한국가족치료학회지
Korean Journal of Family Therapy, 2007. 15(2), 277-299

문제아동을 위한 해결중심 가족치료의 효과에 관한 연구

전문연구원 **김 희 정***
(연세대학교 교육연구소)

● 국문초록 ●

해결중심 가족치료는 가정이나 학교에서 문제로 여겨지기 쉬운 아동들에게서 장점과 문제 해결의 잠재력을 발견하고, 가족들이 성공적으로 대처해온 경험을 강조함으로써 아동과 가족 스스로 문제를 탐색하고 해결책을 발견할 수 있도록 돕는다. 본 연구는 학업성적과 대인관계 문제, 가정 및 학교에서의 문제행동을 보이는 아동들을 부모와 다른 가족 구성원들이 함께 참여하는 융합 가족치료 장면에서 해결중심 상담이 효과적인가를 검토하였다. 지역 가족지원센터를 방문한 총 25세대의 가족에게 해결중심 가족치료를 제공하고, 가족 전체 및 부모, 아동의 성장평가 자료를 수집하여 분석하였다. 그 결과, 사전-사후점수에 유의미한 차이가 발견되어 해결중심 가족치료는 가족 전체는 물론 부모와 아동의 생활 전반에 걸친 안녕감과 기능에 긍정적인 변화를 가져온다는 경험적 증거를 제시할 수 있었다. 특히 상담의 효과는 부모 보다는 아동에게, 아동 보다는 가족 전체에게서 더 크게 나타났다. 이는 융합 가족치료가 아동의 변화를 가져오고, 아동의 변화는 다른 가족 구성원들의 갈등을 경감시키고 긍정적인 감정을 가져오는 물결효과(ripple effect)를 가져올 수 있음을 보여주는 결과이다. 초기 4회의 상담이 진행되는 동안 부모와 아동은 같은 수준의 기능과 안녕감을 유지하며 시간에 따라 함께 유의미하게 변화하는 것으로 나타났다. 이는 해결중심 가족치료가 가족 간의 협력을 강조하는 접근임을 뒷받침해 주는 결과이다. 본 연구는 문제아동을 위한 해결중심 가족치료의 효과에 대한 객관적인 증거를 제시하고, 치료 과정에서 나타난 내담자의 변화를 양적으로 분석하여 이해하도록 도왔다는 점에 그 의의가 있다.

주제어 : 해결중심상담, 가족치료, 상담의 효과, 문제아동

* 교신저자 : 김희정, 연세대학교 교육연구소, (120-749) 서울시 서대문구 신촌동 134
Tel : 02-2123-3170, E-mail : heejoung@gmail.com

I. 서 론

상담과 심리치료의 핵심은 '내담자의 변화'이며, 내담자의 변화는 곧 '상담의 효과'를 의미한다. 따라서 효과적인 상담을 제공하는 것은 오랫동안 상담자들 및 심리치료자들의 관심이 대상이 되었다. 해결중심적 상담(Solution-focused counseling) 역시 그 효과에 대해 경험적 증거를 제시하려는 노력을 해 왔지만, 기타 전통적인 심리치료 모델들에 비해 그 숫자는 아직 적다고 할 수 있다. 게다가 대부분의 해결중심상담에 관한 선행 연구들은 이론적 연구나 사례중심 연구에 제한되어 왔다(Gingerich & Eisengart, 2000; Zimmerman, Jacobsen, Macintyre, & Watson, 1996; Zimmer man, Prest, & Wetzel, 1997). 이는 해결중심 상담이 임상적 모델로서의 역사가 비교적 짧으며(Cottrell, 2003), 해결중심 상담자들이 구성주의적 병인론에 관심을 두고 현상학적 의문을 가지는 경향이 있기 때문이다. 결과적으로 해결중심 상담은 그 효과에 대한 증거를 충분히 제시하지 못했다는 비판을 받기도 한다(Heatherington, Friedlander, & Greenberg, 2005; Stalker, Levene, & Coady, 1999).

해결중심 상담의 효과에 관한 연구가 이루어진 것은 지난 10 ~ 15년 동안의 일이다. 이 연구들은 성인 정신건강 클리닉이나 어린이 정신병동, 범죄수형자들, 사회복지기관, 학교 등 다양한 상담 장면에서의 해결중심 상담의 효과를 살펴보거나, 정신분열증, 폭력, 어린이 문제행동 등의 내담자 유형에 따라 상담의 효과를 검증하거나, 일방경과 반영팀-접근(reflection team approach) 등 특정 해결중심 상담 테크닉들에 대한 효과 등을 연구한 것들이다. 그러나 각각의 분야에서 소수의 연구들만 이루어져왔기 때문에, 보다 다양한 분야에서 다양한 내담자들을 대상으로 한 해결중심 상담의 효과에 대한 연구가 요구되어 진다.

반면, 해결중심 상담은 학교 및 가정에서 다양한 문제행동을 보이는 아동들을 대상으로는 비교적 활발하게 적용되고 연구가 축적되어 왔다. 이는 해결중심상담이 단기상담을 지향하며, 내담자의 장점을 강조하는 접근이기 때문에 특히 문제아동들에게 매우 효과적이고 유익하기 때문으로 생각된다. 그러나 이들 연구들 역시 여러 가지 방법론적인 제한점들을 가지고 있으며, 특히 부모 및 형제가 모두 참여하는 융합 가족치료법(joint family therapy)을 통해 상담한 경우는 매우 소수에 그치고 있다(예: Conoley, Graham, Neu et al., 2003; Corcoran & Stephenson, 2000; Franklin, Corcoran, Nowicki et al., 1997; Lee, 1997). 해결중심 가족치료가 가족의 영향을 강조하는 시스템 이론에 그 바탕을 두고 있다는 점을 고려할 때 위와 같은 사실은 예외적인 일이다. 시스템 이론에서는 가정환경이 아동의 다양한 정신건강 문제와 긴밀히 관련되어 있는 주요 변수라고 간주하기 때문이다. 즉, 아동 개인의 문제는 학교에서의 문제 뿐 만 아니라 가정에서의 문제와 상호적으로 연관되어 있어, 학교에서 문제가 있는 아동들을 위한 상담에 있어서 가족의 참여는 아동을 이해하고 보다 효과적으로 치료하기 위해 매우 중요하다. 이렇게 학교상담이 가정에 대한 이해를 필요로 하듯이, 가정 역시 아동의 문제를 학교와의 긴밀한 연계 속에 이해하고 다루어야 할 필요가 있다. 그러나 그동안의 문제아동에 대한 치료는 학교와 가정의 공동의 의견과 협력 속에 이루어지기 힘들었다.

이런 취지에서 본 연구는 학교 장면에서 부

모와 학생을 함께 참여시키는 가족치료를 실시하고 그 효과를 검증하는 데에 목적이 있다. 즉, 학교에서 학업과 행동 등에 다양한 문제를 나타내는 아동들을 부모와 자녀가 함께 상담에 참여하는 해결중심 융합 가족치료를 학교를 통해 제공함으로써, 그들을 효과적으로 상담할 수 있는지 살펴보고자 한다. 이를 위해 먼저, 해결중심 상담의 기본 가정을 간략히 소개하고, 문제아동을 위한 해결중심 상담의 선행연구들을 가족치료와 학교상담의 두 분야로 나누어 고찰하고자 한다. 그리고 선행연구들의 연구방법 상의 제한점을 발견하고 연구의 설계를 보완함으로써, 해결중심 가족치료의 효과를 보다 객관적으로 검증하고자 한다.

Ⅱ. 선행연구에 관한 고찰

1. 해결중심 상담

해결중심 상담은 Steve de Shazer와 Insoo Kim Berg를 중심으로 1980년대 초반 미국의 위스콘신주 밀워키에 위치한 단기가족치료센터에서 시작되었다. 이 접근은 특히 기존의 심리치료 이론들이 내담자 문제의 원인에 대해 어떤 병인학적 전제에서 출발한 것과는 달리, “실제 심리치료 및 상담에서 무엇이 효과적인가?”라는 질문에 대해 답하기 위한 가설과 전략을 수립하기 위한 임상적 경험을 통해 발달하였다. 이런 실용적인 측면에 힘입어 해결중심 상담은 중요한 상담 및 심리치료 접근법의 하나로 인정받고 있다(de Shazer & Molnar, 1984; Mostert, Johnson, & Mostert, 1997).

해결중심 상담은 Milton Erickson과 MRI (Mental Research Institute)학파의 전략적 상담접근으로부터 영향을 받았다. Erickson은 “인간은 이미 배웠지만 잊어버린, 그러나 다시 발굴 가능한 지혜의 저수지를 가지고 있다… 따라서 상담자는 내담자들이 그들의 가지고 있는 잠재력에 손을 뻗어 그것을 사용하도록 돕기만 하면 된다”고 하였다(Metcalf, 2001, p.648 재인용). 해결중심 상담은 이와 같은 Erickson의 생각에 그 바탕을 두고 있다. 단, 두 접근의 차이점은 MRI학파는 ‘문제’에 중점을 두는 반면, 해결중심상담은 ‘해결’을 강조한다는 점이다. Erickson은 내담자는 문제를 해결하기 위한 능력을 잠재적으로 가지고 있으므로 상담자는 내담자 스스로 문제를 탐색하고 문제 상황에서 자신의 잠재능력을 발휘할 수 있도록 도와주어야 한다고 주장하였다. 반면, 해결중심 상담은 내담자의 호소문제에 대한 예외적 상황들을 강조함으로써 문제의 해결책을 구축할 수 있다고 믿는다(Davis & Osborn, 2000; Thompson & Littrell, 1998; Walter & Peller, 1996).

앞서 언급하였듯이, 해결중심 상담이 가장 활발하게 적용되어온 분야 중 하나가 가족치료와 학교상담 분야이다. 국내에서도 가족치료자들의 60% 이상이 해결중심 상담을 사용하고 있으며 (이선혜, 신영화, 서진환, 2005), 해결중심 학교상담은 비행청소년 및 학교부적응 아동 등에 초점을 맞추고 있다(김은영, 2007). 따라서 다음에는 해결중심 가족치료와 해결중심 학교상담을 살펴보고자 한다.

