

가족치료의 발달역사

도 복 남
(경북의대 간호학과교수)

최근들어 구미에서는 가족치료의 이론과 과정에 대한 관심이 점점 증가하고 있으며 국내에서도 이방면에 대한 정신의학계, 간호학계, 심리학계, 사회학계의 저술이 늘어나고 있다. 그러므로 비교적 짧은 역사를 가진 가족치료분야가 어떻게 학자들의 관심을 받게 되었는지 또 어떻게 학문적인 발달을 이루게 되었는지 알아보는 것도 관계학도로서 의의있는 일이라 생각한다.

가족치료분야의 발전과정을 보다 폭넓게 이해할 수 있기 위해서 Goldenberg의 "Family Therapy: an Overview"를 중심으로 가족치료운동의 역사적 근원을 고찰하고난후 가족치료의 연대별 발달과정을 파악해 보려고 한다.

가족치료운동의 역사적 근원

가족운동은 세계 제 2차 대전의 여파로 쪼갬다. 전쟁으로 흩어졌던 가족들이 재결합하게 되자 많은 문제가 발생하여 정신건강전문가들의 도움을 구하게 되었다. 개인에 대한 치료에만 전념해 왔던 전문가들은 부부간의 불화, 이혼, 가족들간의 정서적 유대의 와해, 청소년의 비행, 인척과의 문제등을 다루지 않을 수 없게 되었다. 이들 임상가들 중 많은 사람들이 여전히 환자 개인을 대상으로 치료 하려고 하였으나 어떤 사람은 한개인도 완전히 치료하려면 그의 가족관계 그리고 개선이 필요한 가족성원들간의 의사소통을 살펴보아야 한다고 생각하기 시작했다.

현재 우리가 가족치료운동이라고 부르고 있는 것은 1940년대 후반과 1950년대 초반의 다섯가

지의 독립된 과학적 및 임상적 발달로 형성되었는데 이를 간략하게 소개하자면 1) 정신분석학적 치료가 많은 정서적 문제뿐 아니라 전체 가족에게까지 치료범위가 확대되었고, 2) 상호관련된 전체를 구성하는 부분들 사이의 관계탐구에 역점을 두는 일반체계 이론이 도입되었고, 3) 정신분열증의 발달에 가족들이 미치는 역할에 대한 관심이 고조되었고, 4) 아동지도 및 결혼상담이 발달되었으며, 5) 집단치료(group therapy) 및 환경치료와 같은 새로운 임상적 기법에 대한 관심이 증가된 것들이다.¹⁾

1. 정신분석학과 가족치료

Freud²⁾는 개인의 성격형성, 특히 신경증적 행동의 발달에 가족관계가 미치는 역할을 의식하고 있었다. 말에 물릴까봐 두려워서 거리에 나가지 못한 한스(Hans)소년의 유명한 사례에서 Freud는 한스가 외디푸스 콤플렉스와 연합된 불안을 표시한 것이라고 가정하였다. 즉 Freud는 한스가 무의식적으로 어머니에게 성적인 욕망을 품고 있었기 때문에 적대적인 아버지에게 경쟁심을 가졌지만 자기가 가진 적개심에 대해 아버지로부터 거세당하지 않을까 하는 두려움이 있었고 이 두려움이 전에는 무해하다고 생각했던 말에 물리지 않을까 하는 공포증(phobia)으로 전환되었다는 것이다. 한스는 아버지를 말로 대치시킴으로써 내적인 위협을 외적인 사물에게로 돌렸다. 이와같이 두려움이 공포증 발달의 원형이 된 대리물로 옮겨간 것이다. 1909년의 이 유명한 사례에서 소년은 Freud의 지도하에 아버지에게 의해 치료되었다.

실제적인 측면에서 볼때 Bloch와 Laperriere³⁾가 지적했듯이 한스소년의 사례는 아동분석과 가족치료가 실시된 첫 케이스이다.

정신분석가요 아동정신의학자인 Nathan Ackerman⁴⁾은 정신분석학적 이론으로 가족연구를 하였다. 그는 초기의 저서에서 가정이 “정신질환 및 정신건강의 소인을 가진 일종의 운반자”라고 말한다.

