 보조지도자 없이 집단이 운영된 경우가 있었기 때문이었다.

최종적으로 결과 분석에 사용된 36명의 아동의 경우 표 12와 같은 성별 및 학년 분포를 보였으며, 성별 및 학년에 따른 집단 간 차이는 나타나지 않았다.

표 12. 프로그램 참여아동의 성별 및 학년 분포

변인	구분	실험집단1	실험집단2	통제집단	전체
		n	n	n	n
성별	남	9	8	12	29
	여	4	2	1	7
학년	1학년	7	6	5	18
	2학년	6	4	8	18

프로그램에 참여한 아동의 연령의 평균은 만 6.81세로 나타났으며, 각 집단별 연령 평균은 표 13과 같다.

표 13. 프로그램 참여아동의 연령 분포

변인	실험집단1	실험집단2	통제집단	전체
평균(년)	6.92	6.60	6.85	6.81
(SD)	(0.64)	(0.69)	(0.80)	(0.71)

프로그램에 참여한 아동은 모두 프로그램에 참여하는 동안 약물을 복용하지 않았으며, 개인적인 심리상담이나 치료 프로그램의 참여도 제한하였다. 프로그램 참여 이전의 약물복용 경험이나, 심리상담 경험에 대해 조사한 결과는 아래 표 14와 같다.

표 14. 프로그램 참여아동의 약물복용 및 심리상담 경험

변인	구분	실험집단1	실험집단2	통제집단	전체
		n	n	n	n
약물복용경험	있다	2	2	0	4
	없다	11	8	13	32
심리상담경험	있다	4	3	3	10
	없다	9	7	10	26

프로그램의 시범운영은 경기, 전남, 강원, 경북, 경남의 12개 청소년(상담)지원센터에서 이루어졌으며, 참여아동의 지역별 분포는 표 15와 같다.

표 15. 프로그램 참여아동의 지역별 분포

변인	구분	실험집단1	실험집단2	통제집단
		n	n	n
지역	경기	7	7	8
	전남	3	0	2
	강원	2	0	0
	경북	1	0	3
	경남	0	3	0
	합계	13	10	13

본 프로그램에서는 정확한 연구대상 선별을 위하여 참여아동에게 지능검사를 실시하였고, 전체 지능지수 85점 이상의 아동만 연구대상으로 포함시켰다. 전체 참여아동의 평균 전체지능지수는 101.67로 나타났으며, 집단별 지능지수 평균은 아래 표 16과 같다.

표 16. 집단별 지능검사 평균 및 표준편차

구분		실험집단1	실험집단2	통제집단	전체
지능검사 언어성	M	108.00	101.40	107.23	105.89
	SD	10.71	9.27	9.60	10.10
지능검사 동작성	M	100.15	99.00	92.30	97.00
	SD	(18.58)	(11.78)	(10.96)	(14.43)
전체IQ	M	104.23	100.40	100.07	101.67
	SD	(11.77)	(8.97)	(8.33)	(9.79)

연구에 참여한 아동의 부주의 및 충동성·과잉행동 증상을 분석하기 위하여 주의력장애진단시스템(ADS) 시각, 청각 검사를 실시하였다. 실시한 결과는 표 17과 같으며, ADS 시각, 청각 하위영역에서 T점수 기준으로 65점 이상 초과된 영역이 1개 이상 있는 아동만을 연구대상으로 삼았다. 연구 참여아동에 대하여 교사 및 부모가 평정한 K-ARS 평정 척도 결과는 표 18에 나타난 바와 같다.

표 17. 집단별 아동의 ADS 시각, 청각검사 결과

	측정치	실험1집단	실험2집단	통제집단
시각 검사	부주의 M(SD)	75.46 (34.95)	85.20 (65.58)	64.46 (25.45)
	충동성 M(SD)	77.08 (47.39)	80.34 (34.39)	81.92 (29.17)
	반응시간 평균 M(SD)	57.62 (17.81)	54.00 (19.76)	51.54 (19.08)
	반응시간 표준편차 M(SD)	75.62 (33.62)	73.00 (22.63)	81.54 (44.24)
청각 검사	부주의 M(SD)	70.46 (21.57)	61.40 (19.90)	52.46 (16.74)
	충동성 M(SD)	57.23 (23.05)	48.5 (13.39)	54.85 (15.47)
	반응시간 평균 M(SD)	57.69 (26.54)	52.90 (14.15)	48.00 (11.76)
	반응시간 표준편차 M(SD)	63.77 (17.33)	60.60 (11.72)	56.85 (13.25)

표 18. 집단별 아동의 K-ARS척도 교사, 부모평정 결과

	측정치	실험1집단	실험2집단	통제집단
교사	총점 M(SD)	33.31 (8.49)	46.20 (12.87)	27.98 (11.94)
	부주의 M(SD)	17.62 (5.52)	22.80 (7.36)	15.08 (5.54)
	과잉행동 및 충동성 M(SD)	15.69 (5.15)	23.40 (6.74)	12.91 (7.45)
부모	총점 M(SD)	30.77 (12.56)	31.00 (14.41)	20.96 (5.30)
	부주의 M(SD)	15.92 (7.23)	15.30 (6.70)	11.80 (3.58)
	과잉행동 및 충동성 M(SD)	14.85 (6.57)	15.70 (8.30)	9.15 (2.82)

3) 측정도구

가) 아동 측정도구

본 연구에서 아동의 변화를 살펴보기 위하여 사용한 측정도구는 다음과 같다.

(1) 한국어판 주의력결핍-과잉행동장애 평정척도-IV(ADHD Rating Scale-IV; 이하 ARS)

K-ARS는 DSM-IV(1994)의 ADHD 진단기준으로부터 추출된 항목으로 DuPaul, Power, Anastopolous 와 Reid(1998)에 의해 개발되었다. 이 척도는 18항목으로 구성되었으며 0-3점으로 채점하는데 2 이상이면 비정상적으로 간주하고 남녀 성별, 5-7세, 8-10세, 11-13세, 14-18세의 4개 연령군에 따른 규준이 마련되고 있다. 안동현 등(2004)에 따르면 ARS는 변별타당도가 우수하게 보고되고 있으며 가정 및 학교형에서 주의산만 및 과잉행동/충동성 하위척도 모두에서 대조군과 ADHD 군을 변별할 수 있고 ADHD 두 아형을 구별할 수 있기도 하다. 또한 여러 연구에서 약물효과에 매우 민감한 것으로 알려져 있어 작성과 채점이 용이하고 치료에 민감한 장점을 갖는다. 국내에서는 한국어판 부모, 교사 ADHD 평가척도(K-ARS)를 활용하여 김영신 등(2003)이 7-12세 초등학생 연령층에 대한 규준을 보고하였고, 소유정 등(2002)에 의해 신뢰도 및 타당도 연구가 수행되었다. K-ARS는 ADHD 피험자를 정의하는 기준으로 그리고 치료 효과를 측정하는 도구로 사용되고 있다. 본 연구에서는 프로그램 참여아동의 선별(screening)과 치료효과 측정을 위해 프로그램 전과 후에 실시되었다. 본 연구에서 나타난 K-ARS 평정척도의 신뢰도는 부모용의 경우 전체 Cronbach's $\alpha = .94$, 각 하위변인의 경우 부주의는 Cronbach's $\alpha = .88$, 충동성은 Cronbach's $\alpha = .91$ 이었다. 교사용 평정척도의 신뢰도는 전체 Cronbach's $\alpha = .96$, 각 하위변인별로 부주의 Cronbach's $\alpha = .92$, 충동성 Cronbach's $\alpha = .94$ 로 나타났다.

(2) 한국 웨슬러 아동 지능검사 3판(Korean-Wechsler Intelligence Scale for Children-III: 이하 K-WISC-III)

K-WISC-III(2001)는 미국의 웨슬러 아동지능검사 3판(Wechsler Intelligence Scale for Children-III; WISC-III)을 국내에서 표준화한 것으로 5세부터 15세까지의 연령을 대상으로 한다. 전체 지능지수, 언어성 지능 및 동작성 지능 점수와 함께 언어이해, 지각

조직, 주의집중, 처리속도의 4가지 요인에 근거한 지표점수(factor-based index scores)가 산출된다. 언어성 척도에는 상식, 공통성, 산수, 어휘, 이해 및 숫자 소검사가 포함되어 있으며, 동작성 척도에는 빠진곳 찾기, 기호쓰기, 차례맞추기, 토막 짜기, 모양 맞추기, 동형찾기(기호쓰기만 대치할 수 있는 보충 소검사) 및 미로 하위 검사들이 포함되어 총 13가지 영역으로 구성되어 있다. 본 연구에서는 지적 능력의 결손이 주의력 문제에 주는 영향을 배제하기 위해 프로그램 참여아동 선별에 실시되었다.

(3) 주의력장애 진단 시스템 (ADHD Diagnostic System: 이하 ADS)

ADS는 홍강의, 신민섭, 조성준(1999)에 의해 개발된 일종의 연속수행검사(Continuous Performance Instrument)로 ADHD의 임상적 진단과 치료 효과의 평가에 많이 이용되고 있는 전산화된 주의력 검사이다. ADS에서는 시각과 청각 두 가지 속성의 주의력을 측정하며 시각과 청각 검사 모두 표적자극(target) 하나와 비표적자극(non-target) 들의 세 가지 자극이 주어진다. ADS는 누락 오류(omission error), 오경보 오류(commission error), 정반응 시간(response time), 정반응시간 표준편차(standard deviation of response time), 민감도(d' ; sensitivity), 그리고 반응기준 (β ; response criterion)을 측정한다. 누락 오류는 부주의성을, 오경보 오류는 충동성을, 정반응시간은 정보처리나 운동반응속도를, 정반응시간 표준편차는 반응의 일관성을 측정한다. 또한 민감도(d')는 표적 자극을 비표적 자극과 변별하는 민감도를 측정하며, 반응기준(β)은 충동성의 지표로 점수가 낮을 수록 충동적으로 반응하는 것을 의미한다. T 점수 70이 넘으면 해당 영역에서 주의력 문제를 보이는 것으로, 65점 이상인 경우 주의력 문제경향성이 있는 것으로 해석된다. 본 연구에서는 누락오류, 오경보오류, 정반응 시간, 정반응시간 표준편차의 표준점수가 분석에 포함되었다. ADS는 본 연구에서 참여아동 선별과 치료효과 측정을 위한 도구로 프로그램 전과 후에 실시되었다.

(4) 가정상황질문지/학교상황 질문지

Barkley(1987)가 제작한 가정상황 질문지(Home Situation Questionnaire: 이하 HSQ)와 학교상황 질문지(School Situation Questionnaire: 이하 SSQ)는 아동이 가정과 학교의 다양한 상황에서 나타내는 문제행동의 유무와 그 심각성을 평가하는 것을 목적으로 한다. HSQ에서는 부모들이 가정 및 공공장소를 비롯한 16가지의 각기 다른 상황에서 나타나는 아동의 문제행동들을 평정하도록 되어있고, SSQ에서는 교사가 12가

지의 학교 상황들에서 아동의 문제행동을 보고하도록 되어 있다. 두 척도 모두 제시된 상황(예: 식사시간에)에서 부모 혹은 교사가 아동의 행동에 문제가 있는지를 기록한 다음, 문제가 있다면 이를 '가볍다' (1점)에서 '매우 심하다' (9점)까지로 평정하도록 하고 있다. 문제행동이 나타나는 상황의 수를 합산하여 문제상황의 수를 계산하고 다시 각 상황들의 평정점수의 총합을 문제상황의 수로 나누어 문제 행동의 심각성 점수를 계산한다. 본 연구에서의 신뢰도는 학교상황질문지의 경우 상황 수 Cronbach's $\alpha = .90$, 학교상황 문제정도 Cronbach's $\alpha = .94$ 로 나타났고, 가정상황질문지의 경우 가정상황 상황 수 Cronbach's $\alpha = .88$, 가정상황 문제정도 Cronbach's $\alpha = .89$ 로 나타났다.

(5) 사회기술평정체계(Social Skills Rating System; 이하 SSRS)

SSRS는 Gresham과 Elliott (1990)이 개발한 도구로 국내에서는 김향지(1996)가 3세에서 18세 아동의 사회적 행동에 관한 정보를 수집하여 제작하였다. 평균 100, 표준편차 15로 점수가 높을수록 사회기술이 좋고 낮을수록 사회기술이 낮은 것으로 해석된다. SSRS 부모용 척도의 경우 협동, 자기주장, 자기통제, 책임감의 네 가지 하위척도로 분류되며 각 10문항씩 38문항(2개의 중복문항)으로 이루어져 있고, 교사용 척도의 경우 책임감 척도가 제외된 3개 척도 10문항씩 총 30문항으로 구성되어 있다. 심각성과 중요성 두 영역으로 구분되는데 심각성은 전혀(0)에서 자주(2)의 3점 척도로 평가되고 중요성은 임상적 해석에 도움을 줄 뿐 점수화되지는 않는다. 본 연구에서는 심각성 점수만이 사용되었다. SSRS 부모용의 경우 .87의 검사-재검사 신뢰도를 보고하고 있으며 치료효과 측정에 민감하여 아동의 사회기술 평가에 많이 사용되고 있다(Sheridan, Dee, Morgan, McCormick & Walker, 1996). 교사용의 경우 김향지(1996)에 의한 타당화 연구 결과 반분신뢰도는 .85로 나타났다. 본 연구에서는 부모용 신뢰도는 전체 Cronbach's $\alpha = .91$, 각 하위변인별로 협동 Cronbach's $\alpha = .80$, 자기주장 Cronbach's $\alpha = .78$, 책임감 Cronbach's $\alpha = .75$, 자기통제 Cronbach's $\alpha = .73$ 로 나타났다. 교사용 신뢰도는 전체 Cronbach's $\alpha = .91$ 이었고 각 하위변인의 신뢰도는 협동 Cronbach's $\alpha = .84$, 자기주장 Cronbach's $\alpha = .85$, 자기통제 Cronbach's $\alpha = .87$ 로 나타났다.

표 19. 사회기술평정체계-부모용 하위요인별 문항구성

사회기술평정체계-부모용 하위요인	문항수	문항번호
협동	10	1,2,13*,15,16,19,21,27,28,33
자기주장	10	4,10,12,13*,23,24,30,34,35,38*
책임감	10	5,7,8,9*,18,20,29,31,37,38*
자기통제	10	3,6,9*,14,17,22,25,26,32,36

* 중복 문항

표 20. 사회기술평정체계-교사용 하위요인별 문항구성

사회기술평정체계-교사용 하위요인	문항수	문항번호
협동	10	8,9,15,16,20,21,26,27,28,29
자기주장	10	2,3,6,7,10,14,17,19,23,24
자기통제	10	1,4,5,11,12,13,18,22,25,30

나) 부모 측정도구

(1) 부모 양육스트레스척도 (Parenting Stress Index/Short Form: PSI/SF)

부모의 양육스트레스를 측정하기 위해 Abidin(1983)이 개발한 'Parenting Stress Index (PSI)'를 축소, 개정한 Parenting Stress Index/Short Form(PSI/SF) (Abidin, 1990)를 김현미(2004)가 번안한 것을 사용하였다. PSI/SF는 부모의 양육행동에서 나타나는 부모-자녀간의 역기능적 상호작용 측면이나 부모에게 스트레스를 주는 주된 요인을 가지고 부모가 받는 스트레스 정도를 알아보고자 개발된 부모 보고용 질문지이다. 이 척도는 부모의 고통(Parental Distress), 부모-자녀간 역기능적 상호작용(Parental-Child Dysfunctional Interaction), 그리고 아동의 까다로운 기질(Difficult Child) 등의 세 가지 하위요인을 포함하며 각각 12문항씩 총 36문항으로 구성되었다. 총점이 90점 이상이면 높은 수준의 양육스트레스를 나타내는 것으로, 부모의 고통이 36점 이상, 부모-자녀간 역기능적 상호작용이 27점 이상, 그리고 아동의 까다로운 기질이 36점 이상이면 높은 수준의 양육스트레스를 의미한다. 내적 신뢰도는 부모의 고통은 Cronbach's $\alpha=.81$, 부모-자녀간 역기능적 상호작용은 Cronbach's $\alpha=.86$, 그리고

아동의 까다로운 기질은 Cronbach's $\alpha=.88$ 이었다(김현미, 2004). 본 연구에서는 부모 양육스트레스의 신뢰도는 전체 Cronbach's $\alpha= .93$, 부모의 고통요인 Cronbach's $\alpha= .84$, 부모-자녀 역기능적 상호작용 Cronbach's $\alpha= .84$, 아동의 까다로운 기질 Cronbach's $\alpha= .90$ 로 나타났다.

표 21. 부모 양육스트레스척도의 하위요인별 문항구성

부모양육스트레스 척도 하위요인	문항수	문항번호
부모의 고통요인	12문항	1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12
부모-자녀 역기능적 상호작용	12문항	13,14,15,16,17,18, 19,20,21,22,23,34*
아동의 까다로운 기질	12문항	24,25,26,27,28,29, 30,31,32,33,35*,36*

* 역채점 문항

(2) 부모양육효능감척도 (Parenting Sense of Competence: PSOC)

Gibaud-Wallston과 Wandersman(1978)이 개발하고 신숙재(1997)가 번안하였다. 인지적 차원인 부모로서의 효능감 9문항과 정서적 차원인 부모로서의 좌절감과 불안 4문항, 그리고 부모역할에 대한 관심과 흥미를 나타내는 3문항의 총 16문항으로 구성되어 있다. '전혀 그렇지 않다'에서 '정말 그렇다'까지의 5점 척도로 총점 범위는 16-80점이다. 각 하위요인의 신뢰도 계수는 부모로서의 효능감 Cronbach's $\alpha=.78$, 부모로서의 불안감과 좌절감 Cronbach's $\alpha=.67$, 부모역할에 대한 관심과 흥미 Cronbach's $\alpha=.82$ 로 보고되었다(신숙재, 1997).

표 22. 부모양육효능감 척도의 하위유형별 문항구성

부모양육효능감 하위유형	문항수	문항번호
부모로서의 효능감	9	2,3,7,8,9*,10*,11,12,15
부모로서의 불안감과 좌절감	4	4*,5*,6*,16*
부모역할에 대한 관심과 흥미	3	1,13*,14

* 역채점 문항

다음 표 23은 위에서 설명한 척도들의 측정영역과 내용을 요약하고 있다.

표 23. 연구에 사용된 척도

구분	척도명	하위요인	측정영역/척도내용
아 동 관 련 검 사	주의력결핍 및 과잉행동장애 평정척도-IV(K-ARS)	<ul style="list-style-type: none"> 교사용-18문항 부모용-18문항 	<ul style="list-style-type: none"> ADHD 피험자 정의 스크리닝 척도 프로그램 효과 측정
	전산화된 주의력장애 진단 시스템(ADS)	<ul style="list-style-type: none"> 누락오류(부주의성) 오경보오류(충동성) 정반응시간 (정보처리/운동반응속도) 정반응시간 표준편차 (반응의 일관성) 	<ul style="list-style-type: none"> 주의력장애 스크리닝 척도 프로그램 효과 측정
	한국판 웨슬러 아동 지능검사 3판(K-WISC-III)	<ul style="list-style-type: none"> 언어성지능 동작성지능 	<ul style="list-style-type: none"> 아동의 지적능력 스크리닝 척도
	학교상황/가정상황 질문지(교사용/부모용)	<ul style="list-style-type: none"> 부모용 (16가지 상황) 교사용 (12가지 상황) 	<ul style="list-style-type: none"> 아동 문제행동이 나타나는 상황 아동 문제행동의 심각성 프로그램 효과 측정
	사회기술 평정체계(SSRS)(교사용/ 부모용)	<ul style="list-style-type: none"> 협동 자기주장 자기통제 책임감 (부모용만 해당) 	<ul style="list-style-type: none"> 아동의 사회기술 프로그램 효과 측정
부 모 관 련 용 검 사	부모양육스트레스 척도	<ul style="list-style-type: none"> 부모의 고통 부모-자녀 역기능적 상호작용 아동의 까다로운 기질 	<ul style="list-style-type: none"> 양육스트레스 프로그램 효과 측정
	부모 양육효능감 척도	<ul style="list-style-type: none"> 부모로서의 효능감 부모로서의 불안감과 좌절감 부모역할에 대한 관심과 흥미 	<ul style="list-style-type: none"> 양육효능감 프로그램 효과 측정

다) 관찰자 평정

본 연구에서는 집단 내의 아동의 행동변화를 분석하기 위하여 관찰자 평정을 실시하였다. 관찰자 평정은 실험1집단, 실험2집단 모두에서 이루어졌으며, 집단 지도자가 아닌 1인의 관찰자가 프로그램 진행 중 나타나는 아동의 문제행동에 대해서 평가하였다. 평가항목은 ‘차분하지 못하고 너무 활동적이다’, ‘별 것 아닌 것을 갖고 싸움을

한다' 등 총 10개로서 부주의, 과잉행동 및 충동성, 사회성 영역에 있어 아동의 문제 행동을 평가하도록 구성되었다. 관찰자는 '전혀 없음' 0점부터 '아주 심함' 3점까지 4점 리커트 척도로 아동의 문제행동을 체크하였다. 관찰자평정은 1회기, 3회기, 6회기, 9회기, 12회기, 15회기, 18회기로 총 7회에 걸쳐 진행되었다.

4) 연구절차

본 연구는 다음과 같은 연구 절차를 밟아 수행되었다.

첫째, 2010년 6월 전국 12개 지역 상담지원센터 소속 지도자들을 대상으로 프로그램 초안에 대한 시범운영지도자 교육을 진행하였다.

둘째, 시범운영지도자가 소속된 지역의 ADHD 아동과 부모를 대상으로 사전검사를 실시하였다. 또한 같은 인구학적 구성을 가진 통제집단 아동과 부모를 대상으로 동일한 검사를 실시하였다.

셋째, 각 지역의 시범운영지도자들은 ADHD 아동과 부모를 대상으로 프로그램의 시범운영을 실시하였다. 지도자의 원활한 프로그램의 진행을 돕기 위해 지도자용 지침서를 제공하고 필요한 워크시트 및 교구재(보드게임, 집단보상용 말판)를 제작하여 배포하였다. 또한 전자메일을 통해 삽화슬라이드, 동영상 클립, 관련 프로그램 파일을 전송하였다. 시범운영은 2010년 7월부터 2010년 9월까지 총 10주에 걸쳐 진행되었다. 아동 집단의 경우 매주 2회씩 10주 동안 총 20회기에 걸쳐 프로그램을 시행하고 부모 집단의 경우는 10주 동안 매주 1회씩 총 10회기에 걸쳐 진행되었다.

넷째, 시범운영을 마친 후 실험집단 아동에게 사후검사를 실시하고 부모집단의 경우 사후검사와 함께 참여자 평가를 함께 시행하였다. 통제집단의 아동과 부모에게도 사후검사를 동일한 기간에 시행하였다.

다섯째, 시범운영과 실험집단과 통제집단을 대상으로 하는 사후검사가 끝난 후, 지도자의 프로그램 평가를 진행하였다. 각 지역 지도자들을 대상으로 전체 프로그램 구성과 각 회기별 내용에 대한 프로그램 평가를 진행하고 10월에 프로그램 평가회의를 연구자와 지도자들이 참석한 가운데 시행하였다. 또한 전문가 2인에게 프로그램에 대한 전반적인 의견을 수렴하였다.

마지막으로, 사전, 사후 검사의 결과와 프로그램 평가 결과를 토대로 ADHD 아동-부모 프로그램의 효과 분석을 실시하였다.

5) 자료분석

실험집단 1과 2, 통제집단을 대상으로 한 사전, 사후검사의 자료분석을 위해 SPSS/PC 15.0 프로그램을 사용하였고 분석방법은 빈도분석, T-test, 공변량분석 등을 사용하였다.

IV. 연구 결과

1. ADHD 아동-부모 프로그램 시범운영 평가 결과

가. 프로그램 효과의 분석 절차

ADHD 아동-부모 개입프로그램의 효과성은 두 가지 방법으로 검증되었다. 하나는 사전, 사후 검사를 실시하여 프로그램의 통계적 유의미성을 관찰하였다. 다른 하나는 프로그램에 대한 전문가 평가, 참여자지도자의 의견 및 평가를 프로그램 평가서와 평가회의를 통해 수집하고 이에 대한 결과를 논의하였다.

ADHD 아동과 부모 각 집단에 대한 프로그램을 시행하고 그 효과성을 검증하기 위해 사전, 사후 검사의 총점 및 하위점수를 채점하고 실험1집단, 실험2집단, 통제집단의 사후점수의 차이가 실제 프로그램의 참여에 따른 효과인지를 알아보기 위해 사전검사를 공변인으로 한 공변량분석을 실시하였다.

나. 프로그램 실시에 따른 ADHD 아동의 증상 및 문제행동의 변화

1) 프로그램 실시에 따른 아동의 ADHD 증상의 변화

실험1집단, 실험2집단, 통제집단의 ADS 시각점사의 사전, 사후검사간의 차이를 분석한 결과는 표 24와 같다. 실험1집단의 ADS 시각 사전, 사후 점수를 비교한 결과, 부주의, 충동성, 반응시간 평균, 반응시간 표준편차에서 모두 점수가 감소하였으며, 부주의와 충동성에서의 점수 감소는 통계적으로 유의미한 것으로 나타났다($p < .05$). 실험2집단의 경우 사전, 사후 검사에서 부주의, 충동성, 반응시간 평균, 반응시간 표준편차 점수가 감소하였으나 통계적으로 유의미한 차이는 아니었다. 통제집단의 경우 부주의, 충동성, 반응시간 표준편차에서는 점수가 감소하였고, 반응시간 평균에서는 점수가 소폭 상승하였으나 이러한 차이는 통계적으로 유의미하지 않았다.

각 집단의 사전 점수를 공변인으로 공변량분석을 실시한 결과, 충동성에 있어 프로그램에 따른 집단 간 차이가 유의미한 것으로 나타났다($F=3.51, p < .05$). 공변량분석에서 유의미한 차이가 있는 것으로 나타난 충동성의 예측값으로 scheffé 사후검증을 실시한 결과, 실험1집단, 통제집단, 실험2집단 순으로 점수가 작은 것으로 나타났

다(표 25, 그림 6). 따라서 실험1 집단 프로그램은 아동의 시각 충동성 감소에 긍정적인 영향을 미친 것으로 해석할 수 있다.

표 24. 집단별 아동의 ADS 시각검사의 사전, 사후점수 평균과 표준편차

측정치		실험1집단			실험2집단			통제집단		
		사전	사후	<i>t</i>	사전	사후	<i>t</i>	사전	사후	<i>t</i>
부주의	M	75.46	54.62	2.73*	85.20	58.90	1.50	64.46	62.17	.29
	SD	34.95	18.51		65.58	19.63		25.45	16.56	
충동성	M	77.08	47.62	2.42*	80.34	63.30	1.95	81.92	61.04	2.17
	SD	47.39	8.69		34.39	22.11		29.17	15.41	
반응시간 평균	M	57.62	53.62	1.34	54.00	52.20	0.35	51.54	52.67	-.24
	SD	17.81	12.47		19.76	9.21		19.08	8.72	
반응시간 표준편차	M	75.62	54.85	2.09	73.00	66.70	1.18	81.54	67.57	1.18
	SD	33.62	12.31		22.63	16.06		44.24	16.60	

* $p < .05$

표 25. 집단에 따른 ADS 시각검사의 공변량 분석결과

하위척도	변량원	전체자승화	자유도	평균자승화	<i>F</i>
ADS시각 부주의	공변량	2642.90	1.00	2642.90	
	집단	665.35	2.00	332.68	1.29
	오차	8227.92	32.00	257.12	
ADS시각 충동성	공변량	704.23	1	704.23	
	집단	1634.85	2	817.423	3.51*
	오차	7451.09	32	232.847	
ADS시각 반응시간 평균	공변량	1389.55	1	1389.55	
	집단	12.37	2	6.19	0.09
	오차	2154.46	32	67.33	
ADS시각 반응시간 표준편차	공변량	506.78	1	506.78	
	집단	1215.26	2	607.63	2.80
	오차	6937.47	32	216.80	

* $p < .05$

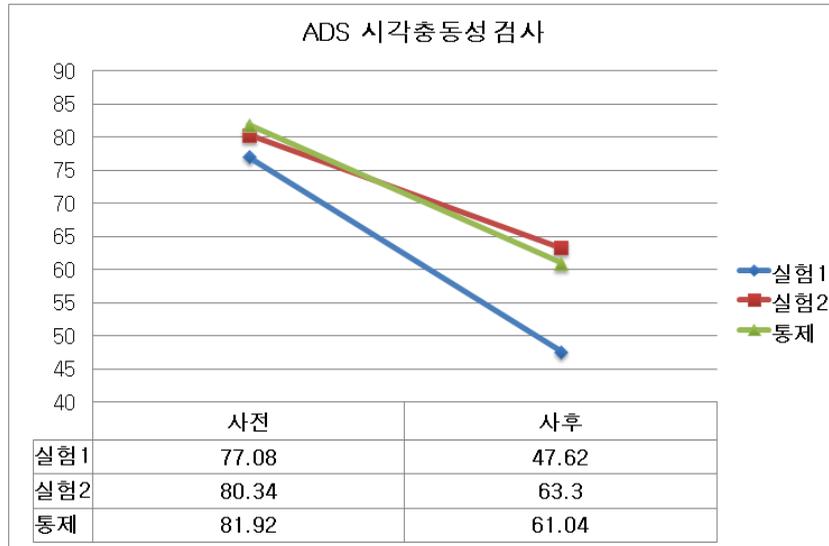


그림 6. 집단에 따른 ADS 시각 충동성검사의 사전·사후 평균 변화

다음으로 실험1집단, 실험2집단, 통제집단의 ADS 청각검사의 사전, 사후검사간의 차이를 분석한 결과는 표 26과 같다. 실험1집단의 ADS 청각 사전, 사후 점수를 비교한 결과, 반응시간 평균을 제외한 부주의, 충동성, 반응시간 표준편차에서 점수가 감소하였으며, 부주의에서의 점수 감소는 통계적으로 유의미한 것으로 나타났다($p < .05$). 실험2집단의 경우 사전, 사후 검사에서 충동성을 제외한 부주의, 반응시간 평균, 반응시간 표준편차에서 점수가 감소하였으며, 부주의의 점수 감소는 통계적으로 유의미하였다($p < .05$). 통제집단의 경우 충동성, 반응시간 표준편차에서는 점수가 감소한 것으로 나타났으나 이는 유의하지 않았고, 부주의, 반응시간 평균에서의 점수 증가는 통계적으로 유의미한 것으로 나타났다($p < .05$).

각 집단의 사전 점수를 공변인으로 공변량분석을 실시한 결과, 청각 부주의에 있어 프로그램에 따른 집단 간 차이가 유의미한 것으로 나타났다($F=8.42$ $p < .01$). 공변량분석에서 유의미한 차이가 나타난 청각 부주의의 예측값으로 scheffé 사후검증을 실시한 결과, 사후검증에서는 유의한 차이가 나타나지 않았으나 실험1집단, 실험2집단, 통제집단 순으로 평균점수의 변화 추이를 볼 때(표 27, 그림 7), 프로그램 참여가 청각 부주의에 영향을 미친다고 할 수 있다. 청각 반응시간 평균에서도 프로그램에 따른 집단 간 차이가 유의미한 것으로 나타났다($F=5.05$, $p < .05$). 사후검증을 실시한 결과, 실험2집단이 실험1집단, 통제집단보다 유의미하게 반응시간 평균이 적은

것으로 나타났다. 이러한 결과는 실험2 집단 프로그램이 아동의 청각 반응시간 평균 감소에 효과적임을 의미한다.

표 26. 집단에 따른 ADS 청각검사의 사전, 사후점수 평균과 표준편차

측정치	실험1집단			실험2집단			통제집단		
	사전 M(SD)	사후 M(SD)	<i>t</i>	사전 M(SD)	사후 M(SD)	<i>t</i>	사전 M(SD)	사후 M(SD)	<i>t</i>
부주의	70.46 (21.57)	51.62 (12.27)	4.07*	61.40 (19.90)	52.20 (13.22)	2.59*	52.46 (16.74)	59.67 (18.42)	-2.25*
충동성	57.23 (23.05)	45.46 (11.17)	1.91	48.5 (13.39)	52.30 (21.48)	-0.64	54.85 (15.47)	49.64 (11.71)	1.65
반응시간 평균	57.69 (26.54)	65.92 (13.97)	-1.37	52.90 (14.15)	50.10 (14.95)	.65	48.00 (11.76)	60.38 (10.98)	-4.77*
반응시간 표준편차	63.77 (17.33)	60.15 (15.72)	.63	60.60 (11.72)	55.30 (10.83)	2.08	56.85 (13.25)	63.99 (22.06)	-1.52

p < .05

표 27. 집단에 따른 ADS 청각 검사의 공변량분석 결과

하위척도	변량원	전체자승화	자유도	평균자승화	<i>F</i>
ADS청각 부주의	공변량	3852.51	1	3852.51	
	집단	1895.26	2	947.63	8.42**
	오차	3601.38	32	112.54	
ADS청각 충동성	공변량	1337.80	1	1337.80	
	집단	538.06	2	269.03	1.45
	오차	5957.70	32	186.18	
ADS청각 반응시간 평균	공변량	1829.27	1	1829.27	
	집단	1252.91	2	626.46	5.05*
	오차	3968.33	32	124.01	
ADS청각 반응시간 표준편차	공변량	2114.43	1	2114.43	
	집단	710.33	2	355.17	1.47
	오차	7743.19	32	241.97	

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

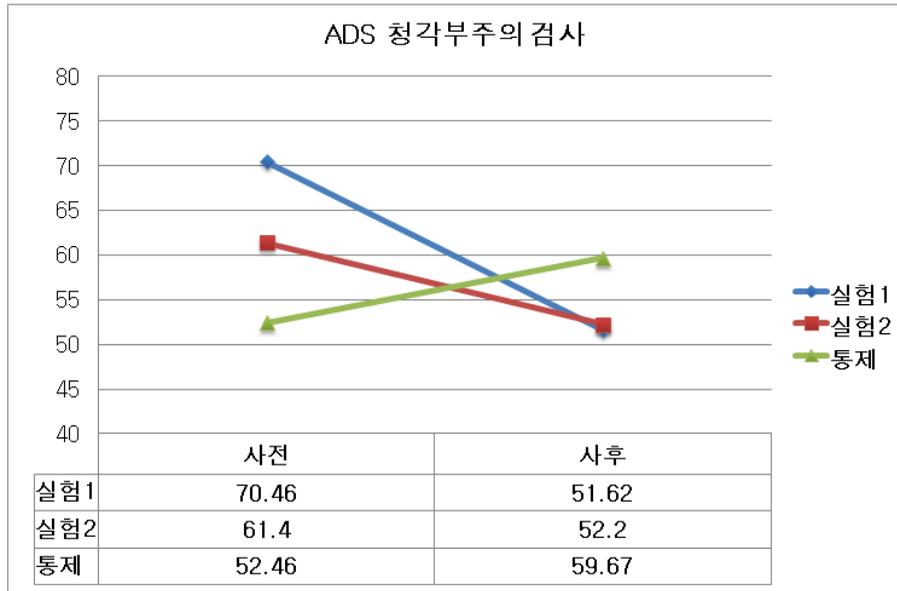


그림 7. 집단에 따른 ADS 청각부주의검사의 사전·사후 평균 변화

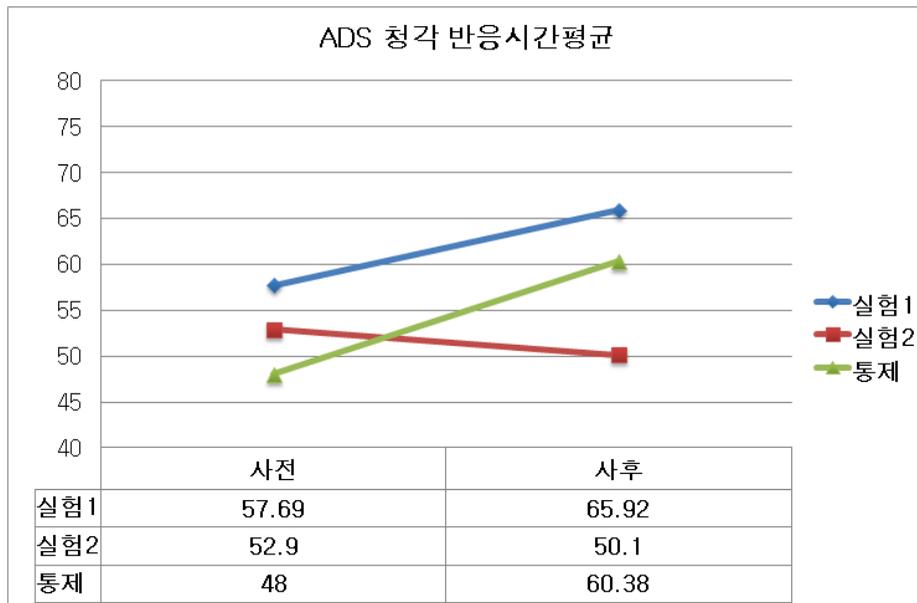


그림 8. 집단에 따른 ADS 청각 반응시간평균의 사전·사후 평균 변화

다음으로 아동의 ADHD 증상 변화 관찰을 위해 실시한 K-ARS 평정척도의 사전·사후 점수 변화 및 통계적 유의성에 대해 살펴보았다. 부모가 평정한 K-ARS척도 결과(표 28)에서는 실험1집단의 경우 총점, 부주의, 과잉행동 및 충동성에서 모두 사전점수보다 사후점수가 낮았으며, 총점과 부주의는 $p < .01$ 수준에서, 과잉행동 및 충동성은 $p < .05$ 수준에서 유의한 것으로 나타났다. 실험2집단 역시 총점, 부주의, 과잉행동 및 충동성에서 점수가 하락하였으며 이러한 점수 감소는 모두 유의하였다($p < .05$). 통제집단의 경우 총점, 부주의, 과잉행동에서 점수가 소폭 상승하였으나 이러한 차이는 유의하지 않았다. 또한 부모가 평정한 K-ARS 척도의 사전 점수를 통제하여 사후검사를 비교한 결과, 모든 영역에서 각 집단 간 유의미한 차이는 나타나지 않았다(표 29). 즉, 실험1집단과 실험2집단에 참여했던 아동의 ADHD 증상이 프로그램 참여 이후 감소되는 모습을 부모가 관찰하였지만, 이러한 변화가 프로그램 참여로 인한 것이라 해석하기는 어렵다.

교사가 평정한 K-ARS척도 사전, 사후 검사 결과를 먼저 살펴보면(표 28), 실험1집단은 총점 및 하위영역인 부주의, 과잉행동 및 충동성에서 모두 점수가 감소하였으며, 총점과 부주의의 점수 감소는 유의하였다($p < .05$). 실험2집단의 경우도 총점, 부주의, 과잉행동 및 충동성에서 모두 점수가 감소하였으며, 이러한 사전, 사후검사의 차이는 모두 유의하였다($p < .05$). 통제집단의 경우 유의하지는 않지만 총점, 부주의, 과잉충동에서 점수의 소폭 상승을 나타내었다. 사전점수를 통제한 후 집단 간 사후점수를 비교한 결과 총점, 부주의, 과잉행동 및 충동성에서 집단 간 유의미한 차이는 나타나지 않았다(표 29). 즉, 교사가 관찰한 바에 따르면 실험1집단과 실험2집단 모두 ADHD 증상의 완화가 나타났지만 이러한 결과를 프로그램 참여로 인한 결과로 해석하기는 어렵다.