2. 해결중심 가족치료

문제의 자녀를 둔 부모는 부부간의 불화 및 부모 역할 갈등을 경험하기 쉬우며, 나아가

이는 가족의 전체의 기능에까지 영향을 미치는 것으로 알려져 있다(O'Leary & Vidair, 2005). 가정 내 갈등관계는 다시 아동 및 청소년 자녀의 신체적, 사회적, 정서적 변화뿐 아니라 다양한 정신건강 문제에 영향을 미친다. 따라서 가정 환경적 요인과 아동·청소년 자녀의 문제는 상호적으로 작용하기 때문에, 문제아동을 가족과의 상호작용 맥락 안에서 이해하고 상담하는 것이 매우 중요하다.

해결중심 상담은 체계론적 관점에 바탕을 두고 가족들이 상담에 참여하는 것을 권장한다(Berg, 1994). 특히 해결중심 가족치료는 가족들에게 문제가 없는 미래에 초점을 두도록 하며, 현재의 문제에 잘 대처하고 조정하기 위해 과거에 있었던 성공적인 경험을 강조함으로써 가족의 장점에 주의를 기울이도록 한다. 해결중심 가족치료의 장점은 문제행동의 맥락을 알 수 있고 보다 구체적인 행동 목표를 명료하게 설정하도록 한다는 점이다(Corcoran, 1998). 그리고 가족의 갈등을 최소화하고 가족구성원들 간의 응집력을 강하게 하며, 긍정적인 관점과 문제해결능력을 고양시킨다. 따라서 이와 같은 전략들은 전반적인 가족의 기능수준을 향상 시키는 데에 유용하다고 할 수 있다.

해결중심 상담자들은 종종 모든 가족구성원들이 참여하지 않아도 가족치료를 실시한다. 심지어 한 명의 가족 구성원이라도 오랜 시간에 걸쳐 일어나는 행동-반응 작용을 통해 물결효과(ripple effect)처럼 가족 전체에 변화를 가져올 수 있다고 본다(Berg, 1994; Corcoran, 1998; Williams, 2000). 체계 안의 한 요소의 변화, 혹은 요소들 간에 일어난 변화가 체계 속의 다른 요소들과 다른 관계들에 영향을 준다는 것이다(de Shazer & Molnar, 1984). 융합 가족치료의 중요성에도 불구하고, 물결효과에 대한 믿음은 모든 가족구성원이 상담에 참여하기 어려운 현실적인 제약과 더불어 많은 해결중심 가족치료 연구들이 가족 일부만을 대상으로 하도록 하는 근거가 되었다.

다수의 해결중심 상담 연구들은 아동과 그 가족들을 중점적으로 다룸으로써 해결중심 상담이 이들에게 효과적이라는 것을 증명하고자 노력해 왔다. 특히 아동 및 아동의 가족과 관련하여 가장 많이 연구된 문제는 아동의 행동/품행문제 및 학교관련 이슈들이다(Corcoran & Stephenson, 2000; Lee, 1997; Murphy, 1999). 선행연구들을 살펴보면 다음과 같다. 먼저 Conoley 등(2003)은 8세-9세 사이의 공격적·반항행동 아동을 위한 해결중심 가족치료의 효과연구를 실시하였다. 총 세 가족에게 4회-5회의 가족치료를 제공하고, 부모는 아동이 나쁜 행동을 보이는 횟수를 기록하고, 어린이용 행동평가체계(Behavior Assessment System for Children: BASC)를 사용하여 아동의 행동을 평가하였다. 그 결과, 하위척도에 따라 차이는 있었으나, 부모들은 아동의 나쁜 행동의 빈도수가 전반적으로 감소하였다고 평가하였다. 세 가족 중 두 가족은 3개월 후의 추수조사에서 자신들의 목표가 성취되었다고 보고하였으며, 어린이용 행동평가체계에서 긍정적인 변화를 나타내었으나, 다른 한 가족은 추수조사가 이루어지지 않았다. 이들의 연구의 장점은 해결중심 단기 가족치료를 통해 내담자의 장점을 부각시키며 가족 상호작용 및 환경적 요인들을 치료에 포함시키는 것이 도움이 된다는 것을 보여준 점이다. 그러나 오직 2-3세대의 가족만을 대상으로 한 연구이기 때문에 연구결과의 일반화에 한계점이 있다는 것이 제한점이라고 할 수 있다.

Corcoran과 Stephenson(2000)은 문제행동으로 학교 및 부모로부터 의뢰된 아동들을 위한 해결중심상담의 효과를 검토하였다. 초등학교부터 고등학교에 재학 중인 136명의 아동들에게 4-6회의 상담을 실시하여 감정과 태도 및 행동에 관한 사전-사후검사에 응답하도록 하였다. 부모는 상담에 참여하지 않았지만 자녀의 문제행동에 대해 평가하도록 하여, 그 결과 아동은 유의미한 행동의 변화를 보고하지 않은 반면, 부모는 자녀의 문제행동에 변화가 있다고 지각하였음을 보여주었다. 아동들은 자신들의 품행문제에 있어서는 오히려 나빠졌다고 보고하였는데, 이는 아동이 상담을 통해 스스로의 품행문제에 대해 더 잘 의식하도록 만들었기 때문일 수도 있지만, 총 136명의 참여자들 중 80명이 상담에서 중도탈락 하였으며, 너무 넓은 범위의 연령과 호소문제를 가진 아동들을 대상으로 연구대상의 동질성을 확보하지 못하는 등의 방법론적 제한점에서 비롯되었을 수 있다.

Lee(1997)는 아동정신건강센터에서 상담을 받은 아동들의 가족에 대해 상담 종결 6개월 후의 전화 추수조사를 실시하여, 해결중심 가족치료의 효과를 검토하였다. 내담자의 주요 호소문제는 가족관계, 학교 및 가정에서의 아동의 행동문제, 감정조절 문제 등이었으며, 내담자의 64.9%가 상담은 성공적이었다고 답하였다. 상담은 아동의 성별, 부모의 사회·경제적 지위와 상관없이 효과적으로 나타났으며, 한 부모 혹은 양 부모 모두 상담에 참여했는가 여부는 상담의 효과에 아무런 영향을 미치지 않았다. 상담문제나 목표가 구체적(예를 들면, 아동의 감정조절 혹은 학교관련 문제들)일 때, 상담목표가 폭넓고 복잡하게 서술되었을 때(예를 들면, 가족관계 문제) 보다 내담자의 상담에 대한 만족도가 높게 나타났다. 따라서 해결중심 단기 가족치료는 아동의 정서 문제 및 학교관련 이슈들을 위해 더 효과적이라고 할 수 있었다.

Franklin 등(1997)은 부모와의 관계에 문제가 있는 아동 3명과 그 부모들을 위한 해결중심 가족치료의 효과를 검토하였다. 가족 전체 혹은 각 가족구성원들은 자신에게 적합한 상담 목표와 문제 (예를 들면, '엄마와 잘 지내기', '아빠를 향한 분노 해결하기')를 설정하고, 그 목표를 성취하도록 지지를 받았다. 그 결과, 가족은 자신들이 설정한 목표를 향해 어느 정도의 발전을 이루었으며, 세 가족들 중 두 가족은 3개월 추수조사에서도 이 변화를 유지하고 있는 것으로 나타났다. 그러나 이들의 연구 역시 두 세 가족만을 대상으로 한 사례연구의 범위에서 벗어나지 못하였다.

Carr과 McDonnell, Owen(1994)는 아동 및 가족센터를 통해 해결중심 가족치료를 받은 환자들을 조사한 결과, 내담자의 50-75%가 상담이 도움이 되었다고 평가하였음을 보고하였다. 내담자들은 상담자의 이해와 위로, 공정함, 그리고 실용적인 충고를 준 점이 특히 도움이 된 점으로 보고하였다. 이는 일반적으로 성공적인 상담자에게 요구되는 특성으로, 해결중심 상담자에게만 국한된 자질은 아니라고 할 수 있다.

Zimmerman 등(1996)은 문제행동을 보이는 아동의 부모들을 해결중심 부모집단과 아무런 상담도 받지 않는 통제집단에 무선 배정한 후, 실험집단에는 해결중심 부모교육을 제공하고 자녀와의 문제 상황에 그 기술을 사용하도록 하였다. 그 결과, 실험집단이 새로운 양육기술을 더 많이 사용하는 것으로 나타났다. 그러나 가족 장점에 대한 지각에서는 차이가 없었

다. 즉, 해결중심 부모집단의 효과가 일부에서만 지지되었다. 이는 부모들이 지각한 가족의 변화와 더불어 청소년 자녀가 부모의 새로운 양육기술에 대해 어떻게 인식하는지를 평가하였다면 다른 결과를 얻었을 가능성을 배제할 수 없다. 따라서 가족치료의 효과를 검증하기 위해서는 부모와 자녀 양쪽의 변화를 모두 측정하는 것이 바람직하다고 할 수 있다.

3. 해결중심 학교상담

아동・청소년기는 생물학적, 사회적, 정서적으로 급격한 발달을 경험하는 시기이다. 특히 깊은 정서적 갈등은 문제 청소년들에게 가장 분명하게 나타나는 특징이다. 어떤 연구는 청소년 인구의 약 20-30%가 품행문제, 우울, 불안, 비행, 약물 등의 심각한 어려움을 경험한다고 보고하고 있다(Fishman, 1988). 아동・청소년들은 상당한 시간을 학교에서 보낸다. 따라서 학교와 상담교사들은 그들이 긍정적인 학습환경을 제공할 뿐만 아니라 학생들의 긍정적인 변화를 촉진시켜야 한다. 나아가 문제아동들을 초기에 재빨리 효과적으로 지도함으로써 문제가 더 심각해지는 것은 물론 다양한 문제행동을 예방하는 효과를 얻을 수 있다(Chamberlain & Rosicky, 1995).

