



의료종사자의 약물 오남용 치료와 재발방지를 위한 대책

문 영 은* | 가톨릭대학교 의과대학 서울성모병원 마취통증의학과

Treating and preventing relapse of drug abuse by healthcare providers

Young Eun Moon, MD*

Department of Anesthesiology and Pain Medicine, Seoul St. Mary's Hospital, The Catholic University of Korea College of Medicine, Seoul, Korea

*Corresponding author: Young Eun Moon, E-mail: momo0910@catholic.ac.kr

Received July 2, 2013 · Accepted July 16, 2013

Drug abuse by healthcare providers is a serious public problem affecting not only the providers themselves but also their families, colleagues, and patients. It is not a new problem, but the medical community has historically been unwilling to accept and publicly acknowledge the problem, particularly a problem of its own members. Therefore, drug abuse by healthcare providers has either gone unnoticed or has been treated punitively, which has led to high prevalence and mortality. In South Korea, drug-abusing healthcare providers are considered criminals rather than patients. However, many studies have reported that punitive action alone is ineffective. This article describes the treatment principles, prognosis, and possibilities of returning to practice for drug-abusing healthcare providers. Early detection of drug abuse is key to subsequent treatment and prognosis. Furthermore, why relapse prevention as well as treatment is significant and which factors intensify the risk of relapse will be discussed. The use of opioids, coexisting psychiatric illness, and a family history of drug abuse are statistically significant factors. Finally, continuous and close monitoring is effective for relapse prevention, so it is considered another kind of therapy. An organized system for treating drug abuse is currently lacking in South Korea, not only for the general population but also for healthcare providers. In the future, a systematic approach and management by the medical community is necessary to resolve drug abuse by healthcare providers.

Keywords: Substance-related disorders; Healthcare personnel; Relapse prevention; Therapeutics

서 론

의료인에 의한 약물 오남용은 이전에는 없었던, 새롭게 발생하고 있는 문제는 결코 아니다. 의료인 약물 오남

용에 대한 의심과 우려는 이전부터 있어 왔으나 다양한 이유로 인해 일반 사회적으로도, 의료집단 자체적으로도 공론화 되지 않아왔다. 이러한 경향은 의료선진국에서도 마찬가지였던 것으로 보인다. 미국에서도 의료인의 약물 오남용은 체

© Korean Medical Association

This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Non-Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/3.0>) which permits unrestricted non-commercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

계적으로 관리 보고되었다기 보다는 일회적인 사례 보고 등으로 어렴풋이 그 윤곽을 파악해왔을 뿐이었다. 그러던 것이 1973년 미국 의사협의회에서 이 문제를 심각한 것으로 인식하고 그에 관한 정책적 논문을 발표하면서 본격적으로 사회 공론화 되었다[1]. 이후로 약물 오남용에 노출된 의료인에 대한 공식적이며 체계적인 관리가 주 단위, 나아가 국가적 단계까지 이르게 되었다[2]. 한편 유럽에서는 1998년 스페인에서 약물 중독으로 고통 받는 의료인에 대한 적합한 지원을 위한 계획이 마련되었고[3] 이어서 영국, 노르웨이 등지에서도 유사한 계획이 발표되었다[4,5].

그에 비해 국내 의료인의 약물 오남용에 대한 태도는 아직 걸음마 단계라고 할 수 있다. 의료인들이 마약사범으로 적발되는 사례가 끊이지 않고 있는데 매년 적발, 검거되는 마약사범 중 1-3%가 의료인이다. 향정신성 의약품과 마약류 의약품을 비교적 쉽게 접할 수 있는 직업적 특성과 신고를 꺼려하는 문화적 특성을 고려할 때 실제 오남용의 사례는 더욱 많을 것이라 예상된다. 결국 더 이상 의료 행위를 할 수 없을 만큼 증상이 악화된 단계에 이르러서야 문제가 표면화되기 때문에 그 기간 동안 의료인 자신뿐 아니라 환자에게 미칠 악영향은 매우 심각하다. 또한 의료인을 배출해내기까지의 장기간 동안의 개인적, 사회적 투자를 고려한다면 그 손실 또한 상당하다. 따라서 약물 오남용에 노출된 의료인에 대한 신속한 치료가 절실하다고 할 수 있다. 하지만 현재 한국 사회에서의 의료인 약물 오남용에 대한 구체적인 관리는 아직까지 없는 실정이다. 이에 본 특집 논문에서는 의료인 약물 오남용에 관해 체계적 관리가 이루어지는 다른 나라의 보고에 근거하여 의료인 약물 오남용에 대한 진단과 치료를 알아보고, 진료료의 복귀에 대한 가능성이 얼마나 되는지, 재발에 대한 위험요인과 그에 근거한 방지책 등에 대해 논의해보고자 한다.

