

# 섭식 문제 행동에 대한 효과적인 행동전략

연세대학교 심리학과

정 경 미

## Effective Behavioral Strategies for Pediatric Feeding Problems

Kyong-Mee Chung, Ph.D.

Department of Psychology, Yonsei University, Seoul, Korea

It is relatively common to have various feeding problem during infancy and childhood, even for typically developing children. Treatment outcome studies for pediatric feeding disorder consistently reported that applied behavior analysis (ABA), a type of behavior intervention, is very effective and efficacious. Interdisciplinary team approach is necessary for severe feeding problems, but similar methods could be used through parent training for moderate and mild feeding problems. This article introduced assessment procedure to identify feeding problems as well as specific methods to deal with diver feeding issues. Each strategy can be used effectively only when it is combined with several other strategies including environmental rearrangement and should be developed individually upon each child's feeding issues. In addition, systematic and continuous parent trainings are mandatory. At the end, several treatments related issues were addressed. [Korean J Pediatr Gastroenterol Nutr 2008; 11(Suppl 1): 143~148]

**Key Words:** Pediatric feeding disorder, Applied behavior analysis, Behavior intervention, Parent training

### 서 론

섭식문제는 아동기에 발생하는 행동문제 중 가장 보편적으로 일어나는 현상이다. 2001년 Chatoor, Ganiban, Harrison 그리고 Hirsch<sup>1)</sup>는 소아과를 방문하는 부모의 25%가 자신의 아동이 섭식에 문제가 있다고 호소한다고 보고하였다. 참고로 본 연구팀이 우리 나라 소아과 방문 부모님 191명을 대상으로 한 설문조사에서 41.4%가 아동이 섭식문제가 있음을 보고하였다(미발표설문자료). 정상적으로 발달하는 아동들 가운데 섭식문제를 보이는 아동은 25~45% 정도로 추정되며<sup>2,3)</sup>, 이러한 문

제는 아동이 성장하며 대부분 사라지나, 이 중 3~10% 정도는 문제를 계속 유지시키고 심각한 섭식문제를 발전시키는 것으로 알려져 있다<sup>4,5)</sup>.

섭식문제는 반드시 음식물 거부를 위한 문제 행동을 수반하는데, 고개를 돌리거나 입을 열지 않는 소극적인 거부에서 심하게 떼를 쓰고 울거나 음식물과 식기등을 던지는 행동, 심하면 고의적으로 구역질이나 토하는 행동들이 이에 속한다. 이러한 문제행동은 섭식문제의 원인에 상관없이 섭식문제를 지속하게 하는 유지 원인이 된다<sup>5,6)</sup>. 섭식문제에 대한 기존의 치료 연구들은 응용행동분석을 통한 행동수정이 가장 효과적인 치료방법임을 보여주고 있다<sup>7,8)</sup>. 섭식문제가 심각한 경우에는 다학

제적 치료팀에 의한 체계적인 치료가 요구되며<sup>9)</sup>, 치료가 효과적이기 위해선 섭취문제 전문가에 의한 중재가 반드시 필요하다(심각한 섭식문제의 치료는 2006년 Chung & Kahng, 1999년 Kerwin 참조<sup>7,8)</sup>). 그러나, 문제가 심하지 않을 경우엔 보호자들이 다음에서 언급하는 전략을 사용한다면 문제를 경감시키거나, 심각한 문제를 예방할 수 있다<sup>10)</sup>.

## 평 가

행동수정을 통한 섭식문제의 치료에 가장 첫번째 절차는 평가를 통한 각 아동의 섭식문제에 대한 규명이다. 즉, 섭식문제의 종류와 심각도를 평가한 후에 그에 근거한 치료를 제공할 때 가장 효과적인 치료책을 찾을 수 있다는 것이다<sup>11)</sup>. 다음에서는 의학적인 평가에 이상이 없다는 판단이 내려진 후 행동평가에서 묻게 되는 질문들이다.