해결중심 상담은 특히 위기에 처한 청소년들에게 효과적인 상담방법이다. '문제'에 관한 이야기에서 벗어나 '해결'에 관한 이야기가 초점이 되기 때문이다. 이것은 청소년들을 문제의 양식에서 벗어나 긍정적 행동으로 옮겨 가게끔 자유를 준다(Sabella, 미확인 출판년도). 나아가 내담자의 장점과 자원 및 행동을 만드는 환경적 맥락을 강조함으로써 해결중심 상담은 아동을 스스로 문제를 해결할 능력이 있는 존재로 바라보도록 한다. 따라서 아동 및 청소년을 위한 해결중심상담의 이점은 그들을 문제아로 비난하지 않는, 아동-친화적 접근이라는 점이다. 또한 해결중심 상담은 어린 아동들도 이해할 수 있는 쉬운 언어를 사용하며, 아동의 상상력을 이용하며, 문제 혹은 미래에 대한 아동의 관점을 존중하고, 현실적이며 성취가능한 행동목표를 세우도록 한다 (Davis & Osborn, 2000; Lethem, 2002). 따라서 상담자가 전문가 혹은 권위자의 역할을 하지 않으며, 어린 내담자들에게 힘을 부여한다. 이것이 해결중심 상담을 학교 장면에서 더욱 유용하고 쉽게 채택 가능하도록 해 준다(Corcoran, 1998; Murphy, 1997; Mostert et al., 1997; Williams, 2000). 또한 해결중심 상담은 단기- 및 목표-지향적 상담이기 때문에 주의력 회전이 짧은 아동 및 청소년에게 유용하며, 바쁘게 돌아가는 학교생활과 잘 맞는다는 이점도 있다 (Corcoran, 1998; Davis & Osborn, 2000; Thomson & Littrell, 1998).

학교장면에서 이루어진 해결중심 상담의 효과에 관한 연구를 살펴보면, 먼저 우리나라에서 이루어진 해결중심 상담에 관한 연구는 대부분 집단상담에 관한 것들이다. 국회전자도서관을 통해 검색한 결과, 2000년 이후 초중등학교에서 이루어진 해결중심 집단상담과 관련 학위논문만 약 30개가 넘는다. 주요 연구의 대상은 가출 청소년(김혜연, 2007), 결손가정 아동(김선희, 2006; 김혜민, 2005; 정재윤, 2006), 학습부진아(정효진, 2006), 학교 적응 문제를 가진 아동 및 청소년(이선옥, 2007; 양경화, 2006), 대인관계 문제가 있는 아동(김영진, 2005; 박은애, 2006) 등이며, 해결중심 단기 집단상담을 제공한 후 내담자의 자아존중감, 교우관계, 불안, 우울 등의 심리적 변인의 변화

를 검토하였다. 교사들에게 해결중심 상담훈련을 제공한 후에 상담관계에 어떤 변화가 나타나는지를 평가한 연구도 있다(정은진, 2000).

외국의 연구들도 유사한 내용을 다루고 있다. Mostert 등(1997)은 상담교사들에게 해결중심상담을 훈련시킨 다음 학교장면에서 해결중심상담이 얼마나 유용한지 평가하도록 하였다. 이 연구는 1년 후에 이루어진 추수조사를 통해 해결중심상담이 실용적이며 효과적이고 학교장면에 적용하기 쉽다는 교사들의 장기적인 평가를 얻은 점에 그 의의가 있다. Thompson과 Littrell(1998)은 학습장애를 가진 고등학생들에게 2회의 해결중심 상담과 2회의 추수 면접을 실시하여 상담의 목표를 달성하였는지 평가하였다. 학생들은 문제의 심각성 및 반감의 정도가 감소하였으며, 목표의 90-100%를 달성하였다고 보고 하였다. 이 연구는 단 2회의 해결중심 단기상담이라도 학습장애아들에게 효과적임을 보여주었다.

Franklin, Biever, Moore, Clemons 및 Scamardo (2001)는 학습장애와 행동장애를 동시에 가진 아동을 위한 단기 해결중심 상담을 실시한 후, 관찰교사로 하여금 아동의 행동을 평가하도록 하여, 해결중심 상담이 학습장애를 가진 아동들을 상담하는 데에 효과적인 방법임을 증명하였다. 추수조사에서도 긍정적인 변화가 유지되었다. Littrell과 Malia, Vanderwood(1995)는 61명의 고등학생들을 과제형 문제중심집단, 비과제형 문제중심집단, 과제형 해결중심집단 중 하나에 참여하도록 한 결과, 세 집단의 학생들 모두 고민이 감소하고, 목표 성취를 위해 나아가는 데에는 도움이 되었다는 결과를 얻었다. Moore(2002)는 학교에서의 문제행동 때문에 의뢰된 중학생들에게 해결중심 개인상담을 제공하고, 아동 및 교사에게 사전, 사후, 1개월 사후조사를 실시하였다. 연구 결과, 아동과 교사 모두 아동의 행동에 긍정적인 변화가 일어났다고 지각하였다.

해결중심 학교상담의 효과에 대한 우리나라의 연구들과 외국 연구들의 차이점은, 우리나라 연구들은 사전-사후 비교 연구는 많으나 추수조사를 실시한 경우가 거의 없는 반면, 외국의 연구들은 상담 종결 후에도 1-2회의 추수조사를 통해 해결중심 상담의 효과가 지속되는지에 대해 보고한 연구가 많다는 점이다. 그러나 우리나라의 연구와 외국의 연구들의 공통점은 학교장면에서 이루어진 연구라는 제한점 때문에 문제가 없는 일반 학생들을 대상으로 한 경우가 많다는 점이다. 일반학생들은 대체로 적응적이고 학교에서도 잘 기능하고 있는 아동들이기 때문에, 정말 상담이 필요한 내담자에게 해결중심 상담이 어떻게 작용하는지에 대한 정보와는 다른 결과를 보여줄 수 있으므로 연구결과를 일반화 하는 데에 한계가 있게 된다. 또한 다수의 연구들이 연구를 위해 인위적인 상담을 설계함으로써, 비교적 짧은 기간 동안 상담이 이루어지는 경우가 많았다. 예를 들면, Littrell 등(1995)의 연구는 단회상담, 각각 20분-50분의 해결중심 상담을 제공하였는데, 이는 상담의 효과를 평가하기에는 부족하다고 할 수 있을 것이다. 그리고 학교와 가정을 연계하여 아동-가정-학교의 삼각관계의 협력을 도모하는 융합 가족치료에 대한 연구는 거의 이루어지지 않았다는 제한점이 있었다.

4. 해결중심상담의 효과에 관한 연구들의 제한점

이상의 선행 연구들을 살펴 본 결과 나타난

해결중심 상담의 효과에 관한 연구들의 공통된 제한점들을 요약하면 다음과 같다. 첫째, 해결중심 가족치료에 관한 연구들은 부모와 자녀 및 다른 가족구성원들이 모두 상담에 참여한 융합상담 장면에서의 치료 효과를 살펴본 연구가 부족했다. 문제의 아동은 가족의 기능에 영향을 주고 가족의 갈등은 다시 아동에게 영향을 미치는 상호작용적 가족관계를 고려할 때, 융합 가족치료 장면에서 아동을 이해하고 치료하는 것이 무엇보다 중요하다, 둘째, 가족치료에서는 가족 구성원들 중 어떤 사람은 변화하고 어떤 사람은 변화하지 않는 경우도 있으므로, 상담자는 어떻게 상담의 효과를 나타낼 것인가 고민하게 된다(Heatherington et al., 2005). 또한 부모와 자녀는 가족의 기능에 대해 상당히 다른 관점을 갖고 있는 경우도 있으며(Millikan, Wamboldt, & Bihun, 2002), 서로 다른 동기수준을 가지고 상담을 시작하기도 한다. 일반적으로 문제아동을 위한 가족상담에서 아동보다는 부모의 동기수준이 더 높은 것으로 알려져 있다(Robbins, Turner, Alexander, & Perez, 2003). 따라서 가족상담의 효과는 가족 전체의 측면에서는 물론 가족 구성원 개개인의 측면에서도 측정되어야 하는데, 선행연구들은 부모와 아동 및 상담에 참여한 가족 구성원 모두에게서 자료를 수집하여 분석한 경우가 거의 없다. 즉, 부모와 자녀가 모두 상담에 참여하더라도, 양쪽 모두의 자료는 확보하지 못한 경우가 많다(예: Franklin et al., 1997; Lee, 1997). 따라서 가족구성원들 모두의 자료를 연구에 포함시킴으로써 가족치료에 대한 개개인의 지각을 살펴볼 필요가 있다. 셋째, 연구방법에 있어서의 문제이다. 즉, 선행연구들은 사례기술이나 한 사례 연구(single case experiment)에 치중하여 실험적 증거를 제시하는 데에 문제가 있었으며, 객관적인 평가도구를 사용하지 않음으로써 연구결과를 일반화하는 데에 제한점이 있었다. 국내 해결중심 가족치료 연구의 86.7%가 질적 자료를 사용하였다고 한다(김은영, 2007). 따라서 상담의 효과를 증명하기 위해, 측정 가능한 객관적인 검사도구의 사용이 요구된다. 마지막으로, 상담의 효과를 증명하기 위해서 많은 연구들이 사전-사후점수를 비교하여 그 차이를 검증하였다, 그러나 단순히 사전-사후검사를 비교하는 것은 상담의 과정 중에 일어나는 내담자의 변화는 간과하도록 만든다. 특히 가족치료에서는 가족 구성원들의 다양한 역동이 일어나기 때문에, 각 가족 구성원들의 변화를 살펴보는 것은 내담자에 대한 더 깊은 수준의 이해를 도모해 줄 수 있을 것이다. 특히, 문제아동으로 상담에 의뢰된 아동들은 억지로 상담에 참석하고 있는 경향이 있고, 따라서 가족치료에서 부모보다 덜 협조적이고 단기간에 상담에서 중도 탈락하는 경우가 많다(DiGiusepppe, Linscott, & Jilton, 1996). 따라서 부모와 자녀가 상담과정에서 어떻게 상호작용하며 변화하는지에 대한 연구가 이루어져야 한다.

위와 같은 선행연구들의 제한점을 바탕으로, 본 연구는 실제로 학교와의 연계 속에 해결중심 융합 가족치료에 참여한 가족 구성원들을 대상으로, 객관적 자료를 수집하여 분석함으로써, 해결중심 가족치료의 효과를 검증하기 위한 연구를 설계하였다. 연구문제는 첫째, 해결중심 가족치료는 효과적인가? 둘째, 가족치료의 효과에 있어서 부모와 자녀간의 차이가 있는가? 셋째, 가족의 성장은 시간에 따라 차이가 있는가? 넷째, 부모-자녀의 성장은 시간에 따라 차이가 있는가? 이다.