Ackerman⁵⁾은 가족을 상호작용하는 성격의 체계로 보았다. 가족을 치료할 때에는 여러가지 수준—가족각자의 성격의 내면적 조직, 가족 역할 적용의 역동성, 사회적 체계로서의 가족행동—에서의 조정이 필요하다. 개인적인 수준에서는 정신내적 갈등, 방어(예를들면 전이), 증상(예를들면 공포증)으로 보이는 것도 가족적인 수준에서는 개인의 균형을 유지하기 위한 순환적이며 예측가능한 상호작용 유형의 한 부분으로 볼 수 있으며 결국은 가족역할관계의 균형을 깨뜨리는 결과를 낳는다. 그러므로 개인의 증상은 가족치료적 입장에서 볼때 가족이 공유한 불안 갈등 방어가 반영된 대인관계적 행동의 한 단위인 것이다.

장애를 가진 사람의 증상과 행동은 가족의 항상성유지에 불균형을 일으키고 동시에 전체 가족내의 정서적 왜곡을 반영하며 여러 가족원이 서로에게 행사하는 역할간에 상호보완성의 실패(failure of complementarity)가 일어난다는 것이다. 따라서 체계내에서의 변화와 성장이 위축되고 역할들이 경직되고 협량화되고 급격하게 변하여 혼란과 상호보완성의 파탄을 초래한다. Ackerman⁶⁾에 의하면 이러한 일이 발생하는 가정은 “새로운 경험에 순응하고, 가족역할관계에 새로운 수준의 상호보완성을 개발하고, 갈등을 해결할 길을 찾고, 전설적인 자아상을 수립하고 보다 창조적인 발달을 도모하도록” 도와주어야 한다고 말하고 있다.

2. 일반체계이론과 가족치료

1940년대의 생물학자 Ludwig von Bertalanffy가 처음 제안한 일반체계이론(general

system theory)은 모든 생물체뿐만 아니라 모든 행동과학에 이르기까지 포괄적인 이론적 모형을 제시하였다. 체계란 서로 상호작용하는 구성요소들의 복합이고 다양한 구성요소들은 전체 체계의 기능을 이끌어낸다.

체계들은 개방체계와 폐쇄체계가 있다. 폐쇄된 체계는 자기 외부로부터 아무것도 받아들이지 않기 때문에 엔트로피(entropy, 혼란과 무질서의 경향)가 일어난다. 이러한 체계는 에너지나 정보가 전혀 전달될 수 없는 불투과성의 자기 경계 내에서만 작용하게 된다. 외부와 단절되고 절연된 용기 속에서는 외부와의 접촉이 일어날 수 없기 때문에 화학반응이 결국에는 정지된다. 그러나 개방체계는 그 경계가 적어도 부분적으로나마 투과성을 가지고 있기 때문에, 환경과 자료 에너지 정보를 서로 교환할 수 있다. 모든 생명체계는 개방적이다. 예를들어 식물은 탄산가스를 받아들이고 산소를 내보내므로써 자기 주위환경과 에너지를 교환한다. 보다 넓은 각도에서 볼때 생태계는 개방체계 속에서 작용한다. 개방체계는 일부 엔트로피적 변화가 일어나지만 꾸준히 네겐트로피(negentropy, 높은 수준의 질서 또는 낮은 수준의 엔트로피) 상태를 유지하려고 한다.

사반세기 이상 생명체계를 연구한 행동과학자 Miller⁷⁾에 의하면 생명체계란 개방체계들의 특별한 subset들이라고 한다. 그는 모든 생물학적 및 사회적 체계들이 일곱가지의 위계적인 수준 즉 세포와 기관(세포들의 조직), 유기체(독립된 생명체), 집단(가정, 단체), 조직(대학, 다국적 기업, 도시), 사회 또는 국가, 그리고 초국가적 체계등에 따라 조직되어 작용한다고 한다. 상위수준의 체계는 각각 전체 하위수준의 체계들을 포용하여 바로 아래 수준의 체계에게 환경으로 제공된다.

아무것도 고립된 채로 존재하지는 못하고 세상은 체계내의 체계들로 구성되어 있다. 정서적 장애를 가진 사람은 가족체계내의 하위체계의 한 부분이지만 이 사람은 전체 가족체계로부터 영향을 받았고 또 전체 가족체계에 영향을 미친

다. 인간은 많은 하위체계의 조직체이며, 유기체 체계는 보다 큰 체계의 부분이 된다. Bloch와 Laperriere³⁾는 우울증에 걸린 여자는 어떤 수준에서의 치료가 가장 효과적이겠는가를 예시했는데 기관체계의 수준에서는 그녀의 우울이 월경주기에 의한 호르몬 변화와 관계가 있을 수 있고 유기체 수준에서는 그녀가 공격적 충동을 조정하는 방법, 집단적 수준에서는 그녀가 자기 가족에게 대하는 방법, 사회적 수준에서는 자기 주장적 충동을 억압해야 한다고 학습한 여성적 양식과 관련되어 있을 것이라고 생각했다.

