

알코올 의존 환자의 입원 치료 프로그램

Inpatient Treatment Programs for Alcohol Dependence

기 선 완

건양외대 건양대병원 정신과

대전 서구 가수원동 685

Seon Wan Ki, M.D.

Department of Psychiatry

Konyang University College of Medicine & Hospital

E-mail : swkee@kyuh.co.kr

Abstract

Alcohol use disorder is one of the major psychiatric problems in Korea. Inpatient treatment programs include general medical and psychiatric evaluation, detoxification and control of withdrawal symptoms, and psychosocial rehabilitation. Benzodiazepines are a common prescription for the control of withdrawal symptoms. Psychosocial therapy is a crucial element in the treatment and prognosis of alcoholism. There are many psychosocial treatment modalities in the inpatient setting. The main modalities of recently introduced psychosocial treatments of alcoholism in the inpatient setting are as follows: psychoeducation, cognitive-behavioral therapy, motivation enhancement therapy, and twelve-step facilitation therapy. In Korea, in contrast to the great social burden of alcohol-related problems, a comprehensive alcoholism treatment system is lacking. Therefore we need psychosocial treatment programs on alcoholism specifically modified and tailored to Korean people.

Keywords : Alcohol dependence; Inpatient setting; Detoxification; Psychosocial rehabilitation

핵심 용어 : 알코올 의존; 입원치료; 해독; 정신 사회적 재활치료

서론

2001년 보건복지부 보고에 의하면 우리나라 알코올 의존의 평생유병률은 8.1%로 높은 수준을 보이고 있다(1). 알코올 의존의 입원치료는 초기에 급성 중독(acute intoxicification)을 해독(detoxification)하고 금단 증상을 조절한 후 재발 방지와 사회 적응을 위해 환자에게 다양한 정신 사회적 재활치료를 제공하는 것들로 구성된다.

물론 입원 당시 환자에 대한 일반 의학적 상태에 대한 평가와 진단이 필요하다. 알코올 의존은 퇴원 후 재발이 흔하고 단주 유지를 위한 치료적 접근이 어려운 질환이다. 보고에 의하면 알코올 의존으로 입원 치료를 받았던 환자의 80%가 퇴원 후 6개월 이내에 재발하였으며(2), 퇴원 후 2년 이상 단주를 유지하는 알코올 의존 환자의 비율은 12.4%였다(3). 알코올 의존은 다양한 원인적 요소들에 의해 영향을 받는 만성 재발성 질환으로 지속적으로 치료하지 않으면 불량한 예후를 보이는 심각한 질환이다(4). 그러므로 알코올 의존은 일회적 입원으로 단기간에 치료되는 질환이 아니라, 퇴원 후에도 정신 사회적 재활치료 프로그램을 지속함을 명심해야 한다(5).

본 론

알코올 의존 환자의 입원은 외래 치료에서 실패하였거나, 환자가 가족이나 친지의 도움이 전혀 없거나, 지지가 있음에도 불구하고 단주를 시작하지 못하거나, 혹은 심각한 정신과적 그리고 일반 의학적 문제를 동반하고 있거나, 환자 자신이나 타인에게 해(damage)가 될 때, 그리고 여러가지 약물에 중독 중독이거나, 자신이 원할 경우에만 제한적으로 하는 것이 좋다(6). 선진국에서는 단기간의 입원치료 후 지역사회에서 정신 사회적 재활치료를 하는 것이 보편적이지만 우리나라의 사정을 감안할 때 입원치료 상황에서 기본적인 재활치료 프로그램을 수행할 수 밖에 없다고 본다.

1. 해독 및 약물치료의 일반적인 원칙

알코올의 해독, 금단증상의 조절, 동반된 정신의학적 및 일반 의학적 문제의 평가와 치료 그리고 해독 이후 항갈망제 투여와 유지이다(7, 8). 우울증같은 다른 정신과적 문제가 흔히 동반된다.