표 28. 집단별 K-ARS 부모, 교사평정 사전, 사후점수 평균과 표준편차

측정치	실험1집단			실험2집단			통제집단			
	사전 M(SD)	사후 M(SD)	<i>t</i>	사전 M(SD)	사후 M(SD)	<i>t</i>	사전 M(SD)	사후 M(SD)	<i>t</i>	
총점	30.77 (12.56)	19.02 (8.36)	3.33**	31.00 (14.41)	23.20 (12.79)	2.60*	20.96 (5.30)	21.85 (7.47)	-0.42	
부 모	부주의	15.92 (7.23)	9.47 (4.37)	3.44**	15.30 (6.70)	11.50 (5.89)	2.34*	11.80 (3.58)	12.00 (3.81)	-0.15
	과잉 총동	14.85 (6.57)	9.56 (4.67)	2.83*	15.70 (8.30)	11.70 (7.06)	2.66*	9.15 (2.82)	9.84 (4.62)	-0.66
	총점	33.31 (8.49)	25.25 (11.17)	2.38*	46.20 (12.87)	33.61 (8.03)	2.75*	27.98 (11.94)	30.50 (8.42)	-0.83
교 사	부주의	17.62 (5.52)	12.73 (6.11)	2.58*	22.80 (7.36)	16.10 (3.05)	2.61*	15.08 (5.54)	16.00 (5.04)	-0.56
	과잉 총동	15.69 (5.15)	12.52 (5.13)	1.65	23.40 (6.74)	17.52 (5.68)	2.70*	12.91 (7.45)	14.50 (4.75)	-0.98
	총점	33.31 (8.49)	25.25 (11.17)	2.38*	46.20 (12.87)	33.61 (8.03)	2.75*	27.98 (11.94)	30.50 (8.42)	-0.83

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

표 29. 집단에 따른 K-ARS 교사, 부모평정점수의 공변량분석 결과

하위척도	변량원	전체자승화	자유도	평균자승화	<i>F</i>
총점	공변량	220.25	1	220.25	1.81
	집단	306.48	2	153.24	
	오차	2707.50	32	84.61	
교사	부주의	48.96	1	48.96	1.89
	집단	93.16	2	46.58	
	오차	788.15	32	24.63	
과잉 총동	공변량	129.89	1	129.89	1.34
	집단	62.61	2	31.31	
	오차	748.30	32	23.38	
총점	공변량	800.86	1	800.86	2.17
	집단	295.77	2	147.88	
	오차	2179.97	32	68.12	
부모	부주의	150.84	1	150.84	2.73
	집단	96.38	2	48.19	
	오차	565.26	32	17.66	
과잉 총동	공변량	331.14	1	331.14	1.49
	집단	59.14	2	29.57	
	오차	634.80	32	19.84	

2) 프로그램 실시에 따른 아동의 가정상황, 학교상황 문제행동의 변화

프로그램 실시에 따라 가정상황, 학교상황에서 아동의 문제행동에 어떠한 변화가 있었는지 알아보기 위해 가정상황질문지 및 학교상황질문지의 사전, 사후점수 차이를 분석하였다. 우선 가정상황질문지부터 살펴보면, 실험1집단의 사전, 사후 문제상황수는 소폭 상승하였으며 문제행동심각성점수는 감소한 것으로 나타났으나 이러한 차이는 통계적으로 유의미하지 않았다. 실험2집단의 경우 문제상황수와 문제행동심각성점수 모두 감소하였으나 통계적으로 유의한 결과는 아니었다. 통제집단은 문제상황수가 소폭 상승하고, 문제행동심각성점수는 소폭 하락하였으나 유의하지 않았다.

표 31에 나타났듯이 가정상황 문제행동 심각성점수에 대하여 사전점수를 통제하고 사후검사에 대한 집단 간 차이를 검증한 결과 $F=.27$ 로 유의한 차이가 나타나지 않았다. 이것은 프로그램 참여가 가정상황 문제행동 심각성에 미치는 영향은 나타나지 않은 것으로 볼 수 있다.

표 30. 가정상황질문지의 사전, 사후점수 집단별 평균과 표준편차

측정치	실험1집단			실험2집단			통제집단			
	사전 M(SD)	사후 M(SD)	<i>t</i>	사전 M(SD)	사후 M(SD)	<i>t</i>	사전 M(SD)	사후 M(SD)	<i>t</i>	
가정 상황	문제 상황 수	7.77 (3.51)	8.46 (4.09)	-0.73	10.20 (2.44)	8.50 (3.53)	1.98	6.15 (3.84)	7.38 (4.11)	-1.62
	문제행동 심각성점수	5.00 (2.35)	3.44 (0.99)	1.96	4.87 (1.53)	3.82 (1.25)	2.13	3.67 (1.37)	3.40 (1.60)	0.71

표 31. 집단에 따른 가정상황 문제행동 심각성점수의 공변량분석 결과

측정치	변량원	전체자승화	자유도	평균자승화	<i>F</i>
가정상황 문제행동 심각성점수	공변량	1.03	1.00	1.03	
	집단	0.93	2.00	0.47	0.27
	오차	55.28	32.00	1.73	

학교상황질문지 결과의 경우(표 32), 실험1집단의 사전, 사후 검사에서 문제상황수와 문제행동 심각성점수 모두 감소한 것으로 나타났다. 문제상황수의 감소는 $p < .05$ 수준에서 유의하였고, 문제행동 심각성점수는 $p < .01$ 수준에서 유의하게 나타났다. 실

협2집단은 문제상황수는 소폭 상승하고, 문제행동 심각성점수는 소폭 감소하였으나 이러한 차이가 통계적으로 유의미하지 않았다. 통제집단의 경우 문제상황수가 소폭 상승하고, 문제행동심각성점수는 소폭 하락하였으나 이러한 결과는 통계적으로 유의하지 않았다.

표 32. 학교상황질문지의 사전, 사후점수 집단별 평균과 표준편차

측정치	실험1집단			실험2집단			통제집단			
	사전 M(SD)	사후 M(SD)	<i>t</i>	사전 M(SD)	사후 M(SD)	<i>t</i>	사전 M(SD)	사후 M(SD)	<i>t</i>	
학교 상황	문제 상황 수	9.54 (3.01)	6.91 (3.27)	2.46*	8.20 (4.70)	9.38 (2.32)	-1.11	9.54 (2.82)	10.98 (4.46)	-0.89
학교 상황	문제행동 심각성 점수	5.96 (1.31)	4.36 (1.75)	3.56**	4.74 (3.04)	4.71 (2.25)	0.03	5.58 (1.44)	5.40 (1.87)	1.06

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

표 33에 나타난 바와 같이, 학교상황질문지의 사전검사를 통제한 뒤 사후점수의 집단 간 차이를 검증한 결과, $F=1.02$ 로 유의한 결과가 나타나지 않았다. 즉, 학교상황에서의 문제상황수나, 문제행동의 심각성에 있어 프로그램 참여로 인한 변화는 나타나지 않은 것으로 해석할 수 있다.

표 33. 집단에 따른 학교상황 문제행동 심각성점수의 공변량분석 결과

측정치	변량원	전체자승화	자유도	평균자승화	<i>F</i>
학교상황 문제행동 심각성점수	공변량	29.51	1	29.51	1.02
	집단	5.98	2	2.99	
	오차	90.75	31	2.93	

3) 프로그램 실시에 따른 ADHD 아동의 사회기술의 변화

프로그램의 참여에 따른 아동의 사회기술 변화를 살펴보기 위하여 부모가 평정한 사회기술척도의 사전, 사후점수 결과를 분석한 결과는 표 34에 나타난 바와 같다.

실험1집단의 경우, 사회기술평정척도의 전체 총점이 향상되었으며 이러한 결과는

통계적으로 유의미하였다($t=-4.16, p < .01$). 각 하위영역별 사전, 사후 검사 차이를 살펴보면 협동, 자기주장, 책임감, 자기통제의 모든 영역에서 사회기술점수가 향상되었으며 자기통제를 제외한 협동, 자기주장, 책임감에서의 상승은 통계적으로 유의미한 것으로 나타났다. 실험2집단 역시 사회기술 총점에서 사전검사에 비해 사후검사 점수가 향상되었으며, 이러한 차이는 유의미한 것으로 나타났다($t=-6.89, p < .001$). 하위영역별로 협동, 자기주장, 책임감, 자기통제에서도 사회기술점수의 향상이 나타났으며, 협동, 자기주장, 책임감, 자기통제의 모든 영역에서의 점수 상승은 통계적으로 유의미하였다. 통제집단의 경우 사회기술 총점 및 협동, 자기통제에서 점수가 소폭 상승하였고, 자기주장, 책임감에서는 점수가 하락하였으나 이러한 차이는 통계적으로 유의미하지 않은 것으로 나타났다.

사전검사를 공변인으로 하는 공변량분석을 실시한 결과, 사회기술총점에 있어 집단에 따른 차이가 있는 것으로 나타났다($F=5.41, p < .01$). 사회기술척도의 하위요인인 협동에 있어서도 $F=4.60$ 로 프로그램 참여여부에 따른 유의미한 차이가 나타났으며($p < .05$), 책임감 역시 $F=8.25$ 로 프로그램 참여여부에 따른 유의미한 차이가 있는 것으로 나타났다($p < .01$). 사후검증 결과 집단 간 유의미한 차이는 보이지 않았으나, 실험2집단과 실험1집단이 통제집단보다 부모가 평정한 사회기술총점 및 협동, 책임감에서 높은 점수를 보였다(그림 9, 그림10, 그림11). 즉, 부모가 지각하기에 실험2집단과 실험1집단의 참여는 협동과 책임감 등의 사회기술 향상에 효과적인 것으로 나타났다.

표 34. 부모 사회기술 사전, 사후점수 평균과 표준편차

측정치	실험1집단			실험2집단			통제집단		
	사전 M(SD)	사후 M(SD)	<i>t</i>	사전 M(SD)	사후 M(SD)	<i>t</i>	사전 M(SD)	사후 M(SD)	<i>t</i>
총점	37.97 (17.03)	47.62 (12.56)	-4.16**	39.20 (8.84)	49.30 (6.94)	-6.89***	43.92 (11.28)	44.92 (11.10)	-0.45
협동	7.23 (4.47)	10.46 (4.45)	-5.93** *	7.50 (2.54)	9.60 (2.67)	-4.36**	8.84 (3.38)	9.61 (3.17)	-1.36
자기주장	11.61 (5.05)	13.92 (3.68)	-2.52*	12.60 (3.77)	14.50 (2.63)	-2.43*	13.76 (3.51)	13.69 (2.17)	0.08
책임감	10.83 (4.93)	13.23 (3.83)	-3.75**	12.00 (3.16)	16.00 (1.24)	-5.16**	12.76 (3.39)	12.30 (4.25)	0.48
자기통제	8.29 (4.04)	10.00 (2.54)	-1.61	7.10 (2.68)	9.20 (3.01)	-2.30*	8.53 (4.23)	9.30 (3.68)	-1.14

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

표 35. 집단에 따른 부모평정 사회기술척도의 공변량분석 결과

하위척도	변량원	전체자승화	자유도	평균자승화	F
총점	공변량	2609.18	1	2609.18	5.41**
	집단	405.05	2	202.52	
	오차	1198.94	32	37.47	
협동	공변량	315.63	1	315.63	4.60*
	자기주장	30.98	2	15.49	
	오차	107.85	32	3.37	
자기주장	공변량	134.96	1	134.96	1.50
	집단	13.80	2	6.90	
	오차	147.23	32	4.60	
책임감	공변량	214.80	1	214.80	8.25**
	집단	99.10	2	49.55	
	오차	192.28	32	6.01	
자기통제	공변량	120.53	1	120.53	0.37
	집단	4.61	2	2.31	
	오차	201.84	32	6.31	

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



그림 9. 집단에 따른 부모평정 사회기술 총점 사전·사후 평균 변화



그림 10. 집단에 따른 부모평정 협동 사전·사후 평균 변화

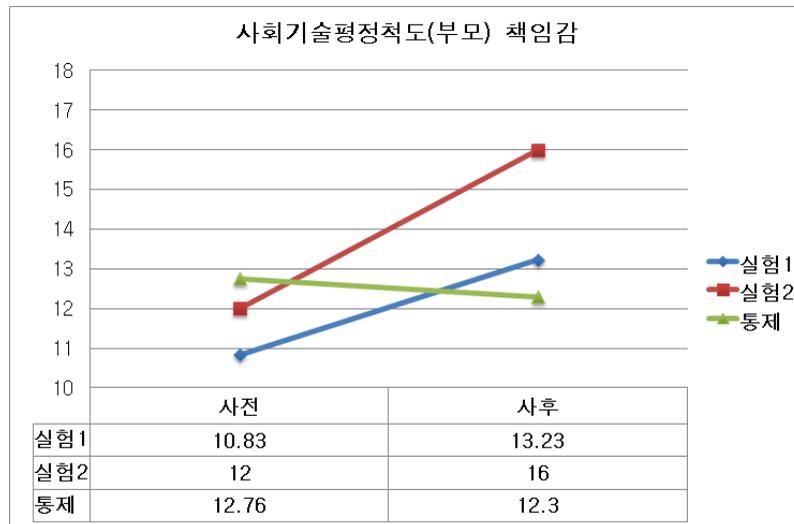


그림 11. 집단에 따른 부모평정 책임감 사전·사후 평균 변화

실험1집단의 경우, 사회기술평정척도의 전체 총점이 향상되었으나 이러한 결과는 통계적으로 유의미하지 않았다. 각 하위영역별 사전, 사후 검사 차이를 살펴보면 협동, 자기주장, 자기통제의 모든 영역에서 사회기술점수가 향상되었으며 협동의 상승은 통계적으로 유의미하였다($t=-2.57, p < .05$). 실험2집단 역시 사회기술 총점 및 사

회기술 하위영역에서 사전검사에 비해 사후검사 점수가 향상된 것으로 나타났으나 이러한 결과는 모두 유의미하지 않았다. 통제집단의 경우 협동에서 점수가 소폭 상승하였고 사회기술총점, 자기주장, 자기통제에서는 점수가 하락하였으나 이러한 차이는 통계적으로 유의미하지 않은 것으로 나타났다.

표 36. 교사평정 사회기술척도의 사전, 사후점수 평균과 표준편차

측정치	실험1집단			실험2집단			통제집단		
	사전 M(SD)	사후 M(SD)	<i>t</i>	사전 M(SD)	사후 M(SD)	<i>t</i>	사전 M(SD)	사후 M(SD)	<i>t</i>
총점	24.84 (10.26)	31.29 (10.35)	-2.13	22.62 (9.62)	25.52 (10.52)	-0.88	22.74 (11.57)	22.17 (9.72)	0.29
협동	7.23 (4.06)	10.36 (4.10)	-2.57*	7.85 (3.66)	8.95 (5.10)	-0.66	7.23 (4.58)	7.27 (4.00)	-0.03
자기주장	9.46 (5.25)	11.28 (3.72)	-1.76	8.88 (3.57)	9.18 (3.36)	-0.32	8.00 (5.06)	7.52 (4.34)	0.54
자기통제	8.15 (4.16)	9.64 (3.91)	-1.19	5.88 (4.42)	7.38 (3.46)	-1.03	7.51 (3.70)	7.37 (3.01)	0.27

* $p < .05$

교사가 평가한 사회기술척도에서 사점점수를 통제 후 집단에 따른 사후검사 차이검증을 실시한 결과, 사회기술 하위영역 중 자기주장에서 유의미한 차이가 나타났다 ($F=3.70, p < .05$)(그림11). 사후검증을 실시한 결과, 실험1집단의 자기주장 사후점수가 통제집단의 사후점수보다 유의미하게 높은 것으로 나타났다. 그러나 사회기술총점 및 협동, 자기통제에서는 집단 참여에 따른 사전, 사후 검사점수의 유의미한 차이가 나타나지 않았다. 이러한 결과는 실험1집단 프로그램의 참여가 학교 내 자기주장기술 향상에 긍정적인 효과를 가져오는 것으로 해석할 수 있다.

표 37. 집단에 따른 교사평정 사회기술척도의 공변량분석 결과

하위척도	변량원	전체자승화	자유도	평균자승화	F
총점	공변량	1165.78	1	1165.78	2.90
	집단	408.60	2	204.30	
	오차	2253.71	32	70.43	
협동	공변량	117.67	1	117.67	1.95
	자기주장	62.34	2	31.17	
	오차	511.62	32	15.99	
자기주장	공변량	260.58	1	260.58	3.70*
	집단	54.23	2	27.11	
	오차	234.73	32	7.34	
자기통제	공변량	101.31	1	101.31	1.40
	집단	26.22	2	13.11	
	오차	298.83	32	9.34	

* $p < .05$

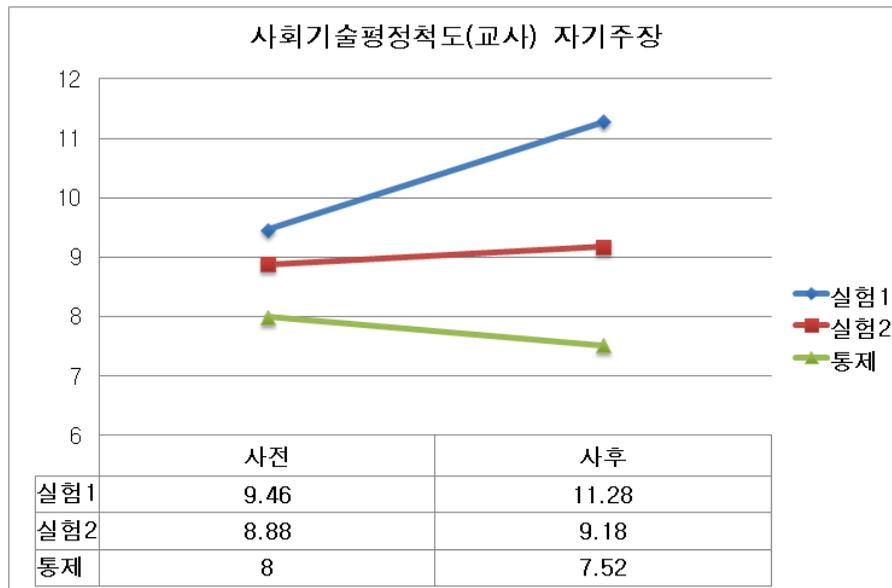


그림 12. 집단에 따른 교사평정 자기주장기술 사전·사후 평균 변화

다. 프로그램 실시에 따른 ADHD 아동 부모의 양육스트레스 및 양육효 능감 변화

1) 프로그램 실시에 따른 ADHD 아동 부모의 양육스트레스 변화

실험1집단과 실험2집단, 통제집단의 전체 양육스트레스 점수와 하위척도인 부모의 고통, 부모-자녀 간 역기능적 상호작용, 아동의 까다로운 기질의 사전, 사후 검사 간 차이를 분석한 결과는 표 38, 표 39와 같다.

실험1집단의 경우, 양육스트레스 총점 사전검사가 사후검사에서 감소하였으며 이러한 결과는 통계적으로 유의미하였다($t=2.66, p < .05$). 각 하위영역별 사전, 사후 검사 차이를 살펴보면 부모의 고통요인, 부모-자녀 역기능적 상호작용, 아동의 까다로운 기질에서 점수가 감소하였으며, 부모의 고통요인을 제외한 부모-자녀 역기능적 상호작용, 아동의 까다로운 기질은 통계적으로 유의미한 차이를 나타내었다. 실험2집단 역시 양육스트레스 총점에서 사전검사에 비해 사후검사 점수가 감소되었으며, 이러한 차이는 유의미한 것으로 나타났다($t=3.06, p < .05$). 하위영역별로 부모의 고통요인, 부모-자녀 역기능적 상호작용, 아동의 까다로운 기질에서도 점수 감소가 나타났으며, 아동의 까다로운 기질은 유의미하게 사전점수보다 사후점수가 낮은 것으로 나타났다($t=4.15, p < .01$). 통제집단의 경우, 양육스트레스 총점이 사후검사에서 소폭 하락하였으나 이러한 하락은 유의미하지 않았다. 하위요인별로 부모의 고통요인은 소폭의 상승을, 부모-자녀 역기능적 상호작용과 아동의 까다로운 기질은 소폭의 하락을 나타내었으나 이러한 차이는 모두 유의미하지 않았다.

양육스트레스의 사전검사를 공변인으로 하는 공변량분석을 실시한 결과, 양육스트레스 총점과, 각 하위요인의 점수에서 집단 간 차이는 유의미하게 나타나지 않았다. 즉, 실험1집단, 실험2집단의 양육스트레스는 집단 참여 이전보다 참여 이후에 유의미하게 감소하였으나 이러한 차이가 집단 참여에 의한 것이라 해석하기는 어렵다.

표 38. 집단별 양육스트레스의 사전, 사후점수 평균과 표준편차

측정치	실험1집단			실험2집단			통제집단		
	사전 M(SD)	사후 M(SD)	<i>t</i>	사전 M(SD)	사후 M(SD)	<i>t</i>	사전 M(SD)	사후 M(SD)	<i>t</i>
총점	102.08 (33.38)	82.43 (17.75)	2.66*	93.22 (14.83)	84.82 (14.76)	3.06*	88.09 (20.01)	85.37 (18.19)	0.59
부모의 고통요인	33.23 (9.39)	29.30 (5.08)	1.65	27.90 (8.06)	26.80 (7.42)	0.62	27.61 (8.55)	27.76 (9.01)	-0.08
부모-자녀 역기능적 상호작용	32.76 (11.90)	24.83 (6.39)	2.38*	25.99 (4.57)	24.83 (5.31)	0.59	29.02 (7.06)	27.41 (4.66)	0.79
아동의 까다로운 기질	36.08 (14.04)	28.28 (10.67)	3.43**	39.32 (7.42)	33.19 (6.61)	4.15**	31.45 (8.15)	30.18 (7.92)	0.77

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

표 39. 집단 참여에 따른 양육스트레스의 공변량분석 결과

하위척도	변량원	전체자승화	자유도	평균자승화	<i>F</i>
총점	공변량	3798.48	1	3798.48	1.40
	집단	516.11	2	258.06	
	오차	5918.77	32	184.96	
부모의 고통요인	공변량	669.21	1	669.21	0.18
	집단	12.67	2	6.34	
	오차	1111.47	32	34.73	
부모-자녀 역기능적 상호작용	공변량	107.56	1	107.56	1.28
	집단	71.70	2	35.85	
	오차	898.65	32	28.08	
아동의 까다로운 기질	공변량	1546.14	1	1546.14	2.52
	집단	152.91	2	76.45	
	오차	970.33	32	30.32	

2) 프로그램 실시에 따른 ADHD 아동 부모의 양육효능감 변화

다음으로 프로그램 참여에 따른 ADHD 아동 부모의 사전·사후 양육효능감 변화를 살펴보았다. 집단 간 양육효능감의 사전, 사후점수 평균과 표준편차는 표 40에 제시된 바와 같다.

표 40. 양육효능감의 사전, 사후점수 평균과 표준편차

측정치	실험1집단			실험2집단			통제집단		
	사전 M(SD)	사후 M(SD)	<i>t</i>	사전 M(SD)	사후 M(SD)	<i>t</i>	사전 M(SD)	사후 M(SD)	<i>t</i>
총점	47.77 (8.75)	51.26 (8.11)	-2.03	47.77 (7.72)	50.32 (7.39)	-1.96	51.53 (7.20)	49.90 (6.41)	1.10
부모로서의 효능감	25.73 (5.48)	28.47 (4.78)	-2.58*	25.27 (5.18)	27.11 (4.12)	-1.74	27.91 (4.49)	26.83 (4.49)	1.29
부모로서의 불안감과 좌절감 (역채점)	10.11 (3.41)	11.18 (3.65)	-1.20	10.81 (3.61)	11.31 (3.37)	-0.56	11.86 (2.86)	11.15 (3.06)	1.34
부모역할에 대한 관심과 흥미	11.91 (1.25)	11.60 (1.44)	0.89	11.69 (0.82)	11.89 (0.88)	-0.61	11.76 (1.59)	11.91 (1.19)	-0.35

* $p < .05$

실험1집단의 경우 부모양육효능감 총점의 사전점수보다 사후점수가 높아진 것으로 나타났으나 이러한 차이는 통계적으로 유의하지 않았다. 하위요인별로 살펴보면, 부모로서의 효능감은 상승하였고 역채점한 부모로서의 불안감과 좌절감 역시 점수가 상승하였으나, 부모역할에 대한 관심과 흥미는 소폭 감소하였다. 부모로서의 효능감은 $t = -2.58$ 로 사전검사와 사후검사 간 유의한 차이를 나타내었으나($p < .05$), 부모로서의 불안감과 좌절감, 부모역할에 대한 관심과 흥미의 차이는 유의하지 않았다. 실험2집단의 경우 양육효능감 총점과, 부모로서의 효능감, 부모로서의 불안감과 좌절감, 부모역할에 대한 관심과 흥미 모두 점수가 상승하였으나 유의한 차이를 나타내지는 않았다. 통제집단의 경우 양육효능감 총점, 부모로서의 효능감, 부모로서의 불안감과 좌절감은 하락하였고, 부모역할에 대한 관심과 흥미는 소폭 상승하였으나 이러한 차이는 모두 유의하지 않았다.

양육효능감 사전점수를 공변인으로 하여 사후점수 간 집단 간 차이를 검증한 결과는 표 41 제시된 바와 같다.

표 41. 집단에 따른 양육효능감의 공변량분석 결과

하위척도	변량원	전체자승화	자유도	평균자승화	F
총점	공변량	1018.23	1	1018.23	2.23
	집단	105.59	2	52.79	
	오차	758.81	32	23.71	
부모로서의 효능감	공변량	378.32	1	378.32	3.35*
	집단	61.13	2	30.56	
	오차	291.57	32	9.11	
부모로서의 불안감과 좌절감	공변량	172.51	1	172.51	0.78
	집단	9.94	2	4.97	
	오차	202.95	32	6.34	
부모역할에 대한 관심과 흥미	공변량	9.85	1	9.85	0.47
	집단	1.16	2	0.58	
	오차	39.32	32	1.23	

* $p < .05$

공변량분석 결과 양육효능감 총점과 부모로서의 불안감과 좌절감, 부모역할에 대한 관심과 흥미에서는 집단 간 유의미한 차이가 나타나지 않았다. 그러나 하위영역 중 하나인 부모로서의 효능감은 $F=3.35$ 로 $p < .05$ 수준에서 집단 간 유의미한 차이를 나타내었다. 이러한 결과는 프로그램의 참여가 ADHD 아동 부모의 양육효능감을 향상 시키는 데 효과가 있음을 의미한다.

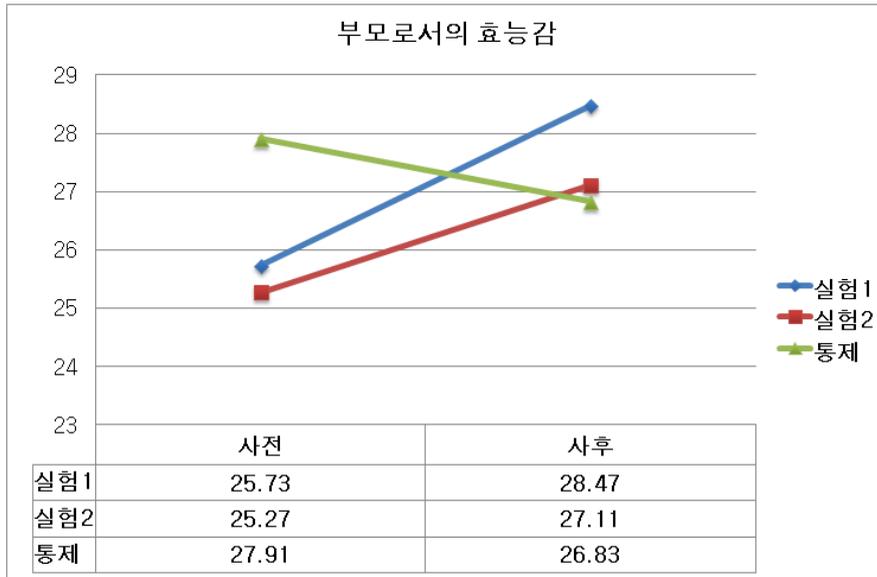


그림 13 집단에 따른 부모로서의 효능감 사전·사후 평균 변화

라. 관찰자 평정 결과

1회기, 3회기, 6회기, 9회기, 12회기, 15회기, 18회기 총 7회에 걸쳐 보조지도자에 의한 아동의 집단 내 문제행동 관찰이 이루어졌다. 실험1집단과 실험2집단 모두 1회기에 비해 18회기의 문제행동점수가 하락하는 양상을 나타내었다. 실험1집단의 경우 1회기에는 문제행동 평균이 12.06점이었으나, 18회기에는 7.93점으로 하락하였고, 실험2집단의 경우 1회기의 문제행동 평균 13.27점에서 18회기 7.2점으로 하락하였다.

두 집단 모두 처음에는 문제행동이 감소하다가 집단 중반인 12회기 전후로 오히려 문제행동이 증가하는 모습을 나타내었다. 다만 실험1집단의 경우 실험2집단보다 안정적으로 문제행동 점수가 하락하였고, 실험2집단의 경우 회기 진행에 따른 변화가 컸던 점을 볼 수 있다.

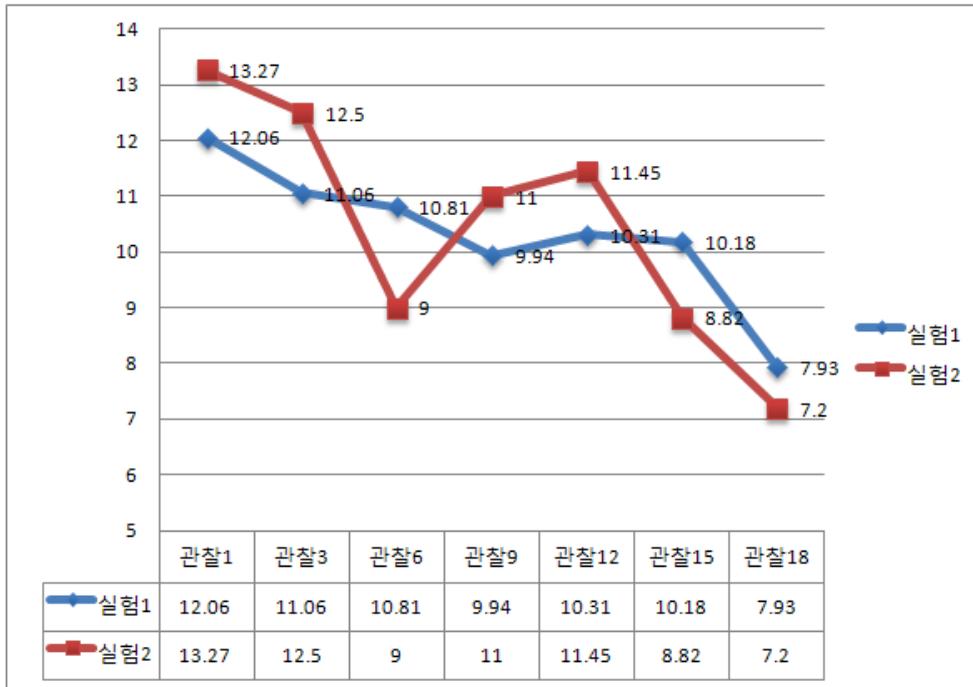


그림 14. 회기 진행에 따른 집단 내 아동의 문제행동점수 변화

마. 프로그램 시범운영 효과성 검증의 결과 요약 및 논의

통계 결과를 기초로 한 프로그램 효과성 검증에 관한 논의는 다음과 같다.

첫째, ADHD 아동을 위한 인지증진-사회기술 및 인지증진 프로그램은 아동의 주의력향상에 유의미한 영향을 미친 것으로 나타났다. 인지증진-사회기술 집단의 경우 ADS 시각 검사의 부주의, 충동성, 반응시간 표준편차 하위영역에서 유의미한 감소를 보였으며 사후 점수가 모두 60점 이하로 정상범위에서의 수행을 나타냈다. 반응시간 평균의 경우 사전 검사에서도 이미 정상범위에 속해 참여 아동들이 처리속도에서 결함을 보이는 부주의 우세형이라기 보다는 문제해결속도에서 정상수준을 보이는 복합형 아동들이었음을 시사하고 있다. 특히 인지증진-사회기술 프로그램에 참여한 집단의 경우 시각 충동성에서 다른 두 집단과 비교하여 유의미한 감소를 나타냈다. 청각의 경우 부주의 영역에서는 유의미한 감소를 보이고 정상범위로 감소하였으며, 충동성과 반응시간 평균의 경우 사전검사에서도 이미 정상범위에 있는 것으로 보고되었다.

그러나 청각반응시간 평균의 경우 인지증진-사회기술 집단이 인지증진 집단에 비해 높은 점수를 보고한 것으로 나타났다. 이는 인지증진-사회기술 집단의 아동들이 표적 자극이 제시된 이후 정확하게 반응하기까지 걸리는 시간이 보다 길어진 것을 의미한다. 통제집단에서도 사후 검사에서 점수가 증가한 것으로 보아 프로그램의 역효과로 보기보다는 프로그램이 이 영역에서 큰 영향을 미치지 못한 것으로 풀이되며 인지증진 단독집단의 경우도 사전, 사후 점수상의 유의미한 차이가 없는 것으로 보아 인지증진 프로그램이 반응시간 평균, 즉 정보처리 속도에는 큰 영향을 미치지 못한다고 풀이될 수 있다. 이러한 결과는 장은진(2005), 이명희(2006)의 결과와도 일치하는 것으로 복합형 아동의 경우 반응시간 평균에 유의미한 차이를 보이지 않는다는 점도 본 연구에서도 확인되었다.

인지증진 단독 집단의 경우 사전, 사후 검사 점수를 비교했을 때 시각 영역에서는 전반적으로 점수가 감소하였으나 유의미한 감소를 보인 영역은 나타나지 않았다. 부주의 영역의 점수는 정상범위로 감소하였으나 충동성과 반응시간 표준편차는 60점 이상으로 여전히 경향성을 드러냈다. 청각의 경우 부주의 영역에서는 유의미한 감소를 보였으나 반응시간 평균과 반응시간 표준편차에서는 유의미한 감소가 나타나지 않았으며 충동성은 유의미하지 않지만 증가를 보였다. 이는 부주의에 초점을 맞춘 인지증진 단독집단의 성격으로 풀이될 수 있다. 인지증진-사회기술 집단이 부주의와 충동성에 모두 초점을 맞춰 개발된 반면 인지증진 단독 집단은 부주의에 초점을 맞춘 결과 부주의에서는 유의미한 결과가 나타났으나 충동성 측면에서는 차이가 없는 것으로 해석된다. 선행연구(예: 김영수, 2004; 윤선영, 현명호, 2002; 이명희, 2006)와 본 연구의 결과로 미루어 볼 때 ADHD 아동의 부주의와 충동성 이 두 요소는 독립적인 성격을 갖는 것으로 풀이되며 부주의와 충동성 두 요소를 동시에 감소시키고자 할 때는 각각의 요소에 보다 적합한 개입이 필요하다고 볼 수 있다.

둘째, ADHD 인지증진-사회기술 집단에 참여한 아동은 교사가 평정한 사회기술 영역에서 향상을 나타냈다. 특히 아동의 자기주장성이 학교상황에서 향상된 것으로 나타났다. 자기주장성은 ‘친구를 쉽게 사귀다’ ‘부당한 대우를 받았다고 여길 때 적절하게 대응할 수 있다’ ‘또래들과의 대화를 잘 이끌어 간다’ 등의 관계, 놀이에서의 자발성과 문제대처능력을 묻는 문항으로 구성되어 있다. 자기주장은 자기통제와 함께 또래와의 관계와 가장 관련있는 하위요인으로(Frankel, 1997) 자기주장 하위척도는 친구를 사귀는 것과 그들과 잘 어울려 노는 것을 측정한다. 따라서 본 프로그

램의 경우 새로운 친구 쉽게 사귀고 놀 수 있는 능력의 향상에 긍정적 영향을 미친 것으로 풀이될 수 있다. 이러한 인지증진-사회기술 집단 아동의 학교상황에서의 사회기술 향상은 교사가 보고한 학교상황 질문지의 결과와 일관성을 보여준다. 인지증진-사회기술 집단 아동의 경우 학교에서의 문제상황 수와 문제행동 심각성 점수가 사후 검사 시 사전검사에 비해 유의하게 감소한 것으로 보고되었다. 이는 아동의 친구 사귀기 능력과 자기주장성의 증가 그리고 이로 인한 아동의 학교상황에서의 문제행동 감소로 해석될 수 있다.

셋째, ADHD 인지증진-사회기술 집단 그리고 인지증진 집단의 아동의 경우 부모가 보고한 사회기술영역에서 점수가 향상되었다. 특히 인지증진 집단의 경우 책임감 하위영역에서 인지증진-사회기술 그리고 통제집단에 비해 유의미하게 높은 점수를 보고했다. 책임감은 '공정하지 못한 집안의 규칙에 대해 적절하게 질문한다' '외출하기 전에 허락을 받는다' 등 적절한 자기주장성과 상대방의 허락이나 허가를 받는 태도를 묻는 문항으로 구성되어 있다. 이러한 인지증진 단독 집단 아동의 가정에서의 책임감 향상은 집단상황과 보드게임 진행과정에서 아동이 습득할 수 있는 공정성과 관련한 자기주장성과 타인의 의견 수렴 태도가 가정으로 일반화 된 것으로 풀이될 수 있다.

넷째, ADHD 아동의 부모 집단의 경우 양육스트레스는 통제집단과 비교하여 통계적으로 유의미한 차이를 나타내지 않았다. 집단에 참여한 부모에게서 부모양육스트레스가 통계적으로 유의미한 감소를 보이지 않은 것은 ADHD 아동 부모의 경우 일반적으로 스트레스 수준이 높으며(Anastopoulos, Guevremont, Shelton & DuPaul, 1992; Breen & Barkley, 1988) ADHD 아동의 문제행동이 부모의 양육 스트레스와 밀접하게 연관되어 있어 아동의 문제행동의 감소가 없을 경우 부모 스트레스 수준의 변화는 기대하기 어려운 것으로 해석될 수 있다(임혜정, 김혜리, 손정우, 김영량, 2008). 이는 가정상황질문지를 기초로한 아동 문제행동 변화 추이를 살펴봤을 때 아동의 가정에서의 문제행동의 수와 심각성에서 유의미한 차이가 없는 것으로 나타난 결과를 기초로 유추할 수 있다. 부모가 평정한 아동의 가정상황 질문지의 결과를 토대로 봤을 때 사전, 사후 검사에서 유의미한 결과가 나타나지 않아 부모들은 아동의 문제행동의 변화는 거의 없는 것으로 지각하고 있다.

다섯째, 부모 양육효능감의 경우 부모로서의 효능감 하위 영역에서 집단 간 차이가 나타났다. 이는 본 연구의 부모 교육프로그램을 통해 부모가 자녀의 양육에 대한

부담감이 줄고 부모로서의 자신감이 향상된 것으로 이해할 수 있다. 부모로서의 효능감은 부모로서 자녀를 잘 양육하고 훈육하며 자녀와 문제가 생겨도 이를 잘 해결할 수 있는 능력이 있다는 자신에 대한 기대를 의미한다(Johnston & Mash, 1989). 또한 부모로서의 효능감이 높은 부모는 양육으로 인해 스트레스를 받을 때 자원을 잘 활용하여 적절한 대처행동을 시도하며 그 행동을 지속적으로 유지할 수 있다(신숙재, 1997). 본 연구 결과 양육효능감 하위영역 중 인지영역인 부모로서의 효능감 하위요인이 의미 있게 증가한 것으로 나타나 프로그램을 통한 적절한 지시, 훈육방법 습득을 통해 자녀의 문제행동에 대한 대처능력이 향상됨으로써 인지적 차원의 양육효능감의 증가를 가져온 것으로 풀이될 수 있다. 특히 인지증진-사회기술집단에 참여한 아동의 부모의 경우 인지증진집단에 참여한 부모집단보다 개인면담 횟수가 보다 많았다는 점을 고려할 때 일반적인 지식 습득과 함께 개인적인 문제에 대한 상담이 효과를 나타냈다고 풀이할 수 있다.

2. 프로그램에 대한 종합평가지 및 시범운영 평가회의 결과 분석

가. ADHD 아동-부모 프로그램 전체만족도

시범운영을 실시한 현장전문가들과 참가자를 대상으로 프로그램에 대한 만족도 평가를 실시하였다. 만족도평가에는 프로그램 지도자 13명과, 부모 프로그램 참여자 28명이 참여하였다. 프로그램에 관한 만족도 평가는 아동과 부모 프로그램으로 나누어서 실시되었으며, 응답은 ‘매우 만족’에서 ‘매우 불만족’을 묻는 5점 척도로 이루어졌다. 아동프로그램에 대한 지도자들의 전체만족도는 4.0점, 참가자들의 전체만족도는 4.78점, 부모프로그램에 대한 지도자들의 전체만족도는 4.0점, 참가자들의 전체만족도 4.75점으로 대체로 프로그램에 대한 만족도가 높은 것으로 나타났다.