개방체계인 생명체계는 환경과의 상호작용에 의해 존재할 수 있고 환경적 생물학적 요구가 생명체계에 스트레스와 긴장을 초래함으로써 부단히 변화하게 된다.⁹⁾ 체계가 극심한 변화에 대처해야 할때 꾸준히 변함없는 상태를 유지하기 위해 자기조절과정 또는 항상성유지기제(homeostatic mechanism)를 가지고 있다. 체계의 기능을 유지시키는 또 하나의 방법은 피드백 기제(feed-back mechanism)이다. 피드백은 긍정적인 것(체계의 활동을 북돋음)일 수도 있고 부정적인 것(체계의 활동을 역전시킴)일 수도 있다. 피드백이 부정적일 때에는 체계를 수정시켜 그전의 상태로 복구시키기 때문에 과정을 관리하는데 더 큰 중요성을 띤다.

Foley¹⁰⁾는 가족적 수준에서 “환자”의 역할은 임상적으로 볼때 부정적 피드백을 나타낸다고 한다. 어머니와 아버지의 관계에 긴장이 지나치게 심할때—즉 가족체계의 안정성을 위협할 때—대체로 가족의 속죄양인 “환자”는 증상을 나타내어 주의를 끌어 부모로 하여금 자기를 위해 일치하게 함으로써 가족체계의 분열을 막으려고 한다는 것이다.

일체관계이론은 정신분석학과 대조적으로 인간을 체계내에서 작용하는 복합적인 존재로 본다. 따라서 개인이 “병들었다”거나 “건강하다”는 말은 맞지 않다. 한 개인에게서 증상이 나타나면 그것은 체계(즉 가정, 단체 또는 일반적으로 사회)가 역기능적으로 바뀌었기 때문이므로 체계 자체를 연구해야 한다. 즉 개인이 과거에

해결하지 못한 갈등이나 어린시절의 손상에서 원인을 찾는 정신분석가들과는 달리 현재의 커뮤니케이션유형, 피드백, 항상성을 유지하려는 노력을 다룬다. 이러한 체계적 접근방법은 가족 상담자와 치료자에게 새로운 개념적 골격을 제공해 준다. 또한 무엇을 연구해야 하고, 어떤 자료를 조사해야 하며 또 어떻게 이러한 연구를 수행해야 하는가 하는 새로운 가정을 제공해 준다. 이러한 관점의 대표자로는 Minuchin¹¹⁾과 Bowen¹²⁾을 들 수 있다.

3. 정신분열증과 가족연구

Fromm-Reichmann¹³⁾은 지배적이고 냉담하고 거부적이고 소유적이며 죄의식을 잘 유발시키는 어머니는 수동적이고 무관심하고 무력한 아버지와 함께 자기 자녀로 하여금 혼란과 부적합감을 느끼게 하여 결국 정신분열증에 빠뜨린다는 사실을 나타내기 위해 정신분열병인성 모성(Schizophrenogenic mother)이라는 용어를 사용하였다. 1950년대까지 계속된 이러한 가족병리연구에서는 남자 어린이의 정신분열증과 병인적 어머니 및 무력한 아버지간에 적절적 인과관계가 있다고 생각했다. 그래서 정신분열증이 발생한 가정환경을 중심으로 가족연구를 하였다. 이러한 심리학적 관점은 곧 보다 광범위하고 체계적인 심리사회적 관점(가족을 서로 영향을 미치는 개인들의 집합으로 간주) 및 가족이 장애자를 지원하는 역기능적인 체계라고 생각한 사회학적 관점과 합쳐지게 되었다.

인류학자인 Gregory Bateson¹⁴⁾은 1952년 동물 및 인간의 커뮤니케이션 유형 및 모순을 연구하기 위해 커뮤니케이션학 전문가인 Jay Haley와 John Weakland, Don Jackson과 함께 공동 연구를 하였다. 그들은 “병리적” 커뮤니케이션과 이러한 커뮤니케이션이 가족과 같은 집단내에서의 행동과 맺고 있는 관계를 주르 연구하여 보고서를 1956년에 출판했는데 여기서 그들은 가정내에서 가족에게 정신분열증을 발병케 하는 원인으로 “이중구속” 이론을 제시하였다. 이중구속적 상황이란 한 사람이 동일한 사람으로부

더 모순된 메시지(contradictory message)를 받는 상황을 말한다.