2. 해독 및 금단증상의 조절

입원 초기 환자의 신체 상태를 점검하면서 적절한 수액 공급과 영양 보충 그리고 고단위 비타민 B 복합체 투여를 한다. 비타민 결핍에 의한 뇌손상을 막기 위하여 모든 환자에게 thiamine 100mg을 경구 혹은 근육 주사로 투여하고 folic acid 1~3mg도 공급한다. 1997년 미국 중독 의학회는 그동안 약물치료에 대한 축적된 연구 결과를 종합하여 알코올 금단의 치료에 있어 모든 종류의 benzodiazepine이 알코올 금단의 치료에 동등한 효과를 지닌다는 것과 β -blocker, clonidine, carbamazepine 및 neuroleptics 등을 보조약물이 환자의 상황에 따라 선택

적으로 투여될 수 있다는 내용을 담은 치료적 지침서를 발표하였다(9). 현재까지 chlordiazepoxide나 diazepam이 해독 치료에 가장 흔하게 사용된다. 금단으로 인한 자율신경계 항진 증상을 조절하고, 진전 섬망(delirium tremens, DTs)을 예방하기 위하여 교차 내성이 있고, 반감기가 길며, 다행감의 유발이 적고, 비교적 안전하며, 가격이 저렴한 chlordiazepoxide가 흔히 사용된다(7). 보통 초기에 25~50mg을 하루 4회 투여하며 위험에서 벗어나면 20%씩 용량을 줄여나가 중단한다. 대개 5일 내지 7일 정도 사용한다. 진전 섬망시에는 더 많은 용량(50~100mg po qid 이상)이 요구되기도 한다. 최근에는 초기 용량 투여 후 금단증상의 척도인 Clinical Institute Withdrawal Assessment(CIWA) 점수에 따라 2~4시간 간격으로 chlordiazepoxide를 25~50mg(최고 400mg/24시간까지) 추가 투여하고 공급된 용량을 계산하여 필요한 하루 총 용량만큼 사용하다가 tapering하는 방법이 쓰인다(9). 노인이거나 간 기능이 나쁜 환자에게는 반감기가 짧고 대사산물이 없으며 배설이 잘 되는 lorazepam을 사용한다. 정신병적 증상이 동반되면 소량의 haloperidol을 투여하며 간질 발작의 역치를 낮추기 때문에 phenothiazine계 약물의 사용은 가급적 피한다.

3. 항갈망제(Anticraving Agent)의 유지치료

금단증상이 소실된 5일 이후에야 항갈망제를 사용하는 것이 원칙이며 특히 naltrexone은 금단증상을 악화시킨다(8). Acamprosate나 naltrexone은 음주 갈망을 줄이고 단주 기간을 늘려 치료에 도움이 된다(10).

4. 정신사회적 재활치료(Psychosocial Rehabilitation)

알코올 의존도 현재 어떤 의미에서 뇌 질환(brain disorder)이다. 그러므로 과거와 같이 전통적인 정신 분석으

로만 환자를 치료하기는 어렵다. 그러나 한편 사람을 치료하는 이상, 환자와 가족들에게 정확한 정보를 제공하는 정신교육(ps psycho-education)이나 고전적인 정신분석 이론에 바탕을 둔 개인정신치료, 집단정신치료는 알코올 의존 환자들에게도 물론 적용 가능하다. 만약 치료에 반응이 된다면 중독 환자에게는 개인적인 수준의 정신역동 보다는 환자의 음주와 관련된 문제나 대인관계 갈등 양상에 초점을 맞추어 면담을 진행하는 것이 필요하다. 알코올 의존에 대한 정확한 정보와 지식을 제공하는 교육(ps psychoeducation) 프로그램이 특히 중요하다. 가족에 대한 치료적 개입도 입원 초기부터 시행해야 한다.

1) 인지행동치료(Cognitive-Behavioral Therapy, CBT)

인지행동치료는 사람의 사고와 행동을 교정함으로써 정신과적 문제를 해결하려는 정신 치료의 한 형태이다. 우울증의 치료로부터 발달된 이 치료 기법은 현재 공황장애나 사회공포증과 같은 불안장애의 치료나 스트레스 관리, 성격장애, 정신분열증, 물질 의존 등의 정신 장애의 치료에도 적용되고 있으며, 특히 최근에는 알코올 의존에 대한 임상적 적용과 연구가 활발하다(11, 12). 인지행동 치료가 기존의 전통적인 정신치료와 다른점은 환자와의 관계와 협동을 중요시하면서도 치료가 구조적으로 개념화 되어 있고, 체계적이며, 치료자의 역할이 확실하고, 적극적이며, 지시적이고, 현재 구체적인 상황을 주로 다루며, 결과에 대한 평가와 측정이 용이하고, 또한 과제를 중요시한다는 것이다. 알코올 의존에 대한 인지모형(cognitive model)을 설명하면, 환자에게 음주 갈망(craving)을 유발하는 어떤 자극에 의해 환자의 음주에 대한 핵심 신념(core beliefs)이 자극되면 이에 따라 환자는 음주에 대한 관대하고 허용적인 자동 사고(auto-