### 1. 아동의 섭식 문제 규명하기

1) 현재 어떤 음식을 얼마나 많이 섭취하고 있는가? 각각의 아동은 서로 다른 음식의 질, 상표, 온도등에 섭식문제를 보이므로 현재 아동이 문제 없이 먹고 있는 음식의 종류와 질, 양, 시간 등에 대한 정보는 치료에 필수적이다. 이런 정보를 수집하는 가장 좋은 방법은 섭취일기를 기록하는 것으로 보호자가 적어도 3일 정도는 아동이 먹는 모든 음식에 대해 기록하도록 권한다. 또 다른 방법으로는 아동의 음식 선호도를 조사하는 방법이 있기는 하지만, 우리나라에서 표준화된 선호도 설문지가 아직 개발되어 있지 않으므로 이를 조직적으로 이용하기는 어렵다. 대안으로는 부모 및 보호자들이 아동이 먹는 음식의 종류를 나열하고, 그 선호도를 1~5점 척도(1점-전혀 좋아하지 않는다~5점-아주 많이 좋아한다)로 평가하는 방법이 있다. 보호자끼리 서로 다른 선호도 점수를 주는 경우엔 평균점수를 이용한다.

2) 아이가 먹는 것이 가족들이 먹는 것과 얼마나 비슷한가? 대체로 아동에게 새로운 음식을 먹도록 가르칠 때, 가족들이 같이 먹는 음식을 소개하는 경우, 부모가 음식을 준비하는 시간을 줄일 수 있으며, 후에 아동이 동일한 음식을 가족과 함께 즐길 수 있으므로 일반

화가 쉽다. 따라서 아동과 가족의 음식선호패턴을 조사하는 것이 도움이 될 것이다.

3) 아이의 식사 및 간식 시간표는 어떻게 되는가? 주로 문제가 많은 아동일 경우, 식사와 간식을 먹는 시간이 불규칙적이다. 더군다나 식사를 거부하는 아동의 경우, 간식 시간에 배가 고프므로 자신이 원하는 음식을 많이 섭취하게 되고, 이는 다음 식사시간 동안 섭취를 방해하게 하는 원인이 된다.

4) 어떤 음료를 얼마나 많이 마시는가? 비록 수분 섭취가 필수적이긴 하지만, 섭식문제를 보이는 아동의 경우, 우유 및 고열량 액체를 포함한 음료수 종류에 대한 과다한 섭취가 일반적이다. 이는 또 다시 필요한 식사를 방해하는 요인으로 작용한다.

5) 어디에서 먹는가? 많은 경우, 섭식 문제를 보이는 아동은 가족과 식사하는 식탁에 앉기를 거부하며, 온 집을 돌아다니거나 비디오나 TV를 시청하면서 음식을 먹는 것이 일반적이다. 치료는 반드시 식탁에 앉아서 식사만 하도록 가르치는 과정을 포함해야 한다.

6) 식사 때 어떤 음식을 주는가? 섭식문제를 오랫동안 가져온 아동의 경우, 대다수의 부모는 아동의 섭식을 중요시한 나머지 아동이 이미 먹는 것 혹은 먹고자 원하는 것을 주는 것이 일반적이다. 이렇게 되면 아동은 새로운 음식이 주어지게 되면 단지 시도하는 시늉만 하거나 심할 경우 행동적으로 과도한 거부반응을 보일 수 있다.

7) 식사시간이 얼마나 긴가? 일반적으로 식사는 20~30분 사이가 가장 적절하다. 섭식 자체를 거부하는 아동의 경우에는 식사 시간이 5분 내로 매우 짧을 것이며, 어떤 아동의 경우는 씹지 않거나 거부 혹은 다른 활동에 몰두하느라 식사 시간이 1시간 이상으로 길어질 수 있다.

8) 식사 시간에 문제행동을 보이는가? 섭식에 대한 거부와 이를 바꾸려는 주변의 압력은 때로 아동이 울고, 짜증내고, 소리 지르고, 심지어 자해나 공격행동을 보이게 만들 수 있다. 섭식 중 문제 행동이 심하면 심할수록 섭식행동을 개선하는데 오랜 시간이 걸린다.

위의 8가지 질문들은 부모로 하여금 자신의 아동의 문제가 무엇인가를 생각하게 하는 기회를 줌과 동시에 어떤 행동부터 변화시켜야 할 것인지에 대해서 계획을 짤 수 있는 정보를 제공한다. 몇 가지(예, 식사 및 간식

시간표, 식사 장소)는 단순히 환경을 바꿔줌으로써 손쉽게 시작할 수 있는데, 때로는 이 작은 변화가 섭식행동에 의미있는 변화를 초래할 수 있다. 다른 정보는 어떤 측면부터 변화를 줄 것인가에 대한 결정에 도움을 주는데, 이런 정보는 섭취 행동을 증가시키는 효과적인 방법을 선택하는데 도움을 준다.