Bateson과 그의 동료들은 일부 가정에서 이러한 이중구속적 상황이 대단히 규칙적으로 일어난다고 생각하였다. 가족들은 상대방이 한 말과 이 말을 할 때 몸짓이나 어조를 통해 전달된 내용간에 모순이 있다는 사실에 접하게 된다. 예를 들어 아버지는 딸이 오늘 학교에서 한 일에 말로는 대단히 관심이 많고 궁금한 듯이 묻는다. 그러나 딸이 아버지의 말에 대답하려고 할 때 아버지는 보던 신문에서 눈을 떼지 않고 계속 보고 있음으로써, 그의 비언어적 행동을 통해서 딸에게 전혀 관심이 없다는 사실을 나타내고 있다. 어린이들은 동일한 사람에게서 사랑과 증오, 접근과 회피에 동시에 직면하게 될 때, 그리고 이러한 모순된 메시지에 제대로 반응할 수 없을 때 혼란을 느끼게 된다. 어린이가 이러한 종류의 불가능한 상황(impossible situation)에 반복적으로 그리고 장기간동안 접하게 되면 똑같이 불일치된 메시지에 반응함으로써 모든 관계에서 왜곡된 방법으로 대처하는 방법을 학습하여 자기 자신 및 타인의 커뮤니케이션에서 진정한 의미를 발견할 수 있는 능력을 상실하게 된다. 이렇게 되면 어린이는 정신분열증적 행동을 나타내기 시작한다. Bateson이 주도한 Mental Research Institute의 여러 분야 학자들은 가족 커뮤니케이션체계의 실패가 정신분열증의 원형이라고 간주하였다.

한편 Theodore Lidz¹⁵⁾는 어린이들의 정신분열증 발달에 대한 가족의 역할을 다룬 연구서들을 출판하기 시작했는데 이러한 연구에서는 정신분석학적 개념을 가족에게 확대시킨 사실을 보여준다.

Lidz 등은 정신분열증 환자 가족의 특징이라 할 수 있는 두가지 유형의 만성적인 불화를 제시하고 있는데 결혼분열(marital schism)과 결혼왜곡(marital skew)이다. 결혼분열이란 부부 각자가 지닌 문제 때문에 가정내에서 상호 호혜적이고 양립될 수 있는 만족할만한 역할을 창조해 내지 못하는 부조화상태를 가리킨다. 분열된

가정에서는 부모가 서로 드러나게 불화를 노출시키며 특히 딸에게 지지해 주기를 요구한다. 어머니(또는 모든 여성들)에게 실망한 아버지는 딸의 사랑과 지지를 구하려고 더욱 다정다감한 노력을 기울인다. 따라서 딸은 여성으로서의 자기 정체감에 혼란을 느낄 뿐만 아니라 나중 사회에서 자신의 여성적 역할을 수행할 수 있는 능력에 대해 의혹을 갖게 된다. 결혼분열은 딸에게 정신분열증을 낳는다고 한다.

결혼왜곡에서는 부모중 한쪽이 심각한 심리적 장애(예컨대 정신병)를 가지고 있고 나머지 한쪽은 의존적이고 유약하여 자기 가정상황을 그대로 받아들이고 자녀들에게는 가정이 아무 말 없는 정상적인 가정인 것 같이 함으로써 실제상황에 대한 이러한 부정이 자녀들로 하여금 더욱 현실을 부정하고 왜곡하게 만들 수 있다. 가족들의 요구에는 무감각하면서도 자녀들의 일 지나치게 간섭하는 지배적이고 정서장애를 가진 어머니가 있는 왜곡된 가정에서는 아버지가 어머니의 자녀양육방법을 간섭하지 않고 또 적절한 남성적 모델로서 작용하지 못하며 아들이 정신분열증에 많이 걸린다고 한다.