조기진단: 치료의 시작

모든 질병에 있어서 그러하듯이 의료인 약물 오남용에 대한 치료 또한 조기진단, 좀더 구체적으로는 조기 발견에서 기인한다. 하지만 조기 발견은 상당히 어려운 경우가 많은

데 그 이유는 다음과 같다. 우선 의료인은 특정 약물에 대한 증상을 알고 있기에 그것을 은폐할 가능성이 크며, 자신의 사회적 지위에 대한 집착 때문에 자발적 보고가 어렵고, 직장 동료들이 의심하면서도 애써 외면하는 경우가 많기 때문이다. 하지만 치료 시기가 늦어질수록 재발의 위험성이 크고, 재발된 경우 의도적 혹은 비의도적 자살에 의한 치사율이 급증하기 때문에 조기 발견은 매우 필수적이다.

Breiner [6]가 약물 오남용에 노출된 의료인에서 흔히 보이는 경고 징후를 제시한 바 있다. 즉, 자주 반복되는 설명할 수 없는 부재, 일반적이지 않은 시간에 이루어지는 환자 회진, 동료와의 잦은 언쟁, 지나치게 방어적인 태도, 다량의 약물 처방, 가족을 위한 반복적인 약물 처방 등이 그것이다. 또한, 일반적으로 알려져 있는 증상들, 이를 테면 수면방식의 변화, 갑작스런 체중 증가 혹은 체중 감소, 위생상태의 변화, 계절에 맞지 않는 장기간의 긴 소매옷 착용(주사 바늘 자국을 은폐하기 위함) 등이 일반적인 증상이다[1]. 이러한 증상들을 고려하여 동료 의료인이 약물 오남용에 노출되었다고 의심된다면 신속한 보고로 이어져야 할 것이다. 현재 우리나라에는 약물 오남용 의료인 신고에 대한 법적 의무는 없으며 미국의 경우 주마다 달라서 20% 정도에서만 신고를 법적인 의무로 규정하고 있다[1]. 사실 대부분의 보고는 법적인 의무감보다는 동료 의료인의 도덕적 의무감에서 비롯되는 경우가 더 많다[7].

실제적인 치료과정

약물 오남용의 빈도가 비교적 높은 미국의 경우, 약물에 중독된 의료인에 대한 자체적인 프로그램이 1990년대 이후로 개발되었다. Physician Health Program (PHP), International Nurses Anonymous and Nurses in Recovery, American Psychological Association 등이 그 대표적인 예이다[1]. 그 중 PHP에 대해 좀더 언급하자면, 비영리적 단체로서 알코올을 포함한 모든 약물 오남용에 대한 정보를 교육하고 약물에 중독된 의사를 치료하며 치료 이후의 몇 년 동안의 재발 및 감시를 체계적으로 제공하는 것을 목표로 하는 단체이다. PHP는 주의학위원회(state licensing board)

와는 다른 독자적인 단체로서 약물에 중독된 의사가 PHP에 보고된다면 익명을 보장한 치료가 시작된다. 반면, PHP를 거치지 않고 주의학위원회에 직접 보고된다면 면허정지나 면허취소의 형태로서 징계를 받게 된다[1]. PHP의 이러한 태도는 약물에 중독된 의사를 범죄자보다는 환자로서 대한다는 이론에 근거하며 징계보다는 치료와 재활에 더 큰 목적을 두는 것으로 생각된다. PHP 위원회는 약물중독 의학전문가, 신경정신과의, 법적 자문위원으로 구성되며 약물 중독 보고에 이어 신속한 중재가 시작된다. 또한 추후 의뢰된 환자가 치료나 재활 프로그램에 성실히 참여하지 않을 경우 주의학위원회와 접촉할 수 있는 권리가 부여된다.