부모 프로그램의 회기별 만족도를 살펴본 결과는 그림 15와 같다. 지도자들은 3회기와 9회기를 제외한 회기들에 모두 4점 이상의 높은 만족도를 보였다. 다소 만족도가 높지 않았던 3회기와 9회기의 피드백을 살펴보면, 3회기의 경우 부모의 양육스트레스 감소를 위한 ‘부모의 My day 계획하기’가 진행되었으나 아직 부모들의 힘이 많지 않은 상태여서 실천이 잘 되지 않았다는 피드백이 있었고, 9회기 ‘학습관리와 문제해결’의 경우 다소 내용이 이론적이라 실천 및 적용이 쉽지 않았다는 피드백이 있

었다. 부모 참가자들의 경우 부모 프로그램의 모든 회기에서 4.35점 이상의 높은 만족도를 나타내었고, 특히 5회기 '게임처럼 재미있는 바른행동 키우기'와 10회기 '칭찬 릴레이'의 만족도가 높게 나타났다. 5회기의 경우 칭찬스티커를 적용하자 노력하는 아이의 모습이 보기 좋았다는 피드백과, 9회기의 경우 그동안 바빠서 하지 못했던 칭찬을 아이에게 해주니 좋았다는 평가가 있었다. 또한 회기 내에서 지속적으로 제공되었던 개인상담에 대해 '남들에게 털어놓지 못했던 것들을 털어놓음으로 인해 마음이 많이 편해졌다', '상담을 통해 부모로서의 나를 돌아볼 수 있었다' 등 긍정적인 피드백이 많이 보고되었다.

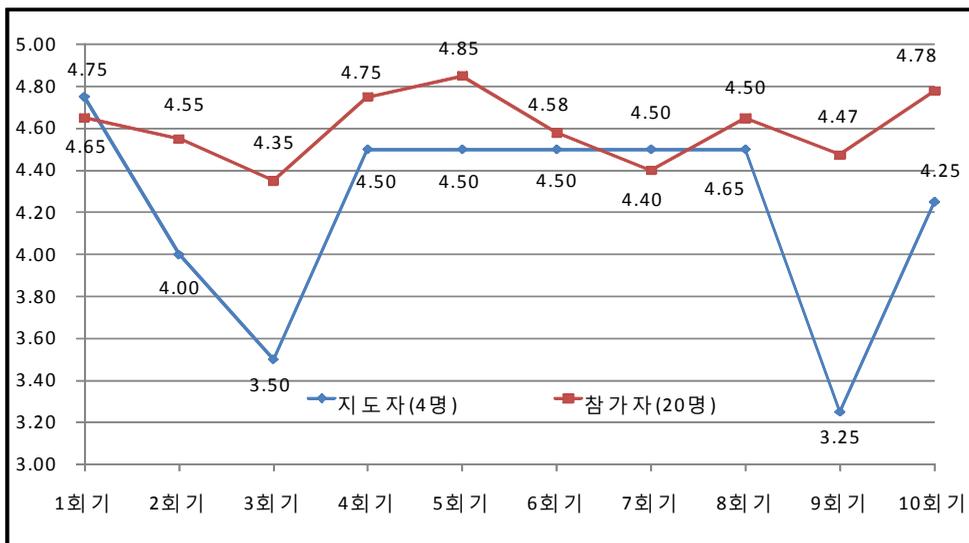


그림 15. 부모프로그램 회기별 만족도

나. ADHD 아동-부모 프로그램 적합성 및 현장활용성 평가

프로그램 지도자에게 아동 프로그램과 부모 프로그램의 적합성과 현장활용성에 대해 질문한 결과 아동 프로그램의 경우 평균 4.11점, 부모 프로그램의 경우 평균 4.37점으로 대체로 높은 수준으로 나타났다. 전반적으로 아동 프로그램보다 부모 프로그램의 현장활용성에 대한 평가가 더 높은 것으로 나타났다.

표 42. 지도자의 현장활용성 평가

질문		아동 프로그램	부모 프로그램
1	본 프로그램 개발은 시의 적절하다고 생각하십니까?	4.44	4.67
2	본 프로그램이 개발 목적에 맞게 잘 개발되었다고 생각하십니까?	4.11	4.17
3	본 프로그램이 현장에서 활용되기에 실용적이라고 생각하십니까?	3.80	4.33
4	본 프로그램을 ADHD 아동(부모)에게 적용할 경우, 유익할 것이라고 생각하십니까?	4.22	4.17
5	본 프로그램이 현장에서 활용된다면 기여도가 높다고 생각하십니까?	4.00	4.50
평균		4.11	4.37

참가자를 대상으로 현장활용성에 대해 평가한 결과는 표 43에 나타난 바와 같다. 아동프로그램에 대한 참가자들의 현장활용성 평가 평균은 4.69점, 부모 프로그램에 대한 현장활용성 평가 평균은 4.74점으로 높게 나타났다. 특히 아동 프로그램의 유익성에 대한 평가가 4.92점으로 매우 높게 나타났다.

표 43. 부모의 현장활용성 평가

질문		아동 프로그램	부모 프로그램
1	본 프로그램 개발은 시의 적절하다고 생각하십니까?	4.42	4.50
2	본 프로그램이 개발 목적에 맞게 잘 개발되었다고 생각하십니까?	4.71	4.75
3	본 프로그램이 현장에서 활용되기에 실용적이라고 생각하십니까?	4.63	4.75
4	본 프로그램을 ADHD 아동(부모)에게 적용할 경우, 유익할 것이라고 생각하십니까?	4.92	4.90
5	본 프로그램이 현장에서 활용된다면 기여도가 높다고 생각하십니까?	4.75	4.80
평균		4.69	4.74

다. ADHD 아동-부모 프로그램에 대한 전문가 평가

개발된 프로그램에 대하여 ADHD 아동-부모 상담 전문가 2인에게 프로그램에 대한 평가를 받았다. 각 전문가는 아동-부모 상담 분야의 박사학위 소지자로서, 5년 이상의 ADHD 아동 및 부모 상담 경력을 가지고 있었다.

전문가 평가 결과, 아동 프로그램과 관련하여 인지증진훈련과 사회성기술훈련이 적절하게 조화된 것으로 보이며, 특히 사회성기술훈련이 인지증진 훈련 과정 중에 나타날 수 있는 아동들의 실제 행동을 다루고 있다는 점에서 긍정적인 평가를 받았다. 부모 프로그램에 대해서는 ADHD 아동의 특징, ADHD 아동과 함께 작업할 때의 어려움 등 중요한 정보가 상세하게 전달되어 프로그램을 진행하는 상담자에게 유용할 것이라는 평가가 있었다. 보완해야할 점으로는 아동 프로그램과 관련하여 사회성기술훈련에서 보상할 행동에 대한 보다 명확한 규칙과 보상할 행동이 유발될 수 있는 상황에 대한 예시 등이 지침서에 포함될 필요가 있음이 지적되었다. 부모프로그램과 관련해서는 부모용 자료집에 활동지 뿐 아니라 ADHD 관련 정보들이 보다 쉽게 요약되어 제공될 필요가 있다는 점, 자신의 자녀가 ADHD임을 받아들이기 어려워하는 일부 부모들을 위한 개입 방안이 제시되어야한다는 점이 제기되었다. 또한 부모 프로그램에 포함되어 있는 행동수정 기법을 적용하기 전에 놀이시간을 통해 부모-자녀 관계가 긍정적으로 변화되는 것이 선행될 필요가 있다는 제언이 있었다.

라. 프로그램 효과에 대한 평가회의 결과

프로그램을 시범운영한 지도자들과 평가회의를 진행한 결과(표 44), 아동 프로그램에서는 자신감 증가, 집중력 향상, 청각기능 발달, 사회성 기술 향상 등이 프로그램 효과로 보고되었다. 또한 동영상 자료의 활용이 효과를 증진시켰으며 아동이 생활 규칙을 잘 습득하는 것으로 나타났다. 학교생활에서도 교사의 긍정적인 피드백이 보고되었다. 부모는 ADHD 특성에 대한 이해를 바탕으로 효과적인 양육방법을 알게 되어 도움을 받았으며, 아동과 좀 더 많은 시간을 나눴으로써 부모-자녀관계가 향상되었다고 보고하였다. 또한 양육스트레스 관리의 필요성 및 교육 참가로 인한 스트레스 감소, 죄책감 감소를 보고하였고, 개인상담 시간이 있어서 그 동안 힘들었던 사항을 털어놓을 수 있어서 좋았다는 평이 있었으며, 가족 모두가 함께 노력하여 도움이 많이 되었다는 평가가 많았다.

표 44. 프로그램 효과에 대한 평가

구분	영역	내용
아동	자신감 향상	• 자신감이 생기고 여러 가지 방면에서 노력하는 모습을 보임
	집중력 및 기억력 향상	• 집중왕 프로그램을 위해 하루 종일 연습해서 집중왕이 됨 • 정각 기능이 발달하고 집중력이 향상됨 • 처음에는 숨은 그림 하나 찾기도 힘들었는데 나중에는 난이도를 높여가도 잘 찾는 모습을 보임
	사회성 향상	• 사회기술 훈련에 도움이 되었음 • 동생과 싸우지 않기, 소리 지르지 않기 등 실생활에서 사회성 기술이 많이 발달됨
	동영상자료 효과	• 동영상을 보여 준 후 하는 활동들이 효과가 좋았음 • 동영상이 동기를 불러일으키는 데 도움이 됨
	규칙 훈련	• 규칙훈련이 잘 됨 • 생활규칙이 전혀 없던 아이가 줄 서서 들어가는 등 생활 규칙을 습득함
	아동 관찰일지	• 회기 마다 아동 관찰일지를 썼더니 변화를 확실히 알 수 있었음
	학교생활	• 학교 선생님이 아이에 대해 좋은 반응을 보임 • 학교 선생님들의 긍정적 피드백이 아이들에게도 긍정적 영향 미침
부모	양육태도의 긍정적 변화	• 효과적인 양육 방법을 알게 되어 큰 도움이 됨 • 프로그램에서 배운 부분들을 실생활에 많이 적용
	ADHD 이해 증진	• ADHD에 대한 정보만 많고 정확하게 알지 못했었는데 ADHD에 대한 개념이 정리가 됨 • 늘 지적받던 아이에 대해 이해할 수 있게 됨
	부모-자녀 관계 향상	• 아이와 이야기하면서 좀 더 기다려주고 같이 노력하기로 함
	집단원간 지원체계 형성	• 서로 공감하고 들으면서 나만의 문제가 아님을 알고 힘을 얻어 감 • 서로 도움이 되는 방법을 공유 • 공감된 이야기들을 주고받다 보니 이야기하고 싶어 하는 욕구가 많았음
	긍정적 시각전환	• 부모의 죄책감이 감소함 • 부모상담이 진행됨에 따라 긍정적인 사고와 열의를 보이고, 예전보다 조급해하지 않게 됨
개인상담의 효과	• 개인상담이 있어서 스트레스를 풀어놓을 수 있어서 좋았음	
병합	부모-아동 상호이해 및 관계증진	• 가족 모두가 함께 노력하여 아이가 제 시간에 잘 수 있도록 도움 • 아이와 부모 간의 상호작용이 많이 늘고, 사이가 긍정적으로 변화 됨 • 부모가 화를 낼 때 아이가 “화날땐 하나 둘 셋이라고 세면 돼”라고 알려준 경우도 있었음

마. 프로그램 진행상의 어려움

평가회의에서 논의된 프로그램 진행상의 어려움은 표45에 나타난 바와 같다. 아동 프로그램의 경우 개학으로 인해 프로그램 진행 시간이 달라졌던 경우 아동이 집중력을 유지하고, 규칙을 준수하는 데 어려움을 보였다는 피드백이 있었다. 또한 게임이 자신의 뜻대로 진행되지 않을 때 아동이 짜증을 내거나 칩을 많이 받지 못하는 경우 자신감을 잃는 모습을 보였다. 행운의 카드에서 내용이 초등학교 1-2학년 연령대의 아동에게 다소 어려웠으며, 프로그램의 동영상 내용을 보고 느낀 점을 표현하는 데 어려움이 있었다고 평가되었다. 부모 프로그램의 경우, 참여 부모들이 자신의 이야기를 하는 데 있어 시간이 많이 소요되어 회기 시간이 부족한 어려움이 있었으며, 교사 평정에 대해 부모가 심적 부담감을 느끼는 것으로 나타났다.

표 45. 프로그램 진행상의 어려움

구분	영역	내용
아동	낮은 집중력과 규율 지키기 어려움	<ul style="list-style-type: none"> 프로그램 진행 시간의 차이(오전이 성과가 더 좋음, 오후에 진행될 때는 많이 힘들었음)가 아동에게 부정적인 영향을 줌 분노 감정을 못 이겨 프로그램 중 뛰쳐나가기도 함
	승부에 대한 집착	<ul style="list-style-type: none"> 게임이 자신의 뜻대로 풀리지 않으면 빠져서 몸부림 치 항상 칩을 못 받는 아이는 오히려 자괴감에 빠짐
	과제의 흥미와 난이도	<ul style="list-style-type: none"> 행운의 카드 시 답변하는 부분 힘들어했고, 행운의 카드 활동이 정적인 편이라 아이들이 무기력해짐 거꾸로 말하기 등의 과제는 1~2학년이 하기에는 어려웠음 동영상 자료를 보고 느낌이나 감정을 표현하기 어려움
	가정에서 지속적 훈련의 어려움	<ul style="list-style-type: none"> 부모님의 경제활동으로 아이들의 목표행동 점검에 어려움이 있었음
	검사	<ul style="list-style-type: none"> 아동이 ADS검사를 수행하기에 많이 지루해하고 힘들었음
부모	시간의 부족	<ul style="list-style-type: none"> 시간이 많이 부족함 참여 어머니들 모두 부모교육의 회기가 부족하다고 느끼심
	과제의 흥미와 난이도	<ul style="list-style-type: none"> 명상 관련 과제는 부모님들의 반응이 적극적이지 않았음 초반부터 부모 프로그램 종료 시마다 2개 정도씩 과제가 나간 것에 대해서는 부담스러워함
	인식과 가정환경의 차이	<ul style="list-style-type: none"> 아직 어려서 그렇다고 생각하는 부모가 많음 가정환경 여건에 따른 변수가 크고 과제를 제시했을 때 따라오시기에 어려움이 많았음
	학교와의 연계	<ul style="list-style-type: none"> 어머니들이 교사 평정에 대해 심적 부담감을 느낌

바. 프로그램 개선사항에 대한 의견

아동 프로그램과 관련해서는 사회성 향상을 위한 동영상 제공은 좋았으나 아동들이 느낌과 감정을 표현할 수 있는 단계가 필요하며, 3회기 동안 같은 동영상을 제공하기보다는 각 회기별로 동영상이 제공되면 좋겠다는 의견이 있었다. 또한 강화칩과 별척칩이 구별될 필요가 있으며, 퍼즐판이 다소 내구성이 약해 활용하는 데 어려움이 있었다는 평가도 있었다. 이외에도 처벌과 강화 장치의 보완과 집단원 선정과 프로

그램 시간, 학교와의 연계문제 등이 제안되었다. 또한 부모 프로그램과 관련하여 프로그램 자조모임에 대한 의견, 추가 검사 제공에 대한 의견 등이 제시되었다(표 46).

표 46. 프로그램 개선사항에 대한 의견

구분	영역	내용
아동	프로그램 내용에 대한 의견	<ul style="list-style-type: none"> • 동영상 자료에 친구들한테 접근할 때 할 수 있는 이야기들에 대한 내용이 포함되면 좋겠음 • 화면이나 영상을 보고 느낌이나 감정을 표현할 수 있도록 말풍선 같은 것 활용하면 좋을 것 같음 • 영상이나 컷을 연결시켜 줄 수 있는 구조가 보완되어야 할 것 같음 • 게임을 보드판에 하는 것이 반복되어 지루한 느낌이 들었음 • 애니메이션이 초반에만 들어가 아쉬웠음 • 프로그램 세팅에 대한 부분 명확하게 제시(부모 프로그램 동안 아이들의 거처 문제 등)
	프로그램 도구에 대한 의견	<ul style="list-style-type: none"> • 강화칩과 벌칙칩이 구별되었으면 좋겠음 • 칩 보관용 투명 주머니나 통이 있어서 아이들이 칩 때문에 산만해지는 것을 방지하면 좋겠음 • 말을 공룡으로 사용했더니 고르는데 시간이 오래 걸림. 오히려 단순한 것으로 활용하니 시간이 절약됨. • 보드게임판이 둥글었으면 좋겠음 • 퍼즐이 잘 떨어져 활용도가 없고 반복해서 보여주니 지루해 함 • 색다른 도구를 첨가시켰으면 좋겠음 • 처벌이나 강화 장치(의자, 큰 곰 인형 등)가 있으면 좋겠음
	집단원 선정 및 시간	<ul style="list-style-type: none"> • ADHD 유형, 학년, 연령에 맞춰 선별할 필요성 있음 • 방학 중에 집중적으로 진행하거나 방과 후에 하는 것 보다는 오전 시간에 하는 것이 효과적임
	학교와의 연계	<ul style="list-style-type: none"> • 학교 교사 대상으로 교육이 이루어져 ADHD에 대한 이해를 도울 필요성이 있음 • 학교에서 아동의 생활에 대한 피드백을 받으면 좋을 것 같음
부모	자조모임에 대한 의견	<ul style="list-style-type: none"> • 자조모임처럼 한 달에 한 번씩 모여 하는 프로그램이 있었으면 좋겠음
	검사	<ul style="list-style-type: none"> • 부모님들이 도움을 받을 수 있는 검사(SCT, 성격검사 등)가 포함되면 좋겠음

3. 프로그램의 수정 및 보완

ADHD 아동-부모 프로그램 시범운영에 참여한 실험집단과 통제집단의 사후검사점수의 공변량분석 결과, 참여자(아동, 부모)와 지도자의 종합평가 내용 분석, 지도자 평가회의 내용, 그리고 전문가 평가를 토대로 시범 프로그램에 대한 수정 및 보완작업이 이루어졌다.

ADHD 아동-부모 프로그램의 수정 및 보완작업은 크게 지역사회 및 학교와의 연계 강화와 아동-부모프로그램 전체구조의 수정 및 보완으로 나누어 이루어졌다.

가. 지역사회 및 학교와의 연계 강화

우선 지도자 평가회의 결과, 아동 선정을 위한 지역사회의 연계 필요성이 대두되었다. 본 프로그램은 정확한 대상자 선정을 위한 일련의 스크리닝 과정을 포함하고 있으므로 대상자 모집에 많은 시간과 노력이 소요되었는데 이러한 과정에서 대상자 모집을 위한 지역사회 및 학교와의 연계 강화가 추후 과제로 대두되었다.

시범운영을 실시한 지역센터 담당자들은 대상자들을 모집하기 위해 인근 학교에 공문을 보낸다든지, 교육청에 의뢰한다든지, 타 기관에 의뢰를 하는 방식 등을 활용하였는데 몇몇의 센터에서는 대상자 모집에 어려움을 겪었다. 따라서 지역별 연계를 통해 대상자 모집을 용이하게 할 필요가 있으므로, 프로그램 내에서도 지역 연계를 위한 절차나, 관련 기관 안내, 홍보 안내문 등의 참여자 모집을 위한 가이드라인을 제시하고자 한다.

또한 대상자 모집뿐만 아니라 프로그램 효과 유지를 위한 교사의 역할이 중요하게 제기되었다. 프로그램을 수료하고 학교에 돌아가게 된 아동들이 교사의 긍정적인 피드백에 의해 더욱 자신감을 가지고 수행이 좋아진 경우도 있었으나, 교사의 부정적인 피드백에 의해 좌절하고, 문제행동이 증가한 경우도 있었다. 또한 아동이 ADHD 관련 프로그램에 참여하는 것이 오히려 학교 내 낙인효과를 가져오지 않을까 부모가 염려하고 부담스러워하는 측면도 있었다. 이러한 사례들을 통해 ADHD 아동에 대한 정확한 이해를 바탕으로 프로그램 내에서 훈련된 내용이 학교상황에서도 유지될 수 있도록 적절히 개입하는 교사의 역할이 필수적임을 알 수 있었다. 이를 위하여 ADHD 아동에 대한 이해, 본 프로그램에서 아동이 훈련한 내용과 학교에서 적용될 수 있는 상황, 아동이 목표 행동을 나타내었을 때의 강화 방식, 아동의 행동관찰을

위한 가이드라인 등 교사를 위한 보조자료를 추가로 제작하여 배포하고자 한다. 또한 이러한 보조자료를 활용하여 프로그램 지도자, 부모, 교사 간의 협력 체계를 구축하고, 아동의 긍정적 변화를 위해 함께 의사소통하는 과정을 강조하기로 하였다.

나. 프로그램 구조 및 내용의 수정과 보완

1) ADHD 아동 인지증진 프로그램

아동 프로그램의 경우 표 47에 다음 사항이 수정, 보완되었다.

표 47. 아동프로그램 수정사항

구성 영역	회기	프로그램 회기	수정 사항
인지증진	2-19	공통	<ul style="list-style-type: none"> 행운의 카드 내용 수정 게임말을 공통 외에 상황에 따라 중립적인 말을 사용할 수 있도록 선택사항 추가 칩을 보관할 수 있는 통 제작
사회성기술	2-19	공통	<ul style="list-style-type: none"> 사회성기술 소개 동영상 외 사회성기술 소개 추가자료 제작(4컷 만화 형태) 퍼즐판의 활용성 증진을 위한 팁 추가 보상 및 처벌 방식 보완(강화칩 외에 벌칙칩 추가, 집단보상 강화물 보완) 보상할 행동에 대한 명확한 설명 추가, 보상한 행동을 유발할 수 있는 상황에 대한 예시 추가

우선 인지증진 프로그램과 관련하여 초등학교 1-2학년에게 난이도가 높다고 지속적으로 제기된 행운의 카드의 경우 내용을 1-2학년에게 적합하도록 난이도를 수정하였다. 행운의 카드의 경우 칩을 많이 받지 못한 아동에게 게임 참여에 대한 동기를 유지하는 방안으로 활용될 수 있으므로 행운의 카드에서 '내가 가장 자신 있는 활동 한 가지 하기' 등의 내용을 카드에 추가하여 수행을 하고, 칩을 받는 성공경험이 이루어질 수 있도록 구성하였다. 또한 보드게임 교구재와 관련하여 불필요한 논쟁과 갈등을 불러일으킬 수도 있다는 문제가 제기된 공통말을 중립적인 형태의 말로 선택하여 활용할 수 있도록 선택사항을 추가하였고, 칩을 가지고 계속 손장난을 칩으로써 집중력이 흐트러지는 문제를 보완하기 위해 투명한 칩통을 추가로 제작하였다.

다음으로 사회성기술과 관련하여 3회기마다 한 번씩 제공되던 사회성기술 동영상

을 보완하기 위하여 사회성기술 관련 시나리오를 추가로 제작하였다. 추가된 시나리오에는 지도자가 역할극 또는 손인형극을 통해 사회성기술을 소개하는 방식으로 활용할 수 있다. 교구재와 관련하여 퍼즐판은 퍼즐이 자꾸 떨어져서 활용하기 어려웠다는 피드백이 있었으므로 퍼즐을 고정할 수 있도록 추가적인 재료를 제공하였다. 보상 및 처벌 방식의 경우, 시범운영 집단에 따라 집단보상에 반응을 보이지 않았다는 피드백도 있었으므로 개인별로 스티커를 받고, 스티커를 가장 많이 받은 아동이 오늘의 규칙왕이 되도록 하는 개별보상시스템과 전체 아동의 스티커수를 합산하여 목표치를 달성하면 다함께 놀이시간 또는 간식시간을 가지는 집단보상시스템을 함께 적용하였다. 사회성기술 강화에 있어서도 개별강화 방식을 일부분 적용하여, 아동이 부정적인 행동을 보였을 시에는 개별강화를 제공받지 못하게 하여 보상의 제거를 적용하였다. 마지막으로 집단 내에서 보상해야할 바람직한 목표 행동에 관하여 좀 더 다양한 설명과 예시를 추가하였다.

표 48. 아동 최종 프로그램 구성

대상	구성 영역	회기	프로그램 회기명	세부 내용
아동	인지 증진	1	도입	- 집중왕 보드게임을 소개하고 집단원간 친밀감을 형성한다.
		2-19	인지증진훈련	- 보드게임을 통해 인지증진 훈련을 실시한다.
	사회 기술 훈련	1	기본규칙 4가지 소개	- 집단 운영을 위해 필요한 기본규칙 4가지를 소개한다.
		2-4	① 경청하기기술 “선생님의 이야기를 잘 들어요.”	- 회기 초반에 오늘의 사회기술을 소개한다(사회기술 소개 첫 회기에는 동영상, 이후 회기는 역할극이나 손인형극 활용).
		5-7	② 부정적 감정조절기술 “결과를 기분 좋게 받아들여요.”	- 보드게임을 진행하면서 오늘의 사회기술을 지속적으로 연습한다.
		8-10	③ 자아통제기술 “다른 친구를 방해하지 않아요.”	- 보드게임 진행 중에 아동이 바람직한 사회기술을 나타냈을 때는 말판의 말을 이동하고, 스티커칸에 도착했을 경우 스티커를 제공한다.
		11-13	④ 긍정적 상호작용기술 “좋은 친구가 되어요.”	- 보드게임 진행 중에 아동이 문제행동을 나타내었을 때는 말판의 말을 뒤로하여 강화물을 받을 수 없도록 한다.
		14-16	⑤ 문제해결기술 “친구와 싸우지 않아요.”	- 회기가 끝날 때마다 오늘 잘 지켜진 부분과 잘 지켜지지 않은 부분에 대해서 정리하고 스티커를 가장 많이 받은 아동을 오늘의 규칙왕으로 뽑는다.
	17-19	⑥ 자기주장기술 “예의바른 어린이가 되어요.”	- 전체 아동의 스티커수를 합산하여 목표치를 넘었을 경우 다함께 놀이시간 또는 간식시간을 가진다.	
	종결	20	종료파티	- 부모도 함께 참여하여 아동의 성과를 격려해준다.

2) ADHD 부모 프로그램

부모교육 프로그램의 경우 다음과 같이 수정, 보완하였다.

첫째, ADHD 아동 부모교육의 주요 목적 중 하나인 부모의 양육스트레스 대처와 관련하여 전체 프로그램회기에서 보다 구체적이고 지속적인 스트레스 관리가 필요하다. 부모회기의 시간에 대한 부족 사항은 2009년 프로그램 수정 사항에서도 제기된 문제였다. 이를 보완하여 시범운영 부모 프로그램에서 2회기에서 9회기까지 매회 30분씩 부모 면담 시간을 배치하였으며, 4회기와 8회기에는 집중적인 개인상담 시간을 배정하였다. 그러나 2010년 시범운영 부모 프로그램에서도 많은 경우 부모 프로그램 회기에 대한 시간 부족 사항이 제기되었으므로 부모의 자조집단 모임을 활성화하여 정서적 측면에서 집단원간에 서로 점검해주면서 친밀한 관계를 형성할 수 있도록 도움을 주고자 하였다. 2회기 때 자조집단은 모임에 대한 강화와 매회기 30분 면담이 반드시 이루어지도록 구성하였다.

둘째, 2회기에서 9회기까지 실시되는 부모 면담 시간이나 4회기와 8회기에 실시되는 개인상담 회기에 부모들을 위한 심리검사(예: MBTI 성격유형검사)를 실시하여 부모들이 자신의 성격을 잘 이해하고 개인상담의 내용으로 활용할 필요가 있다. 시범운영 지도자들은 심리검사 도구를 이용한 부모면담이 유용하고, 부모입장에서도 자신을 이해하는 데 도움을 받았다는 피드백을 제시하였다. 따라서 부모 개인면담이나 상담회기에 심리검사를 포함시켰다.

셋째, 대부분의 시범운영 부모들은 ADHD 아동과 가정에서도 많은 시간을 같이 활동하고 함께하는 시간을 가지려고 노력하였다. 그러나 매회기 제시되는 부모 과제(예: 함께 해봐요)와 부모관찰일지가 부모에게는 다소 힘든 부분이 있었던 것으로 나타났다. 특히 맞벌이 가정이나 조손가정에서는 아동을 돌보는 데도 절대적 시간이 부족한 상황이어서 매회 주어지는 과제를 실천하기 어려운 면이 있었다. 따라서 매회 제시된 과제는 부모에게 선택해서 과제를 할 수 있도록 융통성을 부여하였다.

넷째, 시범운영 지도자의 피드백에 의하면, 일부 부모들이 자신의 자녀가 ADHD인지 아닌지 인식을 하지 못하고 있거나 혹은 ADHD임을 받아들이기 어려워했음을 보고하였다. 따라서 사전 개별면담 시 ADHD에 대한 사전이해를 높이고 문제행동 유형 리스트 등을 통해 본 프로그램에 대한 이해를 높일 필요가 있다. 자녀의 문제를 받아

들이지 못하는 부모는 자녀가 별 문제가 없는 것처럼 행동할 수 있고 이는 회기 동안 다른 부모들과 공감대를 형성하는 데 어려움이 발생 할 수도 있기 때문이다.

표 49. 부모 프로그램 수정 사항

구분	수정 전	수정 후
사전 개별 면담	ADHD 사전이해 수준, 자녀의 유형, 양육스트레스 영역 점검 및 자녀의 문제행동 체크	개별면담시 ADHD 사전 지식 및 참여동기, 양육스트레스 영역 점검 및 자녀의 문제행동에 대한 체크를 통해 ADHD에 대한 참여자의 이해를 높이고 프로그램에 대한 이해를 높임/MBTI성격유형검사 실시
2회기-9회기 개별 면담/4회기·8회기 개인상담 회기		사전 개별 면담시 실시되었던 MBTI성격유형검사 내용을 해석
2-3회기 실시 후	서로에게 전화하기	자조모임 활성화 강조
9회기	학습관리에서 SQRW 활용	SQRW에 대한 지도자의 활용을 삭제하여 학습관리 중 숙제하기 부분을 강화하고, 문제해결 연습 시간을 확보
매회기 과제	가정에서 실천할 수 있는 과제 제시/관찰일지 쓰기	가정에서 실천할 수 있는 과제와 관찰일지를 제시하되 권장 사항으로 제시

표 50. 부모 최종 프로그램의 구성

회기	구성 영역	프로그램 회기 명	목표
사전			ADHD 사전이해 수준, 자녀의 유형, 양육스트레스 영역 점검 및 자녀의 문제행동 체크, MBTI성격유형검사 실시
1	ADHD 이해	ADHD 이해와 관점변화	1. 전체 프로그램 설명과 참여자간 자녀증상으로 인한 어려움과 기대감을 나눔으로써 ADHD 아동의 부모로서 새로운 각오를 다진다. 2. ADHD OX 퀴즈를 통해 ADHD의 문제행동 및 증상에 대해 명확히 이해하고 한계를 수용한다. 3. ADHD란 무엇이고, ADHD 원인, ADHD 아동의 특징, ADHD 아동을 어떻게 이해할 것인지에 대해 알아본 후 ADHD에 대한 관점변화를 시도한다.
2	스트레스	스트레스 상황 및 관리	1. ADHD 아동을 양육하면서 겪었던 스트레스를 공유한다. 2. 스트레스 상황 시 부모 스스로 이완시킬 수 있는 훈련을 습득 한다. 3. 자녀양육과정에서 구체적이고 단회기에 접근 가능한 개별 목표 행동을 정한다.
3		ADHD 아동의 부모되기	1. 스트레스 상황을 극복할 수 있는 대처방식을 배운다. 2. 자녀양육과정에서 구체적이고 단회기에 접근 가능한 개별 목표 행동을 정한다. 3. 매일 아동에 대한 관찰일지를 작성한다.
개별 면담(30분씩 2명)			
4		부모 개별상담 I	1. 자녀의 목표행동을 점검하고 목표행동 수립 시 어려움 등을 같이 상의한다. 2. 자녀 행동에 대해 부모의 스트레스 정도와 양육 시 어려움 점 등을 나눈다.
개별 면담(30분씩 2명)			
5	부모 훈련을 통한 행동 수정	올바른 행동 키우기	1. ADHD 자녀의 목표행동을 바탕으로 목표행동 계약서를 작성한다. 2. ADHD 자녀에 대한 강화(긍정적 보상, 관심)방법과 소거(무시하기, 경고하기, 타임아웃)방법을 공유하고 연습한다. 3. 자녀의 수정하고 싶은 목표행동에 대한 행동수정 기법을 계획세우고 적용 연습한다.
개별 면담(30분씩 2명)			
6		효과적인 지시방법 배우기	1. 자녀의 행동에 대한 효과적 지시와 비효과적 지시를 구분하고 자신의 지시방법을 검토한다. 2. ADHD 아동에 대한 효과적 지시 방법을 배우고 연습한다.
개별 면담(30분씩 2명)			
7		부모자녀 행동점검 및 적용연습	1. 목표행동과 부모의 반응에 대해 이전 회기에서 배웠던 영역별로 중간 점검을 통해 어려운 점들에 대한 해결방법들을 습득한다. 2. 처벌과 타임아웃을 배운다. 3. 지금까지 잘 참여해온 자신을 격려하며 남은 회기동안 지속적으로 실행해할 것을 다짐한다.

회기	구성 영역	프로그램 회기 명	목표
			개별 면담(30분씩 2명)
8	학습 관리	부모개별 상담 II	1. 자녀의 목표행동에 대한 부모 대처를 효과적으로 하고 있는지 점검하고 부모로서 대응하기에 어려운 점을 공감하고 대안책을 같이 상의한다. 2. 자녀 행동에 대해 부모가 자신감을 잃거나 포기하지 않도록 격려한다.
			개별 면담(30분씩 2명)
9		학습관리 및 문제해결	1. 자녀의 학습관리에 효과적인 방법을 배운다. 2. 문제를 해결하는 효과적인 방법을 배우고 연습한다.
			개별 면담(30분씩 2명)
10		칭찬 릴레이	1. 프로그램에서 배운 원리와 방법들을 개괄하며, 지금까지 실행한 부모들의 과제를 점검한다. 2. 참가자 전원이 상을 받으며 서로를 격려한다. 3. 다양한 활동(사진액자, 칭찬 등)을 통해 아이에 대한 긍정적인 시각을 강화한다. 4. 그동안 프로그램을 통해 새롭게 느낀 점, 변화된 점, 앞으로의 결의 등을 확인하고 다지는 시간을 갖는다.
		아이와 종료파티	자녀와 함께 보드게임 시상식을 통해 부모-자녀 격려
		사후면담	행동관리의 일관성, 지속성, 효과 점검 지지집단 형성

다. 프로그램 실시에 대한 수정

프로그램을 학기 중에 실시하여 실제로 프로그램이 ADHD 아동의 학교생활에 적용될 수 있도록 할 필요가 있었다. 실제로, 시범운영 프로그램이 방학 중에는 오전에 실시되고 개학 후에는 오후에 실시된 경우가 많았는데, 아동이 개학을 하자 그동안의 프로그램에서 실시되었던 부분들이 다시 원점으로 돌아가는 사례도 있었다. 따라서 프로그램을 학기 중에 실시하거나 혹은 방학 중이라도 개학 후 학교생활을 염두에 둔 실시가 필요하다고 하겠다. 방학 중에 프로그램이 실시되고 종료될 시에는 프로그램 후반부에 학교로 돌아가는 것에 대해 준비하는 과정이 이루어질 수 있도록 ‘학교로 돌아가기를 준비하기’ 내용을 선택사항으로 지침서에 추가하였다.

또한 ADHD 아동 프로그램 진행시 반드시 보조지도자가 함께 들어가서 프로그램 진행에 도움이 되어야함을 명시할 필요가 있었다. 아동프로그램의 경우 지침서에 보조지도자 선생님이 필요함을 명기하였으나 간혹 지역센터의 상황에 따라 지켜지지 않는 경우도 있었다. 이 부분은 아동프로그램을 진행하는 지도자의 소진과 프로그램

의 효과에도 큰 영향을 주는 것이므로 반드시 준수해야할 항목으로 들어가야 한다.

이외에도 프로그램 참여자 구성에 있어 학년별 구성을 권장하고(예, 1학년끼리만 집단 구성 또는 2학년끼리만 집단 구성), 아동-부모 집단을 동시에 실시하기보다는 개별적으로 시간을 선택하도록 권장하였다. 더불어, 일관된 시간과 장소에서 프로그램이 진행되는 것이 효과적임을 알리는 등 프로그램 효과를 증진하기 위한 권장사항에 대해서 명시하였다.

IV. 요약 및 논의

1. 연구의 요약

주의산만하고 과잉행동을 보이는 아동들의 경우 발달적 부적응을 방지하기 위한 조기개입이 필요하다. 주의산만과 과잉행동을 나타내는 아동들은 병원이나 사설기관에서 ADHD로 진단받는 경우가 많으며 ADHD는 현재 가장 유병율이 높은 아동기 정신장애 중 하나로 이후 발달단계에서 품행장애, 반항성 장애 등의 외현화 장애와의 공존가능성이 높은 이유 때문에 조기 진단과 개입이 필수적인 정신장애로 여겨지고 있다. 현재 주의산만하고 과잉행동을 보이는 ADHD 아동의 진단과 개입은 병원과 사설기관에 대부분 의존하고 있으며, 이는 ADHD에 대한 조기개입이 이루어지지 않았을 때의 심각한 발달적 부적응을 고려할 때 사설기관에의 접근성이 용이치 않은 가정(예: 저소득층 가정 등)을 위한 국가차원의 개입이 필요함을 시사한다. 이에 따라 본 연구에서는 지역상담기관에서의 주의산만하고 과잉행동을 보이는 아동에 대한 조기 진단과 개입이 가능토록 하기 위해 지역(상담)지원센터 차원의 ADHD 아동-부모 프로그램을 개발하고 그 효과를 검증하였다.

본 연구에서는 한국청소년상담원에서 개발된 2009년 ADHD 아동-부모 병합 프로그램에 대한 수정 및 보완을 실시하여 사회기술훈련이 결합된 아동-부모 프로그램을 개발 하였다. 아동 프로그램의 경우 2009년 개발된 인지증진 프로그램과 함께 사회기술훈련을 포함시켰으며, 부모 프로그램의 경우 2009년 개발된 부모 집단 프로그램을 보완하여 아동의 증상호전을 위한 부모교육 프로그램을 구성하였다. 그 결과, 아동의 주의력 향상을 위한 인지증진치료와 사회성향상을 위한 사회기술훈련, 부모교육 프로그램으로 구성된 아동 20회기, 부모 10회기의 집단상담 프로그램이 개발되었다. 개발된 프로그램의 효과검증을 위하여 아동의 사회기술훈련 및 부모교육 내용이 강화된 금년의 프로그램을 실험1집단으로, 2009년 개발된 아동의 인지증진치료 및 부모 프로그램을 실험2집단으로 하는 한편, 통제집단을 구성하여 세 집단 간 사전, 사후 검사 차이를 통한 효과성 검증을 실시하였다. 실험1집단, 실험2집단은 전국 12개 지역에서 시범운영되었다. 시범운영 결과, 금년에 개발된 ADHD 아동-부모 프로그램은 아동의 시각적 충동성 완화, 청각적 부주의 완화 등 ADHD 증상을 개선하는 데 효과가 있었

으며, 프로그램 참여 이후 학교와 가정에서 유의미한 사회기술의 향상이 보고되었다. 또한 프로그램의 참여는 부모의 양육효능감 향상에 도움이 되는 것으로 나타났다. 참여자와 지도자를 대상으로 한 프로그램 평가결과에서도 참여자들은 대부분 프로그램의 적절성, 용이성, 효과에 만족하는 것으로 나타났다. 시범운영 지도자들도 대체로 프로그램의 적절성과 용이성, 효과에 동의하였으며 프로그램의 개선을 위해 일부 과제의 난이도 조정, 자조모임 구성, 학교와의 연계 강화 등의 보완이 필요함을 지적하였다. 이러한 결과에 비추어 볼 때, 본 연구에서 개발된 ADHD 아동-부모 프로그램은 주의산만하고 과잉행동적인 ADHD와 그에 준하는 문제행동을 보이는 아동의 인지기능 증진 및 사회기술 향상, ADHD 아동 부모의 양육효능감 향상에 긍정적 효과가 있는 것으로 판단된다.