섭식과 관련된 다양한 문제가 있지만 다음에서는 섭식에 문제를 보이는 아동이 하는 가장 일반적인 문제 행동과 이에 대한 대처방식에 대해 설명하기로 하겠다.

## 섭식 문제 행동의 종류와 권고사항

### 1. 새로운 음식에 거부를 보이는 아동

새로운 음식에 대한 거부는 가장 흔한 섭식 문제 중 하나이다. 여기서 목표는 아이가 새로운 음식의 맛에 익숙해 질 때까지 새로운 음식을 맛보도록 하는 것이다. 첫 번째 단계는 어떤 음식을 소개할 것인가를 결정해야 한다. 가장 일반적인 선택은 지금 아동이 먹고 있는 음식과 비슷한 재질, 냄새, 색깔, 모양 등을 가진 음식을 선택하는 것이다. 새 음식을 소개하는 방법은 여러 가지가 있지만, 어떻게 소개하느냐와 어떻게 동기화시키느냐의 두 가지로 정리된다. 어떤 방법을 쓰던지 이 때 가장 중요한 점은 아주 소량의 음식을 주어 거부감을 최소화해야 한다.

첫 번째 방법은 이미 먹는 음식과 새 음식을 비율을 달리하여 섞어서 제시하는 방법이다. 이상한 맛이 날 수도 있다는 생각에 꺼리기도 하나 천천히 비율을 높여 수행하면 좋은 효과를 볼 수 있다. 예를 들어, 처음에는 이미 먹는 음식을 90%, 그리고 새로운 음식을 10%로 하여 섞어 제시하고, 아이의 먹는 행동이 증가하면 점차로 새로운 음식의 비율을 증가시킨다. 두 번째 방법은 새로운 음식을 먹고 나면, 아이가 좋아하는 음식을 보상으로 주는 방법이다. 이 방법이 효과적이기 위해선, 처음에는 새로운 음식을 아주 소량주고 보상 음식을 아주 많이 제공하여 아이가 보상을 위해 새로운 음식을 시도하게 만들어야 한다. 세 번째 방법은 아이가 과거에 먹은 적이 있으나 현재는 먹지 않는 음식을 재소개하는 방법이다. 이 경우에 아주 새로운 음식보다 재소개된 음식을 먹을 확률은 높지만, 재소개시에 아이가 거부를 하지 않을 만큼 소량으로 시작하는 것이 좋

다. 네 번째 방법은 새로운 음식을 아주 소량 다른 접시에 놓고, 아이가 좋아하는 음식을 다른 접시에 가득 담아 아이 앞에 제시한 후, 새 음식을 다 먹으면, 좋아하는 음식을 다 먹을 수 있다고 지시내리는 것이다. 다섯 번째는 네 번째와 비슷하지만, 좋아하는 음식을 먼저 다 먹게 한 후, 새로운 음식을 섭취하고 식사를 끝내는 방법을 사용하는 것이다. 이 경우, 새 음식을 먹게 되면, 아동은 식사로부터 자유로워진다는 장점이 있다. 그러나 이 방법은 문제가 심한 아동에게는 잘 먹혀들어가지 않는 단점이 있다.

### 2. 뺨기를 많이 하는 아동

입에 들어간 음식을 흘리거나 의도적으로 뺨는 행동 역시 흔히 보이는 저항 행동인데, 여러 가지 방법을 사용해 이를 제거할 수 있다. 한 가지는 음식물의 양을 줄여 삼키기 쉽게 하는 것이고, 다른 한 가지는 삼키고 난 후 아동이 좋아하는 장난감이나 음식물을 주는 보상 방법이 있다. 이외에, 뺨기를 많이 하는 아동에게는 뺨은 음식을 다시 제시하는 방법이 있다. 위생적인 면을 고려해서, 뺨은 음식을 다시 주기보다는 그만큼의 양을 다시 제시하고, 그 음식이 다 섭취 되었을 때 식사를 끝내게 하는 방법이 있다. 연구들은 음식물을 다시 제시하는 방법이 효과적임을 보여주는데, 다시 제시를 통해 아동은 음식을 뺨어도 동일한 양이 다시 제시되므로 음식을 피할 수 없음을 배우기 때문이라고 한다. 그런데 때로 구강 운동 능력이 심하게 제한되어 있는 아동의 경우, 뺨기가 의도적이 아닐 수 있다. 이 경우엔 구강 운동 능력 평가와 치료가 선행되어야 한다.