Ⅲ. 연구방법

1. 연구대상

본 연구의 대상은 미국 동부의 중소 도시 근교의 공립 초·중등학교에 설치된 가족지원센터(Family Support Center)에 의뢰된 문제 아동과 그 가족들이다. 가족지원센터는 문제아동들의 단점을 부각시키기 보다는 그들의 장점과 잠재력을 강조하고, 스스로 해결책을 발견할 수 있는 전문가임을 인정함으로써 격려와 협력의 관계 속에 상담이 효과를 나타낼 수 있도록 해결중심 가족치료를 제공하고 있다. 본 연구는 특히 낮은 학업성취와 대인관계 문제, 가정 및 학교에서의 문제행동 등을 이유로 상담교사나 혹은 학교사회복지사 등에 의해 의뢰된 문제 학생들과 그 가족들 중에, 적어도 부모와 문제아동이 함께 최소 4회 이상의 상담에 참여한 25세대의 가족을 대상으로 하였다. 최소 4회 이상 상담에 참여한 가족을 선택한 이유는 4년간 (2002-2006년) 가족지원센터를 방문한 내담자의 평균 상담횟수(M=4.20, SD=3.81, N=113가족) 및 Macdonald (2005)가 15년간의 해결중심상담 연구를 고찰하여 보고한 평균회기 4.30회를 고려하여, 가족치료의 효과를 평가하기 위해 적절한 상담기간으로 판단되었기 때문이며, 초기 4회기 동안 내담자들이 어떻게 변화하는지 관찰하기 위해서이다. 문제아동과 적어도 부모, 혹은 대리인 중 한 명으로 이루어져 있는 가족을 연구대상으로 한 이유는, 본 연구가 부모와 자녀가 함께 참여하는 융합 가족치료 및 상담의 결과에 대해 부모와 자녀가 다르게 지각하는지를 발견하는 데에 관심이 있기 때문이었다.

연구의 대상인 25세대의 가족들은 평균 7.6회(SD = 4.39, 4회-21회 사이에 분포) 상담에 참여 하였으며, 이들 중 84.0%(21가족)가 10회기 안에 상담을 종결하였다. 아동의 평균연령은 13.1세(SD = 2.70, 7세-18세 사이에 분포)이었으며, 중학생이 약 30%, 고등학생 약 30%, 나머지는 초등학생이었다. 이 중 남학생은 12명(48%), 여학생은 13명(52%)으로 남녀의 비율이 비슷했고, 아동과 어머니만 상담에 참석한 가족은 12가족(48%), 아동과 양 부모가 상담에 참석한 가족이 12가족(48%), 나머지 1가족(4%)에는 아동과 아버지가 참석하였다. 아동 및 부모 외에 형제나 친척들이 함께 참여한 가족은 13가족으로, 상담에 참여한 가족구성원의 평균 숫자는 가족 당 3.2명에 해당하였다. 부모나 대리인의 평균연령은 41.4세(SD = 5.42, 34세-53세 사이에 분포)이었으며, 어머니의 평균연령은 39.7세(SD = 4.77), 아버지의 평균연령은 44.7세(SD = 5.18)이었다.

2. 측정도구

내담자 성장평가척도(Progress Rating Scale: PRS): 내담자 성장평가척도 PRS는 Lambert 등이 개발한 상담효과 질문지-45(Outcome Questionnaire 45: OQ-45)의 대안으로 Miller, Duncan, Sorrell 및 Brown(2004)이 만든 것이다. 4항목의 자기보고 항목(개인적 영역, 대인관계 영역, 사회적 영역, 그리고 '전반적인' 삶의 영역)으로 구성되어 있으며, 매주 내담자가 지난 상담 이후 일주일 동안 어떻게 느꼈는지 보고함으로써, 내담자의 기능 또는 안녕감이 얼마나 개선되었는지 알아볼 수 있다. '개인적' 영역은 내담자의 개인적인 안녕감을, '대인관계' 영역은 내담자의 가족 또는 가까운 친구와의 관계에 대한 부분을, '사회적' 영역은 내담자

의 직장, 학교, 우정 등의 사회적 삶의 영역, '전반적인' 삶의 영역은 내담자의 포괄적인 안녕감을 의미한다. 각 항목은 0점부터 10점 사이의 의미분석척도(semantic differentail scale)로서, 한 쪽 끝은 부정적인 내용(예: 매우 나쁘다)을, 다른 한 쪽 끝은 긍정적인 내용(예: 매우 좋다)을 가리키며, 내담자는 0점부터 10점의 연속선 상에 임의의 점으로 자신의 상태를 표시한다. 이 척도는 내담자가 1분 이내에 응답할 수 있으며, 어린 아동들도 이해하고 답할 수 있도록 쉬운 것이 장점이다. 본 연구는 특히 아동들의 이해를 돕기 위하여 아동용 PRS 10점에 웃는 얼굴 아이콘을, 0점에 화난 얼굴 아이콘을 표시해 주었다. PRS는 가족치료 장면에서 부모와 아동에게 동시에 실시할 수 있어 유용하다.

본 연구에서는 PRS 척도의 총점(4항목의 총점)을 분석에 사용하였다. 따라서 점수는 0점부터 40점 사이에 분포하며 점수가 높을수록 내담자의 기능 수준이 높음을 의미한다. 본 연구에서 사용된 PRS의 신뢰도 Chronbach's a = .93이다.

3. 절차

해결중심 상담은 다음과 같은 절차에 따라 이루어졌다. 첫째, 가족들은 접수 면접실에서 상담자와 첫 만남을 갖고, 매회 상담이 시작되기 전에 지난 주 상담을 받은 이후 자신의 변화를 묻는 질문지(PRS)에 답한다. 둘째, 상담자가 가족들을 치료실로 안내하고 다양한 해결중심상담 접근법을 사용한 가족치료가 이루어진다. 자문팀은 일방경 뒤의 회의실에서 상담장면을 관찰하고 상담자의 개입이나 내담자의 반응에 대한 의견을 전화를 통해 전달한다. 셋째, 상담자가 휴식시간을 선언하고 일방경 뒤로 돌아와 자문팀으로부터 상담에 대한 의견을 듣는 동안 가족들은 상담내용에 대해 숙고하거나 상담자가 휴식을 선언하기 전에 부여한 과제를 생각하며 자유롭게 대화를 나눈다. 마지막으로, 상담자가 치료실로 돌아와 자문팀의 피드백을 가족에게 전달하고, 가족이 가진 장점과 잠재력에 대해 칭찬하며, 상담에 대한 가족의 반응을 들은 후 다음 회기까지 가족이 해야 할 과제를 부여한다.

상담회기는 상담자가 자문팀의 피드백을 받는 5분-10분 동안의 휴식 시간을 포함하여 약 1시간 정도 지속되며, 상담내용은 해결중심상담 매뉴얼에 따라 이루어진다. 가족지원센터의 가족치료가 해결중심의 상담 매뉴얼을 준수하고 있는지를 평가하기 위하여, 9명-11명의 관찰자들로 하여금 상담자가 해결중심상담 기술(예; 상담 이전의 변화 탐색, 내담자의 대처방식, 가족 관계의 변화 알아차리기, 기적질문의 사용, 척도질문의 사용, 예외에 대한 탐색, 자문을 위한 휴식시간 갖기, 칭찬과 과제 내주기)을 얼마나 사용하고 있는지 항목별로 평가하도록 하였다. 관찰자들은 접수면접에 대해서 74.5%, 중간회기에 대해서 77.2%의 동의율을 보여, 본 연구에 사용된 가족치료가 해결중심 상담 기술을 '자주' 혹은 '항상' 잘 따르고 있음이 검증되었다.

가족지원센터가 제공하는 가족치료는 학교와 가정과의 연계 속에 아동의 문제 해결에 협력하는 것을 목적으로 한다. 따라서 상담교사 및 학교사회복지사 및 가족지원센터의 상담원은 긴밀한 의사소통과 협력의 관계를 통하여 이를 상담에 반영되도록 하였다. 상담을 시작한 이후 학교 및 가정에서 나타난 아동의 긍정적인 변화가 가족치료의 핵심 내용이 되

며, 학교는 가족치료를 통해 가족을 심리적으로 이해하고 가족의 요구를 발견하여 조처하고, 가정은 학교의 지원을 통해 아동을 보다 수월하게 다루게 되며 나아가 아동이 성장할 수 있도록 가족융합을 도모하게 된다. 이런 측면에서 본 연구에서 적용된 해결중심 상담은 가정과 학교가 연계된 융합 가족치료라고 할 수 있다.

IV. 연구결과

1. 해결중심 가족치료는 효과가 있는가?

가족치료의 효과를 살펴보기 위해 사전-사후검사 PRS점수에 대한 대응표본 t-검증(paired sample t-test)을 실시하였다. 가족들마다 상담기간이 다르기 때문에, 사전 PRS점수는 첫 회 상담에서 측정된 것을 말하며, 마지막 PRS점수는 종결회기에 측정된 점수를 말한다. 가족의 성장점수는 모든 가족 구성원들의 PRS점수를 평균한 것이며, 부모의 성장점수는 부모(한 명만 참여하였을 경우 한 명의)의 점수를 평균한 것이다. 자녀의 성장점수는 문제아동(identified child)의 PRS 점수를 말한다. 이미 가족들이 상담에 참여한 이후에 추가로 다른 가족구성원이 합류하게 되는 경우, 상담이 얼마나 진행 되었는가와 상관없이 당사자의 첫 번째 PRS점수를 사전 점수로 하였다.

먼저, 가족, 부모, 자녀의 사전-사후검사 점수 평균 및 표준편차를 살펴보면, 내담자들은 전반적인 자신의 안녕감을 0점(매우 나쁘다)부터 10점(매우 좋다) 척도에서 평균 5.63점-5.81점, 즉 “보통 정도의 기능과 느낌”을 가지고 상담을 시작하는 것으로 나타났다. 상담 종결시에는 평균 6.80점-7.62점으로 “보통 이상의 기능”을 보임으로써, 자신에 대해 향상된 기능과 감정을 느끼는 것으로 나타났다(<표 1>).