2. 연구의 논의

본 연구는 주의산만과 과잉행동을 보이는 아동과 아동의 부모를 위해 주의력 증진 및 사회기술 향상을 주요 구성요소로 하는 아동용 프로그램과 양육태도 개선을 목적으로 하는 부모교육 프로그램을 개발하고 그 효과를 검증하는 데 목적을 두었다.

본 연구에서 개발된 ADHD 아동-부모 프로그램의 긍정적 효과는 다음과 같다.

첫째, ADHD 아동을 위한 인지증진-사회기술 프로그램은 아동의 주의력향상에 유의미한 영향을 미친 것으로 나타났다. 프로그램에 참가한 ADHD 아동들의 경우 프로그램 이후 시각적 주의력과 청각적 충동억제력이 통제집단과 비교하여 유의미하게 증가하였다. 이러한 결과는 인지증진훈련 내에서의 지속적인 작업기능 증진 과제 수행이 아동의 시각적 주의력 및 청각적 충동억제력에 영향을 미친 결과로 해석된다. 이러한 영역들에서의 기능향상은 궁극적으로 아동의 실행기능 향상에 긍정적 영향을 미칠 것으로 추정된다. 이에 대한 검증은 추후 종단연구를 통해 가능할 것으로 판단된다.

인지증진-사회기술 프로그램 집단과 달리, 인지증진훈련만 실시한 집단의 경우 시각적 충동성영역에서 유의미한 감소가 나타나지 않은 것으로 보고되었는데, 이러한 결과는 부주의에 초점을 둔 인지증진 집단이 충동성 측면에서 개입 효과가 크지 않

을 가능성을 시사하고 있다. 즉, 선행연구(예, 김영수, 2002; 윤선영, 현명호, 2002; 이명희, 2006)에서 제안된 바와 같이 ADHD 아동의 부주의와 충동성이 독립적인 측면이 있는 것으로 해석될 수 있다면, 부주의와 충동성을 동시에 향상시키고자 할 때는 각각의 요소에 적절한 개입이 필요하다는 점을 시사한다.

또한 청각적 부주의 영역의 경우 사후검증에는 나타나지 않았지만 실험 집단과 통제 집단 간의 차이가 관찰되었는데 이는 인지증진 과제가 시각적 주의력 보다는 청각적 주의력과 보다 관련되었을 가능성을 시사하고 있다. 이는 프로그램 구성요소에 대한 보다 면밀한 검토가 필요한 부분이다.

둘째, 프로그램의 참여는 ADHD 아동들의 사회기술 향상에 긍정적인 효과를 보이는 것으로 나타났다. 특히 6가지 사회기술 훈련을 추가한 실험1집단의 경우 교사가 평정한 사회기술에서 유의미한 차이를 나타내어, 20회기동안의 사회기술 훈련이 학교상황에서의 사회기술 변화로 연결되는 양상을 나타내었다. 이러한 결과는 기존의 사회기술훈련의 효과에 대한 국내 연구들(안동현 등, 2004; 박순말, 2005; 이혜숙, 2007; 임혜정, 김혜리, 손정우, 김영랑 등, 2008)과 일치되며, 게임 상황 내에서의 정서조절 훈련 및 적절한 사회적 반응 학습이 아동의 사회기술 향상에 긍정적인 영향을 미친 것으로 이해된다.

교사가 평정한 사회기술에 있어서는 인지증진-사회기술 집단이 더 높은 향상을 타나낸 반면, 부모가 평정한 사회기술에 있어서는 인지증진 집단이 더 높은 향상을 이룬 것으로 나타나 교사와 부모 간의 사회기술 평정 간에 다소 차이가 있음이 보고되었다. 그러나 인지증진-사회기술 집단 역시 부모가 평정한 사회기술에서 사전, 사후 검사 간 유의미한 차이가 있었으므로 인지증진-사회기술 집단의 아동들 또한 사회기술이 향상된 것으로 부모에게 지각될 수 있음을 시사하고 있다. 교사가 평정한 사회기술에서 인지증진-사회기술 집단은 사전, 사후 검사 간에 유의미한 차이를 보인 반면 인지증진 집단은 유의미한 차이를 나타내지 않았는데 이러한 결과는 사회기술훈련에서 지속적으로 반복된 규칙 습득이 학교상황으로 일반화되는 데 효과가 있었던 반면, 사회기술훈련 없이 인지증진만 실시된 집단에서는 학교상황으로 사회기술이 일반화되는 데는 한계가 있었음을 시사한다. 인지증진-사회기술 집단이 ADHD 아동의 사회기술 향상을 학교상황으로 일반화하는 데 목적을 두었다는 점과, ADHD 아동을 파악하는 데 있어 부모보다 교사가 더 정확한 관찰자일 수 있다는 연구결과(예, 이정은, 김춘경, 2010)를 참조할 때, 인지증진-사회기술 집단이 ADHD 아동의 사회기술

향상에 더욱 효과적일 수 있음을 시사한다.

셋째, ADHD 부모교육 프로그램은 부모의 양육효능감을 유의미하게 향상시켰다. 양육효능감은 ADHD 아동을 잘 양육하고, 자녀와의 문제를 해결할 수 있는 자신의 능력에 대한 믿음을 나타내는 것(Johnston & Mash, 1989)으로, 부모로서의 효능감이 높은 부모는 양육으로 인해 스트레스를 받을 때 자원을 잘 활용하여 적절한 대처행동을 시도하며 그 행동을 지속적으로 유지하기 때문에(신숙재, 1997) 부모의 높은 양육효능감은 ADHD 아동의 정상적인 발달에 긍정적인 영향을 미친다. 효과 검증 결과, 본 연구에서 개발된 프로그램은 양육효능감 하위영역 중 인지영역인 부모로서의 효능감 하위요인에 의미 있는 향상을 가져온 것으로 나타났다. 이러한 결과에 비춰볼 때, 부모 프로그램 내에서의 ADHD 증상에 대한 이해, 행동수정기법 훈련 등이 아동의 문제행동을 이해하고, 이에 대한 효과적인 대처 방법을 습득하는 것에 긍정적인 효과가 있는 것으로 추정된다.

넷째, ADHD 부모교육프로그램 중 지속적인 개인상담의 포함이 매우 적절했던 것으로 평가되었다. 이러한 개인상담시간을 통해 참여자들은 개인의 필요에 부합하는 양육지침을 제공받을 수 있으며 집단시간에 습득이 어려웠던 부분에 대해 보충할 수 있는 기회를 가질 수 있었던 것으로 나타났다. ADHD 아동의 양육 시 어려웠던 부분을 나누고 지침을 제공받는 기회를 통해 중류층, 저소득층 부모의 지역사회자원 활용 가능성도 보다 높아질 수 있을 것으로 추정된다.

이러한 긍정적 효과와 함께 보완되어야 할 영역도 효과분석 결과 다음과 같이 나타났다.

첫째, 본 연구에서 실시한 아동 프로그램의 경우, 부모, 교사가 평정한 K-ARS 척도, 학교상황질문지, 가정상황질문지에서 프로그램 참여 이후 ADHD 증상 및 문제행동심각성에서 점수가 유의하게 감소하였으나, 이러한 차이가 프로그램 효과로 인한 것으로 해석하는 것에는 한계가 있었다. 이러한 결과는 부모, 교사가 관찰하는 ADHD 증상 변화 및 문제행동 변화에 대한 추가적인 효과성 검증이 필요함을 의미한다. 특히 K-ARS척도 내에서 집단 별 표준편차가 큰 것으로 나타났기 때문에, 더 많은 참여자를 대상으로 효과성 검증을 실시할 필요성이 제기되었다.

둘째, 아동 프로그램이 아동의 사회기술 변화에 미치는 효과를 검증한 결과, 부모가 평정한 자기주장 및 자기통제, 교사가 평정한 협동과 자기통제 영역에서는 통계적

으로 유의미한 효과가 나타나지 않았다. 특히 아동 프로그램에 자아통제기술에 관한 내용이 포함되어 있었음에도 불구하고, 사회기술 하위영역 중 자기통제 영역에 대한 유의미한 효과가 부모, 교사평정 모두에서 나타나지 않은 점은 이에 대한 추가적인 훈련이나 개입이 필요하다는 점을 시사한다. ADHD 아동의 경우 집단활동 상황이나 놀이 상황에서 친구와 갈등이 일어날 경우 지나치게 충동적·공격적으로 행동하는 경향이 있으므로, 갈등상황에 대한 충동적 반응을 억제하고 적절한 대응법을 익히는 과정이 추가적으로 강화되어야 할 것으로 판단된다.

셋째, 본 연구에서 실시한 부모교육 프로그램은 양육스트레스를 감소시키기는 하였으나 통계적으로 유의한 수준으로 나타나지 않아 양육스트레스 감소 측면에서의 부모 교육 프로그램의 효과를 입증할 수는 없었다. 프로그램에 대한 지도자의 평가에서도 양육스트레스를 다루는 내용이 부모에게 실질적인 효과를 가져오는 데 한계가 있었다는 피드백이 있었으므로, 양육 스트레스와 관련된 부분에 대한 프로그램의 보완이 필요할 것으로 여겨진다. 특히, 아동 어머니의 스트레스 대처 단계에 따라 중재의 효과성이 달라지며, 양육 스트레스 외에 어머니의 일상적 스트레스도 함께 고려해야 한다는 연구결과(조은정, 2008)는 양육스트레스 개입에 있어 어머니의 스트레스 대처 단계 및 일상 스트레스 정도에 따라 개입 효과가 달라질 수 있음을 시사한다. 또한 ADHD 아동 어머니의 심리적 적응과정과 양육경험에 관한 사례연구(양경애, 2010)는 ADHD 아동 어머니의 심리적 적응이 순환단계를 거친다는 점을 보여준다. 즉, ADHD 아동을 수용했다고 생각했던 어머니일지라도 아동이 기대한 것만큼 따라 오지 못하는 경험을 할 경우 다시 한번 실망하고, 분노하여 양육스트레스가 감소되지 않을 수 있음을 시사한다. 그러므로 양육 스트레스 감소를 위하여 프로그램 실시 이전에 어머니의 스트레스 대처 단계를 확인하고, 일상적 스트레스에 대해 평가하는 사전준비 단계가 보완되어야 하며, 어머니의 변화단계를 고려한 지속적인 개입이 필요할 것이다.

넷째, 본 프로그램이 지역(상당)지원센터를 이용하는 저소득층과 중류층의 부모를 대상으로 하는 만큼 이 부분에 대한 보다 섬세한 배려가 필요한 것으로 여겨진다. 프로그램 시간 동안 자녀를 위탁할 곳이 없는 저소득층 부모들의 여건을 고려하여 자녀를 돌볼 수 있는 시스템을 제공할 필요가 있으며, 기법과 관련해서는 부모의 사회계층, 교육수준에서 차이가 나타나지 않는다고 보고된 DVD를 이용한 프로그램을 보다 증가시키고 이론적인 측면보다는 실제적으로 다양한 양육상황의 예시를 각 프로

그램마다 제시할 필요가 있는 것으로 보여진다. 또한 맞벌이 가정이나 조손가정의 참여자에게는 부모 프로그램의 과제가 부담스러웠다는 피드백이 있었으므로, 가정의 상황에 따라 필수적으로 적용할 부분과 선택적으로 적용할 부분을 구분하여 제시할 필요가 있을 것이다.

다섯째, 부모교육 프로그램의 내용 중 지시방법과 훈육방법의 실제상황에서의 적용에 대한 어려움이 보고되었으므로 이에 대한 프로그램 기법의 수정이 필요한 것으로 판단된다. 이를 위해서는 다양한 예시가 가능한, 비디오 모델링을 통한 부모훈련 모델(Webster-Stratton, 1981, 2001)이 제안될 수 있는데 이 훈련모델의 경우 DVD를 이용하여 다양한 부모-자녀 상호작용의 예를 부모들에게 제시함으로써 부모들이 스스로의 양육태도에 대해 지각할 수 있도록 하였으며 적절한 문제행동 대처법을 관찰하는 것이 가능하다. 부모교육에서 이러한 DVD 이용의 효과는 Webster-Stratton(1981, 2001)의 Incredible Years 훈련프로그램의 비디오 모델링을 통한 부모훈련에 관한 일련의 효과연구를 통해 그 효과성이 입증되었다.

여섯째, ADHD 아동 프로그램의 효과성 증진을 위하여 학교와의 연계를 강화할 필요성이 제기되었다. 특히 ADS검사에서 아동의 부주의 및 충동성에 대한 유의미한 효과가 나타났음에도 불구하고, 교사가 평정한 ADHD 아동의 증상 및 문제행동에서 ADHD 아동의 유의미한 변화가 나타나지 않은 점은 집단상황에서 익히고 연습한 내용이 학교 상황으로 일반화되는 데에 교사의 추가적인 역할이 필요하다는 점을 시사하는 것으로 해석할 수 있다. 프로그램 평가회의에서 보고된 개학 이후 아동의 문제행동이 증가되는 사례나, 교사의 부정적인 피드백으로 인하여 아동의 문제행동이 증가되었던 사례 등은 학교 내 교사의 역할이 ADHD 아동의 변화에 중요하다는 점을 시사하고 있다. 학교기반 개입에 대한 부모의 요구 또한 증가하고 있으며, 특히 일반 교사가 ADHD에 대한 정확한 정보를 갖추는 것, ADHD 아동에 대한 인식을 개선하는 것, 교육적 개입에 대한 지속적인 연수 프로그램이 강화되는 것에 대한 요구도가 높은 것으로 나타났다(이경아, 이윤미, 이정림, 이숙정, 2008). 그러므로 프로그램을 통해 향상된 주의력이나 충동억제력, 사회기술 등이 학교 현장에서도 강화되고 지속될 수 있도록 ADHD 증상 및 지도방법에 대한 안내가 교사에게 제공될 필요가 있는 것으로 판단된다.

본 연구는 ADHD 아동의 주의력 증진 및 사회기술 향상과 함께 부모들이 자신의

양육태도를 검토하고 분석함으로써 바람직한 양육행동을 습득하고 효능감을 향상시킨 점에 그 의의가 있다고 할 수 있다. 또한 구조화된 아동-부모 프로그램을 개발하고 실용적인 교구재를 제공함으로써 지역사회 상담 현장에서 ADHD 아동의 인지증진, 사회기술향상을 위한 프로그램과 ADHD 아동 부모의 양육에서의 자신감을 높이기 위해 활용할 수 있는 개입방안을 제공하다는 점에 의의가 있다.

3. 제언

본 연구에서 개발한 ADHD 아동-부모 프로그램은 아동의 주의력 및 사회기술 향상과 부모의 양육태도 향상에 목적을 두고 개발되었다. 연구결과 프로그램은 아동의 주의력 향상, 사회기술 향상과 함께 부모의 효능감 향상을 나타내었고 참여자의 만족도도 높게 나타났다. 그러나 시범운영을 통해 프로그램의 제한점과 수정, 보완할 부분이 드러나 이러한 점을 중심으로 본 연구의 제언을 하고자 한다.

첫째, ADHD 아동 프로그램의 사후검사에서 ADS 시각, 청각 검사, K-ARS 교사용-부모용 평정척도, 학교상황질문지, 가정상황질문지 등에서 프로그램에 의한 ADHD 증상 호전이 일관되게 보고되지 않아 이에 대한 추가적인 검증이 필요하다. 특히, 정신장애 진단 및 통계편람 4판(DSM-VI; Diagnostic and Statistical Manual of mental disorder-4th edition)에서는 ADHD를 부주의 우세형, 과잉행동-충동성 우세형, 혼합형의 세 가지 하위유형으로 구분하고 있으므로, ADHD 하위유형에 따라 치료 효과가 달라질 수 있다. 예를 들어, 외현화 문제행동에 있어 ADHD 혼합형 아동들이 부주의우세형 아동집단에 비해 유의미하게 높은 점수를 나타내므로 하위유형별로 다른 문제행동이 나타날 수 있으며(박민선, 2008; 황새라, 2010), 하위유형별로 학습동기 유발소재의 특성 또한 다른 것으로 나타났다(박민선, 2008). 그러므로 ADHD 하위유형별 치료 효과의 차이에 의한 검토가 요구되며, 이러한 검토에 따라 각 하위유형에 적합한 개입이 제공될 필요가 있다.

둘째, ADHD 아동의 주의력 증진 및 사회기술 향상을 위해서는 ADHD 아동 프로그램에 교사의 역할을 포함시킬 필요가 있다. 집단 내에서 증진된 인지력 및 사회기술이 학교상황으로 일반화되기 위해서는 교사의 적절한 지도 및 개입이 추가적으로 요구되므로, ADHD 프로그램 내에 교사가 참여할 영역에 대한 구체적인 가이드라인을 제공할 필요가 있다. 이러한 가이드라인을 기반으로 학교 내 아동의 행동에 대하여 부모와 프로그램 지도자가 함께 의사소통하고, 협력하는 시스템을 구축하는 것은 ADHD 아동의 증상 호전

에 긍정적인 기대를 미치리라 예상된다.

셋째, 다양한 형태의 가정에 적용될 수 있는 부모교육 프로그램의 개발이 필요하다. 본 프로그램의 시범운영 과정에서 저소득 맞벌이 가구의 자녀, 조손가정의 자녀, 친인척 위탁가정의 자녀 등 다양한 가정의 아동들이 프로그램에 참여하였으나, 본 프로그램이 아동 양육에 충분한 시간을 투자할 수 있는 어머니들을 대상으로 한 내용이 많아 이를 모든 아동의 가정에 적용하기에는 한계가 있었다. 아동의 양육자가 양육으로 인한 스트레스를 해소하고, 양육효능감을 증진하여 ADHD 아동에 대한 적절한 개입을 진행할 수 있도록 다양한 유형의 양육자에 대한 여러 가지 버전의 프로그램 개발이 필요할 것으로 여겨진다.

넷째, 프로그램의 시기와 관련하여 본 프로그램이 아동의 방학과 개학시기에 걸쳐서 진행되어 개학 후 아동의 집단 내 행동에 변화가 있었던 것으로 보고되었다. 추후 프로그램 효과 연구를 위해서는 기간 설정 시 이러한 외부요인을 통제할 수 있는 장치가 필요하다. 그러나 실제 프로그램 진행시에는 기간 통제가 어려울 수 있으므로 이에 대한 구체적 지침이 필요할 것으로 판단된다. 방학에서 개학으로 넘어가는 기간의 경우, 아동 프로그램에서는 학교로 돌아가는 아동을 준비시키는 구체적 내용이 필요하며, 학기 중에서 방학으로 넘어가는 기간에는 아동과 함께하는 시간이 늘어나는 부모들을 위한 준비내용이 프로그램에 포함되어야 할 것으로 여겨진다.

다섯째, ADHD 부모교육프로그램의 내용에서 양육스트레스 완화를 위한 지지체계를 포함시킬 필요가 있다. 본 연구의 효과검증에서는 양육스트레스 완화에 관한 유의미한 변화가 관찰되지 않았으나, 지도자 및 참여자 평가에서 양육으로 인한 스트레스를 공감 받고, 지지받는 것에 대한 요구도가 높은 것으로 나타났다. 이에 따라 회기 내에서 모든 양육 스트레스의 측면을 다루기보다는 부모들끼리 자조집단을 구성하여 지지체계를 결성하고, 이를 프로그램이 종료된 이후에도 유지하고 지속할 필요가 있다. 즉, 추후연구에서는 부모 간의 자조집단 결성을 지지하고 이러한 자조집단의 역할이 양육 스트레스 감소에 어떠한 영향을 미치는지 다시 검증할 필요가 있다.

마지막으로 서구적 전통의 부모훈련 방식이 우리 문화에서도 효과적으로 적용될 수 있는지에 대한 숙고가 필요하다(박중규, 오경자, 2004). 이는 지속적인 양적, 질적 연구를 통해 검증되어야 할 부분으로 추후연구에서는 참여자들의 각 프로그램 내용에 대한 보다 자세한 평가를 기반으로 한국 문화에 맞는 부모교육프로그램 개발이 가능할 것으로 여겨진다.

참고문헌

- 강위영, 공마리아 (1998). 주의력 결핍아동의 교육프로그램 - 부모 및 특수교사 지도서. 대구: 대구대학교 출판부.
- 강재정 (2008). 인지기능 향상 집단 프로그램의 효과 : 작업기억 중심으로. 서울여자대학교 특수치료전문대학원 석사학위논문.
- 고려원 (1993). 부모훈련을 통한 주의결핍 과잉활동아의 치료효과 연구. 연세대학교 대학원 석사학위논문.
- 김미경, 곽영숙, 박순영 (1998). 주의력 결핍 과잉운동장애 아동에서 사회기술훈련의 효과 주의력 결핍 과잉운동장애 아동에서 사회기술훈련의 효과. 소아·청소년정신의학, Vol.9 No.2
- 김사리, 김교현 (2002). 행동억제 훈련이 ADHD 경향이 높은 아동의 실행기능 개선에 미치는 효과. 한국아동학회지, 7(3), 429-445.
- 김세실, 이양희, 안동현 (1998). 주의력결핍/과다활동장애(ADHD) 아동에 대한 약물-부모 훈련 병합치료의 효과. 신경정신의학, 37(4), 683-699.
- 김영수 (2004). 주의 집중 훈련이 ADHD 성향이 있는 아동의 주의력과 충동성에 미치는 영향. 전북대학교 대학원 석사학위논문.
- 김영신, 소유경, 노주선, 최낙경, 김세주, 고윤주(2003). 한국어판 부모 및 교사용 ADHD 평가척도(K-ARS)의 규준연구. 신경정신의학, 42, 352, 359.
- 김지은 (2008). 독서치료 프로그램이 ADHD 아동의 주의산만 및 공격행동에 미치는 효과. 대구대학교 석사학위논문.
- 김진구, 김홍근 (2008). ADHA 아동의 전두엽-관리기능. 한국심리학회지 임상, 27(1), 139-152.
- 김창대 (2002). 청소년 집단상담 프로그램의 개발과 평가: 청소년 집단상담의 운영, 75-108. 서울: 한국청소년상담원.
- 김향지 (1997). 사회성기술검사(SSRS)의 타당화 연구. 특수교육학회지, 17(3), 672-683.
- 김현미, 도현심, 심희옥 (2004). 어머니의 양육스트레스, 양육효능감 및 양육행동과 아동의 사회적 능력간의 관계. 아동학회지, 25(6), 279-298.
- 남미숙 (2004). 집중놀이 프로그램이 주의력결핍,과잉행동장애(ADHD) 학생의 부주의행동에 미치는 효과. 공주대학교 대학원 석사학위논문.

- 배주미, 송현주, 이수립, 허지은, 허자영 (2009). ADHD 아동-부모 상담 개입 프로그램 개발. 서울: 한국청소년상담원.
- 박민선 (2008). 주의력결핍 과잉행동장애의 하위유형별 학습동기 특성과 동기유발 소재. 이화여자대학교 대학원 박사학위논문.
- 박순말 (2005). ADHD 아동을 위한 Multi-modal 접근의 사회기술훈련 프로그램 효과. 아주대학교 대학원 석사학위논문.
- 박중규, 오경자 (2004). 아동의 외현적 문제행동에 대한 부모훈련 프로그램의 효과. 한국심리학회지 임상, 23, 829-849.
- 보건복지부 건강보험심사평가원. (2009). 연도별 ADHD 원외 처방 수신자수 현황. 보건복지부 건강보험 심사평가원 제출 국정감사자료.
- 서민정, 장은진, 정철호, 최상용(2003). 주의력 결핍-과잉행동장애 아동 어머니의 양육스트레스, 우울감, 부모효능감에 관한 연구 -정서장애 아동과 일반아동 어머니와의 비교를 중심으로- 한국심리학회지 : 여성, 8(1), 69-81.
- 서울시소아청소년광역정신보건센터(2007). 아동 청소년 정신건강 선별조사를 위한 Guide Book.
- 소유경, 노주선, 김영신, 고선규, 고윤주 (2002). 한국어판 부모, 교사 ADHD 평가척도의 신뢰도와 타당도 연구. 신경정신의학, 41(2), 283-289.
- 송현주 (2007). 학습 장애에 인지증진치료의 활용 고찰. 심리치료, 7, 1-22.
- 신민영, 김호영, 김지혜 (2005). 주의력 결핍/과잉 행동 장애 증상을 호소하는 청소년의 우울: 자기 개념의 매개변인 효과. 한국심리학회지 임상, 24(4), 903-916.
- 신성웅, 조수철 (2001). 행동장애. 서울대학교출판부 주의력결핍.과잉운동장애 chapter 17.
- 신숙재 (1997). 어머니의 양육스트레스, 사회적 지원과 부모 효능감이 양육행동에 미치는 영향. 연세대학교 대학원 박사학위 논문.
- 안동현, 김세실, 한은선 (2004). 주의력결핍 장애아동의 사회기술훈련. 학지사.
- 안연옥 (2001). 주의력결핍 과잉행동장애아동과 어머니의 우울에 관한 연구. 전남대학교 석사학위논문.
- 안지영 (2000). 2-3세 자녀를 둔 어머니의 양육 신념, 효능감 및 스트레스가 양육행동에 미치는 영향. 이화여자대학교 대학원 박사학위논문.
- 양경애 (2010). ADHD 아동 어머니의 심리적 적응과정과 양육경험 사례연구. 대구대학

- 교 대학원, 박사학위논문.
- 양수진, 정성심, 홍성도 (2006). 주의력 결핍 과잉 행동 장애의 유병률과 관련 인자. *신경정신의학*, 45, 69-76.
- 연규월 (1997). 소아 청소년 정신과 외래환자의 임상양상. *이화의학지*, 20, 443-449.
- 오경자, 박난숙, 홍강의, 고려원 (1995). 주의력 결핍-과잉 활동 장애에 대한 약물 치료와 부모 훈련을 통한 행동 치료의 효과. *한국심리학회지: 임상*, 14(1).
- 오현경, 조선미, 현명호 (2006). Think Aloud 프로그램이 ADHD 아동의 사회적 행동에 미치는 효과 -단일대상연구방법을 중심으로. *한국심리학회지:건강*, 11(1), 1-24.
- 오혜선 (2006). ADHD 성향 아동의 사회기술향상 프로그램 개발과 효과 연구 -컴퓨터 영상 프로그램과 심리적 시연 기법을 활용하여. *성신여자대학교 대학원 석사학위논문*.
- 온싱글, 김은정 (2003). 주의력 결핍 과잉행동 장애 아동의 사회적 이해와 행동. *한국심리학회지: 임상*, 22(4), 793-813.
- 윤선영, 구영진, 전진아, 현명호, 김효창(2007). ADHD 아동에 대한 사회기술 훈련과 부모 교육 병합 치료의 효과. *한국심리학회지 건강*, 12(3), 529-545.
- 윤선영, 현명호(2002). 가상환경을 이용한 인지훈련이 주의지속력에 미치는 효과. *한국심리학회지: 건강*, 7(1), 97-110.
- 윤지현 (2007). 집단 게임놀이치료 프로그램이 주의력결핍-과잉행동 장애 아동의 실행기능과 자기통제력에 미치는 효과. *덕성여대 대학원 석사학위논문*.
- 이경아, 이윤미, 이정림, 이숙정 (2008). ADHD 초등학생의 학교적응과 학교기반개입에 대한 부모의 인식과 요구. *정서·행동장애연구*, 24(4), 121-147.
- 이명희 (2006). 주의력결핍 과잉행동장애 아동의 부주의와 충동성 감소를 위한 인지 중재 집단 프로그램의 효과. *서울여자대학교 특수치료전문대학원 박사학위논문*
- 이신영 (1998). 주의력 결핍 과잉행동장애 아동 어머니의 양육태도와 심리적 특성 : 고과잉행동아동, 저과잉행동아동, 정상아동의 비교. *전남대학교 대학원 석사학위논문*.
- 이정은, 김춘경 (2010). ADHD 성향 아동에 대한 부모와 초등학교 교사의 인식 비교 연구. *특수아동교육연구*, 12(2), 233-254.
- 이정희 (2000). 어머니가 인지한 자녀 양육스트레스와 유아부적응 행동과의 관계. *건국대학교 교육대학원 석사학위 논문*.

- 이혜숙 (2007). ADHD 아동을 위한 사회기술훈련 프로그램의 개발과 효과. 광주교육대학교 교육대학원 석사학위논문
- 임경희, 조봉환 (2004). 성, 학년, 지역에 따른 초등학생의 ADHD 출현율 조사 연구. 초
등교육연구, 17(1), 235-260.
- 임지향, 김민정 (2004). 미술치료가 주의력 결핍 과잉행동 아동의 주의집중과 충동성에
미치는 효과. 한국발달장애학회, 8(2), 45-63.
- 임혜정, 김혜리, 손정우, 김영랑 (2008). 학령기 ADHD 아동에 대한 사회기술훈련과 부
모 훈련의 병합치료 효과. 한국아동교육학회, 17, 225-239.
- 장은진 (2005). 주의력결핍 과잉행동 아동을 위한 학교 기반 개입의 연구. 열린교육,
13(1), 63-84.
- 정미라 (2006). 음악치료가 ADHD 유아의 주의집중력과 자기통제력에 미치는 효과. 한
국아동교육학회, 15(2), 241-255.
- 정윤하 (2008). 구조화된 보드 게임이 초등학교 1학년 ADHD 아동의 주의력에
미치는 영향. 단국대학교 대학원 석사학위논문
- 조수철, 신윤오(1994). 파탄적 행동장애의 유병율에 대한 연구. 소아,청소년 정신의학,
5(1), 141-149.
- 조은정 (2008). ADHD 아동 어머니의 스트레스 대처 단계에 기반을 둔 부모 훈련과 아
동 훈련의 효과. 전북대학교 대학원 박사학위논문.
- 표경식, 박상학, 김상훈, 조용래, 김학렬, 문경래 (2001). 도시지역 초등학생에서 주의력
결핍 과잉운동장애의 유병율. 조선대학교 의대논문집.
- 한선화, 현온강 (2008). ADHD 아동의 부모를 위한 집단상담프로그램의 양육스트레스,
양 육효능감, ADHD 아동의 ADHD증상에 대한 효과. 한국가정관리학회, 26(2),
43- 55.
- 홍강의, 신민섭, 조성준 (1999). 주의력장애 진단 시스템 매뉴얼. 서울: 아이큐빅.
- 황새라 (2010). 주의력 결핍 과잉행동 장애의 하위 유형에 따른 내재화 및 외현화
문제 행동 간의 차이. 성균관대학교 대학원, 석사학위논문.
- Abikoff, H. (1991). Cognitive training in ADHD children: Less to it than
meets the eye. *Journal of Learning Disabilities*, 24, 205-209.
- Abikoff, H. & Hechtman, L. & Klein, R. G. & Weiss, G. (2004).
Symptomatic Improvement in Children With ADHD Treated With

- Long-Term Methylphenidate and Multimodal Psychosocial Treatment. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43(7), 802-811.
- Alexander, J. F., Waldron, H. B., Barton, C. & Mas, C. (1989). Haydee The minimizing of blaming attributions and behaviors in delinquent families. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57(1), 19-24.
- American Academy of Pediatrics. (2001). Clinical Practice Guideline: Treatment of the School-Aged Child with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Pediatrics*, 108, 1033-1044.
- American Psychiatric Association(2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.)*. Washington, DC: Author.
- Anastopoulos, A. D., Shelton, T. L., DuPaul, G. J., & Guevremont, D.C. (1993). Parent training for attention-deficit hyperactivity disorder: Its impact on parent functioning. *Journal of Abnormal Child Psychology: An official publication of the International Society for Research in Child and Adolescent Psychopathology*. 21, 581-596.
- Antshel, K. M., & Remer, R. (2003). Social skills training in children with attention deficit hyperactivity disorder: A randomized-controlled clinical trial. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 32, 153-165.
- Applegate, B, Lahey, B., B., Hart, E. L., Biederman, J., Hynd, G. W., Barkley, R. A., Ollendick, T., Frick, P. J., Greenhill, L., McBurnett, K., Newcorn, J. H., Kerdyk, L., Garfinkel, B., Waldman, I., Shaffer, D. (1997). Validity of the age-of-onset criterion for ADHD: A report from the DSM-IV field trials. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 36, 1211-1221.
- Baddeley, A. (2007). *Working memory, thought and action*. NY: Oxford University Press.
- Barkley R. A. (1987). The assessment of attention deficit-hyperactivity disorder. *Behavioral Assessment*, 9(3), 207-233.

- Barkley R. A.(1990). *Attention deficit hyperactivity disorder*. New York: Guilford press.
- Barkley, R. A. (1996). *Attention-deficit/hyperactivity disorder*. In E, J. Mash, & J. Eric., & R. A.Barkle (Eds). *Child psychopathology*. (pp. 63-112). New York, NY, US: Guilford Press.
- Barkley, R. A.(1997). *Defiant Children: A Clinician's manual for parent training(2nd Ed.)*. New york: Guilford.
- Barkley, R. A. (1998). *Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment (2nd ed.)*,New York, NY, US: Guilford Press.
- Barkley, R. A. (2000). Genetics of childhood disorders: XVII. ADHD, Part 1: The executive functions and ADHD. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 39, 1064-1068.
- Barkley, R. A.(2002). Psychosocial treatments for attention-deficit/hyperactivity disorder in children. *Journal of Clinical Psychiatry*, 63(Suppl12), 36-43.
- Barkley, R. A.(2003). *Attention-deficit/hyperactivity disorder*. In E.J. Mash, R.A. Barkley(Eds). *Child psychopathology (2nd ed.)*. (pp. 75-143). New York, NY, US: Guilford Press.
- Barkley, R. A., DuPaul, G, J., McMurray, M. B. (1990). Comprehensive evaluation of attention deficit disorder with and without hyperactivity as defined by research criteria. *Journal of Consulting and Clinical Psychology.*, 58(6), 775-789.
- Barkley, R. A., Fischer, M., Edelbrock, C. & Smallish, L.(1991). adolescent outcome of hyperactive children diagnosed by research criteria: III. Mother-child interactions, family conflicts and maternal psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 32(2), 233-255.
- Barkley, R. A., Grodzinsky, G., DuPaul, G. J.(1992). Frontal lobe functions in attention deficit disorder with and without hyperactivity: A review and research report. *Journal of Abnormal Child Psychology: An official publication of the International Society for Research in Child and Adolescent*

- Psychopathology*. 20, 163-188.
- Bell, M. D., Zito, W., Greig, T., & Wexler, B. E. (2008). Neurocognitive enhancement therapy and competitive employment in schizophrenia: Effects on clients with poor community functioning. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 11, 109-122.
- Bellack, A. S.(1992). Cognitive rehabilitation for schizophrenia: is it possible? is it necessary? *Schizophrenia Bulletin*, 18, 43-50.
- Benton, A. (1991). *Prefrontal injury and behavior in children*. *Developmental Neuropsychology*. 7, 275-281.
- Bicket, L. R., Milich, R., Brown, R. T. (1996). Attributional styles of aggressive boys and their mothers. *Journal of Abnormal Child Psychology: An official publication of the International Society for Research in Child and Adolescent Psychopathology*. 24, 457-472.
- Bloomquist M. L.(1991). *Skills Training for Children With Behavior Problems*. Guilford. 광영숙 역. (2000). 행동장애 어린이를 돕는 기술. 하나의학사.
- Bloomquist, M. L., August, G. J., Cohen, C., & Doyle, A. (1997). Social problem solving in hyperactive-aggressive children: How and what they think in conditions of automatic and controlled processing. *Journal of Clinical Child Psychology*. 26, 172-180.
- Braswell, L. (1991). *Involving parents in cognitive-behavioral therapy with children and adolescents*. P. C. Kendall(Ed). Child and adolescent therapy: Cognitive-behavioral procedures. (pp. 316-351). New York, NY, US: Guilford Press.
- Braswell, L., & Bloomquist, M. L (1991). *Cognitive-behavioral therapy with ADHD children: Child, family, and school interventions*. New York, NY, US: Guilford Press.
- Bugental, D. B., Johnston, C., New, C., & Silvester, J. (1998). Measuring parental attributions: Conceptual and methodological issues. *Journal of Family Psychology*. 12, 459-480.

- Carlson, E. A., Jacobvitz, D., & Sroufe, L. A. (1995). A developmental investigation of inattentiveness and hyperactivity. *Child Development*, *66*, 37-54.
- Coleman, E., & Lindsay, R. (1992). Interpersonal Disabilities: Social skills deficits in order children and adolescents. *Journal of the North American Pediatric Clinics*, *39*(3), 551-567.
- Corrigan, P. W., & Yodofsky, S. C. (1996). *What is Cognitive Rehabilitation?* In P. W. Corrigan, & S. C. Yodofsky (Eds.), *Cognitive Rehabilitation for Neuropsychiatric Disorders*. Washington, DC, American Psychiatric Press, Inc.
- Crnicek, K. A., & Greenberg, M. T. (1990). Minor parenting stresses with young children. *Child Development*, *61*, 1628-1637.
- Darnforth, J. S. (2007). *Training Parents of Children with Comorbid Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Oppositional Defiant Disorder*. In J.M. Briesmeister, & C.E. Schaefer. *Handbook of parent training: Parents as co-therapists for children's behavior problems* (2nd ed.). (pp. 345-378). Hoboken, NJ, US: John Wiley & Sons Inc.
- Donenberg, G. R., & Weisz, J. R. (1997). Experimental task and speaker effects on parent-child interactions of aggressive and depressed/anxious children. *Journal of Abnormal Child Psychology: An official publication of the International Society for Research in Child and Adolescent Psychopathology*, *25*, 367-387.
- Douglas, V. I. (1983). *Attention and cognitive problems*. In M. Rutter (Ed.), *Developmental Neuropsychiatry* (pp 280-329). New York: Guilford Press.
- Douglas, V. I. & Parry, P. A. (1994). Effects of reward and nonreward on frustration and attention in attention deficit disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology: An official publication of the International Society for Research in Child and Adolescent Psychopathology*, *22*(3), 281-302.

- DuPaul, G. J., Ervin, R. A., Hook, G. L., & McGoey, K. E.(1998). Peer tutoring for children with attention deficit hyperactivity disorder: Effects on classroom behavior and academic performance. *Journal of Applied Behavior Analysis, 31*, 579-592.
- DuPaul, G. J., Power, T. J., Anastopoulos, A. D., & Reid, R. (1998). *ADHD Rating Scale IV*. NY: Guilford Press.
- Dush, D. M., Hirt, M. L., & Schroeder H, E. (1989). Self-statement modification in the treatment of child behavior disorders: A meta-analysis. *Psychological Bulletin, 106(1)*, 97-106.
- Eyberg, S. (1988). Parent-Child Interaction Therapy: Integration of traditional and behavioral concerns. *Child & Family Behavior Therapy, 10(1)*, 33-46.
- Eyberg, S. M., & Boggs, S. R. (1989). *Parent training for oppositional-defiant preschoolers*. In C. E. Schaefer, & J.M. Briesmeister (Eds). *Handbook of parent training: Parents as co-therapists for children's behavior problems*. Wiley series on personality processes. (pp. 105-132). Oxford, England: John Wiley & Sons.
- Faraone, S. V., Biederman, J., Weiffenbach, B., Keith, T., Chu, M.P., Weaver, A., Spencer, T. J., Wilens, T.E., Frazier, J., Cleves, M., Sakai, J. (1999). Dopamine D4 gene 7-repeat allele and attention deficit hyperactivity disorder. *The American Journal of Psychiatry, 156*, 768-770.
- Frankel, F. Myatt, R, Cantwell, C. P., & Feinberg, D. T.,(1997). Parent-assisted transfer of children's social skills training: Effects on children with and without attention-deficit hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of child & Adolescent Psychiatry, 36(8)*, 1056-1064.
- Frankel, F., Simmons, J. Q. (1992). Parent behavioral training: Why and when some parents drop out. *Journal of Clinical Child Psychology,*

21(4), 322-330.