matic thoughts)가 떠오르고 이것이 다시 환자의 갈망과 충동을 증폭시켜 결국 음주 행동으로 이어지고 재발하게 된다는 것이다. 결국 음주 갈망과 연관된 자극이나 감정, 대인관계 갈등을 잘 다루고 갈망과 충동에 대처하며 음주와 연관된 허용적인 생각들을 대체하면 재발하지 않을 수 있게 된다. 충동과 갈망을 유발하는 중요한 위험인자로는 부정적인 감정(분노, 외로움, 우울감), 대인관계의 갈등, 사회적인 음주 압력, 과거 음주와 익숙한 상황, 생리적인 반응(배고픔, 수면장애, 동통), 그리고 금단증상 등이 있다. 인지행동치료는 재발 방지 기법에서 중요한 치료적 원칙을 제공한다.

2) 동기강화치료(Motivational Enhancement Therapy, MET)

기존의 알코올 의존의 치료에서는 환자가 먼저 자신이 환자임을 받아들이도록 하는 것이 치료에 중요하다고 생각하였고 주로 직면(confrontation)의 방법을 사용하였다. 그러나 이러한 치료적 접근은 환자에게 불필요한 저항(resistance)을 유발할 뿐만 아니라 환자를 치료에 적극적으로 참여시키기 보다는 수동적인 위치에 있게 한다. Prochaska와 DiClemente는 어떻게 사람들이 중독 행동에서 변화하는지에 대한 횡이론적 모형을 제시하였다(13, 14). 알코올 의존 환자는 문제 행동으로부터 변화하는 과정에서 일련의 변화 단계를 거친다. 이 모형에서 개별적인 여섯 단계가 있다. 문제 행동의 변화를 고려하지 않는 사람들을 심사숙고 전의 사람들(Precontemplators)이라 한다. 심사숙고(Contemplation) 단계는 개인이 그들이 문제가 있음과 그 행동 변화의 가능성과 비용을 모두 고려하기 시작함을 의미한다. 치료가 진행함에 따라 행동을 취하고 변화를 시도하는 결정(determination) 단계에 도달한다. 이후 일단 개인이 문제 행동을 변화하기 시작하

면 3개월 내지 6개월 동안 변화가 지속되는 행동(action) 단계로 들어간다. 성공적으로 행동 단계를 잘 처리한 후, 개인은 유지(maintenance) 혹은 영구적인 변화로 들어간다. 이런 노력이 실패하면, 재발(relapse)이 일어나고 그 사람은 다시 순환을 시작한다(그림 1). 그러므로 환자의 치료에 있어서는 환자가 현재 어떤 변화의 단계에 있는가를 파악하고 그 단계에 맞는 치료를 제공해야 한다. Miller와 Rollnick은 그런 단계별 접근에 기초한 다섯 가지의 기본적인 동기유발의 원칙을 기술하였다(15). 첫째로 환자에 대한 공감을 표현하라는 것이며, 둘째, 환자의 현재 상태와 환자가 궁극적으로 바라는 인생목표 사이의 불일치되는 모순을 발전시키고, 셋째, 환자와 불필요한 논쟁을 피하고, 넷째, 환자는 치료 과정에서 당연히 저항을 보이므로 이를 직면시키기 보다는 그저 반향(reflection)함으로써 결국 저항을 타고 넘으라는 것이다. 마지막으로 환자를 치료의 주체로서 인정하고 치료의 결정에 환자 스스로 참여하게 함으로써 환자의 자기-효율성(self-efficacy)을 지지하라는 것이다. 그리하여 자연스런 문제 해결을 환자가 스스로 유도해 내도록 돕는다. 인지행동치료보다는 덜 구조화되고 각 면담 시간의 주어진 과제가 불분명하다고 볼 수도 있으나 환자에게 진단을 강요하지 않고 환자의 의사와 선택을 최대한 존중하면서 서로 합의 하에 치료를 할 수 있는 장점이 있다. 동기강화치료에선 치료자가 환자의 치료 과정에 최소한의 영향을 미치거나 어떤 규제를 하려고 하지 않는다. 동기강화치료는 원래, 그 원칙과 내용에 있어서 다른 어떤 치료법보다 치료자가 지시하고 일방적으로 강요하는 면담이 요구되지 않는 효과적인 치료전략이다. 동기강화치료는 원래 잘 계획되고 개인화된 4회의 외래 치료이나 입원 초기의 병식이 없는 환자에게 이런 치료전략을 사용하면 환자와의 불필요한 저항을 줄이고 환자에게 치료적 동기를 유발하는 데 도움이 된다.