Murray Bowen¹⁶⁾은 정신분열증 환자의 가족들에게서 Lidz가 결혼분열에서 발견한 것과 비슷한 상호작용유형을 발견하였다고 보고하였는데 그는 부모간의 심각한 정서적 거리감을 정서적 이혼(emotional divorce)이라는 말로 표현했고 부모간의 관계가 소원하더라도 유일하게 공통적인 관심을 갖게 하는 문제가 자녀양육 문제이고 자녀에게 심리적 장애의 징후가 보일 때에는 특히 더 그러하다. 따라서 자녀가 계속해서 심리적 장애를 나타내야 부모가 서로 접촉하고 정서적 평형을 유지할 수 있는데 이러한 부모 밑에서는 어느시기보다 자주성이 요구되는 청년기의 자녀가 가장 수요가 심하고 스트레스를 많이 받게되며 정신분열증적 행동이 이 시기에 가장 많이 나타난다고 한다.

Bowen은 한 가족에게 정신분열증이 나타나기 까지 3대에 걸친 과정이 요구되고 부모 중 한사람이나 두사람이 이미 자기 부모와 심각한 정서

적 갈등을 빚어 성숙하지 못했기 때문에 현재 자기 자녀를 그와 비슷한 갈등상황에 놓이게 한다고 했다.

Lyman Wynne 등¹⁷⁾은 Bowen에 이어 정신분열증 환자 가족들의 모호하고 혼란된 커뮤니케이션유형을 집중적으로 연구했다. 연속적으로 발표한 논문¹⁸⁾에서 그들은 정신분열증 환자들이 자기 주위에 일어나고 있는 일들의 의미를 특이하고 이상하게 해석하면, 그것은 가족들의 순환적이요 단편적이요 비합리적인 커뮤니케이션 양식 때문이라고 생각했다. 이러한 가족들이 가족들 사이에 내재해 있는 거리감을 숨기는 방법을 가성상호소통—의관상 보기에는 가족끼리 서로 위하고 개방적이고 이해심이 많은것 같지만 실제로는 전혀 그렇지 못한 관계—이라고 표현했다. 이러한 가성상호소통은 전체 가족들을 무의미함과 공허감으로부터 방어하기 위한 가족 공동의 조처인 것이다. 가성상호소통을 하는 가정환경에서 성장하면 개인적 정체감을 발달시킬 수 없다. 따라서 외부와의 상호작용이 불가능하여 우물안의 개구리처럼 자기 가족체계 내에서만 살려고 한다. Wynne에 의하면 정신분열증에 걸릴 소지를 가진 사람은 자기 개인경험에서 정확하게 의미를 발견해낼 능력을 믿으려 하지 않고 왜곡된(그래서 안전한) 경계를 가진 친숙하고 자족적인 가족체계로 돌아가려 한다는 것이다.

Boszormenyi-Nagy와 Framo¹⁹⁾는 1965년 정신분열증 환자와 가족을 치료한 15명의 권위자들의 보고를 “Intensive Family Therapy”란 이름으로 편집해냄으로써 가족치료라는 분야가 생성 발전하게 된 토대를 마련했다.

4. 결혼상담과 아동지도

결혼상담과 아동지도는 심리적 장애가 개인내에서도 일어날 수 있지만, 사람들간의 갈등에서도 일어날 수 있다는 생각을 불러 일으켜서 가족치료의 선구자라고 할 수 있다. 따라서 보다 효과적인 치료를 하기 위해서는 서로 갈등을 빚게한 부부나 부모 자녀를 동시에 치료해야 한다

는 생각을 했다.

전문적인 결혼상담자에 의한 결혼상담은 1929년 2월 미국에서 두개의 결혼상담소가 문을 열기 시작하던서부터 이루어졌다.²⁰⁾

Paul Popenoe는 1930년 American Institute of Family Relations를 개설하여 부부간의 적응을 촉진하기 위한 지도뿐 아니라 결혼전 지도를 시작하였다. 1942년에는 미국결혼상담자협회(지금은 미국결혼상담 및 가족치료자협회)가 교육학자, 사회사업가, 임상심리학자, 사회학자, 성직자, 법률가등 여러 분야의 전문가에 의해 구성되어 이 새로운 결혼상담 분야에 대해 관심을 기울이기 시작했다.²¹⁾ Gurin, Veroff, Feld²²⁾가 전국에서 2,460명을 표집하여 개인적 문제들을 조사했을 때 7명중 1명이 전문가를 찾았으며 전문가의 도움을 구한 것은 대부분 결혼 및 가족문제 때문이었다.

Silverman²³⁾은 결혼상담이 주로 부부를 대상으로 하여 그들의 관계에서 발생한 문제들을 다루기 때문에 개인치료와 다르다고 한다. 결혼상담에서는 부부가 각각 독립된 개체로서의 성장뿐 아니라 부부사이의 친근한 정서적 성적 관계를 통한 성장에 관심을 둔다. 결혼상담에서는 문제를 깊이 파고드는 대부분의 심리치료와 달리, 현실적인 문제에 중점을 두고 부부의 의식적인 의사결정과정을 촉진시킨다.