대응표본 t-검증 결과는 가족, 부모, 자녀의 세 수준에서 사전-사후검사의 차이가 통계적으로 유의미함을 나타냈다. 이는 가족뿐 아니라 부모와 자녀 모두 가족치료 후에 PRS점수가 유의미하게 증가한 것을 의미하며, 따라서 해결중심 가족치료는 내담자의 전반적인 기능

<표 1> 내담자 성장평가 점수의 평균, 표준편차, 대응표본 t-검증 결과

	사전검사		사후검사		*r*	*t*	*p*
	M	*SD*	*M*	*SD*			
가족	23.23	4.69	29.35	6.13	.27	4.62*	.00*
n=25	(5.81)	(1.17)	(7.34)	(1.53)		df=24	
부모	23.06	6.81	27.19	9.54	.52	2.41*	.01*
n=24	(5.78)	(1.67)	(6.80)	(2.38)		df=23	
아동	22.50	9.13	29.76	7.03	.00	3.03*	.02*
n=23	(5.63)	(2.28)	(7.62)	(1.79)		df=22	

주. ( ) 안의 숫자는 0점-10점으로 환산한 평균과 표준편차임(0점= 전혀 좋지 않다, 10점=완벽하다).
부모 1명 및 아동 2명의 자료는 응답의 신뢰도가 낮은 것으로 판단되어 분석에서 제외됨.
* p < .05

의 향상을 가져오는 효과가 있다고 할 수 있었다.

사전-사후검사의 통계적 차이에 의미를 더하기 위해서 효과크기(effect size)를 계산하였다. 효과크기는 연구가 발견한 통계적 차이가 얼마나 강력한가를 보여주는 수치로서, 연구의 대상이 적거나 많을 경우 통계결과의 왜곡이 일어날 수 있는데, 이를 보완해 주는 역할을 한다. 예를 들어, 연구의 대상이 많을 경우 조그만 차이도 통계적으로 유의미할 수 있는데, 이때 효과크기를 통해 그 결과의 실제적 유의성을 밝힐 수 있다. 본 연구의 대상자 수가 적고 사전-사후검사라는 점을 고려하여 모집단의 표준편차를 사용하는 Glass의 △(△= Mposttest-Mpretest/spopulation)를 이용하여 효과크기를 계산하였다. 가족, 부모, 자녀에 대한 사전-사후검사 차이의 효과크기는 각각 1.37, .59, .88이었다(<표 2>). Cohen의 가이드라인에 따르면 효과크기는 .20일때 작고, .50일때 중간, .80일때 크다. 따라서 본 연구에서 나타난 효과크기는 가족에게는 매우 크며, 부모에게는 중간, 자녀에게는 크다고 할 수 있다.

또한 효과크기는 사전-사후검사의 차이를 표준편차를 통해 설명해준다. 예를 들면, 상담의 효과크기 △= 1.37은 PRS사후점수가 사전점수의 표준편차의 1.37배로 커짐을 의미이다. 즉, 가족은 상담을 받기 전에 받았던 사전점수 보다 6.12점(4.47×1.37=6.12)이 향상된 사후점수를 나타낼 것으로 볼 수 있다. 같은 공식을 사용하여, 부모는 사전점수 보다 사후에 4.12점(6.98 × .59=4.12) 향상 될 것이며, 자녀는 상담 후에 7.26점(8.25 × .88=7.26) 증가한 사후점수를 나타낼 것이다. 즉, 가족 구성원들 전체를 보았을 때의 가족치료의 효과가 부모나 자녀를 개별적으로 보았을 때보다 더 크다는 결과는 주목할 필요가 있다.

<표 2> 내담자 성장평가척도 평균차이, 모집단 표준편차, 효과크기

	MD	*Spopulation*	Effect Size
가족	6.12	4.47	1.37
부모	4.13	6.98	.59
자녀	7.26	8.25	.88

2. 상담의 효과에 있어서 부모와 자녀 사이에 차이가 있는가?

앞서 언급하였듯이 문제아동은 부모 보다 상담에 대해 덜 협조적이며 상담에 대한 동기수준도 낮은 경향이 있다. 이렇게 집단의 기초치에 차이가 있을 때 연구자는 상담의 효과 중 내담자의 초기치 혹은 기초치(baseline)의 차이에 의한 상담효과를 부분 철수(partialing out)시킴으로써, 상담의 효과가 기초치 차이에 의해서 나타난 인공적인 결과물이 아니라는 점을 분명히 해야 하는데, 단순한 사전-사후검사의 차이는 평균점수로의 회귀 때문에 잘못된 결과를 가져 올 수 있으므로, 변화점수의 잔여량을 사용함으로써 사전검사의 효과를 조절할 수 있다. 그러나 두 측정치(사전-사후검사) 간의 상관관계가 낮거나 또는 유의미하지 않다면, 변화점수의 잔여량(residualized change score)을 사용하는 것이 잘못된 결과를 가져올 수 있다. 따라서 이런 경우에는 단순 획득점수(simple gain score)를 상담효과 점수로 사용해야 한다.

따라서 본 연구자는 상담의 효과점수는 사전-사후검사의 상관관계의 크기에 따라 변화점수 잔여량 혹은 단순 획득점수를 사용할 것인지를 결정하였다. 먼저 아동들의 사전-사후

PRS점수 간의 상관(r = .00)은 매우 낮은 것으로 나타나 변화점수 잔여량 대신 단순 획득점수를 사용하기로 하였다. 단순 획득점수는 간단히 마지막 점수에서 최초의 점수를 빼서 나온 점수를 말한다. 반면 부모들의 사전-사후 PRS점수의 상관관계(r = .59)는 높게 나타났기 때문에, 변화점수 잔여량을 상담효과 점수로 사용하기로 하였다. 변화점수의 잔여량은 마지막 PRS점수를 최초의 PRS점수에 회귀시켜 환산하였으며, 이렇게 만들어진 변화점수 잔여량은 실제 PRS점수와 예측된 PRS점수 간의 차이를 의미한다. 단순 획득점수 혹은 변화점수 잔여량이 0 보다 크다는 것은, 내담자가 상담으로 인해 향상된 것이 내담자들 평균과 비교할 때 예측했던 것 보다 크다는 것을 의미한다. 또한 이 점수가 클수록 내담자의 성장도 크다는 것을 뜻한다. 이 점수들은 치료적 획득점수로 저장하여 상담의 효과 분석에 사용하였다.

따라서 부모와 자녀가 지각한 상담의 효과에 있어서 차이가 있는지를 알아보기 위한 분석은 아동의 단순 획득점수와 부모의 변화점수 잔여량을 종속변수인 상담효과 점수로 하여 일원분산분석(one-way ANOVA)을 실시하였다. 가족역할(부모, 혹은 자녀)은 독립변수이다. 그 결과, 부모와 아동이 가족치료의 결과 얻은 상담의 효과에 유의미한 차이가 있는 것으로 나타났다(F = 6.268, p< .05). <표 1> 및 <표 2>에서 나타난 사전-사후검사의 차이와 효과크기 등을 참고할 때, 가족치료의 효과는 부모에게서 보다 아동에게서 더 크다고 할 수 있었다.

3. 가족의 성장은 시간에 따라 변화하는가?

시간에 따른 가족의 PRS점수 변화에 차이가 있는지 살펴보기 위하여 반복측정 일원분산분석(reapeated measures ANOVA)을 실시하였다. <표 4>는 4회에 걸친 가족의 PRS점수의 평균과 표준편차 및 반복측정 분산분석 결과 유의미한 차이가 나타났음을 보여준다(F = 9.92, p < .05). 1회기와 2회기 간의 점수의 차이(2.72)와 3회기와 4회기 간의 점수의 차이(2.47)는 2회기와 3회기 간의 차이(1.29) 보다 크게 나타났다. 1구간과 3구간 간의 차이는 대응표본 t-검증을 통하여 통계적으로 유의미 하였다(t(24) = 2.89, p < .05, t(24) = 2.15, p < .05). 따라서 상담에 참여한 가족은 1회-2회 사이에 의미 있는 성장을 보인 반면, 2회-3회 사이에 성장을 멈추고 유지기에 들어갔다가, 3회-4회 사이에 다시 유의미한 성장을 나타냄으로써 마치 계단과 같은 모양의 성장을 나타내었다.

<표 3> 부모-자녀 상담효과에 대한 일원분산분석

	Sum of Squares	*df*	Mean Square	*F*	*p*
집단내	619.182	1	619.182	6.268	.016*
집단간	4445.302	45	98.784		
합 계	5064.484	46			

* p< .05

<표 4> 가족 성장평가 점수의 평균, 표준편차, 반복측정 일원분산분석 결과

	1회기		2회기		3회기		4회기	
	M	*SD*	*M*	*SD*	*M*	*SD*	*M*	*SD*
가족PRS	22.91 (5.73)	4.95 (1.24)	25.63 (6.41)	6.32 (1.58)	26.92 (6.73)	6.83 (1.71)	29.39 (7.35)	6.18 (1.54)

	Sum of Squares	*df*	Man Square	*F*	*p*
개인간					
회 기	544.404	3	181.468	9.921	.00*
오 차	1316.930	72	18.291		

주. ( ) 안의 숫자는 0점-10점으로 환산한 평균과 표준편차임(0점= 전혀 좋지 않다, 10점=완벽하다).
* p < .05

4. 부모와 자녀의 성장에는 시간에 따른 차이가 있는가?