- Froehlich, T. E., Lanphear, B. P., Epstein, J. N., Barbaresi, W. J., Katusic, S. K., Kahn, R. S. (2007). Prevalence, Recognition, and Treatment of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in a National Sample of US Children. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, 161, 857-864.
- Fuster, J. M. (1989). *The prefrontal cortex*. New York : Raven Press.
- Gaub, M., & Carlson, C. L. (1997). Behavioral characteristics of DSM-IV ADHD subtypes in a school-based population. *Journal of Abnormal Child Psychology: An official publication of the International Society for Research in Child and Adolescent Psychopathology*. 25, 103-111.
- Goodyear, P., Hynd, G. W. (1992). Attention-deficit disorder with (ADD/H) and without (ADD/WO) hyperactivity: Behavioral and neuropsychological differentiation. *Journal of Clinical Child Psychology*, 21(3), 273-305.
- Granic, I., & Patterson, G. R. (2006). Toward a comprehensive model of antisocial development: A dynamic systems approach. *Psychological Review*. 113, 101-131.
- Grattan, L. M., & Eslinger, P. J. (1991). Frontal lobe damage in children and adults: A comparative review. *Developmental Neuropsychology*. 7, 283-326.
- Greig, T. C., Zito, W., Wexler, B. E., Fiszdon, J., & Bell, M. D. (2007). Improved cognitive function in schizophrenia after one year of cognitive training and vocational services. *Schizophrenia Research*, 96, 156-161.
- Gresham, F. M., & Elliott, S. N (1990). *Social Skills Rating System Manual*. Circle Pines, MN; American Guidance Services.
- Gross, J. J., & John, O. P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85, 348-362.
- Halperin, J. M., & Matier, K., Bedi, G., & Sharma, V.(1992). Specificity

- of inattention, impulsivity, and hyperactivity to the diagnosis of attention-deficit hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 31, 190-196.
- Harvard Mental Health Letter. (2008). *Treating ADHD in children and adolescents*. Harvard Mental Health Letter, Oct. issue.
- Hembree-Kigin, T. L., McNeil, C. (1995). *Parent-child interaction therapy*. Bodiford New York, NY, US: Plenum Press, 169.
- Israel, A. C., & Nelson, K.(1991). *Behavior Disorders of Childhood*. New Jersey: A Simon & Schuster Company.
- Jaffe, J. (1997). Media interactivity and self-efficacy: An examination of hypermedia first aid instruction. *Michael Journal of Health Communication*, 2(4), 235-251.
- Jensen, P. S., Arnold, L. E., & Swanson, J. M., Vitiello, B., Abikoff, H. B.,; Greenhill, L L., Hechtman, L., Hinshaw, S. P., Pelham, W. E.,; Wells, K. C., Conners, C. K., Elliott, G. R., Epstein, J. N.,; Hoza, B., March, J. S.,; Molina, B. S., Newcorn, J. H., Severe, J. B., Wigal, T., Gibbons, R. D.,; Hur, K. (2007). 3-year follow-up of the NIMH MTA study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 46(8), 989-1002.
- Johnston, C. & Freeman, W. (1997). Attributions for child behavior in parents of children without behavior disorders and children with attention deficit-hyperactivity disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 65, 636-645.
- Johnston, C., Mash, E. J. (1989). A measure of parenting satisfaction and efficacy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 18, 167-175.
- Johnston, C. & Seipp, C. & Hommersen, P. & Hoza, B. (2005). Treatment choices and experiences in attention deficit and hyperactivity disorder: relations to parents' beliefs and attributions. *Child care, health and development*, 31, 669-677.
- Judge, S. (2003). Determinants of parental stress in families adopting children from Eastern Europe. *Family Relations*. 52, 241-248.

- Keown, L. J. & Woodward, L. J. (2002). Early parent-child relations and family functioning of preschool boys with pervasive hyperactivity. *Journal of Abnormal Child Psychology: An official publication of the International Society for Research in Child and Adolescent Psychopathology*, 30(6), 541-553.
- Kendall, P. & Braswell, L. (1993). *Cognitive-behavioral therapy for impulsive children.*, The Guilford Press, New York.
- Kofler, M. J., Rapport, M. D., Bolden, J., Altro, T. A. (2008). Working memory as a core deficit in ADHD: Preliminary findings and implications. *The ADHD Report*, 16(6), 8-14.
- Lahey, B. B., Schaughency, E. A., Strauss, C. C., & Frame, C. L. (1984). Are attention deficit disorders with and without hyperactivity similar or dissimilar disorders? *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*. 23, 302-309.
- Luster, T., & Kain, E. L. (1987). The relation between family context and perceptions of parental efficacy. *Early Child Development and Care*, 29, 301-311.
- Mash, E. J., & Johnston, C. (1983). Parental perceptions of child behavior problems, parenting self-esteem, and mother's reported stress in younger an old hyperactive and normal children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 86-99.
- Mash, E. J., & Johnson. C. (1990). Determinants of parenting strees: Illustrations from families of hyperactive children, *Journal of Clinical Child Psychology*, 19, 313-328.
- Mattes, J. A. (1980). The role of frontal lobe dysfunction in childhood hyperkinesis, *Comprehensive Psychiatry*, 21(5), 358-369.
- Miranda, A., & Presentacion, M. J. (2000). Efficacy of cognitive-behavioral therapy in the treatment of children with ADHD, with and without aggressiveness. *Psychology in the Schools*, 37, 169–182.
- Morgan, A. E., Hynd, G. W., Riccio, C. A., Hall, J. (1996). Validity of

- DSM-IV ADHD predominantly inattentive and combined types: Relationship to previous DSM diagnoses/subtype differences. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 35, 325-333.
- Nathan, W. A.(1992). Integrated multimodal therapy of children with attention-deficit hyperactivity disorder. *Bulletin Menninger Clinic*, 56(3), 283-312.
- National Institute of Mental Health. (2008). *New NIMH Research to Test Innovative Treatments for Children with ADHD*, science update.
- Neuman, G. A. & Wright, J. (1999). Team effectiveness: Beyond skills and cognitive ability. *Journal of Applied Psychology*, 84(3), 376-389.
- Nigg, J. T. (2005). Attention, task difficulty, and ADHD. *British Journal of Developmental Psychology*, 23, 513-516.
- O'Donnell, L. (2004). *Cognitive and memory performance patterns associated with ADHD subtypes*. Dostoral Dissertation, University of Texas, Austin, USA.
- 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 Jr., W. E., & Gnagy, E.M (1999). Psychosocial and combined treatments for ADHD. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, 5, 225-236.
- Pelham Jr. W. E., & Hoza, B. (1996). *Intensive treatment: A summer treatment program for children with ADHD*. In E. D. Hibbs, P. S. Jensen (Eds). *Psychosocial treatments for child and adolescent disorders: Empirically based strategies for clinical practice*. (pp. 311-340). Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Pelham Jr. W. E., Fabiano, G. A., & Massetti, G. M. (2005). Evidence-Based Assessment of Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Children and Adolescents. *Journal of Clinical Child and*

Adolescent Psychology, 34, 449-476.

- Pelham, W. E., & Waschbusch, D. A. (1999). *Behavioral interventions in attention deficit/hyperactivity disorder*. In H.C. Quay & A.E. Hogan (Eds.), *Handbook of disruptive behaviour disorders* (pp. 255-278). New York: Plenum Publishers.
- Pennington, B. F. & Ozonoff, S. (1996). *Executive functions and developmental psychopathology*. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 37, 51-87.
- Pfiffner, L. J., & McBurnett, K. (1997). Social skills training with parent generalization: Treatment effects for children with attention deficit disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 749-757.
- Rosenbaum, M., Baker, E. (1984). Self-control behaviors in hyperactive and nonhyperactive children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 12, 303-318.
- Safer, D. J., & Zito, J. M. (2000). *Pharmacoepidemiology of methylphenidate and other stimulants for the treatment of ADHD*. In L. L. Greenhill & B. B. Osman (Eds.), *Ritalin: Theory and practice* (pp. 7-26). Larchmont, NY: MA Liebert.
- Sameroff, A. J. (1986). Environmental context of child development. *Journal of pediatrics*, 109, 192-200.
- Slate, S. E., Meyer, T. L., Burns, W. J., & Montgomery, D. D. (1998). Computerized cognitive training for severely emotionally disturbed children with ADHD. *Behavior Modification*, 22, 415-437.
- Smith, A. M., & O'Leary, S. G. (1995). Attributions and arousal as predictors of maternal discipline. *Cognitive Therapy and Research*, 19, 459-471.
- Sohlberg, M. M. & Mateer, C. A. (1986). *Attention process training (APT)*. Puyallup, WA: Association for Neuropsychological Research and Development.
- Sohlberg, M. M., & Mateer, C. A. (1989). *Introduction to cognitive*

- rehabilitation-Theory and Practice*. New York: Guilford Press.
- Spaccarelli, S., Cotler, S., Penman, D. (1992). Problem-solving skills training as a supplement to behavioral parent training. *Cognitive Therapy and Research, 16*(1), 1-17.
- Stuss, D. T., & Benson, D. F. (1986). *The frontal lobes*. New York: Raven Press.
- Swanson, J. M., & Castellanos, F. X. (2002). Biological bases of ADHD--Neuroanatomy, genetics, and pathophysiology. In P.S. Jensen, & J.R.Cooper (Eds). *Attention deficit hyperactivity disorder: State of the science-best practices*. (pp. 7-1-7-20). Kingston, NJ, US: Civic Research Institute.
- Tamm, L., Hughes, C., Ames, L., Silveer, C. H., Stavinoha, P., Castillo, C. L., Rintelmann, J., Moore, J., Foxwell, A., Bolanos, S. G., Hines, T., Nakonezny, P. A., & Emslie, G. (2009). Attention training for school-aged children with ADHD: Results of an open trial. *Journal of Attention Disorders OnlineFirst, 1-9*.
- The MTA Cooperative Group. (1999). A 14-month randomised clinical trial of treatment strategies for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Archives of General Psychiatry, 56*, 1073-1086.
- Tutty, S., Gephart, H., &Wurzbacher, K. (2003). Enhancing behavioral and social skill functioning in children newly diagnosed with attention-deficit hyperactivity disorder in a pediatric setting. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics, 24*, 51–57.
- Weiss, G., & Hechtman, L.T. (1993). *Hyperactive children grown up: ADHD in children, adolescents, and adults (2nd ed.)*. New York, US: Guilford Press.
- Weisz, J. R. (2004). *Psychotherapy for children and adolescents: evidence-based treatments and case examples*. New-York:UK, Cambridge University Press. 오경자, 정경미, 문혜신, 배주미, 이상선 역 (2008), 아동·청소년 심리치료. 시그마프레스
- Wexler, B. E., & Bell, M. D. (2005). Cognitive remediation and vocational

- rehabilitation for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 31, 931-941.
- Whalen, C. K., Henker, B.(1991). Social impact of stimulant treatment for hyperactive children. *Journal of Learning Disabilities*, 24(4), 231-241.
- Whalen, C. K., Henker, B.(1998). *Attention deficit/Hyperactivity disorders*. In T. H. Ollendick & M. Hersen (Eds.), *Handbook of child psychopathology*. New York: Plenum Press. Yodofsky(Eds.), *Cognitive Rehabilitation for Neuropsychiatric Disorders*. Washington, DC. American Psychiatric Press, Inc.

부 록

1. 기초조사설문지
2. 기초조사결과
3. ADHD 부모대상 집단심층면접 결과
4. 학교 교사 면접
5. Screening 척도
6. 사전-사후 검사 : 부모용
7. 사전-사후 검사 : 교사용
8. 관찰자 평정 척도
9. 한국어판 부모 및
교사용 ADHD 평가 척도(K-ARS)의 기준

부록 1. 기초 조사 설문지

<ADHD 아동 상담개입 프로그램 개발>의 기초 조사

안녕하세요?

저희 한국청소년상담원은 보건복지가족부 산하 '청소년 정책 및 상담 전문기관'으로써 청소년 여러분의 조화로운 성장을 돕기 위해 청소년상담과 관련된 각종 연구와 교육 상담을 실시하고 있습니다.

본 조사를 통해 현재 각 센터에서 ADHD 아동을 접하고 있는 실무 선생님들에게 고견을 듣고 지역센터에 맞는 ADHD 아동 상담개입을 위한 프로그램의 내용을 구성하고자 합니다.

- 설문 대상: 상담센터 직원 또는 YC, 놀이치료사 등 모든 상담자 중 ADHD 아동 또는 부모를 대상으로 개인상담 또는 집단상담을 2사례(집단-2번)이상(각 3회기 이상) 진행하신 분

- 설문 방법: **4월 19일까지 이메일 접수** (설문지 파일에 답을 표시(진하게 또는 체크 표시)하여 kyci7@kyci.or.kr 또는 Cys-net 메일(허지은)으로 보냄)

- 답례품: 설문지 보내신 분은 소정의 상품을 드리오니 맨 뒤에 소속 센터의 주소를 보내주세요

본 조사는 개인의 비밀이 보장되며, 연구 및 향후 지원 목적 이외에는 결코 사용되는 일이 없을 것입니다. 한 문항이라도 누락되면 연구 자료로서의 가치를 상실하게 되므로 바쁘고 번거로우시겠지만 솔직하고 정확한 답변을 부탁드립니다.

귀하의 인적사항에 관한 질문입니다. 해당 번호에 ✓표 해주십시오.			
성 별	①남 ②여	근무경력	()년 ()개월
소 속		직 위	
ADHD 개인상담	사례수 개, 총 회기	ADHD 집단상담	집단 개, 총 회기

※ ADHD 아동 및 부모를 위한 프로그램의 내용에 관한 질문입니다. 해당 번호에 ✓표 해주십시오.

현 황 분 석

1. 센터에서 ADHD 아동으로 의심되는 아동이 올 경우 ADHD 판별 진단검사를 실시하나요?
① 예 ② 아니오

2. 검사하지 않을 경우 그 이유는 무엇인가요?
① 검사지가 없다 ② 검사 실시방법을 모른다 ③ 검사 해석방법을 모른다
④ 전문기관에 의뢰해 검사를 실시한다. ⑤ 기타()

3. ADHD 아동의 경우 주변에 연계 가능한 기관이 있는 경우, 해당 항목에 모두 표기해 주세요
① 정신보건센터 () ② ADHD 약물 처방 가능한 신경정신과 ()
③ ADHD 약물 처방 가능한 소아과 및 가정의학과 () ④ 기타 ()

ADHD 아동

10. ADHD 아동을 위한 집단상담 프로그램의 실시 기간으로 어느 정도가 가장 적절하다고 생각하십니까?
① 4-5회기 ② 6-8회기 ③ 9- 12회기 ④ 기타()
11. ADHD 아동을 위한 집단상담 프로그램의 1회기 시간으로 가장 적절하다고 생각되는 것은 무엇입니까?
① 30분-60분 미만 ② 60분-90분 미만 ③ 90분 이상 ④ 기타()
12. ADHD 아동을 위한 집단상담 프로그램의 운영방식은 어느 정도가 가장 적절하다고 생각하십니까?
① 주 1회 ② 주 2회 ③ 단기집중(주4-5회) ④ 기타()
13. ADHD 아동을 위한 상담 프로그램을 실시할 때 예상되는 가장 큰 어려움은 무엇이라고 생각하십니까?
① 아동의 참여 의지와 관심 부족
② 프로그램 실시 시간 확보
③ 전문 지도 인력의 부족
④ 학부모의 협조 미비
⑤ 기타()
14. ADHD 아동 중 지역상담센터에서 개입하기에 적절한 아동은 어떤 유형입니까?
① 주의력 결핍 우세 아동 ② 과잉행동 및 충동성 우세 아동 ③ 복합형
④ 기타 ()
15. ADHD 아동을 위한 집단상담 프로그램을 개발할 때, 가장 중요한 영역 2가지를 체크해주세요.

부록 2. 기초 조사 결과

ADHD 아동·부모 병합 프로그램 개발관련 인식 및 요구 조사

1. 조사의 목적

본 조사는 지역(상당)지원센터에서 실행하는 ADHD 아동·부모 병합 프로그램을 개발하기 위한 기초자료를 마련하기 위한 것이다. ADHD 아동 및 부모를 대상으로 상담을 실시한 경험이 있는 현장전문가를 대상으로 ADHD 아동 및 부모 개입 현황, ADHD 아동 상담 및 부모 교육 프로그램 구성요소, 프로그램 운영에 필요한 내용에 관한 의견을 조사하였다.

2. 조사의 내용

현장전문가를 대상으로 한 요구조사에서는 첫째, 지역(상당)지원센터에 의뢰된 ADHD 아동 및 부모에 대한 개입의 현황을 알아보기 위해 지금까지 실시한 사례수와 회기수, 판별검사 실시여부, 지역내 연계가능한 전문치료시설에 대해 살펴보았다. 둘째, ADHD 아동의 가족의 형태, 경제 수준, ADHD 증상에 대한 이해도에 대해 살펴보았다. 셋째, ADHD 아동을 위한 집단상담 프로그램 운영방식과 ADHD 부모를 위한 집단상담 프로그램 운영방식을 적절하게 구성하기 위해 총 회기, 1회기당 적정 시간, 진행 시간대에 대해 살펴보았다. 넷째, 부모를 위한 교육내용을 구성하기 위해 ADHD 증상 및 약물 치료, 학교 생활가족 관계에 대해 살펴보았다. 마지막으로, 프로그램을 진행하면서 예상되는 어려움을 살펴보았다.

3. 표집방법 및 조사대상

ADHD 아동 상담개입 프로그램 개발에 대한 기초조사'라는 제목 하에 요구 조사를 실시하였다. 요구조사 기간은 2009년 4월 13일부터 4월 28일까지였

고, 각 지역 청소년지원센터 근무자 총 52명으로부터 요구조사지가 회수되었다. 이와 같은 참여자들의 인적사항 분포는 <표 1~4>에 나타나있다.

<표 1> 성별 분포

구분		빈도(명)	유효 백분율(%)
성별	여자	47	90.4
	남자	5	9.6
전체		52	100

<표 2> 근무경력 분포

구분	빈도(명)	유효 백분율(%)
2년 이하	14	26.9
2-4년	25	48.1
4-7년	3	5.8
7-10년	6	11.5
10년 이상	3	5.8
무응답	1	1.9
전체	52	100

<표 3> 직위 분포

구분	빈도(명)	유효 백분율(%)
청소년 동반자, YC	18	34.6
상담원, 팀원	20	38.5
부장, 소장, 팀장	12	23.1
무응답	2	3.8
전체	52	100

<표 4> ADHD 개인 상담 사례 분포

구분	빈도(명)	유효 백분율(%)
1-2개	24	46.2
3-4개	14	26.9
5개 이상	9	17.3
무응답	5	9.6
전체	52	100

4. ADHD 아동 상담개입프로그램 개발 관련 요구도 조사

ADHD 아동 및 부모를 위한 상담개입관련 문헌연구 결과를 바탕으로 연구진이 문항을 각각 구성하였고, 지역(상당)센터 실무자를 포함하는 현장연구집단을 통해 조사내용을 수정 및 보완하였으며, 전문가협의회를 거쳐 최종저금으로 수정하였다.

5. 자료 분석 방법

지역센터에서 진행하고 있는 ADHD 아동 및 부모 사례 특성 및 현황, 운영 방식과 프로그램 구성 내용을 파악하기 위해 각 문항별 응답내용의 빈도와 백분율을 구하였다.

6. 연구결과 및 해석

가. ADHD 아동 상담개입 프로그램 관련 조사 결과 및 해석

현장전문가를 대상으로 한 요구조사에서는 첫째, 지역(상당)지원센터에 의뢰된 ADHD 아동 및 부모에 대한 개입의 현황에 대해 살펴보았다. 응답자 중 59.62%가 센터에서 ADHD 판별 검사를 실시하지 않았으며, 대부분 전문기관에 의뢰하여 진단을 받았다. 센터 내에서 실시한다고 해도 검사지가 없거나 실시 및 해석방법을 몰라서 실시하지 못한다고 나타났다. 전문적 치료가 필요하여 연계해야 할 경우 대부분 약물처방이 가능한 신경정신과로 의뢰하였으며, 진행 사례 중 59.1%가 약물치료를 병행하고 있었다. 또한, 약물치료를 병행하지 않는 경우엔 대부분이 부모가 약물치료를 거부하거나 부작용이 심해서 멈춘 것으로 나타났다. ADHD 아동을 상담할 경우 대부분 부모상담은 3-5회 정도 진행(63%)하는 것으로 나타났다.

둘째, ADHD 아동의 가족에 대해 살펴본 결과, 상담한 사례 중 저소득 가정이 45.7%였으며, 재혼, 조손, 한부모 가정이거나 정신적 문제를 가지고 있는 가정이

32.3%였다. 또한, 대부분의 가정이 ADHD 증상 및 치료법에 대한 이해가 부족하였다(72.8%).

셋째, ADHD 아동을 위한 집단상담 프로그램 운영방식에 대해 살펴본 결과, 9-12회기(49%)가 가장 많았으며, 6-8회기(33.3%)가 두 번째로 높았다. 실시 방법은 주 1회 실시가 가장 많았고(54.9%), 그 다음으로 주 2회가 많았으며(37.3%), 1회기 시간은 30-60분이 압도적이었다(75%). 적합 대상으로는 주의력 결핍 우세 아동이 가장 선호되었으며(60%), 학년은 초등학교 저학년이 가장 높았고(62.3%), 그다음으로 초등학교 고학년이었다(24.5%). 프로그램의 중요 영역으로는 감정 조절하기(32.4%)와 충동성 및 과잉행동 줄이기(30.5%)를 가장 중요한 영역으로 선택하였다.

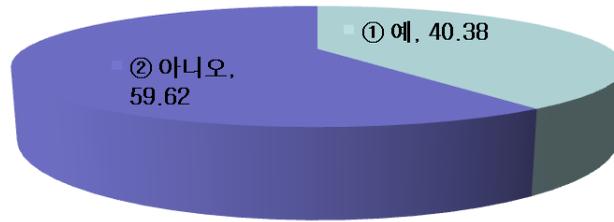
넷째, ADHD 부모를 위한 집단상담 프로그램 운영방식 및 내용에 대해 살펴본 결과, 총 6-8회기가 가장 많았고(48.1%), 주 1회 실시하며(85.2%), 1회에 60-90분 진행하는 방법이 가장 선호되었다(58.5%). 또한, 시간은 오전이 가장 선호되었으며(52.8%), 아동과 개별로 진행했다가 함께 진행하는 혼합형이 가장 높게 나왔다(62.7%). 주요 구성내용으로는 자녀에게 긍정적인 관심주기(4.9점), 부모자녀간 의사소통(4.9점), 주의력 결핍의 이해(4.84점), 과잉행동의 이해(4.84점), 공존질환의 이해(4.8점)가 가장 필요하다고 나왔다.

다섯째, 프로그램 진행시 예상되는 어려움을 살펴본 결과, ADHD 아동은 전문지도 인력의 부족이 가장 높았으며(42.2%), 부모는 부모의 참여 의지와 관심부족이 가장 높게 나왔다(47.3%)

나. 문항별 결과 및 해석

1. 센터에서 ADHD 판별 진단검사 실시 여부

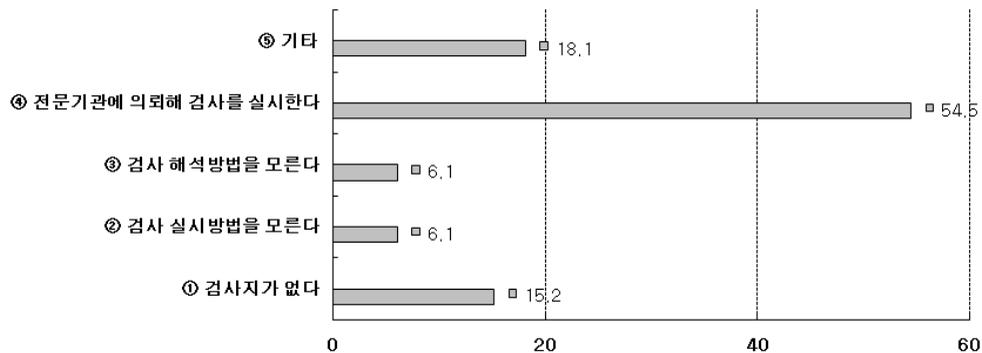
ADHD 판별 진단검사 실시 여부에 관한 질문에, 52명의 응답자 중에 59.62%가 '아니오'라고 응답했으며 나머지 40.38%는 '예'라고 답하였다. (그림 11 참조)



[그림 1] ADHD 판별 진단검사 실시 여부(%)

2. 검사하지 않은 이유

ADHD 판별 진단검사를 실시하지 않는 경우 그 이유를 물어본 결과, 응답자 33명 중 ‘전문기관에 의뢰해 검사를 실시한다’문항의 응답률(54.5%)이 가장 높았고, ‘검사지가 없다’(15.2%), ‘검사 실시방법을 모른다’(6.1%), ‘검사 해석방법을 모른다’(6.1%), ‘이미 진단 받고 온다(3명), 개인적으로 상담만으로는 본 센터에서 해결 방안이 없다, 임상심리사가 없어 정확한 진단을 내리기 곤란하다’ 등 기타 응답(18.1%) 순으로 나타났다(그림 2 참조).

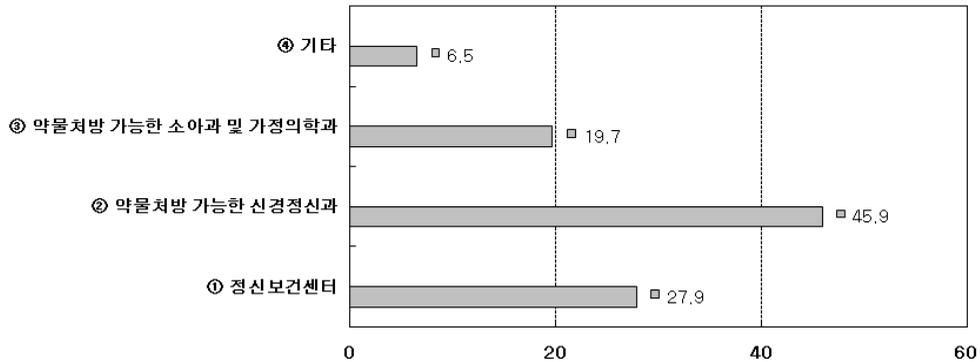


[그림 2] ADHD 판별 진단검사를 실시하지 않는 이유(%)

3. ADHD 아동의 경우 주변에 연계 가능한 기관

ADHD 아동을 위해 주변에 연계 가능한 기관에 대해 질문한 결과, ‘약물처방 가능한 신경정신과’문항의 응답률(45.9%)이 가장 높았고, 정신보건센터(27.9%),

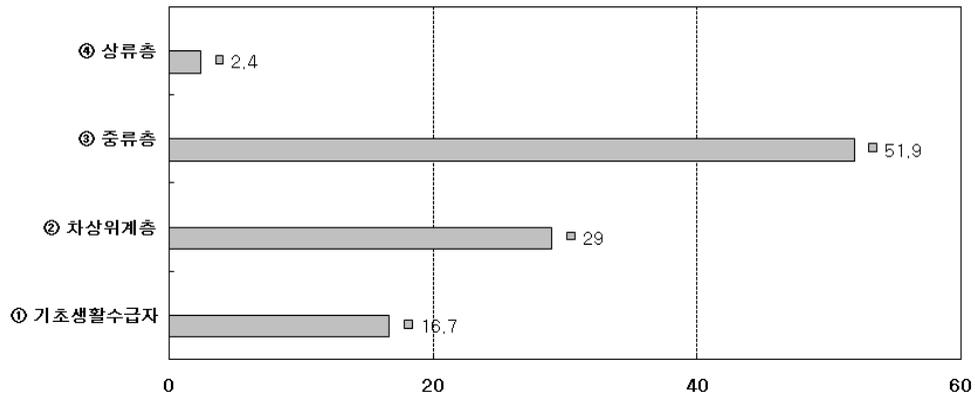
약물처방 가능한 소아과 및 가정의학과(19.7%), ‘약물처방이 가능한 병원의 전화번호를 제공하거나 타 센터의 연계기관을 이용’하는 기타 응답(6.5%) 순으로 나타났다(그림 3 참조).



[그림 3] 아동을 연계할 수 있는 기관(%)

4. ADHD 아동 및 부모 상담사례의 가정의 경제적 수준

ADHD 아동 및 부모 상담사례의 가정 경제 수준을 알아본 결과, 총 162개의 사례 중 ‘중류층’이 51.9%로 가장 높았고, 차상위계층(29.0%), 기초생활수급자(16.7%), 상류층(2.4%) 순으로 나타났다(그림 4 참조).

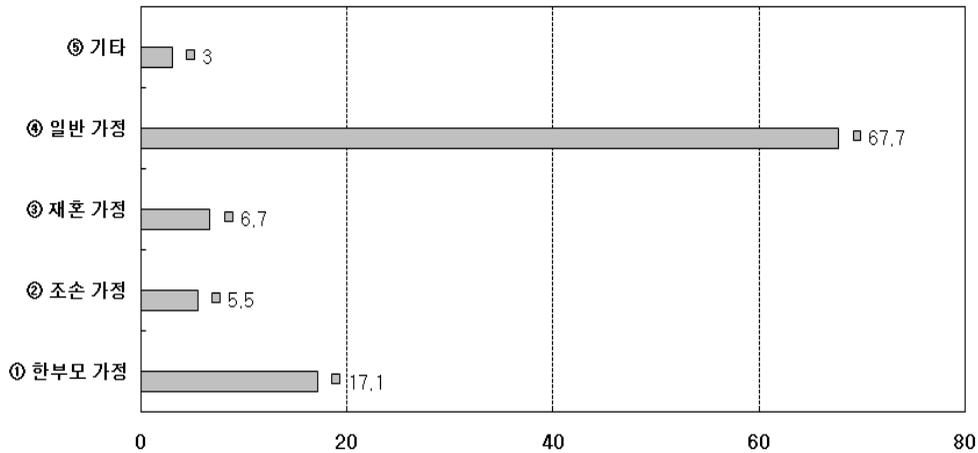


[그림 4] 아동 및 부모 상담 사례의 가정 경제 수준(%)

5. ADHD 아동 및 부모 상담사례의 가정 형태

ADHD 아동 및 부모 상담 사례의 가정 형태를 알아본 결과, 총 164개의 사례 중 ‘일반 가정’이 67.7%로 가장 높았다. 그리고 한부모 가정(17.1%), 재혼 가정

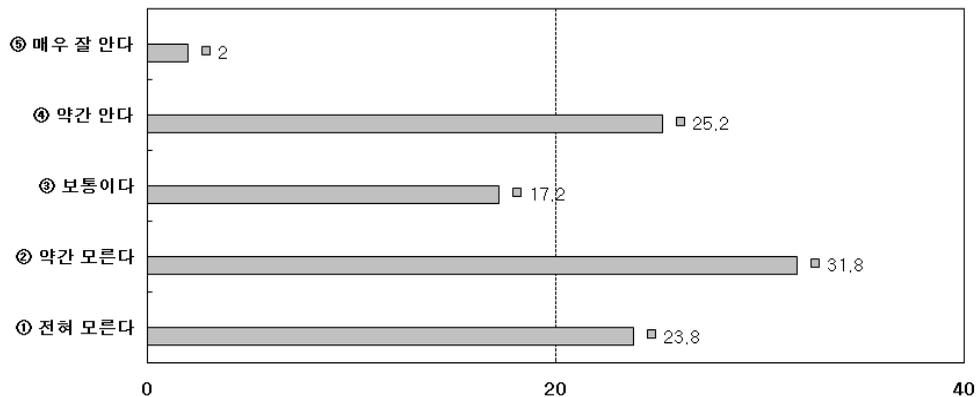
(6.7%), 조손 가정(5.5%), ‘시설 거주 아동, 아버지의 음주 문제가 심각한 경우, 부모가 둘 다 정신 질환을 소유한 경우’등 기타 응답(2.7%) 순으로 나타났다([그림 5] 참조).



[그림 5] 아동 및 부모 상담 사례의 가정 형태(%)

6. 지역센터에서 진행한 ADHD 아동의 가족들의 ADHD(증상, 치료법 등) 이해도

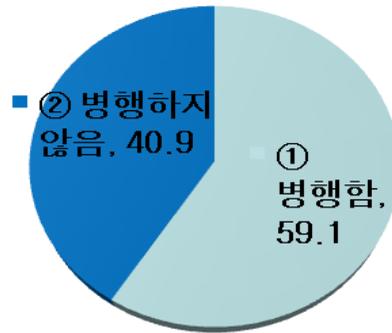
ADHD 아동의 가족들이 ADHD에 대해 잘 알고 있었는지에 대해 물어본 결과, 총 151개의 사례 중 ‘약간 모른다’가 31.8%로 가장 높았다. 그리고 약간 안다(25.2%), 전혀 모른다(23.8%), 보통이다(17.2%), 매우 잘 안다(3.0%) 순으로 나타났다([그림 6] 참조).



[그림 6] 아동의 가족들이 ADHD에 대해 아는 정도(%)

7. 지역센터에서 진행한 ADHD 상담 사례의 약물치료 병행 여부

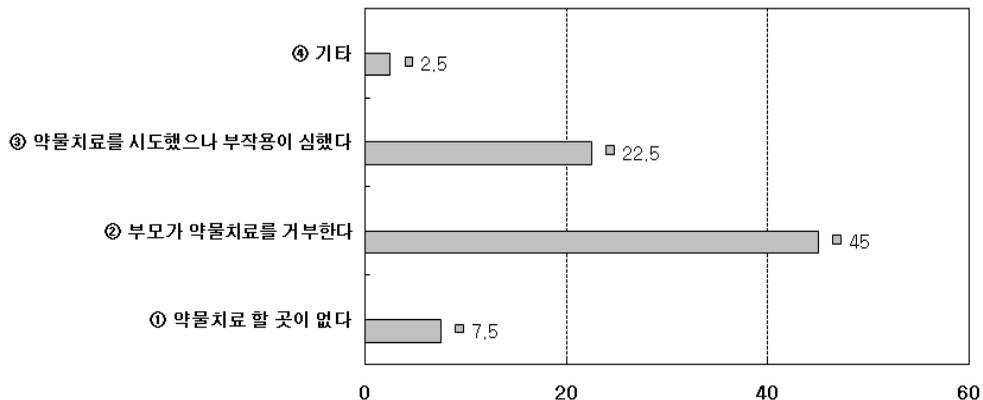
ADHD 상담 사례 중 약물치료 병행 여부를 살펴본 결과, 총 154개의 사례 중 약물치료를 병행한 경우가 59.1%로 더 높았으며, 병행하지 않은 경우는 40.9%로 나타났다(그림 7 참조).



[그림 7] 상담 사례 중 약물치료 병행 여부(%)

8. 약물치료 병행하지 않은 이유

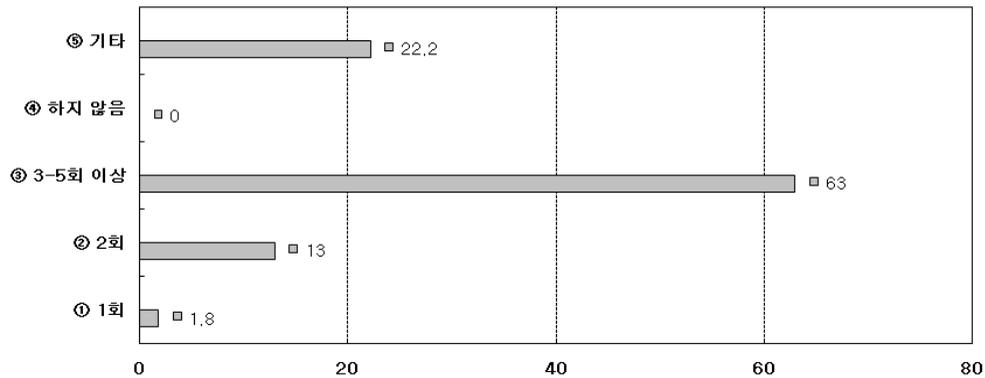
약물치료를 병행하지 않은 경우 그 이유를 알아본 결과, 총 40명의 응답자 중 ‘부모가 약물치료를 거부한다’는 문항의 응답률(45%)이 가장 높았다. 그리고 부작용이 심했다(22.5%), 약물치료 할 곳이 없다(7.5%), ‘경제적 어려움과 약물치료가 불필요한 경우’ 등 기타 응답(2.5%) 순으로 나타났다(그림 8 참조).



[그림 8] 약물치료를 병행하지 않은 이유(%)

9. 지역센터에서 ADHD 아동 상담 1사례당 진행한 부모(또는 가족)상담

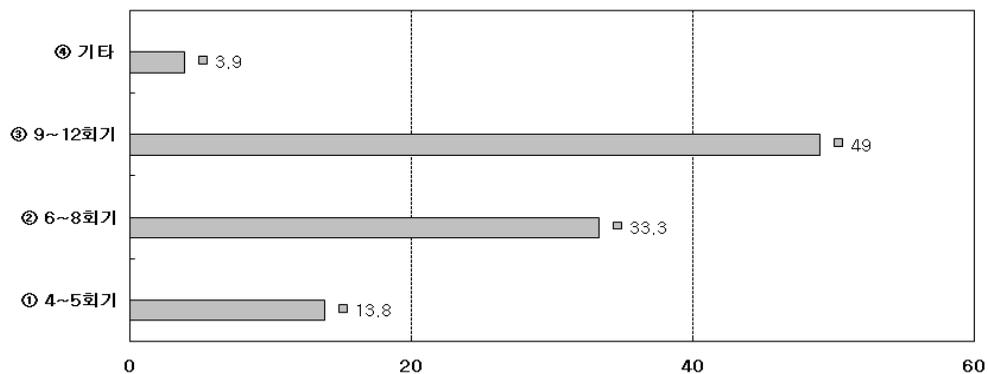
ADHD 아동 상담 중 부모 상담 횟수를 질문한 결과, 총 54명의 응답자 중 '3~5회'문항의 응답률(63%)이 가장 높았다. 그리고 2회(13%), 1회(1.8%) 순으로 나타났다. 22.2%의 기타 응답 중에는 '거의 매 회기'라고 답한 경우가 가장 많았으며(5명), 10회나 30~40회라고 답한 경우도 있었다. 한편, '하지 않는다'고 답한 경우는 하나도 없었다(그림 9 참조).



[그림 9] 아동 상담 시 부모 상담 회기(%)

10. ADHD 아동을 위한 집단상담 프로그램의 실시 기간

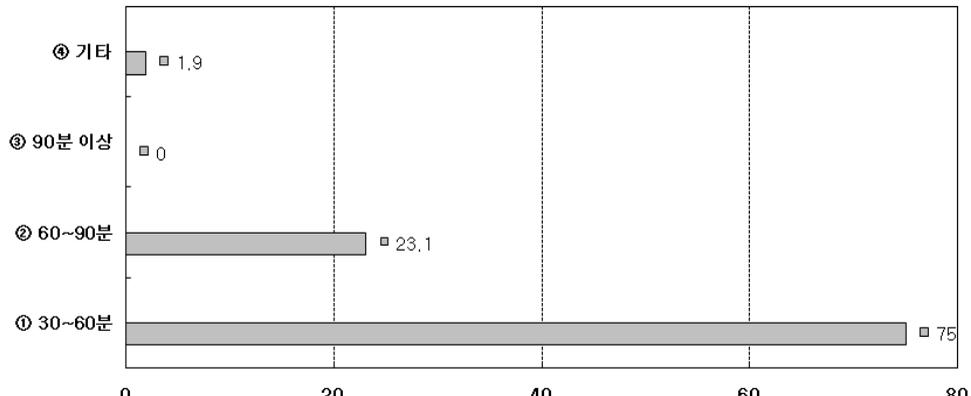
ADHD 아동을 위한 집단상담 프로그램의 적절한 실시 기간을 질문한 결과, 총 51명의 응답자 중 '9~12회기'문항의 응답률(49.0%)이 가장 높았다. 그리고 6~8회기(33.3%), 4~5회기(13.8%), '3회기, 상황에 따라 다르다'고 답한 기타 의견(3.9%) 순으로 나타났다(그림 10 참조).