환자 보고에 이어 신속하고 전반적인 평가가 이루어지며, 만일 추가적으로 내과적 질환이나 정신과적 질환에 대한 치료가 필요하다고 판단되면 해당 과에 자문이 의뢰된다. 환자 개개인에 특화된 치료 방침이 정해지는데 공통적으로는 해독치료(detoxification), 내과적·정신과적 평가, group therapy에 근거한 재활치료, 그리고 12-step meeting의 단계를 거치게 된다. 해독치료는 약물의 금단 증상을 방지하고 drug-free state로의 안전한 이행을 위해 필요하다. Naltrexone은 마약성 진통제에 대한 순수한 길항제로서 경구 투여 시에도 생체이용률이 높아 많이 사용되는 치료제이다[8]. 대부분의 환자가 증상이 심각해진 후에야 비자발적으로 치료에 참가하게 된 경우가 많기 때문에 우선적으로 입원 치료가 권장되며 만일 그렇게 증상이 심하지 않은 경우 통원 치료를 받게 된다. 입원환자의 경우 금단증상을 최대한 억제하면서 detoxification이 시작되며 환자가 안정화되어 퇴원하게 되면 통원치료를 통한 재활이 시작된다. 이러한 재활 치료는 대개 2-3년에 걸쳐 장기간 이루어지며 단체적으로는 group therapy와 12-step meeting program, 개인적으로는 약물치료, 요가, 이완훈련 등을 받게 된다[9]. 또한, 정기적인 절제 감시(abstinence monitoring)가 의무적으로 시행되는데 소변검사, 모발검사 등을 통한 약물농도 검사가 이에 해당한다.

12-Step program은 유사한 중독증상을 보이는 환자들로 구성된 그룹을 통해 이루어지는데, 첫 번째 단계는 자신이 문제를 가지고 있다는 것을 인정하는 것에서부터 시작하며 궁극

적으로는 의료인들이 본인의 전문성을 회복하는 것을 목표로 한다. 이러한 12-step program은 비단 약물 중독뿐 아니라 알코올, 도박, 니코틴 중독 등에 대해 매우 효과적으로 알려져 있다. 많은 중독 전문가들은 이 12-step program을 급성기 치료 시 약물치료와 병행할 뿐 아니라, 장기간의 회복 기간과 follow-up 기간에도 사용할 것을 권장하고 있다[10-12].

예후 및 진료복귀 가능성

조기 발견 및 진단이 어려운 것에 비해 의료인의 치료율은 70-90%로 일반인에 비해 매우 높은 편이다. 이러한 높은 치료율은 이전의 직업과 사회적 지위 회복에 대한 강력한 동기부여가 있기 때문으로 생각된다. 가장 우수한 치료율은 2-4주 입원환자를 대상으로 한 치료에서 관찰되었는데 75-85%의 환자가 성공적으로 의료 현장으로 복귀하였다고 보고하고 있다[13,14]. 대개 PHP는 최소 5년의 감시 기간을 가지는데 한 연구에 따르면 16개 주 904명의 의사를 대상으로 최소 5년 동안 감시했을 때 78%가 약물반응검사서 음성을 보였고 최종적으로 72%가 의료 현장으로 복귀하였다고 한다[15].

치료율과 진료복귀 가능성이 의료인의 전공과에 따라 영향을 받는지에 대해서는 이견이 많다. 특정 약물 종류(마약성 진통제)나 특정 전공과목(마취통증의학과)이 치료율에 영향을 미치지 않는다는 보고가 있는 반면[16,17], 특정 전공과목, 이를테면 마취통증의학과처럼 프로포폴을 비롯한 향정신성 의약품, 마약류 진통제, 흡입 마취제 등 중독성 높은 약물과의 접근 가능성이 많은 상황에서는 유독 재발률이 높으며 또한 재발하는 경우 자살로 인한 사망률이 상당히 높기 때문에 진료복귀의 가능성을 과에 따라 차별을 두어야 한다는 의견도 있다[18]. 즉, 그런 특수한 과인 경우 복귀하더라도 비임상적인 역할, 예를 들면 연구나 교육 등으로 제한해야 한다는 논리이다.