4회기에 걸쳐 부모와 자녀 사이의 성장에 차이가 있는지 살펴보기 위하여 반복측정 공변량분석(repeated measures ANCOVA)을 실시하

<표 5> 시간에 따른 부모-자녀의 성장평가 점수의 평균, 표준편차, 반복측정 공변량분석 결과

	1회기		2회기		3회기		4회기	
	M	*SD*	*M*	*SD*	*M*	*SD*	*M*	*SD*
부모PRS	23.29 (5.83)	7.21 (1.76)	25.39 (6.35)	8.30 (2.08)	25.52 (6.38)	9.42 (2.36)	28.50 (7.13)	7.57 (1.89)
자녀PRS	23.91 (5.53)	8.51 (2.37)	25.61 (6.63)	5.76 (1.77)	27.85 (7.11)	7.07 (1.89)	31.17 (7.87)	6.03 (1.43)

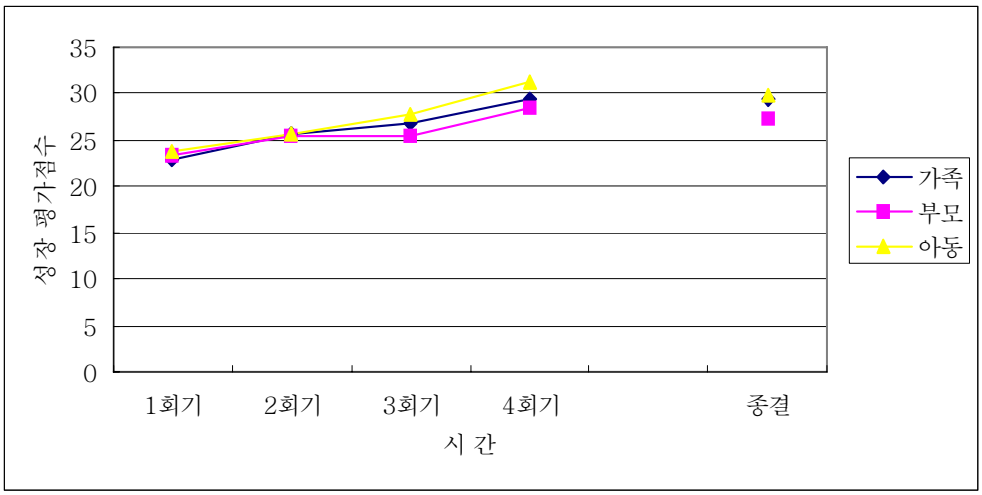
	Sum of Squares	*df*	Mean Square	*F*	*p*
개인내효과					
회 기	1123.593	3	374.531	19.207	.00*
회 × 가족역할	61.899	3	20.633	1.058	.370
오 차	2222.918	114	19.499		
개인간 효과					
가족역할	33.956	1	33.956	.441	.511
오 차	2928.582	38	77.068		

주. ( ) 안의 숫자는 0점-10점 척도로 환산한 평균과 표준편차임(0점= 전혀 좋지 않다, 10점=완벽하다).
* p < .05

였다. 공변량분석이 사용된 이유는 일반적으로 상담에 임하는 부모와 아동의 태도에 차이가 있다고 알려져 있기 때문에 초기치를 통제하기 위한 것이다. <표 5>에 4회기에 걸친 부모와 자녀의 PRS점수의 평균과 표준편차 및 반복측정 공변량분석 결과가 제시되어 있다. 부모-자녀 변수는 개인내 요인(between-sbuject factor), 회기는 개인간 효과(within-subject effect), 첫번째 PRS점수가 공변량(covariate)이다. 분석결과, 개인간 효과는 통계적으로 유의미하게 나타나 부모와 자녀는 시간에 따라 성장평가 척도에 유의미한 차이를 보였다($F = 19.21$, $p < .05$). 그러나 시간에 따른 부모-자녀 간의 차이는 의미있게 나타나지 않았다($F=.41$, $p > .05$; $F= 1.06$, $p > .05$). 다시 말하면, 부모와 자녀 모두 상담이 진행됨에 따라 성장평가 점수가 유의미하게 증가한 반면, 회기별 부모와 자녀 간의 성장점수에 차이는 나타나지 않았다. 즉, 부모가 자녀 보다 높은 수준에 있을 것이라는 가설과는 반대로, 부모와 자녀가 느끼는 기능은 같은 수준으로 유지되었다. 부모(아동)가 잘 기능하고 있다고 느끼는 경우 아동(부모)도 비슷하게 느끼며, 반대로 부모(아동)가 건강하지 못한 심리상태이면 아동(부모)도 마찬가지로 느낀다는 것을 보여준다. 이런 결과는 <그림 1>의 그래프에 잘 나타나고 있다.

V. 요약 및 논의

본 연구는 학업 및 대인관계, 가정 및 학교에서의 행동문제 등을 가진 아동들을 부모 및 다른 가족구성원들이 함께 참여하는 해결중심 가족치료를 통하여 상담하고 그 효과를 살펴보기 위한 연구이다. 이 연구는 특히 문제아동들을 학교-가정의 협력 속에 치료하는 학교중심의 가족상담의 효과를 간접적으로 보여주기 위한 목적을 가지고 있다. 연구의 결과, 부모와 문제 아동은 물론 가족 전체에서 유의미한 상담의 효과가 나타났다. 즉, 아동과 가족은 해결중심 가족치료를 통해 자신의 삶에 대해 좀 더 긍정적으로 느끼고 전반적으로 잘



<그림 1> 시간에 따른 성장 평가점수의 변화

기능하게 되었음을 보고하였다. 특히, 가족 전체에 대한 상담의 효과 크기가 매우 크게 나타났고, 부모와 문제아동이 평가한 상담의 효과 크기는 중간 혹은 조금 큰 정도로 나타났다. 가족 전체의 상담 효과 크기가 큰 것은 아마도 상담에 참여한 모든 가족 구성원들의 자료가 포함되었기 때문일 것이다. 예를 들면, 문제 아동과 부모 뿐 아니라 아동의 형제자매, 조부모, 혹은 친척들까지 포함되었다. 따라서 상담의 효과는 가족 구성원들 모두의 관점이 고려되었을 때 더 크게 나타나며, 부모나 문제 아동을 개별적으로 볼 때는 가족 전체에서의 효과 보다 작게 나타났다. 이 결과는 다른 가족 구성원들이 가족치료에 참여했을 때 아동 당사자 혹은 부모 보다 상담을 더 긍정적으로 느낀다는 것을 의미한다. 따라서 가족상담의 효과는 문제아동이나 그들의 부모 보다 다른 가족 구성원들에게 미치는 영향이 더 크다고 해석할 수 있다. 이는 상담을 통해 변화를 모색하기 시작한 아동이 다른 가족구성원들에게 가족치료에 대한 희망을 심어주어 물결효과와 같이 더 큰 상담의 효과를 가져오는 것이라고 볼 수 있다. 일반적으로 상담은 문제를 가진 내담자를 대상으로 하는 경우가 많은데, 다른 가족 구성원들을 함께 참여시키는 융합 가족치료는 가족 상호작용 내에서 내담자의 문제를 다룸으로써 가족 전체의 변화를 가져올 수 있는 것으로 보인다. 이는 “전체는 부분의 합 보다 크다(Robbins et al., 2003)”는 가족상담의 기본 철학과 일맥상통 하는 것이다.

본 연구에서 나타난 상담의 효과를 다른 해결중심상담 연구에서 나타난 상담의 효과와 비교해 보기 위하여, 행동문제가 있는 아동들을 해결중심상담으로 접근한 Corcoran과 Stephenson(2000)의 연구를 살펴보았다. 이 연구는 상담에 참여한 아동의 특성이 본 연구와 유사하고, 부모 평가 자료가 포함되어 있으며, 사전-사후검사 자료가 사용되었다는 공통점 때문에 선택되었다. 대부분의 해결중심상담 연구들과 마찬가지로 Corcoran과 Stephenson 역시 상담의 효과 크기를 보고하지 않았으므로, 본 연구자가 그들의 연구에 보고된 평균과 표준편차를 이용하여 상담의 효과 크기를 계산하였다. 본 연구의 효과 크기 계산에 사용된 것과 같은 공식(Glass의 △)을 사용하여 계산한 결과, 본 연구의 효과 크기(부모 △= .59, 자녀 △= .88)에 비해 Corcoran과 Stephenson의 연구에 나타난 효과 크기는 더 작게 나타났다(부모 △= .21～.76, 자녀 △= -.40～.48). 특히 아동에게서의 효과 크기가 작게 나타났다. 즉, 부모는 상담의 결과 아동의 문제행동이 .21～.76 표준편차만큼 감소한 것으로 인식한 반면, 아동은 자신의 문제행동이 매우 적게 감소했거나 오히려 증가한 것으로 지각하였다. 본 연구와 Corcoran과 Stephenson의 연구는 서로 다른 평가도구를 사용하였으며, 본 연구는 내담자의 전반적인 기능을 측정한 반면, Corcoran과 Step henson은 아동의 행동과 정서 문제를 측정한 점이 상이하지만, 본 연구에서 더 큰 효과크기가 나타난 것은 두 연구의 상담 모형의 차이에서 비롯된 것이라고 할 수 있다. 본 연구는 부모와 자녀가 모두 가족치료에 참여하는 융합 가족치료를 제공하였으나, Corcoran과 Stephenson은 부모를 제외하고 아동만 상담에 참여하도록 하였다. 이는 문제 아동들을 개별적으로 상담하는 것 보다는 본 연구에서처럼 가족 시스템 속에서 치료하는 것이 더 효과적임을 시사해 준다. 그러나 이것은 가족치료가 개인상담보다 효과적인가에 대

한 혼재된 연구 결과들을 고려할 때, 아직은 잠정적인 주장으로 받아 들여져야 할 것이다. 실례로 Wettersten과 Lichtenberg, Mallinckrodt (2005)의 연구에 의하면 해결중심 상담을 사용한 개인상담의 효과 크기는 본 연구에서보다 큰 d = .94로 나타난 바 있다.