[그림 10] 집단상담 프로그램의 적절한 실시 기간(%)

11. ADHD 아동을 위한 집단상담 프로그램의 1회기 시간

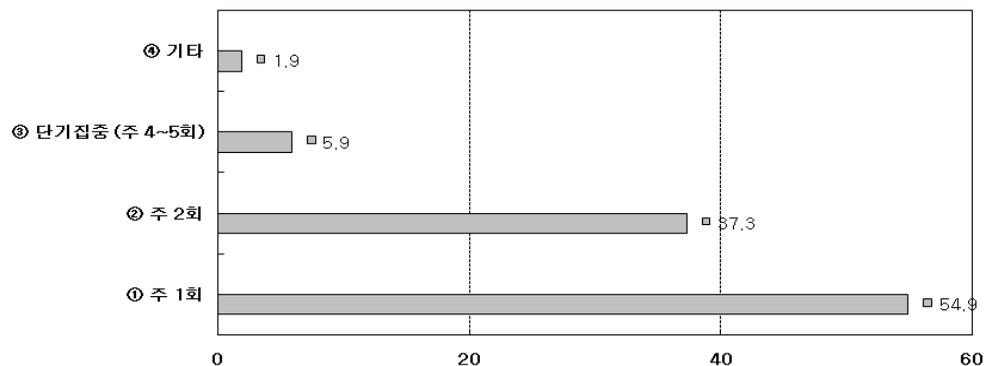
ADHD 아동을 위한 집단상담 프로그램의 가장 적절한 1회기 시간을 질문한 결과, 총 52명의 응답자 중 '30~60분'문항의 응답률(75.0%)이 가장 높았다, 그리고 60~90분(23.1%), '30분 미만'이라고 답한 기타 응답(1.9%) 순으로 높게 나타났다. 한편 '90분 이상'으로 응답한 경우는 하나도 없었다(그림 11) 참조).



[그림 11] 집단상담 프로그램의 적절한 1회기 시간(%)

12. ADHD 아동을 위한 집단상담 프로그램의 운영방식

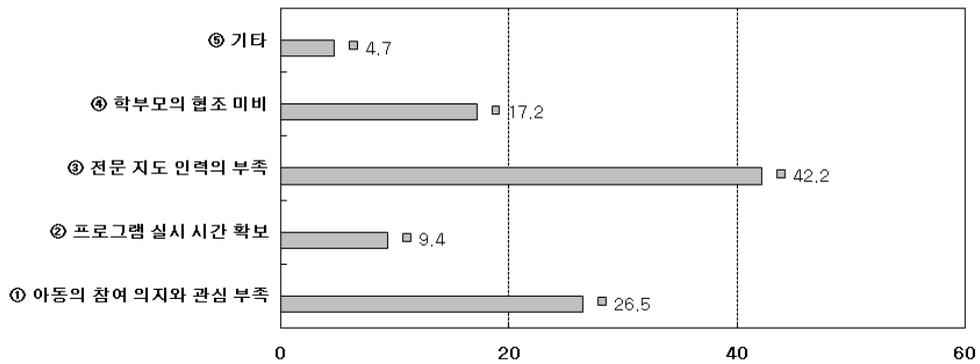
ADHD 아동을 위한 적절한 집단상담 프로그램 운영방식을 질문한 결과, 총 51명의 응답자 중 가장 높은 '주 1회'문항의 응답률(54.9%)가 가장 높았다. 그리고 주 2회(37.3%), 주 4~5회의 단기집중(3.0%) 순으로 높게 나타났다(그림 12) 참조).



[그림 12] 적절한 집단상담 프로그램 운영방식(%)

13. ADHD 아동을 위한 상담 프로그램을 실시할 때 예상되는 가장 큰 어려움

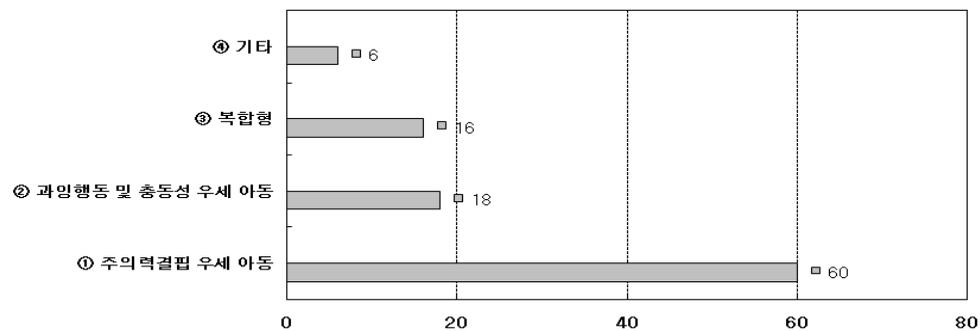
ADHD 아동을 위한 상담 프로그램 실시 시 가장 큰 어려움을 질문한 결과, 64명의 응답자 중 '전문 지도인력의 부족'문항의 응답률(42.2%)이 가장 높았다. 그리고 아동의 참여의지와 관심 부족(26.9%), 학부모의 협조 미비(17.2%), 프로그램 실시 시간 확보(9.4%), '아동의 증상으로 인한 진행의 어려움' 등 기타 의견(4.7%) 순으로 나타났다(그림 13) 참조.



[그림 13] ADHD 상담 프로그램 실시 시 어려움(%)

14. 지역상담센터에서 개입하기에 적절한 ADHD 아동 유형

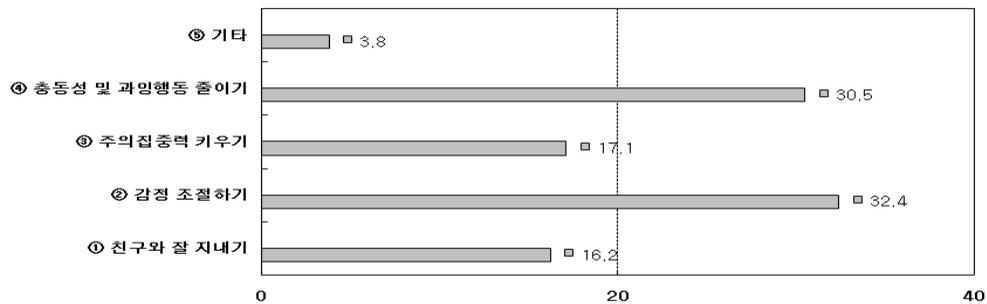
ADHD 아동 중 지역 상담 센터에서 개입하기 적절한 아동 유형에 대해 질문한 결과, 총 50명의 응답자 중 '주의력결핍 우세 아동'문항의 응답률(60.0%)이 가장 높았다. 그리고 과잉행동 및 충동성 우세 아동(18.0%), 복합형(16.0%), '유형을 나누어보기 애매하다'고 답한 기타 의견(6.0%) 순으로 나타났다(그림 14) 참조.



[그림 14] 지역상담센터에서 개입하기 적절한 ADHD 유형(%)

15. ADHD 아동을 위한 집단상담 프로그램을 개발할 때, 가장 중요한 영역

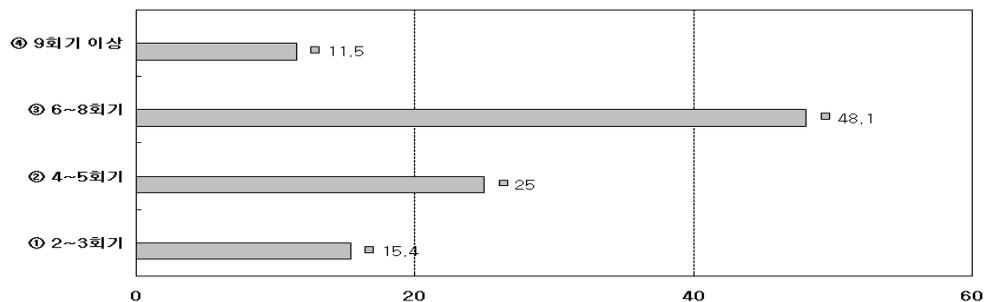
ADHD 아동을 위한 집단상담 프로그램 개발 시 가장 중요한 영역 2가지를 선택해달라고 한 결과, '감정 조절하기'와 '충동성 및 과잉행동 줄이기'가 각각 32.4%와 30.5%로 높게 나타났다. 그리고 주의집중력 키우기(17.1%), 친구와 잘 지내기(16.2%), '강점 찾기를 통한 주의집중 강화, 대화하기 연습, 부정적 피드백에 대한 개입' 등 기타 의견(3.8%) 순으로 나타났다(그림 15) 참조).



[그림 15] 집단상담 프로그램 개발 시 중요한 영역(%)

16. ADHD 부모를 위한 집단상담 프로그램의 실시 기간

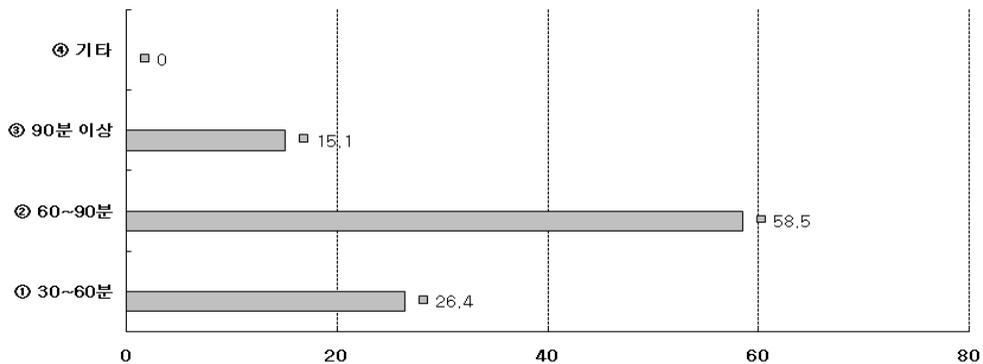
ADHD 부모를 위한 집단상담 프로그램의 적절한 실시 기간에 대해 질문한 결과, 총 52명의 응답자 중 '6~8회기'문항의 응답률(48.1%)이 가장 높았다. 그리고 4~5회기(25.0%), 2~3회기(15.4%), 9회기 이상(11.5%) 순으로 나타났다(그림 16) 참조).



[그림 16] 부모 집단 상담 프로그램의 적절한 실시 기간(%)

17. ADHD 부모를 위한 집단상담 프로그램의 1회기 시간

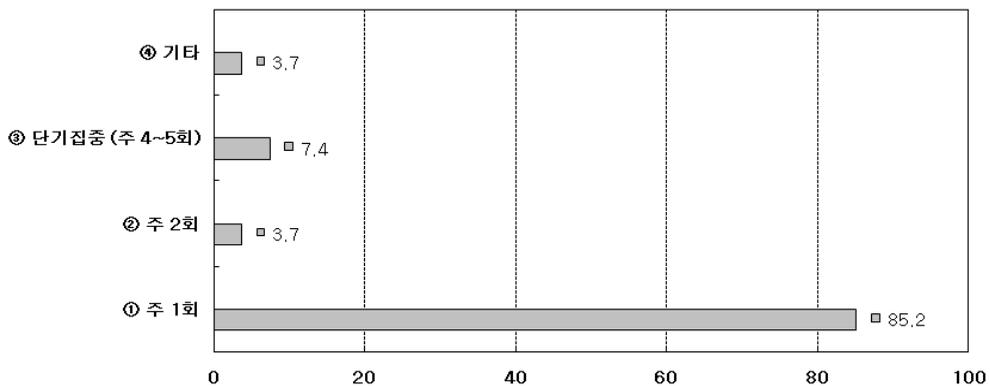
ADHD 부모를 위한 집단상담 프로그램의 가장 적절한 1회기 시간을 질문한 결과, 총 53명의 응답자 중 '60~90분'문항의 응답률(58.5%)이 가장 높았다. 그리고 30~60분(26.4%), 90분 이상(15.1%) 순으로 나타났으며, 기타 의견으로 응답한 경우는 하나도 없었다(그림 17 참조).



[그림 17] 부모 집단 상담 프로그램의 적절한 1회기 시간(%)

18. ADHD 부모를 위한 집단상담 프로그램의 운영방식

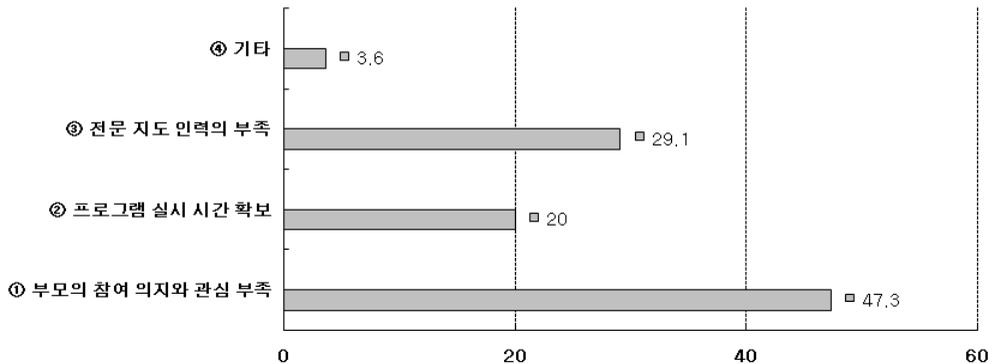
ADHD 부모를 위한 집단상담 프로그램의 적절한 운영방식에 대해 질문한 결과, 총 54명의 응답자 중 '주 1회'문항의 응답률(85.2%)이 가장 높았다. 그리고 주 4~5회의 단기집중(7.4%), 주 2회(3.7%), '주 2~3회의 단기집중' 등 기타 의견(3.7%) 순으로 나타났다(그림 18 참조).



[그림 18] 부모 집단 상담 프로그램의 적절한 운영방식(%)

19. ADHD 부모를 위한 집단상담 프로그램을 실시할 때 예상되는 가장 큰 어려움

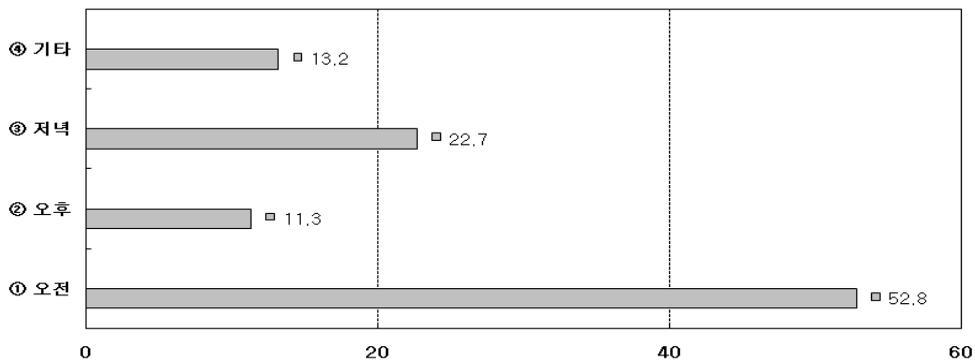
ADHD 부모를 위한 집단상담 프로그램 실시 시 어려움에 대해 질문한 결과, '부모의 참여의지와 관심 부족'문항의 응답률(47.3%)이 가장 높았다. 그리고 전문 지도 인력의 부족(29.1%), 프로그램 실시 시간 확보(20.0%), '참여 의지와 관심 부족 외에 다른 이유로 부모 참여가 어려운 경우' 등 기타 의견(3.6%) 순으로 나타났다(그림 19 참조).



[그림 19] 부모 집단상담 프로그램 실시 시 어려움(%)

20. ADHD 부모를 위한 집단상담 프로그램을 실시하기에 적합한 시간대

ADHD 부모를 위한 집단상담 프로그램을 실시하기에 적합한 시간에 대해 질문한 결과, 총 53명의 응답자 중 '오전'문항의 응답률(52.8%)이 가장 높았다. 그리고 저녁(22.7%), 오후(11.3%), '주말 또는 부모의 상황에 따라 변화해야 한다'는 기타 의견(13.2%) 순으로 나타났다(그림 20 참조).



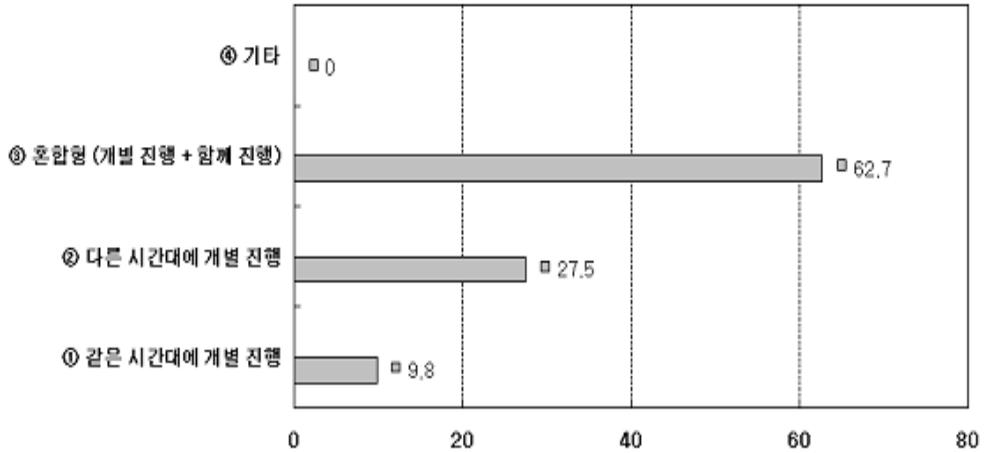
[그림 20] 부모 집단 상담 프로그램의 적절한 시간대(%)

21. ADHD 부모를 위한 집단상담 프로그램 내용

영역	문항	평균 (M)	표준편차 (SD)
ADHD 아동에 대한 이해	주의력 결핍의 이해	4.84	0.37
	과잉행동의 이해	4.84	0.37
	공존질환의 이해(품행, 학습장애 등)	4.80	0.45
	ADHD 원인	4.40	0.83
	ADHD아동 치료법의 이해(약물 등)	4.58	0.79
	ADHD아동 성공사례	4.60	0.70
학교생활	준비물 및 숙제 지도하기	4.46	0.68
	주의력 및 기억력 향상시키기	4.46	0.73
	학교친구들과 잘 지내기	4.80	0.49
	교사와 잘 지내기	4.58	0.57
아동 양육방법	자아존중감 키우기	4.78	0.42
	칭찬(보상) 및 벌주기(타임아웃 등)	4.66	0.52
	바람직한 행동 모델 보여주기	4.62	0.64
	자기통제력 키우기	4.74	0.44
	문제행동 다루기	4.68	0.55
가족 관계	자녀에게 긍정적인 관심 주기	4.90	0.30
	부모자녀간 의사소통	4.90	0.30
	형제간 잘 지내기	4.68	0.51

22. ADHD 아동 및 부모를 위한 집단상담 프로그램의 운영방식

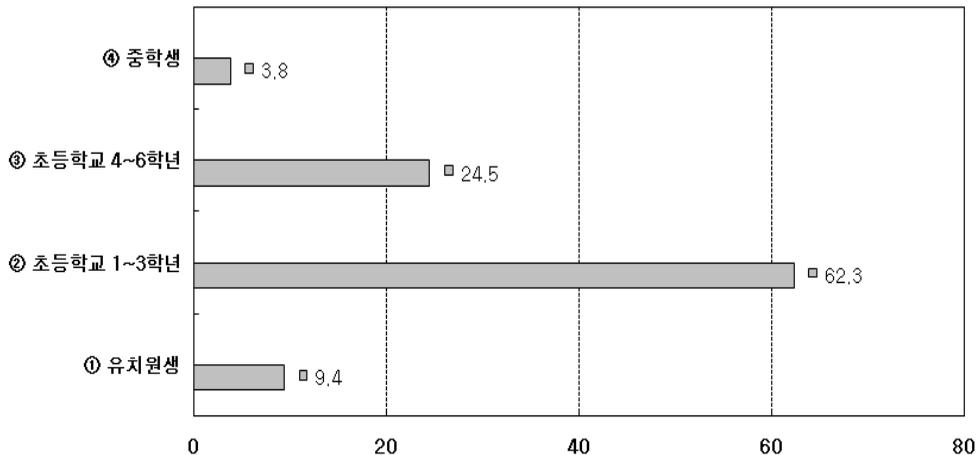
ADHD 아동 및 부모를 위한 집단상담 프로그램의 적절한 운영방식에 대해 질문한 결과, 총 51명의 응답자 중 '혼합형(개별+함께 진행)'문항의 응답률(62.7%)이 가장 높았고, 다른 시간대에 개별 진행(27.5%), 같은 시간대에 개별 진행(9.8%) 순으로 높게 나타났다(그림 21 참조).



[그림 21] 아동 및 부모를 위한 집단 상담 프로그램의 적절한 운영 방식(%)

23. ADHD 아동 및 부모 프로그램이 가장 필요한 아동의 연령대

어떤 연령대의 ADHD 아동 및 부모 프로그램이 가장 필요한지 질문한 결과, 총 53명의 응답자 중 가장 높은 '초등학교 1~3학년' 문항의 응답률(62.3%)이 가장 높았고, 초등학교 4~6학년(24.5%), 유치원생(9.4%), 중학생(3.8%) 순으로 나타났다(그림 22 참조).



[그림 22] 아동 및 부모를 위한 집단 상담 프로그램이 필요한 연령대(%)

24. ADHD 아동 및 부모를 위한 집단상담프로그램 진행

A. 프로그램 운영 방식

1) 집단 구성 형태

① 아동

- 약물치료나 진단을 받지 않은 아동과 치료 중인 아동을 구분하여 집단 구성
- ADHD 아동과 일반 아동을 한 집단으로 해서 좋은 모델링이 되도록 구성

② 부모

- 성공 사례의 부모와 한 집단으로 구성

③ 아동 & 부모

- 아동과 부모가 함께하는 프로그램도 필요
- 부모-자녀 개별로 진행할 경우, 몇 번이라도 공동 진행의 시간을 갖는 것 필요

2) 아동 집단 구성 인원

- 소규모 (4~6명)
- 소규모 (6명 내외)
- 소수 집단 (4명 정도)

3) 프로그램 운영 기간 및 시간

- 기간 : 단회기로 진행되는 프로그램 보다는, 장기 프로그램 필요
- 시간 : 30분에서 50분 이내

4) 보조진행자

- 아동끼리의 싸움 방지 위해 필요
- 프로그램의 목적 달성 위해 필요

B. 프로그램 내용

1) 아동 프로그램

- 자존감 향상에 초점을 맞춘 프로그램
- 자아존중감 향상을 위한 놀이나 활동프로그램 중심
- 아동에게 흥미를 불러일으킬 수 있는 활동 프로그램
- 신체를 이용한 치료놀이(자신을 통제하고 다른 친구를 기다리는 놀이), 미술 치료
- 타임아웃이나 처벌보다는 긍정적인 의사소통
- 친구와의 관계를 개선

2) 부모 프로그램

- 부모에게 힘을 주고, 잘 양육 하고 있는 부분을 강화해주는 것
- 아동과의 관계 개선
- 자녀들을 양육하는데 있어서의 어려움에 대한 이야기, 바람직한 의사소통방법,
부모간의 의사사통 훈련, ADHD 자녀의 입장이 되어 세상바라보기 등
- 부모 자신들의 역량을 강화할 수 있는 프로그램 필요
- 부모의 좌절과 어려움에 대한 위로와 공감, 심리적 지지도 필요
- 부모의 정체감 향상 프로그램

C. 프로그램 진행을 위해 필요한 점

1) 프로그램 진행자 교육

- 프로그램에 대한 지도자 교육 필요
- 특정 치료에 대한 전문성이 없어서 부정확한 지식으로 치료하는 경우 존재
 - ADHD 아동 상담 시 효과적으로 활용할 수 있는 치료 방법 교육 필요
- ADHD에 대한 정보가 부족한 경우 있으므로 이에 대한 교육 필요

2) 부모에 대한 개입

- 가족력(치료받지 못한 ADHD 부모가 ADHD인 아동을 키우는 경우)이 있을 수 있으므로 부모도 진단을 받고 그에 적절한 치료가 필요한지 판별해보는 것 필요
- 부모교육 이후에는 자조모임을 통해 지속적인 정보공유를 할 수 있도록 하기
- 경제적 어려움으로 인해 알면서도 교육을 진행하지 못하는 경우가 많아 프로그램 수료이후 가정에서 활용할 수 있는 도구나 자료의 제공이 필요
- 부부 상담을 함께 진행하여 부부 관계가 개선된다면 아동에게도 상당히 긍정적인 효과가 미칠 수 있음

3) 학교 및 교사와의 연계

- 프로그램 진행은 학교 측의 협조를 얻어 학교에서 모집하여 실시하는 방문 집단 상담 형태가 좋을 것 같음
- 교사를 대상으로 한 ADHD 특강을 함께 진행

4) 약물 치료

- 프로그램에 앞서 ADHD의 정확한 진단 및 약물치료를 전제로 한 후 개입할 수 있도록 각 지역의 병원 등과 연계하여 진행
- 약물을 병행하면서 증상을 완화시키고 더불어 하는 것이 필요

부록 3. ADHD 부모대상 집단심층면접 결과

① ADHD 아동 치료 현황

a. 약물치료 현황

면접한 모든 엄마들이 약물치료를 하고 있었으며, 약물치료 기간은 1년에서 4년까지 비교적 장기 복용을 하고 있었다. 약물치료 장점으로서는 아이가 학교에서 집중하는 것, 숙제 공부하는 것을 들었으며, 약물치료의 단점으로는 식욕부족과 수면부족을 대부분 언급하였다.

"이제 도움이 필요하겠더라고요. 이제 제가 엄마의 인내력이 이제 극한에 달하니까, 이제 네가 약을 먹든지 내가 약을 먹든지 해야겠다 그런 생각이 들어서, 우선은 아이부터 약을 먹였어요. 저도 우울증 증세가 있다고, 같이 먹으라고 했는데, 우선 저는 안 먹구요, 아이를 좀 먹이고 있고, 굉장히 좀 약하게 먹였었는데, 저번 달까지는.. 한 4~5시간 정도의 약효라고 하더라고요."

b. 약물의 아동치료현황

약물치료외에 아동들은 놀이치료, 사회성훈련, 심리치료, 언어치료를 받았거나 현재 받고 있는 것으로 나타났다. 치료 효과로는 아동의 부정적 정서 해소, 긍정적 정서의 증진, 또래 관계 형성이 된 것으로 나타났다.

"놀이치료를 받고, 그룹 수업을 큰 아이는 여기서 3회기를 마치고, 그 다음에 이제.. 3학년 때 그랬고, 그리고 4학년 때 부터는 용인에 바우치가 시작이 돼서, 개네들이 언어 수업도 필요하고, 여러 프로그램이 되는데, 여기는 놀이 수업밖에 안 돼서 그 쪽으로 옮겨간 상태예요. 그리고 여기서 그룹이 다시 조성이 되면 다시 연락을 주겠다고 하셨는데, 그래서 여기에서 1년 반 정도 치료를 받은 상태고, 여기서 도움을 많이 받았죠."

c. 치료 어려움

ADHD 아동 치료는 약물 및 다른 치료를 병행해야 하므로 비용문제가 심각하다고 모두 동의하였으며, 그 외에 치료 어려움으로 전문 치료자 부족, 등록 후 대기가 긴 점을 들었다.

"비용이 상당히 많이 올라 가지고, 6만 4천원이라고 하더라고요. 한 시간 하는데, 일주일에 최소 한 번 내지 두 번인데 너무 비용이 부담이 많이 돼서 고민을 하고 있다"

가 여기에 신청을 주위에 하는 애가 있어서.. 신청을 해놓으면 6~7개월 기다린다고 하더라구요. 그래서 신청을 해놓고, 어떻게 해야 하나."

"저는 ADHD 엄마들 돈이 너무 많이 들어요. 그거를 좀 얘기하고 싶어요. 특수치료 너무 비싸구요. 뭐든지 해야하긴 그러나 정말 너무 비싸요."

② ADHD 자녀 특성

a. 부주의

자녀가 갖는 특성으로써 집중하는 데 어려움이 있다고 하였으며, 그로 인해 준비물, 과제 못챙기는 것, 언어 이해 부족, 친구이름 못 외움, 인지적 이해력 부족함을 들었다.

"그래서 우리 OO이는 과연 저 말을 이해를 했을까.. 그니까 아이들끼리도 느끼는 괴리감이 있겠더라고요. 그런 면에서는 친구를 만들어줬어도 공감하는 면에서.. 얼마나 공감을 할까."

b. 행동특성

자녀가 갖는 행동적 특성으로는 충동적, 과잉행동, 생각대로 수행이 안되는 것, 지시에 따르지 않는 것, 청결 부족이 나타났다.

"그래서 애 별명이 '대답만 잘해'.. 그래서 이거 해라 그러면 '네' 하고 대답만 하고 돌아서서 또 그러고 있는 거예요. 그니까 선생님이 '희창이는 대답만 잘해요' 그러는 거예요."

c. 성격특성

자녀가 갖는 성격특성으로는 우울 및 외로움 등 부정적 정서를 가지고 있었으며, 완벽주의 성향, 사회성 부족, 상황 파악 잘 못하는 점이 나타났다.

"애들 자체도 우울증이 많아요. 그래서 애들도 자기가 이려고 싶은데 그러지 못한거 그렇게 스스로 힘들거든요."

d. 스트레스

자녀가 겪는 스트레스는 학교에서 주로 일어났으며, 또래로부터 왕따, 교사에게 야단맞는 것이 큰 부분이었다.

"장애아라고 놀려요. 그니까 우리 아이가 이해를 못하는 거예요. '엄마 내가 사전을 찾아봐도, 신체적이나 정신적으로 뭔가 부족하면..' 그런데 '엄마 내가 뭐가 부족해?'"
 "애가 선생님한테 진짜 많이 혼났더라구요. 애가 학교에서 있던 얘기를 집에서 얘기를 잘 안해요. 근데 학교에 데리러 갔는데 애들이 그러는데 선생님한테 굉장히 많이 혼났다고 그러더라구요. 그러니까 내가 너무 무지한 엄마인가 싶기도 하고."

③ 모의 양육 스트레스

a. 자녀 수행부족

자녀의 수행에 대한 스트레스가 컸으며, 자녀가 자신을 관리하지 못하고 학교수행을 따라가지 못하고 야단맞는것, 친구관계 잘 못사귀는 것에 큰 스트레스를 받고 있었다. 또한 스스로 자기일을 못챙겨 일일이 다 지도해야 하는 데 힘들어 하는 것으로 나타났다.

"진짜 가방을, 그냥 거실에 내려놔요. 그걸 방에 갖다놔라 그걸 일년 이상을 얘기 했는데 안 고치더라구요. 학교 아침에 보낼 때 마다 정말 전쟁이에요. 하나부터 열 개까지 다 지시를 해야 되요."

b. 주변의 인식부족 및 편견

자녀 수행에 대한 교사 및 주변의 부정적 태도가 모에게 큰 스트레스를 주고 있는 것으로 나타났으며, 구체적으로 주변 사람들의 모의 잘못된 양육을 탓하고, ADHD에 대한 인식부족인한 편견을 가지고 있었다. 또한 남편 및 가족의 비협조적 태도가 모에게 스트레스가 되고 있었다.

"우리 현실에서요, 너무 ADHD에 대해 몰라요. 모르고 치료 선생님들도 보면은 몰라요, 이론적으로는 아시지만, 치료 하다 보면은 어느 정도 경력이 없으신 분들을 보면은 이론적으로는 아시는데, 애를 이해를 못 하는 거예요. 그니까 겉으로 봐서, 하는 행동을 봐서는 전혀 이상이 없잖아요, 그런데 개네들의 특성들을 완벽히 이해를 못 하세요. 그래서 이론적으로 알아서 하는데, '어머니 이거 너무해요' 그래서 '개가 ADHD 잡아요' 그러면 그제서요 '그렇긴 하죠' 그렇게 얘기를 하세요. 근데 정말 이해도가 너무 없어요. 이거 너무 우리나라에 부족하고, 치료 선생님들도 그런 애들을 직접 겪어보지 않는 이상은.."

"제대로 못 배운 아이, 가정교육을 못 받은 아이, 내가 키우면 한 일주일이면 바꿔놓는다 그렇게들 얘기하기도 하죠."

"그니까 제가 생각해도 저도 저희 아이가 ADHD라고 얘기 안하거든요. 숨겨요, 약 먹

는 것도 애한테 이걸 비밀이다, 이걸 친구들한테도 얘기하지 말고, 선생님한테도 얘기하지 마라. 근데 그게 필요해요. 그니까 사실은 더 많다는 거죠. 그리고 엄마들이 너무 많이 다쳐서 open 안 하게 되고, 그 엄마 탓이라고 하기에는 이게 너무 사회적으로.. 근데 이게 계속 악순환이 되면서 더 깊어질 것 같아요."

c. 자녀 양육에 대한 고민

모들은 현재 자녀에 대해 공교육이외의 학교선택, 자녀에게 도움되는 곳으로 이사, 자녀치료 및 교육 비용에 대한 고민을 하고 있는 것으로 나타났다.

"근데 첫날은 수업을 안하고, 그 다음 날부터 간단한 수업을 했는데 첫날부터 앞에 나가서 손들고 서있었다고 하더라고요. 그래서 제가 두 번째 날에 제가 써서 보냈죠. 그런데 그날도 역시 혼나고 왔어요."

d. 정서적 어려움

부모들의 스트레스로 인한 현재 증상으로는 우울, 무기력이 많았으며, 과거 자녀에게 했던 행동에 대한 후회가 있었고, 현재 모의 건강 및 심리적 취약함이 있어 심리치료 필요한 상태인 경우도 나타났다.

"저도 우울증 증세가 있다고, 같이 먹으라고 했는데, 우선 저는 안 먹구요"

e. 스트레스 관리

대부분 엄마들이 스트레스 관리를 따로 하지 못하며 그 이유로는 자녀에 집중하느라 개인적인 여력이 없다고 하였다. 그리고 스트레스 해소 못하는 것이 자녀에게 악영향을 미치는 것 같다고 하였다. 스트레스 관리를 하는 노력으로는 짜즈 댄스, 운동, 사교모임, 종교생활과 같은 다양한 활동이 있었다. 또한, 자녀 이해에 대한 적극적 노력으로써 ADHD 부모세미나 참석, ADHD 인터넷 카페 운영을 하기도 하였다.

"양육이 어려워서 그런건데, 스트레스를 못 풀어요. 아이가 오면 그 때까지 준비하고 있다가 이제 그 때부터 시작이에요. 그러면 애도 힘들어지고, 그래서 이제는 좀 자제하고 있는데, 그래서 이제 나가서 운동도 하고 좀 그러려고 하는데 정신적으로 그게 안되고, 아이를 보내고 대강 치워놓고서 좀 멍하니 있어요. 굉장히 무기력해주구요. 인근 공원에 5분 밖에 안 걸리는데 거기 나가서 운동을 하자고 해도 거기까지 신경이 가지를 않아요."

"그래서 저는 세미나를 처음에 많이 쫓아다녔어요. 그니까 남편이 너는 너무 극성스럽

다. 그래서 선생님한테 제가 정말 너무 극성스러운건가 의사선생님한테 물어보니까, 선생님이 어머니가 그러시니까 애들이 이렇게 예후가 좋죠, 너무 나쁘게만 보지 마시라고 그렇게 얘기를 하시더라구요."

④ 부모 양육 특성

a. 양육 어려움 및 훈육방법

자녀 양육시 겪는 어려움으로는 숙제-공부 시키기, 아침에 학교 보내기, 자기일 스스로 챙기게 하는 것이 주로 나타났다. ADHD 아동에 대한 훈육으로 잔소리하다가 안되면 소리 지르거나, 벌세우거나, 체벌하는 경향이 많았다.

"아이들이 앉아서 일대일로 시키면 또 해요. 근데 그거를 할 수가 없어요 집안에서.. 그레 어렵더라고요. 그게 계속 반복되니까.. 다른 애들은 스스로 잘한다는데 저희 애들은 끼고 시켜야 하는 그런 상황이니까.."

b. 긍정적 전환

ADHD 아동에 대한 이해가 증대됨에 따라 부모의 양육 특성이 긍정적으로 전환됨이 나타났는데, 문제만 지적하기보다 자녀의 힘이 되어주려고 하는 것, 자녀에 대한 기대 낮춤이 특징으로 나타났다.

"그거는 애의 미래에 대한 긍정적인 사고가 있지 않으면 안되요. ADHD가 나쁘게 아니라는 인지를 먼저 시켜야 되고, 애들이 나중에 자라서, 스피버그도 그랬잖아요. 학교 수업 전혀 못 따라가고, 탐크루즈 같은 경우는 지금도 난독증 때문에 되게 힘들어하고 있잖아요. 그니까 긍정적인 목표를 세워주면 잔가지들이 쳐지는 것 같아요."

⑤ 프로그램 요구

a. 부모 프로그램 요구

- 부모지원

부모에 대한 상담 및 비슷한 부모들과의 공유와 정서적 지지를 얻고, 스트레스 관리에 도움 받고 싶어하였으며 부모수준에 따른 차등화된 교육을 희망하는 것으로 나타났다.

"저는요 이런 ADHD 교육이 많이 없는 것 같아요. 이런거를 듣고 싶은데 들을 곳이

없어요 정말. 이런 정보를 공유하고 그런 공감하는 공간도 좀 필요하고.."

- 자녀이해

자녀의 증상인 ADHD 이해, ADHD 성공사례 등을 통해 자녀에 대한 긍정적 관점을 갖는 것을 얻길 희망하였다.

"그러다보면은 여기서 대처하는 방법을, 그런 사례들에 대해서.. 그니까 우선은 이론적인거 나 상벌 지침 그런 것들을 강의를 하고 여유 시간을 많이 주셔야 할 것 같아요. 선생님이 리드를 해가시면서 엄마들이 얘기하게 되면서 정말 실질적인 것들이 얘기가 나오게 되도록 그런 것들이.. 이론적인 것들은 알고 있지만 실제적으로 연결이 안될 때가 있어요."

- 부모훈련

자녀 행동에 대한 부모훈련에 대한 사항으로 자녀에 대한 긍정적 피드백 하는 방법, 아동 행동에 대한 부모 지침 및 매뉴얼, 행동수정 방법, 내 사례 적용 실습 등이 요구로 나타났다.

"부모교육이 꼭 들어가야하는게, ADHD가 유전적인 요소가 많잖아요. 저희 애 아빠가 일년에 3~4번씩 잡았어요. 몸에 멍이 들도록 맞아요. 아빠 대에는 그게 아빠가 고생했던 부분이라 그걸 잡아주려고 고치려고 그렇게 했던 거예요. 그래서 애들을 어렸을 때부터 습관이 몸에 배게 해주어야 하는데 그게 만만치 않은 것 같아요."

"일주일 동안 어땠고 그래서 어떻게 대처를 하라고 얘기할 때는 그걸 잘 적고 이렇게 해야죠 하는데 한 이틀 가요. 그런데 그게 지속적이지 못한게 저의 최대 단점인데, 아이가 놀이치료를 다니지만 사실 엄마의 교육이 계속 진행되어야 하는 거 같아요. 물론 개별 차이가 있겠죠. 저는 아이들 칭찬 스티커 붙여주는걸 엄마들을 해야할 것 같아요."

b. 아동 프로그램 요구

아동 프로그램에 대해서는 또래와 관계할 수 있는 집단형태를 선호하였으며, 아동의 활동욕구를 충족시켜주는 것, 인지 증진, 사회성 증진을 요구하였으며, 캠프 수련회 등 체험 프로그램에 대한 요구도 있었다.

"프로그램을 한다면 사회성 프로그램도 있지만, 애들이 에너지 노출이 되게 많이 필요해요. 운동이 꼭 필요한데, 이렇게 보면 몸치들이 되게 많아요. 왜냐면 이렇게 받아서 빨리 움직이는 그런게 좀 둔하더라구요. 그래서 좀 느려요. 그래서 애네들이 배우는 시작점이 좀 늦지만 탁월한 그런건 있거든요. 그니까 그런 프로그램, 운동 곁여 그쪽으로 하면.. 그리고 애들이 뭘 룰을 배우면 좀 더디 배우거든요. 그런것들에 대해서 좀 더 인지시켜주고.."