재발에 대한 위험인자

일반인에 비해 치료율이 높다 하더라도 재발 또한 분명히

존재한다. 일반적으로 재발률을 높이는 원인으로는 자신의 상태에 대한 정확한 이해의 부족, 지속되는 부정(denial), 가족 차원에서의 도움 부족, 지나친 자기 과신, 의사소통 능력 부족, 죄의식, 수치심, 자기 비하, 고립, 비현실적 목적 설정 등이 지적된 바 있다[14,19]. 2005년, 미국 워싱턴 PHP에서는 10년간 등록된 292명의 의료인을 대상으로 후향적 연구를 실시하였다[20]. 292명의 환자 중, 최소한 한번이라도 재발했던 경우는 25%로 보고되었고 이에 대한 위험 인자로 분석된 것은 다음과 같다. 우선, 일반적으로 약물 중독의 위험이 높다고 알려진 다양한 인자, 즉 남성, 흡연 상태, 나이, 전공과목은 재발에 대한 위험인자로서의 통계적 의의성은 부족한 것으로 분석되었다. 대신 위험인자로 지적된 것은 펜타닐과 같은 주요 마약류와 접촉한 경우, 약물 오남용의 가족력이 있는 경우, 정신과적 질환을 가진 경우 이 세 가지로 나타났다. 또한, 이 세 가지 요인 중 한 개 이상을 가지고 있는 경우 재발의 위험은 더 증가하는 것으로 분석되었다. 즉 주요 마약류와 접촉한 경우 재발의 hazard ratio (HR)는 0.85 (95% confidence interval [CI], 0.33-2.17)이었지만 정신과적질환이 공존하는 경우 HR은 5.79 (95% CI, 2.89-11.42)로 증가하였으며 여기에 약물 오남용의 가족력까지 있는 경우 HR은 13.25 (95% CI, 5.22-33.59)까지 증가한다고 보고되었다. 덧붙여 일단 한번 재발하면 그 자체가 이후의 재발률을 증가시키는 위험 요인으로 분석되었다(HR, 1.69; 95% CI, 1.13-2.53).

이러한 연구결과는, 약물 오남용의 초기 진단 단계에서 정신과적 질환 공존 여부에 대한 폭넓은 평가가 선행되어야 하며 만일 정신과적 질환을 가지고 있다면(dual-diagnosis), 좀더 개인화된, 정신과적 지지를 강화한 치료가 필수적임을 시사한다. 또한 마취통증의학과 의사의 재발률이 기존에 높았다고 보고된 이유는 아마도 마약류에 대한 용이한 접근성 때문으로 파악되며 마약류 위험 인자 한 개에만 노출된 경우 비교적 위험도가 낮음(HR, 0.85)을 감안할 때 전공과목에 대한 특수성이 그다지 크지 않다고는 생각되지만 만일 정신과적 질환이나 가족력을 가지고 있는 마취전문 의가 약물 중독에 노출되었다면 직업으로의 복귀는 매우 진지하게 고려해야 함을 암시하고 있다.

재발방지를 위한 대책: 모니터링은 또 하나의 치료수단이다

완전한 회복과 진료로의 복귀에 있어 가장 핵심적인 것은 효과적인 재발방지책에 있다. 효과적인 재발방지를 위해서는 치료와 교육도 중요하지만 지속적인 면밀한 감시가 필수적이다[1]. 단순한 징벌제는 자살률만 증가시키는 반면 효율적인 모니터링은 치료율을 높인다고 알려져 있다[21].