### 3. 입을 벌리지 않는 아동

자신이 싫어하는 음식이 제시되면 입을 꼭 다물고 절대로 벌리지 않거나, 고개를 돌려 음식을 피하는 아동이 많다. 이 경우 억지로 입을 벌려 음식물을 강제로 넣는 것은 바람직하지 않은데, 먹는 행위 자체에 대해 전반적인 부정적 경험을 반복하게 만들 뿐 아니라, 음식이 잘못 넘어가 구토나 구역질 등의 생리적인 반응을 유발할 수 있고, 제시하는 사람과의 몸싸움으로 상해를 입을 수 있다. 연구들이 밝히는 가장 좋은 방법은 손가락에 음식물을 담고, 아동의 입 근처에 댄 후 아동이 입을 열 때까지 기다리는 방법이다. 필요한 경우, 빈 손

가락을 이용해 손가락이 입에 들어가는 연습을 하기도 한다. 그런데, 어떤 아동은 빈 손가락에는 전혀 문제를 보이지 않다가, 음식물이 있는 손가락을 보면 다시 입을 벌리지 않는 경우가 있다. 일반적으로 시작은 아주 소량의 음식물을 손가락에 담고, 아이가 입을 벌릴 때까지 아동의 입 주위에 손가락을 제시한다. 손가락은 아동이 어떤 이유에서든지 입을 열게 되면(예, 하품을 하거나, 기침, 혹은 울거나) 입속으로 들어가게 된다. 대부분 아동의 경우 초반에는 손가락을 떼기 위해서 머리를 돌리거나 도망치려 하는 등 적극적인 저항을 보이다가, 억지로 손가락을 밀어 넣지 않는다는 것을 깨닫게 되면, 저항 없이 입을 꼭 다물고 있게 된다. 대부분의 경우 초반에는 시간이 오래 걸리지만 1시간 이내에 입을 열어 음식물을 섭취한다. 이 때 나이가 들고 문제가 심한 아동은 1시간 넘게 까지 기다릴 수 있는데, 이 경우에는 다른 방법을 생각해 주어야 한다. 어떤 경우에는 이곳이 뺨 근처를 살짝 눌러 입을 벌리는 방법을 사용하기도 하는데, 이 경우 섭취를 빨리하게 할 수는 있지만 부작용이 예상되므로 조심해서 사용해야 한다. 이 과정을 통해, 아동은 아무리 저항해도 음식물이 없어지지 않는다는 인과를 습득하게 되며, 이를 통해 섭식 거부 행동이 줄어들게 된다.

#### 4. 음식을 입에 물고 있는 아동

먹기 싫은 음식을 피하기 위해서 아동은 지속적으로 새로운 저항 방식을 사용하게 되는데, 가장 빈번하게 나타나는 반응이 입에 들어간 음식물을 물고 있는 경우이다. 이런 행동이 보이게 되면, 일단 제시하는 음식물의 양과 재질이 아동이 감당할 수 있는 것 보다 훨씬 과도한 경우, 혹은 씹는 행동 자체에 어려움이 있을 수 있음을 고려해야 한다. 관찰과 시도를 통해서 원인을 알아내고, 양과 재질을 조절하거나, 씹기 훈련을 선행하는 방법을 사용하는 것이 바람직하다. 이 밖에 삼키는 것이 어려워 물고 있는 경우에는 소량의 음료수를 주는 것도 방법이지만, 때로 이 방법은 아동이 음식을 씹지 않고 음료수로 넘기는 행동을 유발시키기도 하므로 조심해야 한다. 음식을 물고 있는 아동에 대한 가장 좋은 치료는 이런 행동이 나오지 않게 사전에 대비하는 것이다. 따라서 음식의 양이나 재질을 늘리거나 음식 제시를 결정할 때 아동이 제시하는 음식을 섭취할 수

있는 정도의 기술이나 동기가 되어 있는지를 반드시 먼저 확인한다.