본 연구의 결과를 다른 가족상담기법에 대한 연구들과 비교해 보는 것 역시 의미가 있다. Shadish와 Montgomery, Wilson, Wilson의 메타 분석(1993)에 의하면 다양한 가족치료 접근들의 효과 크기는, 행동주의/심리교육적 상담 이론 d = .56(n = 40), 시스템 이론 d = .28(n = 14), 인본주의 접근 d = .23(n = 8), 정신역동 이론 d = .63(n = 1), 절충적 접근 d = .58(n = 15)이다. 시스템 이론의 범위는 매우 폭넓지만, 해결중심상담 역시 시스템 이론의 하나이므로, Shadish 등의 연구에서 발견된 시스템 이론의 효과 크기가 본 연구에서 보다 작게 나타난 점에 주목 할 필요가 있다. 이는 가족상담의 효과 크기는 다양한 이론적 배경과 내담자 유형, 측정 도구 등에 따라 다르게 나타난다는 점으로 설명될 수 있다. 예를 들면, 상호작용의 효과 크기를 측정한 경우 d = .45, 행동평가의 효과 크기는 d = .50 (Hazeligg, Cooper, & Borduin, 1987)이며, 품행장애 아동을 위한 가족치료의 효과는 d = .53(n = 18), 공격적 아동 d = .52(n = 5), 전반적인 가족문제 d = .60(n = 4), 의사사통/문제해결 d = .52(n = 2)로 알려져 있다(Shadish, Ragsdale, Glaser, & Montgomery, 1995). 요약하면, 가족상담의 효과 크기는 .23～.60 사이에 분포하며, 이는 일반적인 심리치료의 효과 크기가 .40～.60 사이에 분포(Lambert, 2003; Macdonald, 2005 재인용)하는 것과 비교하면 본 연구의 효과 크기는 매우 크게 나타났다고 할 수 있다. 이 결과는 본 연구에서 사용된 융합 가족치료 및 해결중심 접근법, 그리고 학교와 가족 간의 협력에 원인이 있다고 해석할 수 있다. 그러나 본 연구에서 부모 집단의 효과크기는 일반 가족치료의 효과크기와 비슷하며, 본 연구가 통제집단을 포함하지 않은 반면, 메타연구들은 통제집단이 포함된 연구들을 대상으로 한다는 점에 주의하여 해석해야 할 것이다.

상담의 효과로 인한 변화의 크기에서 부모와 자녀 간에 유의미한 차이가 있었다. 다시 말하면, 상담의 효과는 부모에게서 보다 문제아동에게 더 크게 나타났다. 이는 앞서 아동이 더 큰 상담의 효과 크기를 보여준 점과 일치하는 결과이다. 따라서 해결중심 가족치료는 부모에게 보다는 아동에게 더 유익하다고 할 수 있다. 본 연구자가 가족지원센터에서 관찰한 바에 따르면, 해결중심 가족치료는 부모 보다 아동에게 좀 더 많은 관심을 두는 경향이 있다. 사실, 해결중심 상담자는 일상적으로 가족에게 문제를 일으키는 문제아로 비난받기 쉬운 아동들에게 그들의 잠재력과 장점, 그리고 긍정적인 측면을 알려주고 스스로가 그것을 사용할 수 있는 '전문가' 라는 지위를 부여한다. 반면 부모에게는 자녀의 관점과 생각에 좀 더 귀 기울이도록 격려한다. 이것은 자신의 불평과 스트레스를 들어주고 이해해 주기를 바라는 부모의 입장에서는 도전적인 일로 느껴질 수 있기 때문에, 부모에게서 상담의 효과가 더 낮게 나타나는 결과를 가져왔을 수 있다.

위와 같이 내담자는 가족치료의 결과 궁극적으로 변화하였는가와 함께 본 연구는 가족치료의 초반 4회기 동안 내담자가 어떻게 변화하는지를 그 과정을 살펴보았다. 그 결과

내담자들은 상담이 경과함에 따라 계단 모양으로 향상과 유지를 나타내었다. 상담이 진행됨에 따라 내담자의 전반적인 기능(포괄적인 안녕지수)이 향상되어 종결시점에 내담자의 기능은 상담 이전보다 높은 수준에 달한다. 그러나 그 과정은 지속적으로 향상 되는 것이 아니라 등락을 보일 수 있다는 점을 보여준다. 또한 상담의 어느 시점에서도 부모와 자녀 간에 성장 수준의 차이는 나타나지 않았다. 즉, 부모와 자녀는 서로 같은 성장 수준을 유지하면서 동시에 시간이 지남에 따라 전반적인 기능이 향상된다는 점에서 공통적이다. 이는 부모와 자녀가 자신들의 기분을 유사하게 느낀다는 긍정적인 징후라고 생각된다. 해결중심 가족치료가 가족 구성원들 간의 협력을 강조하는 상담 접근이기 때문에 나타난 결과라고 해석된다.

본 연구의 의의는 해결중심상담의 효과에 대한 더 많은 연구가 요구되는 현실에서 해결중심 가족치료가 학교 및 가정에서 문제를 일으키는 아동과 그 가족들에게 효과적이라는 증거를 제시해 주었다는 점이다. 또한 문제행동을 보이는 아동/청소년들은 대체로 다양한 정서적 소용돌이로 특징 지워지는 가족들과 살고 있는 경우가 많으며, 이런 문제들은 가족이라는 시스템 속에 그물처럼 얽혀 있다(Liddle, 1995)는 점을 고려할 때, 학교 차원에서 지원하는 융합 가족치료가 문제 아동을 둔 부모와 가족 구성원들의 절망과 무기력함을 이해하고 부모와 형제 뿐 아니라 문제 아동들을 돕는 데에 효과적인 방법임을 제안하는 점에 의의가 있다. 특히 아동을 문제의 원인으로 인식하기 보다는 아동의 장점과 가족이 지닌 자원을 통해 가족 스스로 해결책을 찾도록 할 수 있다는 해결중심적 접근의 유용성을 보여주었다.

본 연구의 제한점과 함께 후속 연구를 위한 제안은 다음과 같다. 첫째, 본 연구의 타당도를 높이기 위해서는 더 많은 수의 가족들을 대상으로 하는 후속연구가 필요할 것이다. 또한 본 연구는 실제 가족상담센터의 내담자들을 대상으로 함으로써 연구자료가 매우 복잡하였다. 융합 가족상담 장면에서 모든 가족 구성원들이 상담에 규칙적으로 참여할 것을 기대하는 것은 매우 어려운 일이지만, 후속 연구들은 보다 통제된 연구자료를 사용함으로써 이런 점을 개선할 필요가 있다. 둘째, 본 연구에 참여한 아동들의 연령에 큰 편차가 있었다. 7세～18세 사이의 아동들은 서로 다른 발달단계에 있으며, 따라서 본 연구에서 사용한 측정도구들의 타당도를 확보하는 데에 제한점이 존재한다고 할 수 있다. 따라서 본 연구의 결과는 아동들의 발달상의 차이점이 있었음을 고려하여 해석 되어야 하며, 후속 연구는 연구대상의 동질성을 확보하는 데에 좀 더 주의를 기울여야 할 필요가 있다. 셋째, 본 연구의 결과 해석에서 주의할 점 중의 하나는 문제 아동의 형제(자매) 및 친척들의 역할에 관한 것이다. 본 연구에서는 전체 가족의 1/2 이상이 문제 아동의 형제 혹은 친척들과 함께 상담에 참여하였다. 형제나 기타 중요한 인물들이 가족치료에 참여하는 경우, 가족의 역동 역시 변화한다. 그러나 본 연구는 이들의 자료를 가족 전체 자료로 포함하여 분석하였다. 추후 분석이나 연구는 아동의 형제 및 친척들의 역할들을 분리하여 살펴봄으로써 가족상담의 과정 및 결과와 관련된 의미 있는 정보를 얻을 수 있을 것이다. 넷째, 본 연구는 내담자의 변화과정을 살펴보기 위하여 4회기 동안의 내담자 자료를 분석하였다. 그러나 초기 4회

기에 대한 관찰은 해결중심 상담의 전 과정을 충분히 이해하는 데에 부족할 수 있다. 따라서 후속 연구는 4회기 이후에 나타나는 내담자의 변화를 관찰하여 해결중심 상담과정을 심층적으로 설명할 수 있을 것이다. 다섯째, 본 연구에 사용된 해결중심 가족치료가 해결중심 상담의 특성을 일관되게 유지하고 있느냐에 대해 비교적 높은 관찰자 동의율이 나타났지만, 척도질문(scaling question)과 기적질문(miracle question)은 비교적 낮게 사용된 것으로 나타났다. 단 2회의 상담 표본을 선택하여 평정하도록 하였으므로 본 연구에서 사용된 가족치료가 해결중심 상담 지침과 일치한다고 단정하기는 어렵지만, Lethem(2002)이 지적하였듯이, 해결중심상담은 비교적 새로운 상담접근법으로 상담 및 심리치료 한 접근으로서의 진화를 계속하고 있다. 따라서 일부 해결중심 상담자들은 예외질문 이나 기적질문을 덜 사용하기도 하며 그들의 스타일과 강조점을 변화시키기도 한다. Sundman(1997)은 최근 해결중심상담이 어떤 특정한 상담 기술을 사용하기 보다는 상담목표에 대해 내담자와 절충하기, 내담자의 관점에서 시작하기, 내담자 변화의 작은 신호들을 사용하기, 내담자 개인의 목표에 맞춰 상담을 재단하기 등을 강조하고 있다고 한다. 따라서 해결중심상담의 전반적인 개념을 적용하는 한 특정한 상담의 기술이 얼마나 자주 쓰였는가를 기초로 상담의 지침을 설정하는 것은 의미가 없다고 할 수 있다. 그러나 다양한 메타분석이나 상담의 효과를 증명하기 위해서는 통제된 연구와 상담의 매뉴얼화를 중요시하는 경향이 있으므로, 연구자들은 상담의 일관성 확보를 위한 노력을 계속할 필요가 있다. 마지막으로, 추후 해결중심 상담에 관한 연구는 아동/청소년 및 가족과 관련된 다양한 변수들, 예를 들면 상담자-내담자의 관계 혹은 작업동맹 등을 고려함으로써 상담의 효과에 이런 변수들이 주는 영향을 연구할 것이 요구된다. 상담의 효과를 증명하는 것과 동시에, 그 효과가 어떻게·왜 나타나게 되었는지를 설명하는 것 역시 상담자 및 심리치료자들의 오랜 관심사이며 상담 및 심리치료의 핵심이기 때문이다.

참고문헌

김선희 (2006). 해결중심 단기상담이 결손가정 남중생의 자아존중감, 책임감, 불안에 미치는 영향. 강원대학교 석사학위논문.

김은영 (2007). 해결중심단기치료의 국내 연구 동향 분석: 1988-2006. 한국가족치료학회지, 15(1), 1-18.