Kanner²⁴⁾는 아동지도운동의 역사적 발달과정을 연구하여 20세기초까지 아동초기에 대한 체계적 연구가 없었다고 지적하였으며 1900년 이전의 아동정신의학 문헌을 조사한 Rubenstein²⁵⁾은 정상적인 아동의 심리적 발달적 측면에 대한 언급을 전혀 찾을 수 없다고 말했다.

그러나 20세기초에 어린이의 노동제한, 의무교육 실시, 아동의 권리 인정 등, 아동의 법적 지위에 있어서 많은 변화가 일어났고 그 일환으로 여러 전문가들이 모여 공동으로 정서적 장애를 가진 아동들을 도우려는 움직임이 일어나기 시작했는데, 이것이 아동지도운동의 효시였다.²⁶⁾ 1909년에는 정신의학자 William Healy가 시카고에 Juvenile Psychopathic Institute(현재의

명칭은 Institute for Juvenile Research)를 설립했는데, 이것이 현대 아동지도 클리닉 또는 아동상담소의 전신이다. Healy는 주로 청소년 비행의 치료(가능하다면 예방방법의 발견)에 관심을 두었다. 1924년에는 The American Orthopsychiatric Association이 창립되어 아동의 정서적 장애 예방에 힘쓰기 시작했다. Healy가 도입한 혁신적인 방안의 하나가 전공분야가 다른 여러 전문가가 공동으로 아동과 그의 가족을 다루어야 한다는 방안이었다. 이 팀은 정신의학자, 임상심리학자 정신과 영역의 사회사업가로 구성되어 면접 심리검사 개인력을 통해 아동을 검사하였는데 이것이 아동상담소의 전통을 이루게 되었고 치료대상에는 부모도 포함시켰다. 부모는 정기적으로 찾아와서 데끼는 어린이를 담당하지 않은 다른 치료자에게 치료받는 것이 상례이다. 이와같이 두사람의 치료자가 서로 협의해 가며 공동으로 대처하는 것이 요즈음의 아동상담소에도 전통으로 이어져 내려오고 있다. Cooper²⁷⁾가 말했듯이, 정서적 장애아동의 부모를 포함시키는 기본적인 목표는 1) 치료에서 부모와 협력하여 아동의 성장을 도우고, 2) 아동의 경험과 가족상황에 대한 정보를 얻고, 3) 환경을 변화시켜 아동의 지속적인 성장과 발달을 도모하자는데 있다. 아동상담소(Child Guidance Clinic)의 기능은 어린이의 정서적 문제를 초기에 치료하여 심각한 장애로 진전되지 못하도록 예방하는데 있다.

5. 집단치료와 가족치료

집단치료는 20세기초부터 시행되어 왔지만 크게 확산된 것은 2차대전중 정신질환자들이 급증한데 비해 치료자의 부족으로 집단치료와 같은 단기간의 효과적인 치료기법에 대한 관심이 증대하게 된후부터이다. 전쟁직후 미국 메인주 베틀의 National Training Laboratory(NTL)에서는 인간관계훈련집단(human-relations-training groups, T집단)이 등장하였다. 이 프로그램에서는 집단토의와 역할실연기법을 중시하여 참여자들에게 대인지각에 대한 피드백 정보를 제공

함으로써 집단과정을 보다 잘 이해하고 자기의 태도와 가치를 검토하고 타인에게 민감할 수 있게 하려고 했다. 1960년대 미국에서는 인간의 성장을 돕기 위한 여러 기관이 설립되었는데 특히 캘리포니아 빅 슈어의 Esalen Institute에서는 첫 만남(encounter)운동이 꽃피우기 시작하여 중상류층 이상의 많은 사람들로부터 호응을 받았다.