아무리 일차치료에 성공했다고 하더라도 재발의 가능성은 언제든지 존재하며 특히 회복기의 비교적 초기(치료 후 1-2년 내)에 재발률이 높은 것으로 알려져 있다. 미국의 경우, 치료 후 진료현장으로 복귀한 의사는 계속해서 PHP에서 시행하는 프로그램에 참여하도록 요구되며, 이후 최소 5년간의 모니터링 기간을 거치게 된다. 모니터링은 다양한 형태로 이루어지는데 무작위적인 소변검사 또는 만성중독에 대해 민감도가 높다고 알려진 모발검사가 그 예가 될 것이다. PHP에서는 최소 5년간 모니터링하면서 여러 프로그램에 참여할 것을 권고하고 있는데 만일 소변반응검사서 양성반응을 보이거나 이후의 참여에 순응하지 않는 경우 PHP에서 주 의학위원회로 해당의료인을 접수하여 면허정지나 면허취소로 귀결될 수 있다는 내용에 동의하고 서명해야 함을 명시하고 있다. Shore [21]는 치료 이후 모니터링되지 않은 환자의 치료 성공률이 64%였던 반면 소변검사와 프로그램 참여를 동반하여 모니터링되었던 환자의 치료 성공률은 96%라고 보고한 바 있다. 즉, 이러한 면밀한 모니터링은 약물 오남용에 노출된 의료인들에게 있어 명확하고 지속적인 동기 부여의 역할을 하고 있음이 분명하다. 따라서, 초기치료가 종료된 이후에도 또 하나의 중요한 치료수단이라고 할 수 있다.

이 외에도 재발에 대한 위험인자를 가지고 있는 환자의 경우, 특히 정신과적 질환을 동반한 환자라면 정신과적 지지 기반한 치료 또한 당장의 가시적인 효과는 미미할지라도 향후 재발을 방지하는 중요한 수단이 될 것이다.

우리나라의 현황

앞서 소개한 미국의 PHP에 비하면 우리나라는 약물 오남

용 의료인에 대한 체계적인 관리가 절대적으로 부족하다. 특히 소규모의 병원일수록 향정신성 의약품이나 마약성 진통제의 관리는 오직 의료인 개인의 양심과 판단에만 맡겨지는 경우가 흔하다. 2011년 프로포폴이 식품의약품안전청에 의해 마약류로 지정되면서 의료인에 대한 입건 사례는 더욱 증가할 것으로 예상되며 더불어 단순한 징벌제에 의한 부정적 효과 또한 양산되리라고 생각된다. 하지만, 현재 우리나라에서는 일원화된 관리체계가 절대적으로 부족한 것으로 보인다. 현재 신중 마약 지정 및 관리는 식품의약품안전청에서, 마약 예방 및 교육은 한국마약퇴치운동본부가, 마약 환자 치료는 보건복지부가 맡고 있다. 총리실 산하에 마약류대책협의회가 있지만 정책 조율만 할 뿐 실무와는 거리가 있다. 더구나 의료인을 대상으로 한 일원화된 체계적인 관리뿐 아니라 교육단계도 매우 부족한 실정이다.

결론

의료인 약물 오남용 문제는 해당의료인 개인에 국한되지 않고 경제적, 윤리적, 사회적으로도 막대한 피해를 유발한다. 따라서 조기 발견이 필수적이며 연이어 신속하고 체계적인 치료가 매우 중요하다. 효과적인 치료를 위해서는 재발 위험인자에 대한 통합적인 평가가 우선 이루어져야 하며 이에 상응하는 유기적이고 포괄적인 치료가 필요하다. 더불어 재발 방지를 위한 지속적인 모니터링이 최종적인 치료적 방법으로서 강조되어야 한다. 또한 약물 오남용에 노출된 의료인을 단순히 범죄인으로 인식하기 보다는 치료적 대상으로서 인식해야 하며 단순한 징벌제는 비효과적임을 인식해야 한다. 향후 우리나라에서도 이에 대해 일원적이고 체계적인 관리에 대한 첫걸음이 의료집단 내부에서 시작하기를 기대해본다.