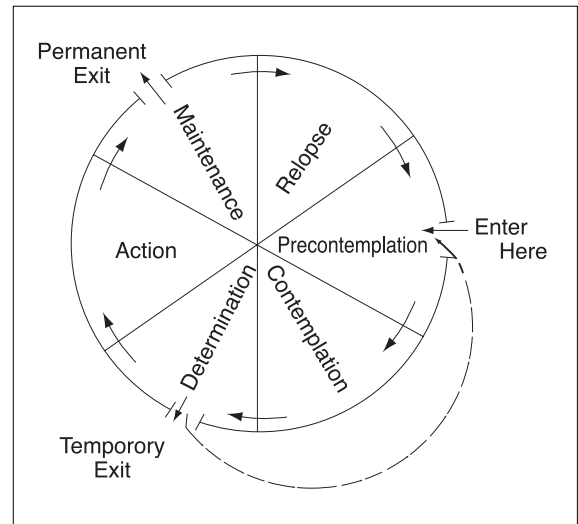


그림 1. A Stage model of the process of change

3) 12단계 촉진치료(Twelve Step Facilitation Therapy, TSF)

알코올 의존 환자들의 자조모임(AA)의 12단계 중 첫 3단계의 목표를 달성하도록 촉진시키는 치료 프로그램이다. 즉 알코올 의존 환자들은 음주 조절이 되지 않는다는 사실을 부정하고 있으므로 조절 능력 상실과 자신의 술에 대한 무기력함을 인정하고 어떤 위대한 힘에 대한 믿음을 통하여 포괄적이고 근원적으로 다시 회복해야 한다는 것이다. 알코올 의존을 하나의 일탈된 행동과 왜곡된 성격에 의한 것으로 간주하며, 그래서 치료는 단순한 단주 유지가 아니라 전반적인 행동 양식의 변화가 수반되어야 하는 끊임없는 회복 과정(recovery process)이라고 생각한다. 환자들의 영적(spiritual) 변화를 촉구하며 음주를 포기하고 환자들이 결국 단주만이 유일한 대안이라는 사실을 받아 들이도록 유도한다. 치료 프로그램은 매 시간마다 구체적인 의제를 가지고 교육하고 토론하도록 구조화된 12주간 12회의 치료 시간으로 구성되어 있다. 환자들은 구체적인 실천 사항을 개인 일지에 기록하도록 권고된다

(17). 물론 입원시에 치료 프로그램을 완수한 이후에도 지속적으로 AA의 참여가 필요하다.

결 론

입원 초기의 정신의학적이고 그리고 일반 의학적 처치와 해독 및 금단증상의 조절과 관련된 약물치료는 정형화된 치료 기준에 입각하여 시행하는 것이 중요하다. 다양한 알코올 의존 환자의 정신사회적 치료에 대해 기술하였으나 대부분 선진국에서 개발된 치료에 대한 소개에 불과하다. 알코올 의존 치료는 해독이나 약물치료도 중요하지만 궁극적으로 정신 사회적 재활치료가 아직까지 환자의 재발 방지와 예후에 절대적이다. 또한 이런 다양한 재활 서비스를 퇴원 후에도 연계하고 통합하며 환자를 지속적으로 관찰하고 치료의 연속성을 보장하기 위해서는 잘 계획된 사례 관리(case management)가 절대적으로 필요하다 (18). 그러나 우리나라의 경우 이러한 지역사회를 기반으로 한 서비스는 아직 미흡한 점이 많다. 따라서 각각의 치료에 대한 정확한 개념과 장단점을 이해하고 이를 우리나라의 문화적 특성에 맞추어 보완 수정하여 치료 전문가들이 합의할 수 있고 효과가 검증된 표준화된 한국형 치료의 개발이 시급하다고 하겠다. 🌐