집단치료를 시행하게 된 이유는 소집단이 변화의 매개체로서 집단성원이 되기를 택한 사람들에게 큰 영향을 줄 수 있다는 원리 때문이다. 치료집단이란 단순히 개인의 집합 또는 부분의 총합에 그치는 것이 아니라 그 자체가 유의미하고 실제적인 단위의 것이다. 즉 집단은 개인이 아니라 지위와 역할의 집합인 것이다.²⁸⁾ Tavistock 연구원의 집단치료를 보면 이러한 점이 분명히 드러난다. 즉 여기서는 집단 자체를 자기 기능을 효과적으로 수행하지 못했기 때문에 상처를 입은 환자처럼 취급한다. Tavistock 집단에서 리더는 집단기능이 보다 균형있고 협응적이고 상호 강화하는 방법으로 이루어지도록 도와서 집단이 보다 효과적으로 생산적인 활동을 하게 한다. 이러한 점은 역기능적인 가족을 치료하는 가족치료에서도 마땅히 취해야 할 임장이라고 생각되고 있다.

가족치료의 연대별 발달과정

1. 1950년대

전술한바와 같이 정신분열증 환자의 가족연구와 치료에 주력한 시기이다.

2. 1960년대 : 가족치료의 확대기

1960년대 초반부터 많은 치료자들이 가족치료에 점차 지대한 관심을 나타내었다. 이때부터 가족치료는 정신장애의 원인을 설명할 수 있는 새로운 방법으로 인정되기 시작했으며 과거와 같이 한 두가지의 치료방법에만 의존하지 않고 여러기법이 발달되기 시작했다. 여러 치료자들이 전체 가족을 대상으로 치료했지만 그래도 많

은 치료자들은 가족 각자를 다르 따로 치료하였다.

전체 가족지향적 치료자들은 치료의 초점을 개인의 지각 정서 행동이 아니라 가족구조 및 그 상호작용유형에 두었다. 다시 말해 치료의 목표가 개인의 변화에서 친밀한 사람들간의 연속적으로 주고 받는 행동의 변화로 바뀐 것이다. 동시에 새로운 가정과 새로운 상황도 가족치료 프로그램에 내포되어 병원에 입원한 정신분열증 환자와 그 가족이라는 테두리에서 벗어나기 시작했다.

가족치료가 여러 다양한 종류의 가정에까지 확대된 것은 Minuchin과 그 동료들의 역할에 힘입은 바 크다.²⁹⁾ 그들은 비행아동을 가진 가난하고 불안정하고 혼란된 소수인종집단의 가정과 핸디캡을 가지고 있지만 비행아동이 없는 가정을 비교하였다.

1962년에는 뉴욕의 Nathan Ackerman과 캘리포니아의 Don Jackson이 Haley를 편집자로 삼아 처음으로 여러 분야를 다룬 잡지 Family Process를 발행하였고 정신분열증이 없는 광범위한 가정을 대상으로 활발히 연구하며 1965년에는 자기 입장을 가르치기 위해 뉴욕에 Family Institute를 설립하였다.

Satir, Jackson, Whitaker들은 1967년에 가족치로시에 일어난 편집내용 “어록”을 출판했고 Haley와 Hoffman이 편집한 책³⁰⁾에서 자기들의 치료적 자세와 치료기법에 대한 질문에 답하였다.

3. 1970년대 : 점립과 혁신의 시기

1960년대말 가족치로에 대한 관심과 정열이 고조되자 미국 및 캐나다의 각 지역에서 가족치료자들의 모임과 워크샵이 열렸다. 많은 도시에 가족치료센터가 설립되거나, 기존의 아동상담소가 활동방향을 바꾸어 전체 가족을 치료대상으로 삼았다.

가족치로의 발전에 동원한 두가지의 노력은 소위 말하는 GAP(Group for the Advancement of Psychiatry) 보고서와 가족치로를 보다 체계

화시킨 Beels와 Ferber³¹⁾의 공헌이다.

GAP 보고서는 증상 및 갈등의 형성에 영향을 미치는 가족의 역할에 대한 임상가들의 인식이 증대되고, 개인의 내면적 정신과정만 증시하는 전통적인 정신 분석적 치료에 한계가 있다는 점을 지적하고 있다. 전문가들 중에는 결혼상담자, 성직자, 비정신과 영역의 의사, 아동정신의 학자, 간호사, 사회학자 및 기타 여러 분야의 사람들도 내포되어 있지만 주로 심리학자, 사회사업가, 정신과 의사로 구성되어 있었다. 이들은 가족치로의 첫째목표를 “커뮤니케이션의 개선”이라고 했고 전체 가족의 커뮤니케이션 방법의 개선에 두었다.