핵심용어: 약물 오남용; 의료인; 재발방지; 치료

REFERENCES

- Baldisseri MR. Impaired healthcare professional. *Crit Care Med* 2007;35(2 Suppl):S106-S116.
- The sick physician. Impairment by psychiatric disorders, including alcoholism and drug dependence. *JAMA* 1973;223:684-687.
- Bosch X. Catalonia makes plans to help addicted doctors. *Lancet* 1998;352:1045.
- Berry CB, Crome IB, Plant M, Plant M. Substance misuse amongst anaesthetists in the United Kingdom and Ireland: the results of a study commissioned by the Association of Anaesthetists of Great Britain and Ireland. *Anaesthesia* 2000;55:946-952.
- Tyssen R. Health problems and the use of health services among physicians: a review article with particular emphasis on Norwegian studies. *Ind Health* 2007;45:599-610.
- Breiner SJ. The impaired physician. *J Med Educ* 1979;54:673.
- Carinci AJ, Christo PJ. Physician impairment: is recovery feasible? *Pain Physician* 2009;12:487-491.
- Garcia-Guasch R, Roige J, Padros J. Substance abuse in anaesthetists. *Curr Opin Anaesthesiol* 2012;25:204-209.
- Ross S. Identifying an impaired physician. *Virtual Mentor* 2003;5. DOI: 10.1001/virtualmentor.2003.5.12.cprl1-0312.
- Morgenstern J, Kahler CW, Frey RM, Labouvie E. Modeling therapeutic response to 12-step treatment: optimal responders, nonresponders, and partial responders. *J Subst Abuse* 1996;8:45-59.
- Muhleman D. 12-Step study groups in drug abuse treatment programs. *J Psychoactive Drugs* 1987;19:291-298.
- Hawkins JD, Catalano RF Jr. Aftercare in drug abuse treatment. *Int J Addict* 1985;20:917-945.
- Alpern F, Correnti CE, Dolan TE, Llufrío MC, Sill A. A survey of recovering Maryland physicians. *Md Med J* 1992;41:301-303.
- Gallegos KV, Lubin BH, Bowers C, Blevins JW, Talbott GD, Wilson PO. Relapse and recovery: five to ten year follow-up study of chemically dependent physicians: the Georgia experience. *Md Med J* 1992;41:315-319.
- DuPont RL, McLellan AT, White WL, Merlo LJ, Gold MS. Setting the standard for recovery: Physicians' Health Programs. *J Subst Abuse Treat* 2009;36:159-171.
- Paris RT, Canavan DI. Physician substance abuse impairment: anesthesiologists vs. other specialties. *J Addict Dis* 1999;18:1-7.
- Pelton C, Ikeda RM. The California Physicians Diversion Program's experience with recovering anesthesiologists. *J Psychoactive Drugs* 1991;23:427-431.
- Menk EJ, Baumgarten RK, Kingsley CP, Culling RD, Middaugh R. Success of reentry into anesthesiology training programs by residents with a history of substance abuse. *JAMA* 1990;263:3060-3062.
- Talbott GD, Martin CA. Relapse and recovery: special issues for chemically dependent physicians. *J Med Assoc Ga* 1984;73:763-769.
- Domino KB, Hornbein TF, Polissar NL, Renner G, Johnson J, Alberti S, Hanks L. Risk factors for relapse in health care professionals with substance use disorders. *JAMA* 2005;293:1453-1460.
- Shore JH. The Oregon experience with impaired physicians on probation. An eight-year follow-up. *JAMA* 1987;257:2931-2934.



Peer Reviewers' Commentary

본 논문은 약물 중독 또는 오남용에 빠진 의료종사자의 치료와 재발 방지를 위한 구체적인 방법론을 모색하고 있다. 조기 발견은 치료의 시작일 뿐 아니라 예후에 중대한 영향을 미치기 때문에 매우 중요하고, 효과적인 재발 방지를 위해서는 치료와 교육은 물론, 지속적이고도 면밀한 감시가 필수적이라고 서술하고 있다. 본 논문은 약물 중독 및 오남용을 파악하고 해결하기 위한 외국의 제도를 구체적으로 설명하고, 우리나라의 인식적, 제도적 문제점들을 지적함으로써 향후 이에 관한 사회적인 프로그램 마련의 방향을 제시한 점에서 의의가 크다.

[정리: 편집위원회]

자율학습 2013년 8월호 정답 (다발성경화증)

- | | |
|------|-------|
| 1. ① | 6. ③ |
| 2. ② | 7. ② |
| 3. ② | 8. ② |
| 4. ④ | 9. ① |
| 5. ① | 10. ③ |