참 고 문 헌

- 국립서울정신병원, 서울의대 정신과. 정신질환실태 역학조사. 서울: 보건복지부 운영 연구보고서, 2001: 189 - 214
- 김정수, 한상익, 김광수. 주정 중독의 재발에 대한 임상 변인들의 영향. 신경정신의학 1994; 33: 917 - 824
- 성상경, 방양원, 함 웅. 주정 중독 환자의 퇴원 후 경과에 관한 연구. 신경정신의학 1993; 32: 698 - 706
- Vaillant GE. The natural history of alcoholism. Alcohol Health and Research World, 1996; 20: 152 - 61
- Noda T, Imamichi H, Kwata A, Hirano K, Ando T, Yoneda H, et al. Long-term outcome in 306 males with alcoholism. Psychiatry Clin Neurosci 2001; 55: 579 - 86
- Chase C. Patient placement of criteria for the treatment of substance-related disorders. 2nd ed. American Society of Addiction Medicine, 1996
- 민성길. 알코올리즘의 생물학적 연구와 약물치료. 중독정신의학 1997; 1: 27 - 39
- 남궁기. 알코올 의존 치료에서 Naltrexone의 사용. 중독정신의학 1997; 1: 14 - 26
- Saitz R, O'Malley SS. Pharmacotherapies for alcohol abuse. Withdrawal and treatment. Med Clin North Am 1997; 81: 881-907
- Kranzler HR, Van Kirk J. Efficacy of naltrexone and acamprosate for alcoholism treatment: a meta-analysis. Alcohol Clin Exp Res 2001; 25: 1335 - 41
- Monti P, Abrams D, Kadden R, Cooney N. Treating Alcohol Dependence: A coping skill training guide. New York: Guilford Press, 1989: 10 - 19
- Kadden R, Carroll K, Donovan D, Cooney N, Monti P, Hester R, et al. Cognitive-behavioral Coping Skills Therapy Manual; A clinical research guide for therapists treating individuals with alcohol abuse and dependence. NIAAA Project MATCH Monograph Series, Volume 3, Washington DC: U.S. Department of Health and Human Services, 1995: 169 - 86
- DiClemente CC, Hughes SO. Stages of change profiles in alcoholism treatment. J Subst Abuse 1990; 2: 217 - 35
- Prochaska JO, DiClemente CC, Norcorss JC. In search of how people change: application to addictive behaviors. Am Psychol

- 1992; 47: 1102 - 14
15. Miller WR, Rollnick. Motivational Interviewing: Preparing People to Change Addictive Behavior. New York: Guilford Press, 1991: 55 - 63
16. Miller WR, Zweben A, DiClemente CC, Rychtarik RG. Motivational Enhancement Therapy Manual; A clinical research guide for therapists treating individuals with alcohol abuse and dependence. NIAAA Project MATCH Monograph Series, Volume 2, Washington DC: U.S. Department of Health and Human Services, 1995: 1 - 11
17. Nowinski J, Baker S, Carroll K. Twelve Step Facilitation Therapy Manual; A clinical research guide for therapists treating individuals with alcohol abuse and dependence. NIAAA Project MATCH Monograph Series, Volume 1, Washington DC: U.S. Department of Health and Human Services, 1995: 1 - 18
18. Drake RE, McHugo GJ, Noordsy DL. Treatment of alcoholism among schizophrenic outpatients: 4-year outcomes. Am J Psychiatry 1993; 150: 328 - 9



Peer Reviewer Commentary

신 정 호 (연세원주의대 정신과)

최근 들어 효과적인 정온제의 소개로 정신병적 장애들이 대부분 지역사회 안에서 관리가 가능해짐에 따라 알코올 의존의 문제는 정신과 병원에서 가장 주요한 질환이 되었다. 알코올 의존 치료의 가장 첫 단계이자 추후 지속적 단주 유지의 전기가 될 수 있는 입원치료의 의미는 아무리 강조해도 지나침이 없다. 단지 수용격리의 의미로만 활용한다면 너무나 좋은 기회를 놓치는 셈이 된다.

본 특집은 알코올 의존의 입원치료에서 사용할 수 있는 주요 치료내용을 포괄적으로 간결하게 소개하였다. 그러나 효과적인 치료가 되기 위해 결코 빠뜨려서는 안되는 일부 치료도 언급할 필요가 있다. 즉 알코올 의존은 가족도 함께 병들어 있는 수가 많고 치료에 있어 가족의 참여가 필수적이므로 가족집단치료를 위시한 여러 형태의 가족 치료가 필요하다. 또한 알코올 의존에 의례히 수반되는 공존 질환으로, 함께 앓고 있는 정신과적 공존 질환을 정확히 평가하여 함께 치료하여야 한다는 점도 빠뜨려서는 안될 것이다.