가족치로를 보다 체계화시켜 발달에 공헌한 Beels와 Ferber는 가족치료자들이 가족을 치료하는 장면을 비디오 테이프와 필름에 담아 연구하였다. 그 결과 가족치료자들의 유형을 주도자(conductor)와 반응자(reactor)로 나누었다. 주도자로서의 성격을 가진 치료자들은 가족들간의 언어적 커뮤니케이션에 뛰어들어 가족들에게 자기 가치체계를 분명하게 표명하며 능동적·이적극적으로 참여하였다. 이러한 치료자들로는 Ackerman, Satir, Bowen, Minuchin을 들 수 있다. 그리고 반응자로서의 성격을 띤 치료자들은 가족들에게 주도권을 주어 가족집단 과정을 관찰하고 명료화시키는 간접적인 방법을 취하였다. 따라서 가족들이 제기하는 문제에 반응하고 그들 사이의 차이를 조정하는 역할에 주력하였다. 이러한 유형의 치료자로는 Whitaker, Framo, Zuk, Boszomenyi-Nagy, Haley, Jackson, Wynne을 들 수 있다.

1970년대에는 체계지향적인 사상이 가족치료자들로부터 많은 호응을 받기 시작했는데, 이러한 사상에서는 가족원들을 상호작용적 개인들로 보고 가족을 하나의 단일집단으로 생각하여 치료해야 한다는 것이다.

현재 가족치로에서는 여러가지 혁신적인 기법이 제시되고 있다. 그 종류로는 여러가정의 가족들을 동시에 치료하는 집단가족치로(multiple

<31페이지에서 계속>

식이관리, 인슐린요법의 관리, 운동과 활동의 관리, 정신·사회적 지지와 교육의 면에서 다루었다.

당뇨병 아동은, 식이의 불규칙성, 운동량의 변화, 감염의 높은 감수성등 아동의 특성과 질병 자체의 특성으로 합병증의 가능성에 늘 노출되어 있으며, 질병으로 생명이 짧아질 수 있다는 위협을 갖고 있다. 이러한 당뇨병아동과 그 부모의 문제점을 생각할 때 이들을 간호하는 간호사의 역할과 책임을 다시 한번 돌아보게 된다. 부모에 의한, 궁극적으로는 아동자신에 의한 질병 관리를 위해 간호사는 질병에 대한 지식과 지식을 매일의 상황에 적용하는 방법과 필요한 특수기술의 훈련에 관한 교육을 통해서 그들을 지지하고 도와주어야 한다. 그리하여 당뇨병 아동이 치유되지 않는 당뇨를 지닌 삶의 과정에서 그들의 질병에 성공적으로 대처할 수 있도록 하는 것이다.

참 고 문 헌

Brunner, L.S.(1986). Manual of Nursing Practice.

4th ed. Lippincott.

Green, O.C. Hypoglycemia in the neonatal period, infancy, and childhood. *Management of juvenile diabetes mellitus*. 196~207.

홍창의(1988). 소아과학, 대한교과서 주식회사.

김영실외(1987). 한국인 당뇨병의 역학적 특성. *당뇨병* 11(2), 125~135.

이광우외(1984). 한국인 18201명에서 당뇨병과 관련 질환에 관한 역학적연구. *당뇨병* 8(1), 5~13.

Marlow, D.R. (1988). *Pediatric Nursing*. 6th ed. Saunders.

민현기, 이홍규 편(1984). 당뇨병인의 건강 수첩. 일조각.

Traisman, H.S. Diabetes mellitus in infancy. *Management of juvenile diabetes mellitus*. 208~211.

Traisman, H.S. Treatment of diabetic acidosis. *Management of juvenile diabetes mellitus*. 65~76.

Winter, R.J. Etiology of insulin-deficient diabetes mellitus. *Management of Juvenile diabetes mellitus*. 14~20.

유한옥 외(1986). 소아연령에서 발생한 당뇨병의 임상적 연구. *당뇨병* 10(1), 55~63.

<42페이지에서>

family therapy)³², 이따금 또는 정기적으로 가정을 방문하여 시행하는 치료³³, 여러정신건강전문가들이 공동으로 2일이상의 기간동안 위기중심으로 집중적으로 시행하는 다중영향치료(multiple impact therapy)³⁴, 친구 이웃 고용인 등 가족이외의 여러 사람들까지 포함시켜 가정에

서 실시하는 네트워크치료(network therapy)³⁵, 가족의 상호작용 유형을 개선하기 위해 행동수정원리를 이용하는 치료³⁶, 특정 문제해결에만 집중하는 단기치료³⁷, 장애자인 숙려양을 병원에 입원시키는 대신 실시하는 가족위기에 대한 통원치료 등을 들 수 있다.