#### 5. 음식물의 질에 민감한 아동

섭식 치료에서 음식물의 질은 대체로 5가지로 분류된다: 같은 음식, 조금 같아 덩어리가 느껴지는 음식, 덩어리가 제법 많아 씹어야 하는 음식, 깍뚝썰기된 음식, 일반식. 어떤 아동의 경우, 질이 낮은 음식 섭취는 문제가 없으나 고행식으로 가면 섭식을 거부하기도 한다. 의학적인 원인이 없을 경우, 음식물의 질을 점차적으로 높여가는 방법을 사용해 이 문제를 해결할 수 있다. 즉, 같은 음식만을 먹는 아동의 경우, 초기에는 같은 음식을 90%로 하고 조금 같아 덩어리가 느껴지는 음식을 10%정도 섞어 제시한다. 아동의 섭취가 수월해지면 점차적으로 이 비율을 높여가는 방식이다. 어떤 아동의 경우 이런 점차적인 과정을 통해 스스로 씹는 방식을 터득하여 음식의 질이 높아져도 섭취에 문제가 없는 경우도 있지만, 어떤 아동의 경우는 씹는 행동 자체에 대한 교육이 필요할 경우가 있다. 이 경우 처음에는 음식물 없이 턱을 위아래로 움직이며 씹는 모습을 만들어내는 학습 후에, 이 행동이 자연스러워지면 천천히 음식물을 소개하는 방법을 쓴다. 이 경우 음식물은 씹는 것이 정확하게 느껴지는 바삭바삭한 과자나 시리얼 혹은 크래커 등이 좋다. 씹기를 학습하는 데는 시간이 걸림을 부모에게 미리 교육시켜야 한다. 삼키는 과정을 가르칠 수 없기 때문에 제한이 있기는 하지만, 음식물 대신 작업치료에서 이용하는 고무 제품 등을 사용하여 씹기를 훈련하는 방법도 고려해 볼 필요가 있다. 씹고 삼키는 과정이 자연스럽게 되기 위해서는 혀의 좌우 움직임, 입술 통제, 씹는 연습 등이 반드시 선행되어야 하며, 이 경우 작업치료사의 도움을 얻는 것이 효과적이다. 그러나 삼키는 연습을 위해, 음식물을 이용한 실습 또한 병행되어야 한다.

#### 치료시 유의해야 할 문제들

위에서 언급한 방법들은 행동의 변화는 그 행동이 받는 결과에 따라 그리고, 그 행동이 벌어지는 환경의 변화에 따라 달라진다고 보는 학습이론에 근거한다<sup>12)</sup>. 즉, 아동의 섭취행동 변화는 그 섭취행동이 발생하는

선행조건의 변화와, 행동이 나오고 난 후 받게 되는 결과에 의해 달라진다는 것이다. 이렇게 볼 때, 아동의 섭취행동변화는 그 행동에 적절히 반응하고 그 행동이 일어나는 상황을 알맞게 바꿔주는 보호자의 행동 변화가 선행되어야 함을 알 수 있다. 임상현장에서 흔히 보호자는 아동을 전문가가 완벽히 치료하여 바뀐 아동을 기대하며, 보호자 스스로의 변화와 노력에 따른 변화는 생소하게 여긴다. 전문가들은 우선 치료의 과정에 보호자 자신의 행동변화가 선행되어야 함을 강조해야 할 것이다.

섭취문제로 전문가를 찾아오는 정도가 되면, 아이들의 문제는 다소 긴 기간동안 심각해진 상태일 것이며, 대부분의 보호자는 섭취문제를 해결하기 위해 이미 다양한 방법에 대한 실패를 경험했을 것이고, 이를 빨리 해결하고자 하는 급한 마음을 가지고 있을 것이다. 기존 자료에 의하면, 동기화된 성인이 행동을 변화시키는 데 걸리는 평균적인 시간이 약 4~6개월이라고 한다<sup>13)</sup>. 아직 연구로 밝혀진 시간에 대한 정확한 자료는 없지만, 아무런 동기가 없는 아동에게 협오하는 자극에 대한 신호를 바꾸는 것은 지극히 많은 노력과 시간을 요하는 과정이다. 보호자는 아동의 행동변화에 시간이 필요함을 인식하고 있어야 한다.