김영진 (2005). 해결중심 단기 집단상담 프로그램이 초등학교 고립아동의 교우관계와 자기존중감에 미치는 영향. 학국교원대학교 석사학위논문.

김혜민 (2005). 해결중심 집단상담 프로그램이 결손가정 아동의 사회적지지 지각 우울 변화에 미치는 영향. 명지대학교 석사학위논문.

김혜연 (2007). 해결중심 단기 집단상담 프로그램이 가출비행 청소년들의 역기능 정도에 미치는 효과성에 관한 연구. 숭실대학교 석사학위논문.

박은애 (2006). 해결중심 집단상담 프로그램이 수줍음 아동의 자아존중감과 교우관계에 미치는 영향. 서울교육대학교 석사학위논문.

양경화 (2006). 잠재적 중도탈락생의 적응강화

를 위한 단기집단상담 프로그램 개발과 효과 연구. 전북대학교 석사학위논문.

이선옥 (2007). 초등학교 아동의 학교적응력 향상을 위한 해결중심 단기 집단상담의 효과와 회기별 치료적 요인 연구. 한국교원대학교 석사학위논문.

이선혜, 신영화, 서진환 (2005). 한국가족치료의 현장과 인력: 전국기관 조사연구. 한국가족치료학회지, 13(1), 79-123.

정은진 (2000). 교사를 위한 해결중심 단기상담훈련이 상담협력관계와 상담만족도에 미치는 영향. 부산대학교 석사학위논문.

정재윤 (2005). 한부모 가정 아동의 자아존중감 향상을 위한 해결중심 집단상담 프로그램 개발. 서울여자대학교 석사학위논문.

정효진 (2006). 해결중심 단기상담을 적용한 학습부진아 상담 사례 연구. 청주교육대학교 석사학위논문.

Berg, I. K., (1994). Family based services: A solution-focused approach. New York: W.W. Norton.

Carr, A., McDonnell, D., & Owen, P. (1994). Audit and family systems consultation: evaluation of practice at a child and family centre. Journal of Family Therapy, 16, 143-157.

Chamberlain, P., & Rosicky, J. G. (1995). The effectiveness of family therapy in the treatment of adolescent with conduct disorders and delinquency. Journal of Marital and Family Therapy, 21, 441-459.

Conoley, C. W., Graham, J. M., Neu, T., Craig, M. C., O'pry, A., Cardin, S. A., Brossart, D. F., & et al. (2003). Solution-focused family therapy with three aggressive and oppositional-acting children: An N=1 empirical study. Family Process, 42, 361-372.

Corcoran, J. (1998). Solution-focused practice with middle and high school at-risk youths. Social Work in Education, 20, 232-243.

Corcoran, J., & Stephenson, M. (2000). The effectiveness of solution-focused therapy with child behavioral problems: A preliminary report. Families in Society. The Journal of Contemporary Human Services, 468-474.

Cottrell, D. (2003). Outcome studies of family therapy in child and adolescent depression. Journal of Family Therapy, 26, 406-416.

de Shazer, S., & Molnar, A. (1984). Four useful interventions in brief family therapy. Journal of Marital and Family Therapy, 10, 297-304.

Davis, T. E., & Osborn, C. J. (2000). The solution-focused school counselor: Shaping professional practice. Philadelphia, PA: Taylor & Francis..

DiGiuseppe, R., Linscott, J., & Jilton, R. (1996). Developing the therapeutic alliance in child-adolescent psychotherapy. Applied & Preventive Psychology, 5, 85-100.

Fishman, H. C. (1988). Treating troubled adolescents: A family therapy approach. New York: Basic Books.

Franklin, C., Biever, J., Moore, K., Clemons, D., & Scamardo, M. (2001). The effectiveness of solution-focused therapy with children in a school setting. Research on Social Work Practice, 4, 411-434.

Franklin, C., Corcoran, J., Nowicki, J., & Streeter, C. (1997). Using client self-anchored scales to measure outcomes in solution-focused therapy. Journal of Systemic Therapies, 16, 246-265.

Gingerich, W. J., & Eisengart, S. (2000). Solution-focused brief therapy: A review of the outcome research. Family Process, 39, 477-498.

Hazelrigg, M. D., Cooper, H. M., & Borduin, C. M. (1987). Evaluating the effectiveness of family therapies: An integrative review and analysis. Psychological Bulletin, 101, 428-442.

Heatherington, L., Friedlander, M. L., & Greenberg, L. (2005). Change process research in couple and family therapy: Methodological challenges and opportunities. Journal of Family Psychology, 19, 18-27.

Lambert, M. J., Hansen, N. B., & Finch, A. E. (2001). Patient-focused research: Using patient outcome data to enhance treatment effects. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 69, 159-172.

Lee, M. Y. (1997). A study of solution-focused brief family therapy: Outcomes and issues. American Journal of Family Therapy, 25, 3-17.

Lethem, J. (2002). Brief solution focused therapy. Child and Adolescent Mental Health, 7, 189-192.

Liddle, H. A. (1995). Conceptual and clinical dimensions of a multidimensional, multisystems engagement strategy in family-based adolescent treatment. Psychotherapy, 32, 39-57.

Littrell, J. M., Malia, J. A., & Vanderwood, M. (1995). Single-session brief counseling in a high school. Journal of Counseling and Development, 73, 451-458.

Macdonald, A. J. (2005). Brief therapy in adult psychiatry: results from fifteen years of practice. Journal of Family Therapy, 27, 65-75.

Metcalf, L. (2001). Solution-focused therapy. In R. J. Corsini (Ed.), Handbook of Innovative Therapy (2nd Ed., pp. 647-659). New York: John Wiley & Sons.

Miller, S. D., Duncan, B. L., Sorrell, R., & Brown, J. (2004). The partners for change outcome management system. Journal of Clinical Psychology: In Session, 61, 198-208.

Millikan, E., Wamboldt, M. Z., & Bihun, J. T. (2002). Perceptions of the family, personality characteristics, and adolescent internalizing symptoms. Journal of American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 41, 1486-1494.

Moore, K. C. (2002). The effectiveness of solution-focused therapy on students with school-related behavioral problems. Unpublished doctoral dissertation, University of Texas, Austin.

Mostert, D. L., Johnson, E., & Mostert, M. P. (1997). The utility of solution-focused, brief counseling in schools: Potential from an initial study. Professional School Counseling, 1, 21-24.

Murphy, J. J. (1999). Common factors of school-based change. In M. A. Hubble, B.

L. Duncan, & S. D. Miller (Eds.), The heart and the soul of change: What works in therapy (pp.361-386). Washington, DC: U.S. APA Press.

Murphy, J. J. (1997). Solution-focused counseling in middle and high schools. Alexandria, VA: American Counseling Association.

O'Leary, S. G., & Vidair, H. B. (2005). Marital adjustment, child-rearing disagreement, and overreactive parenting:Predicting child behavior problems. Journal of Family Psychology, 19, 208-216.

Robbins, M. S., Turner, C. W., Alexander, J. F., & Perez, G. A. (2003). Alliance and dropout in family therapy for adolescents with behavior problems: Individual and systemic effects. Journal of Family Psychology, 17, 534-544.

Sabella, R. (n.d.). What you view is what you do: Being solution-focused with children at-risk. Retrieved May 20, 2000, from http://guidancechannel.com/default.aspx?M=a&index=1377&cat=50

Shadish, W. R., Montgomery, L. M., Wilson, P., & Wilson, M. R. (1993). Effects of family and marital psychotherapies: A meta-analysis. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61, 992-1002.

Shadish, W. R., Ragsdale, K., Glaser, R. R., & Montgomery, L. M. (1995). The efficacy and effectiveness of marital and family therapy: A perspective from meta-analysis. Journal of Marital and Family Therapy, 21, 345-360.

Stalker, C. A., Levene, J. E., & Coady, N. F. (1999). Solution-focused brief therapy-One model fits all? Families in Society: The Journal of Contemporary Human Services, 80, 468-477.

Sundman, P. (1997). Solution-focused ideas in social work. Journal of Family Therapy, 19, 159-172.

Thompson, R., & Littrell, J. M. (1998). Brief counseling students with learning disabilities. Professional School Counseling, 2, 60-67.

Walter, J. L., & Peller, J. E. (1996). Rethinking our assumptions: Assuming anew in a postmodern world. In S. D. Miller, M. A. Hubble, & B. L. Duncan (Eds.), Handbook of Solution-Focused Brief Therapy (pp.9-26). San Francisco, CA: Jossey-Bass Inc.

Wettersten, K. B., Lichtenberg, J. W., & Mallinckrodt, B. (2005). Associations between working alliance and outcome in solution-focused brief therapy and brief interpersonal therapy. Psychotherapy Research, 15, 35-43.

Williams, G. R. (2000). The application of solution-focused brief therapy in a public school setting. The Family Journal: Counseling and Therapy for Couples and Families, 8, 76-78.

Zimmerman, T. S., Jacobsen, R. B., Macintyre, M., & Watson, C. (1996). Solution-focused parenting groups: An empirical study. Journal of Systemic Therapies, 15, 12-25.

Zimmerman, T. S., Prest, L. A., & Wetzel, B. E. (1997). Solution-focused couples therapy groups: An empirical study. Journal of Family Therapy, 19, 125-144.

한국가족치료학회지
Korean Journal of Family Therapy, 2007. Vol. 15(2), pp.277-299

Solution-Focused Family Therapy for Children with Behavior Problems

Heejoung Kim
(Yonsei University)

This study examined the use of Solution-Focused Therapy (SFT) in conjoint sessions with families whose children had been identified with low academic achievement, interpersonal issues, and school and home-related behavioral problems. Twenty-five families attended four or more sessions of SFT in a community family support center and completed a Clients' Growth rating scale. Additional data included information from the first and final appointments and pre- and posttests. Results indicated that the clients' functioning improved acrossthe first four sessions and that there was no difference between parents and children in their functioning level, suggesting that SFT increases families' general functioning and sense of well-being. Larger family-level effect sizes may imply that therapy outcomes for the family as a whole is larger than for the individual family members, which supports the systemic motto, "The whole is more than the sum of its parts." The results of this study provide an in-depth understanding of the clients' change process in SFT.

Keywords : *solution-focused therapy, family therapy, family functioning*