부록 4. 학교 교사 면접

1. 학교 내 문제행동

가. 사회성 측면의 문제행동

1) 또래관계

- 전반적으로 어울리지 못함

그 아이를 친구들이 좋아할 수가 없어요. 정말 잘 생겼는데 아이들이 좋아할 수 없었어요. 모든 활동도 못하고 사회성이 없는 거죠. 배려한다는 자체가 그 아이한테는 불가능 한거죠.

옆 사람을 자꾸 건드리고 동시에 더 건너 건너편까지 애들을 못살게 하니깐.. 대체적으로 그 아이를 싫어하죠. 친구들하고도 대화가 안돼요. 예를 들면 애들이 야구를 하는데 그 아이도 함께 하고 싶지만 금방 흥미가 떨어지는 거예요. 그래서 놀이를 바꾸고 싶으나 다른 친구들은 더 놀고 싶어 하고, 어떤 주제에 대해서 이야기하면 아까 수업 시간 발표 하듯이 혼자 말을 하는 거죠. 그러면 애들은 너 혼자 떠들어라. 우리는 우리끼리 놀꺼야! 하는 식이에요.

이렇게 대화를 할 때 친구들이 하고 있는 이야기나 활동과 다른 얘기를 하거나.

아무래도 (친구들과 어울리는 데) 좀 문제가 있어요. 더 딴 짓 하려고 하거나 장난을 치려고 하니까요. 장난치는 것을 좋아하는 성격일 수도 있는데, 여자 아이들 같은 경우에는 소심한 아이들도 많이 있잖아요, 그런데 남자 아이들은 공격성이 많이 드러나니까... 그래도 뭐, 착한 편이에요. 그렇게까지 심하게 병적인 증세가 보이지는 않아요, 장난을 좀 심하게 치거나 할 뿐이죠. 그래도 좀 자기 마음대로 하려는 경향이 있어요. 그래서 게임이나 놀이에 끼어들려고 하거나 자기 차레가 아닌데도 잘 못 기다리는 등의 행동이 문제가 되요.

짜하기 싫은 아이. 이런 식으로 지목하는 경우가 많았어요. 단짝친구도 없고, 이 친구 저 친구 같이 놀자고 주로 많이 하는데 잘 어울리지 못했죠.

- 감정폭발

또 다른 특징으로는, 때리거나 화를 많이 내요. 짜증과 화를 조절하지 못해요. 자기가 한 것은 괜찮은데 다른 사람이 하면 “왜 때려.”하면서 분노 조절을 못 하는거죠. 그러면서 싸우고, 자기 잘못은 잘 모르고... 지금도 어울리는 친구가 없어요. 단짝 친구가 없어요. 자기가 단짝친구라고 얘기를 해도 다른 친구는 아니라고 하죠. 혼자 있을 때도 많은 편이에요. 점심시간에도 밥을 늦게 먹으니까 놀 시간이 없고, 밥을 빨리 먹어도 다른 친구들과 놀이를 같이 공유할 수 없어요. 그냥 나중에는 혼자 있더라고요. 정서적 공감도 많이 떨어지구요.

친할 때는 좋은데 욱하니까 손이 먼저 가서 때려 버려요. 내질러 버리고. 그리고 하고 싶은 얘기를 참지 못하고요, 배려는 절대 안 되죠, 정말 배려 안 해요. ADHD 아동의 공통점이 배려가 없다는 거예요. 반 아이들에게 ‘내가 싫어하는 아이를 적어보라’고 했더니 대부분 ADHD 아동들이었어요.

친구들과도 종종 싸움이 있었어요. 자기가 먼저 장난을 걸었는데 친구가 장난으로 받아주면 자기가 먼저 그 아이한테 화를 내더라고요. 자기감정을 조절하지 못하는 부분이 있었어요. 같이 기분 좋은 장난으로 끝났어야 하는데 그 순간에 갑자기 폭발하면 참지 못하고 화를 내거나 던지거나. 친구관계에서도 그런 부분이 문제.

게임 활동이나, 이런 것을 해도 그 모둠에서는 항상 싸움이. 그 아이 때문에 같이 기분 좋게 할 수 있는 상황에서도 누구 탓을 한다던가, 아니면 같이 하다가 서로 기분 좋게 의견을 조절을 하면서 해야 하는데 조절을 하지 않고 감정을 폭발을 하니깐 싸움이 많이 일어났어요. 기분 좋게 놀다가도 감정이 갑자기 확 ~~폭발을 하는 상황이 여러 번 생겼어요.

화가 날 때 분을 참지 못하고 심하게 표출했어요. 예를 들면 친구가 자신의 별명을 말했다고 청소를 하다 말고 대걸레로 친구 얼굴에 화장실 청소를 하던 물을 뿌리기도 했었고, 화가 나서 의자를 집어 던지고... 제가 얘기해도 흥분을 가라 앉히지를 못하니까.

- 괴롭힘, 남의 탓

ADHD 아동의 또 다른 특징이 자기 주장만 너무 많이 하고, 남의 탓을 하는 거예요. 그것이 옳지 않다는 걸 가르치기 위해서 너무 힘들었어요. 그 아이들은 모든 것을 '재가 그래서 그랬어요.'로 돌려 버려요. '네가 잘못된 걸 얘기하라'고 해도 '재가 그래서 제가 그런 거예요.'라고 말해요. 객관적으로 보면 ADHD 아이가 먼저 잘못을 했는데 무조건 다른 아이가 잘못했다고 하는 거예요. 그게 좀 심해요. 그리고 기분이 나쁘면 참지 못하고 금방 행동으로 옮겨요. 화가 많이 나면 주먹을 날리거나 물건을 집어 던지거나... 그런 아이들끼리 싸우는 게 힘들었어요, 산만한 아이들끼리요. 아이들이 참지를 못하니까 치고 박고 싸우고,

말이 너무 많고, 성격이 급하고, 뭘 참지를 못하고, 또 다른 아이들을 건드리고... 말을 아주 못되게 하고 아이들의 단점을 콕콕 찌어서 표현하고 그랬어요. 다른 아이들이 개 때문에 매일 우는 거예요. 좀 똥똥한 아이가 있으면 '야, 이 돼지야'라고 한다든지, 제가 봐도 속이 뒤집어질 정도로 다른 아이들의 별명을 단점만 딱 골라서 기가 막히게 지어냈어요, 아주 나쁜 쪽으로요. 수시로 돌아다니면서 아이들을 괴롭히는데, 달리기도 얼마나 잘 하는지...

2) 교사관계

보통 ADHD 아동의 성별은 남자 아이들이 많아요. 7:3정도 될 거예요. 여학생은 ADHD라기보다는... 크게 문제가 되지 않는 아이들었고, 자꾸 뭐라고 해주면 고쳐지고 그랬어요. 선생님이 지적하면 고쳐야겠다고 생각하고, 그 생각과 행동이 같이 갈 수 있어요. 그런데 남학생은 지적을 해도 금방 잊어버리고, 또 반복하고 그러죠.

ADHD 아동의 행동 같은 경우는 계속 반복이 되고 선생님이 얘기해도 고쳐지지 않아서 교사로서 한계가 느껴져요. 행동이 좋아지지 않고 1년 내내 계속 되풀이 되니까요. 보통 아이들 같으면 선생님이 얘기하면 좀 들으려고 하는데, 얘는 얘기를 해도 변하지가 않으니까 자제를 하거나 행동을 조절하는 게 좀 안 되는 부분이 있지 않나, 하는 생각을 했었어요.

수업시간에 ‘청소부 아저씨는 참 훌륭하시지? 얼마나 감사하니?’라고 하면 ‘그게 뭐가 감사하냐고, ‘그 사람 봉급 받잖아요.’라고 말했어요. 어머니 말씀에 따르면, 한번은 아이와 강화도를 갔는데 어떤 할머니께 ‘이 할망구가~’ 뭐라고 했나봐요. 이 할머니께서 아이한테 그 소리를 듣고 아이 엄마에게 ‘애 큰일이다, 교육 잘 시켜야지, 보통 문제가 아니겠냐’고 하실 정도였대요.

애들이 의욕이 없다고 선생님들은 생각하거든요. 아무 것도 안하고 있으니깐. 그냥 다른 짓만 하고 결과물은 아무 것도 없고, 그것에 대해서 선생님들은 힘들어 하시죠.

억울하다고 통과시켜 달라고 하더니, 혼자 분을 참지 못하고, 결국 다른 아이들이 양쪽에서 그 아이를 잡았어요. 제 물건을 막 집어 던지려고 하더라구요, 몇 개 집어 던졌어요, 교사용 책 같은 것들요. 저는 놀랐죠. 아니, 별 것도 아니고, 영어를 잘 하는 아이인데, 한 번만 더 해오면 충분히 잘 할 수 있는데 두 번째에 와서 무조건 통과시켜 달라고 때를 쓰더라구요, 아기들이 때를 쓰듯이. 세 번째에는 정말 분을 못 참더라구요. 깜짝 놀라서 ‘왜 그러냐’고 물어봤더니 무조건 통과시켜 달라고... 제가 맡아본 ADHD 아동은 대부분 성취욕이 강했어요. 공부에 대해서도 성취욕이 강한데 그것에서 좌절감을 맛봤을 때, 조금만 못해도 감정조절을 못하는 거죠, 화가 나는 거예요. 그리고 그런 아이들이 오히려 피해를 보는 경우도 많거든요. 피해 자체도 그렇겠지만 피해 의식이 많아요. 조금만 뭐 귀찮게 해도 굉장히 싫어하더라구요.

아이가 영어를 좋아해요. 그러면 영어 시간이 되면 선생님이 질문하기도 전에 실내화 벗어던지고 이 쪽 저 쪽으로 왔다 갔다 하면서 자기가 아는 내용에 대해서 참지를 얹어요, 그 순간을. 다른 친구들은 자기 차례가 됐을 때 선생님이 질문을 하면 그걸 얘기하잖아요, 애는 그 상황을 기다리지 못하고 자기가 알기 때문에 흥분되니까 무조건 일어나서 행동을 하는 거예요. 그 학생이 영어를 잘하고 좋아하는데도 불구하고 항상 눈에 띄고 오히려 힘들었어요.

나. 부주의 및 과잉행동 관련 문제 행동

1) 부주의 (주의집중 안됨 등)

아이는 준비물 하나도 안 가져오고 알림장을 안 쓰고 일년 내내 계속 그랬어요. 알림장을 쓰지도 않고 항상 끌쪄고, 수업 태도를 떠나서 그 아이는 밥을 안 먹었어요. 약을 먹으면 밥맛이 떨어진다고 하더라고요.

학교 수업을 잘한다고 볼 수 없는 없었지만 제가 볼 때 머리는 좋은 아이인 것 같아요. 수학 같은 것도 이해는 빨라요. 연산도 빠르게 할 수 있는데 집중을 하지 못해서 계산을 틀리게 해요. 수학 말고는 다른 것은 말하는 능력이 필요한데 수업시간에 발표를 시키면 참여는 적극적으로 하는데, 시키면 엉뚱한 대답을 해요. 시키면 끝도 없이 말을 하고 싶어 해요. 발표를 할 때 중지를 시키니까 자존감이 낮아지는 듯 했어요. 애들도 그 아이한테 “너 말하지마.”라고 하고요.

그래도 학년 초에는 암산 같은 것은 잘 했는데 학년 말 갈수록 못했어요. 시험일수록 더 못했구요. 집중하는 시간도 가만히 앉아서 뭘 하는 시간이 5분도 안되고, 딱히 돌아다니지는 않아도 계속 뭔가를 해서 옆에 있는 짝은 6주 동안 힘들어 했어요.

인지적 능력이 떨어지는 건 아님에도 불구하고 집중력이 부족하고, 공부에 흥미가 없어요. 집중력이 떨어지고 가만히 있지 못해요. 학교여서 더 그럴 수도 있어요. 아동들을 지도할 때도 집중력이 떨어지는 문제가 가장 힘들어요. 집중력이 많이 떨어지고, 자신의 몸을 어떻게 할 줄 모르는 정도지 아주 힘든 아이는 아니에요. 힘든 아동들은 정말 소리 지르고 난리를 치는 경우도 많은데 그 정도까지는 아니에요. 그래도 집중력은 많이 떨어져요, 장난도 잘 치고, 놀 만 짓을 해요. 그러니까, 집중하는 시간이 굉장히 짧아요.

(아동이 집중하는 순간이 있다면) 주로 자기가 좋아하는 것을 할 때예요. 밥을 먹을 때, 밖에 나가서 놀 때, 자기가 하고 싶은 것을 할 때 등등이요. ‘빨리 하라’고 야단이나 지적을 하면 그때도 잠깐 집중을 하는데, 집중하는 시간이 아주 짧아요. 시키는 것을 하고 있다가 금방 돌아서죠, 5분도 안되요, 한 2~3분? ... 문제를 풀고

있는 순간에도 집중을 못하고 흥미 자체가 없어요. 그나마 나가서 활동하는 체육이나 그림을 그리는 등의 일을 좋아하는 것 같아요. 그러니까 자발적으로 할 수 있는 것을 좋아하고 반면 시켜서 하는 일은 그게 뭐든 오래 못가요. 밖에서 뛰어노는 활동 외에 앉아서 집중하는 시간을 굉장히 짧아요.

문장을 읽고 파악하는 게 다른 아이들에 비해 많이 떨어져요. 수학 같은 경우도 기초적인 계산문제는 할 수 있지만 그것을 문장제로 길게 문제를 내면 끝까지 읽고 파악하는 것을 어려워하더라고요.

2) 과잉행동 (몸을 가만히 있지 않음)

성적은 상위권이었어요. 중위권에서 상위권이고, 인물도 좋았고, 다 좋은데 그럼에도 불구하고 산만하기가 말도 못했어요. 그리고 너무 말이 많아서 제가 무슨 말을 할 수가 없었어요. 설명을 하려고 하면 갑자기 '선생님'하면서 불쑥 질문을 하기도 하고, 자꾸 말을 끊는데, 혼을 내도 소용이 없었어요. 자기도 모르게 말이 튀어나오는 것 같았어요. 이렇게 말이 많은 게 선생님 입장에서 너무 힘들었어요.

그런 아이들은 대체적으로 빨라요, 정신이 없이 돌아다녀요, 막. 금방 화장실에 나가있기도 하구요, 그걸 못하게 하느라 힘들었죠. 체육시간에는 아주 1등이에요. 마라톤이나 학급경주 이런 데에 선수로 나가구요. 그리고 ADHD라고 해서 자신감이 없고 발표를 못하고 그러지 않아요, 오히려 매번 발표를 많이 하는 아이들이죠, 충동적인 게 심해서요. 그 중 한 아이는 말도 유난히 많고 눈도 한 곳에 두지 못하고 막 깜빡깜빡 하고 그랬어요. 좀 참아보라고 하면 막 뭐라고 하면서 돌아다니고요.

옛날에 2학년을 맡았을 때 완전히 ADHD라고 볼 만한 학생이 한 명 있었어요. 학교에서도 유명한 아이였는데 언젠가 그 아이가 없어진 거예요. 한 두 시간 있다가 다시 교실로 왔더라고요. 알고 봤더니 그냥 학교 밖에 오락실에서 오락을 하고 있었다는 거예요. 저한테 많이 혼이 났어요. 그런데도 몇 달 후에 또 없어졌어요. 이번엔 화장실에 있었다고 했어요.

그 아이는 음악을 틀어주면 그야말로 광분해요. 너무 좋아해요. 그때 당시 플래시동요 같은 게 유행했었는데 틀어주면 모든 아이들이 좋아하는 하죠. 그래도 그 학생

처럼 막 춤 추고 가방을 기타 삼아서 흉내 내고 그러지는 않잖아요. 하여튼 막 노는 거, 특히 음악, 춤 같은 걸 굉장히 좋아했고, 공부는 잘 하지 않았어요.

보통 손을 가만히 있지를 못해요. 연필이나 지우개, 기타 등등 손에 닿는 물건들을 가만히 두지 않아요. 또는 딴 생각을 하거나, 멍하게 다른 곳을 보거나 옆 친구와 자꾸 이야기를 하고 말을 건다거나, 장난 친다거나...

수업시간에 돌아다니지는 않고, 주로 앉아서 꼼지락거리거나 친구와 이야기를 하는 정도. 그리고 자기 할 일을 하지 않는 것, 지적은 안 하면 거의 안 한다고 봐야죠, 다른 생각을 하거나 그러다가 지적을 하면 퍼뜩 생각났다는 듯이 한다고 하다가 또 그러고요.

선생님 말을 끝까지 듣지 않고 제가 말하는 중간에 끼어들어서 자기 이야기를 하는 경우가 많았고, 대화 내용을 길게 하면 대화 내용을 끝까지 듣지 못하니깐 선생님이 한 이야기가 모르는 경우가 많았어요. 모둠 활동 중에서 다른 사람 이야기를 할 때 수업 중에 끼어드는 등 모둠 활동을 어려워하는 경우가 많아요. 다른 아이들도 불편해하고, 활동이 원활하게 안 이루어지니깐 많이 힘들어하는 경우를 봤어요. 같이 의견을 나누지 않고, 친구 이야기를 들어주지 않고 그냥 불쑥불쑥 끼어들어서 자기 하고 싶은 이야기를 하거나, 모둠 활동을 할 때 집중하지 못하고 다른 모둠 활동을 참견하거나 방해하는 경우가 많아요. 아니면 옆에 친구와 장난만 치는 경우가 많아요. 그래서 그 아이랑 같이 모둠활동을 하면 원활하게 안 이루어지니깐 다른 친구들이 화를 내는 경우가 많아요.

일단 수업시간에 집중을 못하니깐. 계속 주변에 것을 끊임없이 가지고 와서 만지거나, 지우개를 쪼개고 있거나 이런 식으로 산만한 행동을 하고, 이야기를 할 때도 저를 쳐다보지 못하고 시선을 다른 곳으로 돌리고 그러니깐 수업 집중을 못하니깐 본인도 학업이 어렵고 다른 아이들에게 방해를 주니깐. 다른 아이들 물건을 뺏어와서 만지거나 뒤를 자꾸 돌아보거나, 이런 식으로 수업을 방해하니깐 다른 아이들도 조금 방해받는 것 같아요. 개별 활동시간에 계속 서서 뒤를 돌아서 장난을 걸거나, 아니면 일어나서 돌아다니거나, 이런 식의 행동들을 많이 해서 수업을 방해하죠.

보통 설명을 5분 정도 설명을 한다고 하면 이 아이들은 2분 듣다가, 눈이 금방 다른 곳으로 가고, 1~2분 듣다가 다른 곳으로 가는 것 같고, 개별 활동을 할 때도 10분 정도 혼자서 한다고 하면 5분이 못 되어서 옆에 친구에게 장난을 치거나, 아니면 뒤를 돌거나, 저학년 같은 경우는 일어나서 다른 곳으로 간다거나. 저학년은 교실에서 돌아다니고 그런 일도 자주 있어요. 제가 교실에 있어도 집중하고 앉아 있지 못해요. 목에 관계없이 미술활동을 하다가도 일어나서 가고, 한 가지 과제를 끝까지 하지 못하고 중간에 일어나는 경우가 많았어요. 체육 시간에도... 예를 들어 줄넘기 운동을 할 때 선생님이 정해진 구역에서 줄넘기를 하는 것이 아니라 또 하다가 뛰어가서 저 끝에 가서 혼자 친구들 데리고 가서 놀고 있거나.

3) 약물관련 증상

약 먹을 때는 좀 안쓰러워요. 계속 기가 죽어 있으니깐 안쓰럽더라구요. 다른 아이들에게 집적거리거나 하지는 않는데 의욕 없이 계속 혼자 있고 그래요. 그리고 약도 여러 가지여서 그 중에 맞는 게 있다고 하는데 그런 게 또 너무 비싸잖아요. 놀이치료 같은 것도 엄청 비싸다고 그러더라구요. 그 아이 어머니 말씀으로는 아이한테만도 천 단위 넘게 쓴다고 하시니까요.

약을 먹고 오는 날과 먹고 오지 않는 날의 차이가 굉장히 뚜렷했어요. 약을 먹고 온 날은 선생님이 하라는 것도 잘 하고, 차분하고, 다른 친구들과도 다툼이 없었어요. 약을 먹지 않은 경우에는 책상 위에 자기 책을 다 쌓아놔서 정신이 없고, 그 아이의 주 특징은 학용품을 다 꺼내놓고 그걸 하루 종일 계속 만지는 거였는데 약을 안 먹는 날은 아침부터 저녁까지 거의 다 그래서 수업에 집중하지도 못할 뿐더러 눈은 선생님을 보고 있지만 눈동자는 항상 여기 저기를 향하고 있었어요.

2. ADHD 아동의 문제행동에 대한 교사들의 대처방식

가. 사회성 측면에 관한 대처

1) 또래관계

1학년 때는 그 선생님은 나중에 혼자 앉게 했었대요. 저는 그것은 못하겠고 짝은 있었어요. 그 때 남자 아이들이 많아서 남자남자하는 짝 하는 아이들이 있었는데 그 아이는 남자남자 짝은 안 시켰어요. 짝은 6주에 한 번씩 바꾸는데 교사인 제 마음대로 바꿔주기 때문에 전체적으로 소외되거나 하지는 않았죠. 그래도 그 아이와 짝이 된 아이는 괴로워했어요.

아이들이 ADHD 아동과는 짝은 하지 않으려고 하는데 저는 그래도 다 같이 앉혔었어요. 그냥 싫어해도 양전한 아이와 ADHD 아이를 같이 짝으로 앉히고 그랬죠. ADHD 아동끼리 앉으면 안 되니까요. 그런 부분은 아이들을 타이르면 되요.

친구들과 싸울 때 충동적이 되거나 할 때는 자리에 앉아있는 걸 시켰어요. 손을 깎지 끼고 있다거나 물건을 자꾸 만지지 않기, 옆에 아이 건드리지 않기 등 주로 집중할 수 있게끔 시켰어요. 그리고 잘 하면 따로 보상을 하기도 하구요. 그런데 교실에서는 애네만 따로 하기는 좀 그렇잖아요. 그러니까 전체 아이들과 다 같이 하는데, 뭐, 하루에 3번 이상 안 걸리면 상을 준다, 그런거요. 그러면 또 이 아이들은 보상을 잘 못 받아요. 반면 다른 아이들은 막 받으니까 그럴 때는 어떻게 하나면 '어제보다 나아진 아이에게 상을 준다'고 해요. 그러면 ADHD 아동도 할 수 있잖아요. '아~ 너는 어제보다 좋아졌구나.'하면서 칭찬을 해줘요. 첫째로는 사기를 올려줘야 하거든요.

독서도 많이 시키고... 주로 인성교육을 시키죠. 친구가 아팠을 때 어떻게 해야 하고, 친구를 때렸을 때는 어떻게 되고, 반대로 네가 맞았을 때는 어떻게 등 인성에 관한 부분을 계속 얘기해주는 거예요. 다른 사람을 배려할 수 있는 마음을 가지도록 따로 불러서도 계속 얘기해주고, 전체적으로 가르칠 때에도 얘기해주고 그래요.

또래관계에서 문제가 생겼을 경우에는 이 아이와 상대방 아이의 이야기를 같이 들어보거든요. 항상..... 상대방 아이가 저한테 이야기 할 때도 자기가 기다리지

못하고 먼저 끼어들어요. 그러면 "너는 기다려야한다. 친구가 먼저 선생님한테 말하고 나면 너 이야기를 들어줄 거야." 그렇게 해서 같이 서로 대화를 나눌 수 있게 해서 양쪽 이야기를 들어본 다음에 네가 잘못된 것은 무엇이 있는 것 같니? 두 아이가 잘못된 것을 찾아보도록 하고 서로 화해하게 한다. 같이 이야기를 하다보면 자신의 잘못된 부분을 찾게 되니깐 내가 그런 점에서 잘못된 것 같다. 아직은 어리기 때문에 그런 부분에 대해서는 인정을 잘 하는 편이었어요.

그 아이도 자신의 문제를 극복하려고 나름 부단히 애를 썼는데 그래도 작은 일에도 쉽게 빠져서 다른 친구들이 재미있게 놀고 있는데 혼자 구석에 나동그라져 있곤 했어요. 그럴 땐 정신이 나가있는 것처럼 자세도 바르지 않구요, 저는 그럴 때 처벌을 주기보다는 바로 앉으라거나 하면서 행동을 좀 정렬해주고 추스려 주려고 했어요. 빠질 때 나오는 이상한 행동도 좀 고쳐주면서요. 그러면서 물론 빠지기는 하는데, 감정은 그래도 횡수도 훨씬 줄어들고, 일탈행동을 보이는 것도 확실히 줄었어요. 그리고 빠지기 직전에, 제가 좀 신경을 써줬구요. 예를 들면 조별활동을 할 때 그 아이가 원하는 역할이 있다 그러면 얘기를 하죠. '너무 욕심내지 말고, 그래도 정말 하고 싶은 역할이 있으면 친구들에게 부탁조로 얘기를 하라. 그러나 너무 혼자만 하면 친구들이 싫어할 수 있다.'고 미리 자세하게 수업 안내를 해주고 제안하거나 암시를 해주는 거죠. 그런 식으로 해나가니까 아이도 좀 덜 빠지고, 빠지게 됐을 때도 자기가 잘못을 한 거라는 걸 좀 인식하는 것 같더라고요.

제가 '피해자 진술서' 형식을 간단하게 만들어서 혹시 누군가 피해를 본 게 있다면 이 형식에 구체적으로 써서 내라고 했어요. 그러면 우선 선생님께 이르는 방식의 행동이 줄어들어요. 쓰기 귀찮아서라도 봐줄 건 봐주고요. 그리고 가장 좋은 건, ADHD 아동이나 그 아동의 주변에 있는 아이들은 흥분을 터트리길 원하는 상태거든요. 제가 봐도 터지기 일보 직전이에요. 그런데 그런 아이도 규칙과 형식이 있으니까 그걸 적더라고요. 일단 앉아서 피해상황 적은 걸 저에게 주는데, 그런데 벌써 그걸 쓰는 사이에 이 아이의 감정이 잠재워져 있어요. 오면 '네가 피해를 많이 봤구나. 선생님이 이걸 확실하게 지도해줄게.' 하면서 실제로 지도해주는 경우도 있고, 아이가 잊어버리는 경우도 있고, 또 용서를 해주는 경우도 있고... 이런 식의 방법들. 그리고 그런 아이들이 오히려 피해를 보는 경우도 많거든요. 피해 자체도 그렇겠지만 피해 의식이 많아요. 조금만 뭐 귀찮게 해도 굉장히 싫어하더라고요.

그럴 때 피해를 입으면 애가 원하는 방식을 정해논 게 몇 가지 있어요. 친구가 와서 사과하기라든지 서로 각서를 쓴다든지 그런 것들로 아이의 화를 풀어줄 수 있게 해주니까...

2) 교사관계

그 아이가 자꾸 혼나서 기가 죽으니깐 좀 혼 안내려고 했는데 다른 아이들 때문에 그것도 어려웠던 것 같아요.

선생님 말에 토달고, 선생님 말을 끊어버리는 경우에는, 딱 말을 하죠. '선생님 말 끝나고 말 해. 다른 아이들이 수업을 들을 수가 없잖아.' 좀 카리스마 있게 해야 해요. 혼을 낼 때는 아주 딱 부러지게 혼내야 해요. 그러면 또 어떨 때는 입을 꼭 다물고 있어요.

대화를 나눠보면 그 아이들은 금방 시선을 돌리거나 대화를 지속적으로 못하기 때문에 선생님 눈을 잘 쳐다보고 이렇게 끝까지 얘기 듣고 대답할 수 있게. 대화하는 방법, 말을 듣는 방법. 이런 것을 가르치거나, 개별지도가 필요한 것 같아요. 대화하는 방법을 가르쳐 줄 때는 오늘에 있었던 일에 대해서 먼저 본인의 행동을 처음부터 끝까지 얘기를 해보라고 해요. 그러면 그 아이들이 말을 하면서 시선을 마주치지 못하고 계속 조금 이야기 하다가 눈 돌리고 할 때 저를 계속 쳐다보게 하고, 그리고 이야기를 할 때 차례대로, 아이들이 성급하게 뭔가를 하려고 하니깐 말에도 실수가 많은 편이어서, 말을 차근차근. 숨 쉬고 차근차근. 이렇게 훈련을 해 주고 저학년 같은 경우는. 아니면 짧은 글을 읽고 책에 있는 내용을 제가 묻고 아이가 답하게.....집중력을 가지고 아이가 읽고, 아니면 제가 들려주는 이야기를 끝까지 듣고 거기에서 답을 찾을 수 있도록 질문을 주고받죠. 그렇게 저하고 단둘이 있으면 아이들이 없는 상황이니깐 산만한 상황이 줄어들고 산만한 상황이 줄어들어 드니깐 집중을 하는 것 같아요.

1:1로 지도를 하면 전체 함께 할 때보다는 제가 덜 스트레스 받아요. 전체적으로 할 때 이 아이가 못하더라도 넘어가고 나중에 따로 불러서 같이 하고 넘어가면 일대일로 이야기 할 때는 아이도 집중을 조금 더 하는 것 같고, 저도 이 아이한테 더 집중해서 케어하니깐 괜찮은 것 같아요.

나. ADHD 증상에 관한 대처

1) 부주의할 때

부모님한테 이야기하고 준비물 안 가져오니깐... 그 아이를 남겨놓고 여러 번 이야기 했어요. 근데 제 이야기를 이해를 못하는 건지, 알았다고 해도 아는 게 아니라... 자기 통제가 안 되니까 그 시점에서는 자기 마음대로 하는거죠. 알림장 같은 경우에도, 저학년은 선생님이 꼭 확인을 해요. 늦게라도 적게 하는데 문제는 알림장을 적는 것도 제가 자세히 적어주면 그 아이는 마음대로 적어요. 길게 적는 것을 싫어하는 거죠.

집중력 훈련으로 아이들에게 동기 부여를 하는 효과를 많이 보려고 했었어요. 그러니까, 집중을 하면 칭찬을 해주고, 집에서요. '내가 집중을 하니까 칭찬을 받더라'는 것. 그런데 담임이 아니면 힘들겠더라구요. 그 아이들을 봐가면서 하루 종일 계속해서 지도해야겠더라구요. 왜냐하면 그 행동이 나올 때마다 뭐라고 해줘야 반복 학습이 되니까요. 한 달인가, 한 달 보름인가 해서 아이들이 많이 잡혔어요. 그런데 그렇게 할 때는 좋았는데 몇 개월 지나니까 본색이 또 나오는 거예요. 그걸 계속 몇 달 하면 좀 괜찮겠죠.

기존에 프로그램이 있어서 그것을 활용했어요. 집중력 훈련이 재미있게 구성돼 있어요. 이런 걸 하는데, '내가 지금 무엇을 하고 있나'를 스스로 질문하면서 행동하는 거예요. 자기가 자기에게 묻고 대답하는 거죠. 그 다음에 체크를 해서 자기 스스로를 평가해요. 이걸 표로 만들어서 잘 했을 때는 상도 주고요. 그렇게 하면 재미있어요. 그리고 ADHD 아동 먼저 하고, 그 후에 학급 전체에 한 번 해보는 거예요. 그럼 ADHD 아동은 먼저 한 번 해봤으니까 자기들이 잘 하잖아요. 그러니까 '아, 내가 엄청 잘하는구나. 내가 우리 반에서 잘하는 편이네.'하면서 자신감이 생겨요. 자신이 생기면서 집중력을 잘 잡으려고 하고, 그걸 계속 반복하면 이제 전체 아이들까지 좋아져요.

집중하지 않고 있으면 계속 지적하죠, 너 이거 했냐, 고도 하고, 정 안되면 여기와 앉아서 같이 하자고 하기도 해요. 그래서 제일 앞자리로 격리하기도 하고 제 손

에 닿을 수 있는 자리에 앉히는 거? 제가 계속 그 아동에게로만 갈 수는 없으니깐요. 한 시간 내내 계속해서 조용히 하라고 얘기해야 해요. 소수의 인원이 아니라 30명의 인원을 지도해야 하기 때문에, 환경 자체가 그래요.

긴 문장을 힘들어하기 때문에 끊어서 이야기 해주고 읽어주고 이런 식으로 나누어서. 다른 아이들은 전체로 주더라도 이런 아이들은 짧게 해서 이만큼 해오렴.

2) 과잉행동을 보일 때

ADHD 아동의 특징이 손을 너무 많이 움직여요. 자기 손을 어떻게 할 줄을 몰라서 필통 만졌다, 책 만졌다, 또 다른 걸 했다가 그러거든요. 이럴 때 저는 책상 위에 아무것도 없게 만들고 나서 손을 각지 끼라고 해요. 절대 풀지 말라고. 그러면 딱 정자세로 있어요. 이렇게 하루에 세 번 이상 걸리지 않으면 표로 보상을 줘요. 아이들은 어리니까 그 보상을 얻기 위해서 행동이 너무 좋아지죠. 아이들에게는 반복과 성취수준을 높여주는 작업이 병행돼야 하는 것 같아요. 그렇게 하면 학습에서의 성취도 많이 좋아지구요. 수업 태도가 좋아지니까 학습 성취도가 높아질 수밖에 없겠죠.

거의 대부분은 이제 앉으라고 자꾸 이름을 불러서 “앉아라, 앞에 보라.” 이렇게 얘기를 하게 되고, 특별히 그 아이를 위한 활동을 주기는 어렵고 지적을 많이 하죠. “집어넣어라. 책상위에 책 외에 불필요한 것은 꺼내 놓지 마라.” 이런 얘기를 수시로 하고, 정리를 해라. 그런 아이들은 책상 위에 물건에 다 올려놓고 이것 만지고 저것 만지고. 이런 아이들이 많기 때문에 항상 정리해라~~필요 없는 것은 다 집어넣어라. 하죠. 조금 있으면 또 다른 것을 꺼내어 또 장난하긴 그러나. 그냥 지적하지 않고 제가 치우거나 말없이…….그런 경우도 많죠. 아니면 그냥 어떤 경우에는 앞에 불러서 제 옆에 두고 할 때도 있고.

그 아이들은 전체 속에서는 자기 할 일을 끝까지 못하는 경우가 대부분이기 때문에 주로 쉬는 시간이나 아니면 끝나고 나서 저랑 1:1로 공부 못했던 것을 하든지 그랬어요.

3) 폭력성을 보일 때

폭력적이거나 이런 부분은 힘으로, 제가 남자고 아직 젊고 하니까 막 누르는 거예요. 개네들은 힘이 기준이기 때문에 그런 건 힘으로 제어해야 해요. 내가 저 선생님을 이길 수 있다, 없다, 이런 것 때문에 아이들이 막 대들기도 하고 그래요. 예전에 말았던 그 아동은 뭐가 자기 마음대로 안 되면 막 날뛰기도 하고, 엄청 대들었어요, 그때마다 막 야단치고, 때린다고 하고, 실제로 손바닥도 때리고 하면 그게 무서우니까 계속 억누를 수가 있는 거예요. 혼이 나거나 처벌 받을 것이 두려워서요. 그렇게 했어요. 그 방법밖에 없었어요.

다. 그밖의 대처방법

1) 부모와의 연계를 통한 대처

‘책상에 그냥 앉아있기’, ‘아무것도 하지 않고 20분 동안 독서만 하기’ 이런 훈련을 하잖아요? 이런 걸 하면 숙제를 내주고 엄마한테 도장을 받아오게 해요. 뭐, ‘30분 앉아있기’ 이런 걸 하고 엄마한테 도장을 받아오는 거죠. 그러면 어머니들이 아이가 너무너무 좋아졌다고, 예전 같으면 아이가 책상에 5분도 못 앉아있는데 이제는 30분씩 앉아 있다는 거예요. 그런 걸 하면서 아이들이 자신의 충동성을 억제시키는 훈련을 하는 거죠.

공통적으로 오래 남아있는 걸 싫어해요. 학원가야 한다고 막 거짓말을 하기도 하구요. 가장 효과가 있는 건 어머니를 오시라고 해서 어머니 얘기를 꼭 들어요. 그리고 어머니께 엄마가 할 수 있는 프로그램을 드려요. 책이 있으니까요, 그걸 참고해서 드려요. 예를 들면, 첫째, 가족회의를 시작할 것. 가족회의를 할 때는 이렇게 이렇게 얘기를 하라고 시켜요. 그리고 둘째, 아이에게 잔소리 하지 말 것. 집에서는 엄마가 아이를 관리하고 학교에는 제가 또 아이를 체크하잖아요, 그리고 엄마를 학교로 모셔서 제가 체크한 것을 드린 후 엄마가 체크한 것도 보고, 오늘은 이걸 한번 해보라고 권해드리고. 오늘 가족회의 때는 이런 걸 해보면 좋겠다고 하면 그 어머니는 또 그렇게 하니까 가족이 좋아졌다고 하시더라구요.

도움 반에서 있는 프로그램 같은 것을 혹시 같이 해 볼 의향이 있는지 부모님들한

테 먼저 의견을 물어봐야하니깐……. 저희 마음대로 보낼 수는 없거든요. 저희 학교에서도 모래 치료, 미술 치료를 하는 프로그램이 있는데 엄마들한테 양해를 구하고 가능하면 프로그램을 참여해봤으면 좋겠다. 라고 이야기를 해서 만약에 엄마가 허락을 하면 프로그램을 참여하게 하는 방법이 있었어요.

약물치료도 받았었어요. 좀 차분해지더라구요. 분노 조절도 되기는 됐었는데 완전히 치료되지는 않았었던 것 같고 그 이후로도 막 싸운다거나 의자를 던지는 등의 사건이 몇 번 있었어요. 한번은 도저히 말려지지 않아서 어머니를 오시게 했었어요, 가까이 사셔서. 그때 어머니께서 아이가 난동을 부리는 장면을 직접 보신 거예요. 심각성을 아셨었죠, 그리고 나서 진단을 받았던 거니까. 어머니가 직접 경험을 하게 해드린 거... 저도 어쩔 수 없이 부른 거예요.

학부모님과도 미리 협조체계를 딱 마련해놓고 여차하면 오실 수 있도록요. 그런 아이들 중에는 부모님이 관심을 가져주지 못하는 경우의 아이들이 많구요. 때문에 평상시에 부모님께서 사인을 해주시는 기회를 많이 가지도록 해서 부모님이 아이의 숙제한 것을 보시고 ‘네가 잘 했구나’하는 교감을 하시고, 한 마디 말씀이라도 건네 주실 수 있고, 좀 관심을 가지실 수 있도록 해 드려요. 부모님이 항상 선생님과 같이 있다는 느낌, 부모님이 선생님 편이다, 하는 그런 느낌을 받을 수 있게 좀 심어 주면 아이들이 선생님을 잘 따라요.

2) 보상/벌을 통한 대처

저는 주로 벌점을 주는데 뭐, 다 비슷해요. 벌점 등을 조별로 하는 경우도 있어요. 그래서 체크를 해요, 예를 들면, 몇 번 이상 걸리면 반성문을 써야 한다거나 하는 식으로 규칙을 정해요. ADHD 아이들도 벌점을 준다고 하면 바로 행동을 그만 두고... 오래 못 가서 그렇죠. 조별로 1등을 하면 점수를 더 주거나 자유시간을 준다거나 하기도 하구요. 먹을 것이라던지 하는 물질적 보상을 저는 좋지 않다고 보기 때문에. 뭐, 그렇게 하면 효과가 크기는 해요. 가끔 말로 칭찬을 하기는 하죠. ‘잘 하네’, ‘어, 잘 했다’라는 말이요. 그냥 좀 못 그랬어도 그렇게 얘기해주면 빈 말 같이 들리기도 그러나 그 자체가 아이들에게는 의미가 있는 것 같아요.

저희가 따로 이런 아이들을 가르치는 방법은 특별히 나온 것은 없어요. 그 아이를 30명 속에 넣어 두면 거의 자신의 일을 못해요. 제가 일대일로 만나지 않으면 자신의 할 일 못하고 계속 산만하고, 계속 떠들고, 주로 옆에 두거나, 남겨서. 주로 많이 하고요, 너무 아이의 행동이 산만해 지면 옆에 앉아서 벽을 바라보게 해서 감정을 조절시키거나…….그 정도…….그냥 주로 제가 하는 방법은 격리방법 인 것 같아요. 혼자서 무엇인가 할 수 있도록.