또한 과거 실패의 경험으로 부모는 여러 가지 제안된 방법에 대해 부정적인 반응을 보일 확률이 높는데, 전문가는 무엇을 하느냐 보다는 어떻게 하느냐가 중요함을 강조하고, 동일한 방법도 어떻게 사용하느냐에 따라서 효과성이 달라짐을 설명할 필요가 있다. 이 때 실제로 시범을 보인 후, 부모가 전문가 앞에서 설명한 방법을 행하게 하고 이를 직접적으로 수정해 주는 과정이 있다면, 정확한 방법 사용뿐 아니라 부모의 제시하는 방법에 대한 순응도를 높일 수 있을 것이다.

치료에 대한 순응도(adherence)의 연구 결과는, 질병의 종류나 심각도, 그리고 절차의 복잡함 등에 의해 영향을 받기는 하지만, 아주 간단한 절차에도(예, 식후 30분에 경구약 복용 등) 환자의 치료에 대한 복종 정도가 겨우 50%정도에 불과하며<sup>14)</sup>, 만성적인 질병일수록 불복종률이 증가한다고 한다<sup>15)</sup>. 불복종은 환자나 보호자의 특성<sup>16,17)</sup>, 병의 심각도<sup>18)</sup>, 치료 효과의 즉각성<sup>19)</sup> 이외에, 절차의 복잡함<sup>17)</sup>이 역시 주된 원인 중 하나라고 한다. 따라서 비록 효과적인 섭취문제 해결을 위해선 필

요한 여러 가지 방법을 동시에 써주어야 하지만, 보호자의 권유사항에 대한 이해력과 수공 그리고 복종정도를 고려하여 적절한 정도의 권유를 내려주어야 할 것이다. 또한 권유사항에 대한 복종을 지속시키기 위해, 가시적이고 즉각적인 결과가 나올 수 있도록 초기의 치료는 비교적 손쉽게 달성 가능한 작은 목표를 정하고 이를 성취할 수 있게 짜여야 한다.

마지막으로, 방법에 상관없이 일단 어떤 방법을 선택했으면, 아이의 저항이 있더라도 반드시 그 방법을 중도에 포기하지 말고 끝내야 한다고 부모를 교육시켜야 한다. 물론 먼저 계획을 세울 때 실패를 최소화하기 위해서 아동이 먹어야 하는 음식의 양을 최소로 한다든지 하는 방법을 고안해야 한다. 그러나 일단 시작을 하면 극단적인 반응으로 아동의 안전이 위협되는 경우가 아니라면 그 방법을 끝내야 한다. 중도에 포기하게 되면, 아동은 자신의 저항이 효과적임을 알게 되고, 결과적으로 다음 시도에 아동이 더 저항하게 만드는 원인을 제공한다.

위에서 언급한 방법은 연구에 의해서 각 문제에 바람직하다고 밝혀진 것들이다. 그러나 섭식에 문제를 보이는 아동의 경우 보통 두 가지 이상의 문제를 보이는 것이 일반적이고 그 심각도, 그리고 보이는 문제 행동 등에 심한 개인차가 있으므로, 모든 방법들이 모든 아이에게 공통적으로 효과적이라고 볼 수는 없다. 어떤 방법들은 어떤 아이에게 전혀 적용이 되지 않을 수도 있다. 전문가는 아동의 문제에 대한 평가를 실시하고, 혹은 보호자에게 평가를 내리게 한 후, 적절하다고 생각되는 방법을 선별하여 각 아동에 맞게 개별화 할 필요가 있다.

## 요 약

조사에 의하면 정상적으로 발달하는 유아 아동의 25%~40%정도가 발달의 어떤 단계에서 섭식에 문제를 보일 수 있다고 한다. 많은 경우에 특별한 전문가적 도움없이 발달 과정을 거치면서 문제가 저절로 해결되는 경우도 있으나, 그 중 일부는 성장과 발달 및 가족 생활에 큰 스트레스가 될 정도의 섭식문제를 보이며 심한 경우 그 문제가 오랫동안 지속될 수 있다. 섭식문제는 섭식 그 자체의 문제뿐 아니라 음식거부를 위한 다

양한 문제행동을 수반하게 되는데, 기존의 연구 결과는 행동수정의 한 형태인 응용행동분석이 가장 효과적인 치료법이라 보고한다. 문제가 극심한 경우엔 다학제적 팀으로 구성된 전문적인 치료가 필수적이거나, 중경도의 문제는 그 종류에 따라서 부모교육을 통해 해결될 수 있기도 하다. 섭식 치료에는 문제를 규명하는 평가 절차가 가장 먼저 선행되어야 하며, 이를 근간으로 한 치료책을 개발하고 적용할 때 가장 효과적인 결과를 얻을 수 있다. 치료는 보이는 문제 유형에 따라 달라져야 하는데, 유아 아동들이 가장 빈번하게 보이는 섭식문제 종류와 그에 적절한 구체적인 방법들을 제시하였다. 마지막으로, 부모교육을 통해 유아 아동의 섭식문제를 다룰 때 전문가들이 고려해 주어야 하는 사항들에 대해서 열거해 보았다.

### 참 고 문 헌

- 1) Chatoor I, Ganiban J, Harrison J, Hirsch R. Observation of feeding in posttraumatic feeding disorder of infancy. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2001;40:595-602.
- 2) Coolbear J, Benoit D. Failure to thrive: Risk of clinical disturbance of attachment? *Infant Ment Health J* 1999; 18:76-91.
- 3) Manikam R, Perman JA. Pediatric feeding disorders. *J Clin Gastroenterol* 2000;30:34-46.
- 4) Butler NR, Golding J. From birth to five. A study of the health and behaviour of britains five year olds. London: Pergamon Press, 1986.
- 5) Kedesdy JH, Budd KS. Childhood feeding disorders: Biobehavioral assessment and intervention. Baltimore, MD: Paul Brookes, 1998.
- 6) Linscheid TR. Behavioral Treatments for Pediatric Feeding Disorders, *Behav Modific* 2006;30:6-23.
- 7) Chung KM, Kahng SW. Pediatric feeding disorders. In Fisher JE, O'Donohue WT editors. *Practitioner's guide to evidence-based psychotherapy*. Springer US, 2006:514-23.
- 8) Kerwin ME. Empirically supported treatments in pediatric psychology: severe feeding problems. *J Pediatr Psychol* 1999;24:193-214.
- 9) Babbitt RL, Hoch TA, Coe DA. Behavioral feeding disorders. In Tuchman DN, Walter RS, editors. *Disorders of feeding and swallowing in infants and children*. San Diego, CA: Singular Publishing Group, Inc, 1994;77-95.
- 10) Williams KE, Foxx RM. Treating eating problems of children with autism spectrum disorders and developmental disabilities. Austin, TX: Pro-Ed, 2007.
- 11) Piazza CC, Fisher WW, Brown KA, Shore BA, Patel MR, Katz RM, et al. Functional analysis of inappropriate mealtime behaviors. *J Appl Behav Anal* 2003; 36:187-204.
- 12) Cooper JO, Heron TE, Heward WL. *Applied behavior analysis*. 2<sup>nd</sup> Ed. Upper Saddle River, NJ: Pearson Education, Inc, 2007.
- 13) Kazdin AE. *Behavior modification in applied settings*. 6<sup>th</sup> ed. Belmont, CA: Wadsworth/Thomson Learning, 2001.
- 14) Litt IF, Cuskey WR. Compliance iwth medical regimens during adolescence. *Pediatr Clin North Am* 1980;27:1-15.
- 15) Rapoff MA. *Adherence to pediatric medical regiments*. New York: Kluwer Academic, 1999.
- 16) Johnson SB. Compliance behavior in clinical trials: Error or opportunity? In Dratar D editor. *Promoting adherence to medical treatment in chronic childhood illness: Concepts, methods, and interventions* Mahwah, NJ: Erlbaum, 2000;307-21.
- 17) La Creca AM. Issues in adherence with pediatric regimens. *J Pediatr Psychol* 1990;15:423-36.
- 18) Roberts MC. *Handbook of pediatric psychology*. 3<sup>rd</sup> Ed. New York, NY: Guilford Press, 2003.
- 19) Arnhold RG, Adebajo FO, Callas ER, Callas J, Carte E, Stein RC. Patients and prescriptions: Comprehension and compliance with medical instructions in a suburban pediatric practice. *Clin Pediatr* 1970;9:648-51.