그런 아이는 선생님과 되도록 가까이 있도록 하고, 창이나 문이 있는 쪽보다는 안쪽에 앉히는 것이 좋고, 매일 알림장 같은 것을 통해서 부모님과의 연계를 강조하더라구요. 저는 또 자리를 자주 바꿔주지 않고 컴퓨터 프로그램을 통해서 자리를 공평하게 바꾼다고 했어요. 학기 초부터 전체적으로 혼란성을 줄이고, 다투지 않도록 학교폭력 법 등을 예로 들어가면서 분명하게 규정을 알려 줬어요. 그걸 어겼을 때는 어떻게 한다고도 알려줬는데, 뭔가 잘못했을 때는 심한 벌이 아니라 '다음에는 친구와 싸우지 않겠습니다'를 그냥 쓰게 하는 등의 아주 가벼운 벌칙을 줬어요. 그렇게 하니까 아이도 한 번 쓰면서 마음을 다잡고, 저는 저대로 아이가 그것에 상응하는 벌을 받았다고 생각이 되니까 화가 덜 나더라구요. 아이가 자신의 잘못을 인정했고, 그것을 손으로 쓰는 과정을 통해 아이들도 수용할만한 가벼운 댓가를 치뤘고, 저 역시 흥분해서 아이를 잡게 되지 않는다고 해야하나? 그러니까 좀 낫더라구요.

3) 교칙을 분명하게 정함으로서 대처하기

감정조절이 어려운 아이들에게는 어떤 학교 교칙이 분명히 있고, 그걸 지키지 않았을 때는 어떤 벌칙을 받게 된다는 걸 명확하게 알았으면 그 아이에게 도움이 되었을 텐데, 규칙이 반마다 다르고 동일하게 적용되지 않으니까 오히려 혼란스러웠던 것 같아요.

그러니까 물리적인 환경에서도 틀을 주고, 지시 내용에서도 분명한 틀을 주는 거예요, 매번. 아무리 작은 벌칙이라도 인식을 하고 일관적으로 하는 게 중요해요. 그 다음에 중요한 건, 숙제를 내주면 항상 검사를 해요. 아이들도 선생님께서 반드시 검사를 하실 거라는 걸 알아요. ADHD 아동은 욕구는 엄청 많은데, 학업 성취도는

낮거든요. 그 욕구가 좌절되니까 공부도 하기 싫고 친구들과도 싸우고 그러는 건데 제가 그런 식으로 잡아주니까, 숙제도 항상 해오게 하고 부모님께 검사도 받도록 하니까, 아이들이 성적을 오르잖아요. 성취를 맛보는 거예요. 공부를 해야겠다, 차분하게 앉아있어야겠다는 마음이 드는 거죠. 또 애초에 흥분하지 않도록 해놔요. 지금 종이 울렸으니까, 저희 반 아이들은 줄 맞춰서 내려올 거예요. 이게 충동을 못 참아서 그런 거거든요. 전체적으로 조용하고 정숙하고 질서를 지키도록 했어요.

3. 프로그램 개발 요구

가. 사회성 측면에서 필요한 프로그램 내용

규칙에 관한 부분이 필요하지 않을까. 어른과의 관계에서든 친구와의 관계에서든 어떤 규칙과 약속을 지키는 것이 사회성의 기본일 것 같은데요. 예를 들어 어떤 사람이 말하고 난 다음에 내가 말을 하는 문제 같은 거요. 시도 때도 없이 말을 하니까, 다른 사람이 한 말이 끝난 후에 말하는 걸 못해요, 자기가 하고 싶은 말이 생기면 바로 바로 말이 튀어나오거든요. 수업시간에도 손도 들지 않고, 뛰, 놀이공원에 대한 이야기가 나오면 ‘선생님 저 놀이공원 가봤어요.’ 이런 식이에요.

네, 그렇죠. 아, 자기 것을 나눠주는 것들을 해주면 좋을 것 같아요. 그런 배려 같은 것도 훈련할 수 있으면... 베푸는 거, 아깝지 않다고 느끼는 거, 먹을 거 같은 것을 주는 거, 이런 것들이요.

일단 집중력 향상 부분이 들어가야 할 것 같구요, 사회기술적인 부분에서는 상담 등을 통해서 ‘남에게 피해를 끼치는 일은 왜 안 좋은 것이다’를 스스로 깨우치게 해주고, 그것을 행동으로 옮겼을 때 칭찬으로 보상해주는 일을 계속 반복하는 게 중요한 것 같아요. 그리고 동화 같은 거 있잖아요, 사회성 같은 걸 알려주는 동화들. ADHD 아동이 다른 아동을 때렸다면지 그러면 그런 동화를 읽히는 거예요. 그럼 거기 그런 얘기들이 나와요, 맞은 친구의 마음은 어땠고, 얼마나 아팠고 하는 것들이요. 그걸 읽고, 읽고 난 후 거기에 대해서 얘기를 해주고, 남을 배려하게끔 해줘요. 이렇게 깨우쳐 주고 행동하게끔 해주고 강화 시키는 이런 방법 밖에 없지 않겠나, 생각해요. 예를 들어 체육시간에 그 아동에게 대장을 맡게 한다거나,

그러다가 개가 짜증을 내거나 하면 그날은 체육을 못하도록 벌을 주는 거예요. 잘못을 했을 때는 아주 따끔하게 혼내주는 것도 중요해요.

사회성 부분도 웬만한 것들은 다 학습, 국어나 사회 같은 것 안에 들어갈 수 있다고 생각해요. 기존 교과에 있는 내용을 비슷하게 추려서 거기에 사회적인 부분이 함께 들어가는 거예요. 포장만 잘 해도 괜찮을 수 있지 않을까 생각해요. 학부모님들도 교과에 들어가는 내용이라면 훨씬 좋아하세요. 그냥 치료가 아니라 국어와 연계된 무엇무엇이다, 그러면 아동들도 내가 치료를 받는 게 아니라 수업을 한다고 받아들일 수도 있잖아요. 그냥 부족한 부분을 나머지 공부하는 것이다, 라고요. 사회성으로 보면 도덕이라는 과목이 다 그 내용이잖아요. 충분히 교과안에 다 들어갈 수 있고, 그렇게 포장할 수 있는 것 같아요. 애들한테도 그래요, 이번에 책에 나오는 그 내용을 배웠지 않느냐, 얘기하면 좀 접근이 쉽죠. 따로 치료하는 것이 아니라 수업시간에 배운 걸 한 번 더 생각해보자. 학교에 보충학습, 심화학습, 그런 걸 활용해서 '사회성 심화학습'이라고 이름을 붙인다던가...

감정을 조절할 수 있는 프로그램이 있으면 좋겠어요. 특히 그런 아이들의 경우가 감정기복이 심하고 친구들과의 교우관계를 배울 수 있는 것.

친구와의 이야기도 잘 안 되는 것 같아요. 애네들이... 증세는 보통은 다... 아무튼 작년 같은 경우 계네들은 친구와 말을 하거나 어울리거나 그런거에 다 부족했던 거 같아요.

나. ADHD 증상과 관련하여 필요한 프로그램 내용

제가 공부했던 특수교육 교재인데요, 집중을 잘 할 수 있게 하기 위한 방법들이거든요. 이런 거 하면 좋을 것 같아요. 그림도 좀 많이 활용하고, 아이들이 그림을 참 좋아하거든요. 그러나 학교는 같은 시간에 같은 것들을 다뤄야 하기 때문에 재미있게 하기가 쉽지 않아요. 한 학생에게만 신경을 쓰거나 다르게 가르쳐줄 수도 없구요. 그러나 그 쪽에서는 한 개인을 대상으로 할 수 있는 거잖아요. 같이 보드 게임을 하면서 여러 가지를 배워가거나 하는 것도 좋겠고, 게임 위주의, 활동할 수 있는 것들을 넣으면 좋겠네요. 우선 재미있게 해야 집중을 하니깐요, 앉아서 하는

건 솔직히 좀 재미가 없죠. 프로그램이 다채로워야 할 것 같아요. 음악 같은 것도 별 거 아니라도 아이들은 참 좋아하거든요. 그냥 땡땡 치는 것만으로도 굉장히 좋아해요. 그런 다양한 활동을 폭넓게, 단계에 맞게, 그리고 교과에도 연결이 되도록 하는 게 필요할 것 같아요.

학습과제에 대해서 집중력을 가지고 볼 수 있는 교육할 수 있는 프로그램이 있으면 좋겠어요.

다. 부모, 학교 연계와 관련한 프로그램 내용

부모 프로그램에는... ADHD를 인정하지 않으시는 부모님도 많이 계세요. 정말 심각해서 진단을 받았다면 학교 선생님께 오픈을 하는 것도 중요한 것 같아요. 그리고 양육 태도에서 통제를 오히려 더 많이 하려고 할 것 같아요, 저 같아도. 그런데 그럴수록 어느 정도 풀어주는 것도 필요한 것 같아요. 오히려 집에서 좀 풀어주면 부모와 부딪히는 것으로 끝나는데, 그렇지 않으면 밖에서 전체와 부딪혀야 하니까 아이의 상태가 더 안 좋아 지는거죠. 또 부모님들도 많이 지쳐 계시고 하니까 그런 것들을 좀 풀어드려야 할 것 같아요. 부모 입장을 좀 많이 이해해주는 내용이 있어야 할 것 같구요.

먼저 아동과 부모 프로그램의 과제 같은 게 연계가 잘 되어야 해요.

집이나 학교에까지 배운 것이 연결될 수 있도록 해야 할 것 같아요. 그렇게 하려면 연계가 되어 있어야 해요. 예를 들어 숙제를 내주실 거 아니예요. 그러면 그 숙제를 평소에 하는지 교사나 부모가 체크하거나 피드백을 쓰는 시스템이 있어야 한다는 거예요. 그러면 부모나 교사도 그 아동에 대해 좀 더 이해하고 신경을 쓸 수 있잖아요. 만약 프로그램이 시행된다면 부모 프로그램을 하신다고 해도, 학교 교사도 어떤 학생이 어떤 프로그램을 하고 있고 뭘 배우고 있는지 알아야 할 것 같아요. 반드시 현직 교사들과 동시 작업을 하시거나 후에 점검을 받으시는 것이 좋을 거라 생각해요. 교사 입장에서는 그런 연계 시스템 같은 것들이 필요한 것 같아요.

이렇게 선생님 같은 분이 오셔서 아이와 직접적으로 상담을 해주셨으면 좋겠어요.

그런 게 실질적으로 학교에서는 가장 필요해요. 제가 느끼기에도 그렇고, 동료 선생님들도 그런 일이 있을 때 보건선생님을 찾기도 애매하고, 어떤 상담을 할 수 있는 선생님이 따로 계셨으면 좋겠어요. 한 달에 한 번이나 2주에 한 번 등 조금이라도 오셔서 순회를 해주시면 도움이 될 것 같아요. 그리고 선생님들도 제가 뼈저리게 느끼고 연수를 받은 것처럼 그런 연수를 좀 받으면 확실히 도움이 되죠.

라. 약물치료와 관련한 프로그램 내용

약물부분은 학교 정부에서 지원해 주었으면 좋겠어요. 약이 정말 비싸다고 하잖아요. 옛날에 우리 구충제 먹듯이 약을 학교에서 전부 진단을 받은 다음에 그래봤자 한 반에 한 두명 있을까?. 그런 애들 특별히 양호실에 매일 아침에 등교해서 약을 싸게 해서 먹을 수 있게... 그거는 국가가 어릴 때부터 구제해주면 커서 애들이 따로 방치되거나 떨어지거나 사회에 적응하는데 도움이 되지 않을까 싶어요.

부록 5. Screening 척도

ADHD RS-IV

〈부모용〉

어린이 성명
작성자 성명

작성일자
(부,모)

월 일

▶ 다음의 질문들은 위의 어린이에 관한 것입니다. 당신의 자녀가 집에서 보이는 행동을 가장 잘 나타내고 있는 해당란에 √ 표시를 해 주십시오.

문	항	전혀 그렇 지않 다	때때 로그 렇다	자주 그렇 다	매우 자주 그렇 다
1	세부적인 면에 대해 꼼꼼하게 주의를 기울이지 못하거나, 학업에서 부주의한 실수를 한다.				
2	손발을 가만히 두지 못하거나 의자에 앉아서도 몸을 꼼지락 거린다.				
3	일을 하거나 놀이를 할 때 지속적으로 주의를 집중하는 데 어려움이 있다.				
4	자리에 앉아 있어야 하는 교실이나 다른 상황에서 앉아 있지 못한다.				
5	다른 사람이 마주 보고 이야기할 때 경청하지 않는 것 처럼 보인다.				
6	그렇게 하면 안 되는 상황에서 지나치게 뛰어다니거나 기어오른다.				
7	지시를 따르지 않고, 일을 끝내지 못한다.				
8	여가 활동이나 재미있는 일에 조용히 참여하기가 어렵다.				
9	과제와 일을 체계적으로 하지 못한다.				

10	끊임없이 무엇인가를 하거나 마치 모터가 돌아가듯 움직인다.				
11	지속적인 노력이 요구되는 과제(학교 공부나 숙제)를 하지 않으려 한다.				
12	지나치게 말을 많이 한다.				
13	과제나 일을 하는 데 필요한 물건들을 잃어버린다.				
14	질문이 채 끝나기도 전에 성급하게 대답한다.				
15	쉽게 산만해진다.				
16	차례를 기다리는 데 어려움이 있다.				
17	일상적으로 하는 일을 잊어버린다.				
18	다른 사람을 방해하거나 간섭한다.				

ADHD RS-IV

〈교사용〉

학생 성명

작성일자

월

일

작성자 성명

▶ 다음의 질문들은 위의 어린이에 관한 것입니다. 당신의 자녀가 집에서 보이는 행동을 가장 잘 나타내고 있는 해당란에 √ 표시를 해 주십시오.

문	항	전혀 그렇 지않 다	때때 로그 렇다	자주 그렇 다	매우 자주 그렇 다
1	세부적인 면에 대해 꼼꼼하게 주의를 기울이지 못하거나, 학업에서 부주의한 실수를 한다.				
2	손발을 가만히 두지 못하거나 의자에 앉아서도 몸을 꼼지락 거린다.				
3	일을 하거나 놀이를 할 때 지속적으로 주의를 집중하는 데 어려움이 있다.				
4	자리에 앉아 있어야 하는 교실이나 다른 상황에서 앉아 있지 못한다.				
5	다른 사람이 마주 보고 이야기할 때 경청하지 않는 것처럼 보인다.				
6	그렇게 하면 안 되는 상황에서 지나치게 뛰어다니거나 기어오른다.				
7	지시를 따르지 않고, 일을 끝내지 못한다.				
8	여가 활동이나 재미있는 일에 조용히 참여하기가 어렵다.				
9	과제와 일을 체계적으로 하지 못한다.				
10	끊임없이 무엇인가를 하거나 마치 모터가 돌아가듯 움직인다.				

11	지속적인 노력이 요구되는 과제(학교 공부나 숙제)를 하지 않으려 한다.				
12	지나치게 말을 많이 한다.				
13	과제나 일을 하는 데 필요한 물건들을 잃어버린다.				
14	질문이 채 끝나기도 전에 성급하게 대답한다.				
15	쉽게 산만해진다.				
16	차례를 기다리는 데 어려움이 있다.				
17	일상적으로 하는 일을 잊어버린다.				
18	다른 사람을 방해하거나 간섭한다.				

부록 6. 사전-사후 검사(부모용)

1. 아동의 생년월일 : _____년 _____월 _____일
2. 검사일 : _____년 _____월 _____일
3. 아동의 성별 : ① 남 ② 여
4. 아동의 학년 : _____학년
5. 아동의 신체적 질병유무 ① 유 ② 무
6. 아동의 약물 복용 유무 ① 유 ② 무
7. 아동의 심리상담 유무 ① 유 ② 무
8. 가정경제수준 ① 상 ② 중 ③ 하
9. 부모의 교육정도
① 초졸 ② 중졸 ③ 고졸 ④ 대졸 ⑤ 대학원 졸
10. 부모 나이 : _____세
11. 형제 수
① 1명 ② 2명 ③ 3명 ④ 4명 ⑤ 5명 ⑥ 6명 이상
12. ADHD 혹은 기타 정신장애 유무 ① 유 ② 무
13. 부모의 ADHD 혹은 기타 정신장애 유무 ① 유 ② 무
14. 부모의 심리상담 유무 ① 유 ② 무
15. 부모의 정신장애 유무 ① 유 ② 무

가정상황 질문지

* 아동이 다음 상황에서 문제가 있습니까? 만일 문제가 있다면 ‘예’에 동그라미를 친 다음, 그 문제가 얼마나 심한지의 정도를 나타내는 옆의 숫자에 동그라미를 쳐주세요. 만일 아무런 문제도 없다면 ‘아니오’에 표시하시면 됩니다.

상황	예	아니오	문제의 정도가 가벼운<----->심한									
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	
1. 혼자 노는 동안에												
2. 다른 아동과 함께 놀 때												
3. 식사 시간에												
4. 옷을 입을 때												
5. TV를 보는 동안에												
6. 집에 손님이 계실 때												
7. 다른 집을 방문할 때												
8. 공공장소(슈퍼,가게,식당 등)에서												
9. 집에서 잔심부름을 시켰을 때												
10. 손님과 대화하는 동안에												
11. 차 안에서												
12. 아버지가 집에 계실 때												
13. 숙제를 시켰을 때												

양육 스트레스 척도 - 단축형

다음의 문항들을 읽고 아래의 다섯 가지 대답 중 귀하의 상태를 가장 잘 나타내는 대답을 하나만 골라서 각 숫자 위에 O표 해주십시오.

전혀 아니다	조금 아니다	보통이다	조금 그렇다	아주 그렇다
1	2	3	4	5

	전혀 아니 다	조금 아니 다	보통 이다	조금 그렇 다	아주 그렇 다
1. 나는 나의 아이에게 벌어지는 일들을 제대로 해결할 수 없을 때가 많다.	1	2	3	4	5
2. 나는 아이의 요구에 맞추기 위해 내 생활의 대부분을 포기한다.	1	2	3	4	5
3. 나는 부모로서의 의무가 지겹다.	1	2	3	4	5
4. 나는 아이가 태어난 이후로 새로운 일을 시도해 볼 수 없었다.	1	2	3	4	5
5. 나는 아이가 태어난 이후로 하고 싶은 일을 거의 할 수 없었다.	1	2	3	4	5
6. 나는 최근에 내 옷을 샀을 때 그리 즐겁지 않았다.	1	2	3	4	5
7. 내 생활에 대해서 괴롭다고 느낀 적이 거의 없다.	1	2	3	4	5
8. 내 아이로 인한 문제가 남편과의 문제보다 더 심각하다.	1	2	3	4	5
9. 나는 친구가 없고 외롭다.	1	2	3	4	5
10. 모임에 갔을 때, 별로 즐겁지 않다.	1	2	3	4	5
11. 나는 요즘, 예전처럼 사람들에게 관심이 없다.	1	2	3	4	5
12. 예전에 즐거웠던 일들이 지금은 즐겁지 않다.	1	2	3	4	5
13. 내 아이는 나를 기분 좋게 하는 일을 거의 하지 않는다.	1	2	3	4	5
14. 아이가 나를 별로 좋아하지 않고, 나와 가까워지려고 하지 않는다.	1	2	3	4	5

	전혀 아니 다	조금 아니 다	보통 이다	조금 그렇 다	아주 그렇 다
15. 내 아이는 내가 기대한 것 보다 나에게 웃지 않는다.	1	2	3	4	5
16. 내가 내 아이를 위해서 어떠한 일을 했을 때, 내 노력이 별로 효과가 없다.	1	2	3	4	5
17. 내 아이는 놀 때, 까불거나 잘 웃지 않는다.	1	2	3	4	5
18. 내 아이는 대부분의 아이들만큼 빨리 못 배우는 것 같다.	1	2	3	4	5
19. 내 아이는 대부분의 아이들만큼 잘 웃지 않는다.	1	2	3	4	5
20. 내 아이는 내가 기대한 것만큼 할 수 없다.	1	2	3	4	5
21. 내 아이는 새로운 것에 익숙해지는 데 시간이 오래 걸리고 어렵다.	1	2	3	4	5
22. 나는 내 아이에 대해 좀 더 가깝고 따뜻해지고 싶다.	1	2	3	4	5
23. 내 아이는 사소한 일로 나를 자주 귀찮게 한다.	1	2	3	4	5
24. 내 아이는 대부분의 아이들보다 더 잘 우는 것 같다.	1	2	3	4	5
25. 내 아이는 잠에서 깨어나면 매우 신경질적이다.	1	2	3	4	5
26. 내 아이는 감정적이고 쉽게 화를 낸다.	1	2	3	4	5
27. 내 아이는 중요하지 않은 일로 나를 방해한다.	1	2	3	4	5
28. 내 아이는 자신이 싫어하는 일이 일어났을 때 매우 강한 반응을 나타낸다.	1	2	3	4	5
29. 내 아이는 아주 작은 일에 쉽게 화를 낸다.	1	2	3	4	5
30. 내 아이는 식사시간과 잠자는 시간을 알맞게 조절하기가 힘들다.	1	2	3	4	5
31. 내 아이는 나를 크게 방해하는 행동을 하는 때가 종종 있다.	1	2	3	4	5
32. 내 아이는 내가 예상했던 것보다 더 심각한 문제가 있다.	1	2	3	4	5
33. 내 아이는 대부분의 아이들보다 요구사항이 많다.	1	2	3	4	5

다음의 문항들을 읽고 아래의 다섯 가지 대답 중 귀하의 상태를 가장 잘 나타내는 대답을 하나만 골라서 각 숫자 위에 \surd 표 해주십시오.

34. 나는 ~라고 생각한다.

- ① 좋지 않은 부모 ② 약간의 문제를 가진 부모 ③ 보통 부모
④ 보통보다 조금 나은 부모 ⑤ 좋은 부모

35. 내 아이는 '~을 해라', 또는 '~하지 말아라'는 지시 따르기에

- ① 예상보다 훨씬 못 미친다. ② 예상보다 약간 못 미친다.
③ 내 예상만큼 잘한다. ④ 예상보다 잘한다.
⑤ 예상보다 훨씬 잘한다.

36. 아이가 자신의 일에 방해가 된 횟수를 대략 생각해보면?

- ① 10회 이상 ② 8~9회 ③ 6~7회 ④ 4~5회 ⑤ 1~3회

부모 양육효능감 척도

다음의 문항은 부모로서 자신을 어떻게 생각하는지 알고자 하는 것입니다. 문항들을 읽고 아래의 다섯 가지 대답 중 귀하의 상태를 가장 잘 나타내는 대답을 하나만 골라서 각 숫자 위에 O표 해주십시오.

전혀 아니다	조금 아니다	보통이다	조금 그렇다	매우 그렇다
1	2	3	4	5

	전혀 아니 다	조금 아니 다	보통 이다	조금 그렇 다	매우 그렇 다
1. 나는 나의 행동이 아이에게 어떻게 영향을 미치는지 잘 알고 있다.	1	2	3	4	5
2. 나는 아이를 돌보는 데 있어 유능하다고 생각한다.	1	2	3	4	5
3. 나는 아이가 무엇을 힘들어하는지 누구보다도 잘 알고 있다.	1	2	3	4	5
4. 나는 아이가 현재 보이고 있는 수준이 그 나이에 는 그럴 수 밖에 없다는 것을 알면서도 짜증이 난다.	1	2	3	4	5
5. 내가 아이를 가르치고 이끌어 주려고 해도, 아이가 내 뜻대로 잘 따라오지 않아 좌절감을 느낀다.	1	2	3	4	5
6. 나는 좋은 부모가 될 수 없을 것 같아 걱정이다.	1	2	3	4	5
7. 나는 다른 사람들이 나로부터 좋은 부모역할을 배울 수 있는 괜찮은 모델이라고 생각한다.	1	2	3	4	5
8. 나는 아이와의 관계에서 생기는 문제를 잘 다룬다.	1	2	3	4	5
9. 나는 아이가 나를 좋은 부모라고 보는지에 대해 자신이 없다.	1	2	3	4	5
10. 나는 부모로서 아무것도 이룬 것이 없다고 느낀다.	1	2	3	4	5
11. 나는 아이가 잘못했을 때 아이 자신이 잘못된 점을 깨달을 수 있도록 잘 설명하고 지도한다.	1	2	3	4	5

	전혀 아니 다	조금 아니 다	보통 이다	조금 그렇 다	매우 그렇 다
12. 나는 부모로서 해야 할 일을 잘하고 있다.	1	2	3	4	5
13. 나의 흥미와 관심을 부모역할이 아닌 다른 분야에 있다.	1	2	3	4	5
14. 내가 부모가 되는 것에 조금이라도 흥미가 있다면, 나는 지금보다 좀 더 나은 부모가 될 수 있을 것이다.	1	2	3	4	5
15. 나는 좋은 부모가 되는데 필요한 지식과 방법을 잘 알고 있다.	1	2	3	4	5
16. 부모로서 나는 긴장하고 있으며 불안하다.	1	2	3	4	5

사회적 기술 질문지

이 질문지는 당신의 자녀가 어떤 사회적 기술들을 가지고 있으며, 그러한 기술들이 자녀의 성장에 있어 얼마만큼 중요한지 측정하기 위해 제작되었습니다. 또한 문제행동들에 관한 평가도 포함되어 있습니다.

다음의 1~38번 항목을 읽고, 자녀의 현재 행동에 관해 생각해 보세요. 그 다음 자녀가 그러한 행동을 얼마나 자주 보이고 있는지 체크해 주세요. 만일, 자녀가 그러한 행동을 전혀 보이지 않는다면, 0에 동그라미 해 주세요. 만일, 자녀가 그러한 행동을 가끔 보인다면 1에 동그라미 해 주세요. 만일 자녀가 그러한 행동을 자주 보인다면, 2에 동그라미 해 주세요. 또한 1~38번 항목에서는 자녀의 발달에 있어서 그러한 행동들이 얼마나 중요하다고 생각하는지 체크해 주세요.

사회적 기술	얼마나 자주		
	전혀 보이지 않음	가끔 보임	자주 보임
1. 집에 있을 때 여가시간을 적절하게 사용한다.	0	1	2
2. 자발적으로 방을 깨끗이 한다.	0	1	2
3. 집에서 너무 크지 않게 알맞은 목소리로 얘기한다.	0	1	2
4. 자발적으로 집단 활동에 참여한다.	0	1	2
5. 처음 본 사람에게 자발적으로 자기소개를 한다.	0	1	2
6. 다른 아동이 때리거나 밀 때 적절하게 대응한다.	0	1	2
7. 물건을 살 때 점원에게 정보나 도움을 부탁한다.	0	1	2
8. 종교나 단체 모임 시 말하는 사람에게 주목한다.	0	1	2
9. 타인의 비합리적인 요구를 공손하게 거절한다.	0	1	2
10. 친구를 집에 초대한다.	0	1	2

사회적 기술	얼마나 자주		
	전혀 보이지 않음	가끔 보임	자주 보임
11. 가족들의 성취에 대해서 축하해 준다.	0	1	2
12. 쉽게 친구를 사귀다.	0	1	2
13. 많은 일에 관심을 보인다.	0	1	2
14. 문제발생이 예상되면 상황을 피한다.	0	1	2
15. 장난감이나 집안의 물건을 정리한다.	0	1	2
16. 가족들의 일을 자발적으로 돕는다.	0	1	2
17. 비난을 잘 받아들인다.	0	1	2
18. 전화를 적절하게 받는다.	0	1	2
19. 엄마가 부탁하지 않아도 집안일을 돕는다.	0	1	2
20. 공정하지 못한 집안의 규칙에 대해 적절하게 질문한다.	0	1	2
21. 도움을 요청하지 않고 집안일을 시도해본다.	0	1	2
22. 다른 아동과 싸울 때 화를 참는다.	0	1	2
23. 사람들이 아동을 좋아한다.	0	1	2
24. 다른 사람이 먼저 말하기를 기다리기보다는 아동이 시작하는 편이다.	0	1	2
25. 당신과의 의견 불일치에 침착하게 대처한다.	0	1	2
26. 당신과의 갈등상황에서 화를 잘 참는다.	0	1	2

부록 7. 사전-사후 검사(교사용)

1. 나이 : _____ 세

2. 성별 : ① 남 ② 여

3. 학교 소재 지역 : _____ 시 _____ 구 _____ 동

4. 교사 경력 : _____

5. 아동 관찰 기간 : _____

학교상황 질문지

* 아동이 다음 상황에서 선생님의 지시나 명령, 규칙을 따르는데 문제가 있습니까? 만일 문제가 있다면 '예'에 동그라미를 친 다음, 그 문제가 얼마나 심한지의 정도를 나타내는 옆의 숫자에 동그라미를 쳐주세요. 만일 아무런 문제도 없다면 '아니오'에 표시하시면 됩니다.

상황	예	아니오	문제의 정도가 가벼운<----->심한								
			1	2	3	4	5	6	7	8	9
1. 등교했을 때			1	2	3	4	5	6	7	8	9
2. 각자 자기 책상에서 학습 중에			1	2	3	4	5	6	7	8	9
3. 소집단 활동 중에			1	2	3	4	5	6	7	8	9
4. 교실에서 특별활동 시간에			1	2	3	4	5	6	7	8	9
5. 교실에서 수업 중에			1	2	3	4	5	6	7	8	9
6. 쉬는 시간에			1	2	3	4	5	6	7	8	9
7. 점심 시간에			1	2	3	4	5	6	7	8	9
8. 복도에서			1	2	3	4	5	6	7	8	9
9. 화장실에서			1	2	3	4	5	6	7	8	9
10. 현장학습을 가서			1	2	3	4	5	6	7	8	9
11. 조회 시간에			1	2	3	4	5	6	7	8	9
12. 통학버스 안에서			1	2	3	4	5	6	7	8	9

사회적 기술 질문지

이 질문지는 당신의 학생이 어떤 사회적 기술들을 가지고 있으며, 그러한 기술들이 학생의 성장에 있어 얼마만큼 중요한지 측정하기 위해 제작되었습니다. 또한 문제행동들에 관한 평가도 포함되어 있습니다.

다음의 1~38번 항목을 읽고, 학생의 현재 행동에 관해 생각해 보세요. 그 다음 학생이 그러한 행동을 얼마나 자주 보이고 있는지 체크해 주세요. 만일, 학생이 그러한 행동을 전혀 보이지 않는다면, 0에 동그라미 해 주세요. 만일, 학생이 그러한 행동을 가끔 보인다면 1에 동그라미 해 주세요. 만일 학생이 그러한 행동을 자주 보인다면, 2에 동그라미 해 주세요. 또한 1~38번 항목에서는 학생의 발달에 있어서 그러한 행동들이 얼마나 중요하다고 생각하는지 체크해 주세요.

사회적 기술	얼마나 자주		
	전혀 보이지 않음	가끔 보임	자주 보임
1. 친구와 의견 충돌 시 잘 참는다.	0	1	2
2. 처음 보는 사람에게 자기소개를 한다.	0	1	2
3. 규칙이 공평하지 못하면 적절하게 이의를 제기한다.	0	1	2
4. 의견일치를 위해 자신의 주장을 양보한다.	0	1	2
5. 친구의 강요에 적절하게 행동한다.	0	1	2
6. 적당한 때에 자신의 장점을 이야기한다.	0	1	2
7. 활동에 친구가 참여하도록 권유한다.	0	1	2
8. 남은 시간을 잘 활용한다.	0	1	2
9. 정해진 시간 내에 학습과제를 마친다.	0	1	2

사회적 기술	얼마나 자주		
	전혀 보이지 않음	가끔 보임	자주 보임
10. 친구를 쉽게 사귀다.	0	1	2
11. 친구가 놀릴 때 적절하게 대응한다.	0	1	2
12. 어른들과의 의견 충돌 시 잘 참는다.	0	1	2
13. 다른 사람의 비판을 잘 받아들인다.	0	1	2
14. 또래들과의 대화를 잘 이끌어간다.	0	1	2
15. 다른 사람이 도움을 기다리는 동안 적절하게 대응할 수 있다.	0	1	2
16. 숙제를 잘 한다.	0	1	2
17. 부당한 대우를 받았다고 여길 때 적절하게 대응할 수 있다.	0	1	2
18. 집단 활동 시 친구들의 의견을 받아들인다.	0	1	2
19. 친구를 칭찬할 줄 안다.	0	1	2
20. 교사의 지시에 따른다.	0	1	2
21. 학급 자료나 비품을 제자리에 정리한다.	0	1	2
22. 요구 없이도 친구와 협력한다.	0	1	2
23. 학습 활동 시 자발적으로 친구를 도와준다.	0	1	2
24. 진행 중인 활동이나 집단에 스스로 참여한다.	0	1	2
25. 친구가 밀거나 때릴 때 적절하게 대응한다.	0	1	2
26. 학급 활동을 하는 동안 친구의 방해에도 자신의 일을 한다.	0	1	2
27. 스스로 책상을 깨끗하게 정돈한다.	0	1	2

부록 8. 관찰자 평정척도

관찰자 평정 자료

● 회기 : 1, 3, 6, 9, 12, 15, 18

● 아동 이름 : _____

	전혀 없음	약간	상당 히	아주 심함
1. 차분하지 못하고 너무 활동적이다.	0	1	2	3
2. 쉽사리 흥분하고 충동적이다.	0	1	2	3
3. 다른 아이들에게 방해가 된다.	0	1	2	3
4. 주의력이 없고 쉽게 주의분산이 된다.	0	1	2	3
5. 늘 안절부절 못하고 손장난을 한다.	0	1	2	3
6. 요구하는 것이 있으면 금방 들어주어야 한다.	0	1	2	3
7. 별 것 아닌 것을 갖고 싸움을 한다.	0	1	2	3
8. 결과가 좋지 않으면 기분이 확 변한다.	0	1	2	3
9. 친구들에게 욕을 한다.	0	1	2	3
10. 정해놓은 규칙을 지키지 않는다.	0	1	2	3

부록 9. 한국어판 부모 및 교사용 ADHD 평가 척도(K-ARS)의 기준

<부모용>

남자 아동 기준

연령 n	부주의					과잉행동					총점							
	M	(SD)	80	90	98	M	(SD)	80	90	98	M	(SD)	80	90	98			
7	6.17	(3.96)	10.00	10.00	11.00	17.62	5.17	(3.75)	8.00	10.30	11.00	15.64	11.33	(6.99)	18.00	21.00	21.31	25.98
8	7.11	(4.16)	12.00	13.00	14.22	17.00	5.77	(4.07)	10.00	11.60	13.22	17.76	12.89	(7.63)	19.20	22.60	27.22	34.60
9	6.63	(4.91)	9.00	16.80	17.00	19.78	5.58	(4.31)	9.00	11.00	13.46	18.34	12.22	(8.67)	18.00	29.40	31.00	35.34
10	6.37	(4.10)	10.00	12.00	12.58	17.88	4.37	(4.09)	8.00	9.70	11.00	17.76	10.73	(7.68)	17.40	20.70	21.29	35.64

여자 아동 기준

연령 n	부주의					과잉행동					총점							
	M	(SD)	80	90	98	M	(SD)	80	90	98	M	(SD)	80	90	98			
7	4.44	(3.97)	7.00	11.00	12.60	17.20	3.55	(3.85)	6.00	10.00	12.80	14.60	7.97	(7.23)	13.00	21.00	22.60	29.60
8	5.51	(4.05)	8.00	11.00	12.00	18.20	3.74	(3.33)	6.00	8.00	9.00	14.20	9.25	(6.98)	13.00	17.00	20.50	32.00
9	5.46	(3.81)	8.20	11.00	12.00	15.62	3.82	(3.53)	7.20	9.10	10.00	13.00	9.28	(6.61)	15.00	19.00	21.00	26.48
10	5.03	(3.79)	8.00	10.30	12.00	14.66	3.62	(3.68)	6.00	8.30	9.62	15.98	8.65	(6.88)	14.60	18.00	20.00	29.30

<교사용>

남자 아동 기준

연령 n	부주의				과잉행동				총점										
	M	(SD)	80	90	93	98	M	(SD)	80	90	93	98	M	(SD)	80	90	93	98	
7	68	7.13	(7.10)	12.20	18.00	22.17	26.24	7.12	(7.13)	14.00	18.00	19.17	25.86	14.25	(13.88)	27.20	34.10	31.34	51.34
8	55	7.04	(5.24)	11.80	13.40	16.00	22.40	7.82	(6.24)	14.00	17.00	17.08	22.52	14.85	(10.84)	25.80	29.80	32.08	39.52
9	62	5.66	(6.41)	12.40	17.00	17.59	21.96	5.21	(6.38)	10.80	14.70	17.77	24.44	10.87	(12.16)	21.00	30.40	32.00	46.40
10	52	9.67	(7.58)	16.40	20.00	22.00	23.94	8.02	(7.75)	15.40	20.70	21.00	26.82	17.69	(14.88)	32.30	39.80	42.29	50.76

여자 아동 기준

연령 n	부주의				과잉행동				총점										
	M	(SD)	80	90	93	98	M	(SD)	80	90	93	98	M	(SD)	80	90	93	98	
7	59	2.80	(5.40)	3.00	12.00	16.20	22.40	2.52	(4.95)	4.00	8.00	16.00	18.80	5.22	(10.23)	5.00	20.00	32.80	39.80
8	70	2.06	(3.04)	4.00	6.90	7.03	12.58	1.67	(3.11)	3.60	7.80	9.00	11.58	3.73	(5.59)	9.00	13.90	14.09	21.32
9	69	2.49	(4.20)	4.00	8.00	10.10	20.60	1.78	(3.66)	4.00	7.00	8.10	17.00	4.28	(7.58)	7.00	15.00	17.10	37.60
10	66	1.85	(2.82)	4.00	7.00	7.62	10.32	1.09	(2.56)	2.00	3.30	5.93	11.32	2.94	(4.98)	5.00	10.60	12.00	21.64

Development of a Counseling Intervention Program for ADHD Children and Their Parents

ABSTRACT

Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) is a developmental and behavioral disorder involving impaired or diminished attention, impulsivity, and hyperactivity. Children with ADHD generally show developmentally inappropriate social and academic functioning. Therefore, early diagnosis and interventions for them is essential for their sound development. Also, since ADHD is having high comorbidity with externalized behavior disorder such as conduct and oppositional defiant disorder, it is critical to receive early diagnosis and interventions before the symptoms of ADHD have worsened to the point where secondary mental disorders develop.

Currently, diagnosis and intervention for ADHD children and children with attention or behavior regulation problems are delivered mostly at hospitals and private clinics. Therefore, children with ADHD or children with attention or behaviors problems from low income families, who are not able to easily approach to hospitals and private clinics due to financial reasons, would receive a delayed intervention leading to a serious developmental problems, and that brings a necessity of developing a government funded approach for children of low income families.

In order to satisfy needs for these children, the Korea Youth Counseling Institute developed a combined program for ADHD children and their parents in 2009, and this year this program has been modified and supplemented; For children, social skills training has been integrated in the previous program, and the program for parents has been strengthened in the area of parenting skills for children's symptom reduction. The program is composed with the 20-session of cognitive enhancement-social skills training program for children, and the 10-session of parent training program. The 2010 program for ADHD children and their parents was run at the Counseling and Resource Center for Youth in 12 different areas in order to test its effectiveness. 7 out of 12 centers provided

cognitive enhancement-social skill training combined program for children(Experimental group 1), 5 places provided only cognitive enhancement program for children, which was developed in 2009(Experimental group 2). 36 children and their parents were participated in the study; among them 13 were included in Experimental group 1, 10 were in Experimental group 2, and 13 were in control group. Statistical analysis were conducted to test the effectiveness of the program.

Results suggest that the 2010 program for ADHD children and their parents affected positively both on children and on their parents; Children's visual and auditory impulsivity were alleviated and social skills both at home and at school were significantly increased. In addition, parents' parenting efficacy was increased.

In addition, participants and group leaders were asked to fill out program evaluation survey at the end of the program. Most participants rated highly on their satisfaction of the program. Specifically, they reported that the contents were relevant to the group objective and were easy to grasp the meaning of them. Group leaders also rated highly on the relevance, easiness, and effectiveness of the 2010 program. Development of approachable program contents, post-program support (e.g., self-help group), and close collaboration with schools have been recommended for future improvement of the program.

Overall, the 2010 program for ADHD children and their parents appeared to be effective in enhancing ADHD children's attention and social skills, and improving their parents' parenting efficacy.