

ORIGINAL ARTICLE

J Korean
Neuropsychiatr Assoc
2014;53(4):221-227
Print ISSN 1015-4817
Online ISSN 2289-0963
www.jknpa.org

한국형 중독 치료지침서(Ⅲ) : 알코올 사용장애의 정신사회 치료

국립서울병원 정신건강의학과,¹ 계요의료재단 계요병원,²
건국대학교 의학전문대학원 충주병원 정신건강의학교실,³ 다사랑병원,⁴
가톨릭대학교 의과대학 의정부성모병원 정신건강의학교실,⁵
윤홍균 정신건강의학과의원,⁶ 을지대학교 강남을지병원 정신건강의학교실,⁷
명지병원 정신건강의학과,⁸ 고려대학교 대학원 보건과학과⁹

오승헌¹ · 한창우² · 서정석³ · 조근호⁴ · 이해국⁵ ·
윤홍균⁶ · 최삼욱⁷ · 김현수⁸ · 이보혜⁹ · 이계성¹

Korean Addiction Treatment Guidelines (III) : Psychosocial Treatment of Alcohol Use Disorder

Seung-Heon Oh, MD¹, Chang-Woo Han, MD², Jeong-Seok Seo, MD, PhD³,
Keun-Ho Joe, MD, PhD⁴, Hae-Kook Lee, MD, PhD⁵, Hong-Gyun Yoon, MD⁶,
Sam-Wook Choi, MD⁷, Hyun-Soo Kim, MD⁸,
Bo-Hye Lee, MPH⁹, and Kye-Seong Lee, MD¹

¹Department of Psychiatry, Seoul National Hospital, Seoul, Korea

²Keyo Medical Foundation Keyo Hospital, Uiwang, Korea

³Department of Psychiatry, Konkuk University Chungju Hospital, School of Medicine,
Konkuk University, Chungju, Korea

⁴Dasarang Central Hospital, Uiwang, Korea

⁵Department of Psychiatry, Uijeongbu St. Mary's Hospital, College of Medicine,
The Catholic University of Korea, Uijeongbu, Korea

⁶Yoon Psychiatric Clinic, Seoul, Korea

⁷Department of Psychiatry, Gangnam Eulji Hospital, Eulji University, Seoul, Korea

⁸Department of Psychiatry, Myongji Hospital, Goyang, Korea

⁹Department of Health Science, Korea University Graduate School, Seoul, Korea

Objectives The aim of this study is to develop guidelines for psychosocial treatment of alcohol use disorder.

Methods According to the ADAPTE manual, the Korean alcohol use disorder treatment guidelines were developed by the guideline development committee. Recommendations from foreign guidelines were evaluated regarding the applicability and acceptability to domestic circumstances. In addition, a survey from experts was conducted, along with a review of Korean literature. By these means, recommendations of psychosocial treatment for alcohol use disorder were established.

Results The main findings of the survey were as follows : 1) Although Group therapy was not recommended by foreign clinical guidelines, it was considered as a first-line treatment by Korean experts. 2) Among many psychosocial treatment programs, cognitive behavior therapy (CBT), coping skills training, 12-step facilitation, and Group therapy were commonly used programs in Korea. Finally, the following treatment methods were selected for recommendations : Group therapy, motivational enhancement treatment, CBT, behavioral self-management, alcoholic anonymous, 12-step facilitation, psychodynamic psychotherapy, psychoeducational intervention, continuous case management, and community residential rehabilitation program.

Conclusion Just as in treatment of chronic diseases such as hypertension, continuity is important for management of alcohol use disorder. Therefore, not only pharmacological treatment but also psychosocial treatment should be provided comprehensively after treatment of acute withdrawal symptoms.

J Korean Neuropsychiatr Assoc 2014;53(4):221-227

KEY WORDS Addiction · Alcohol use disorder · Guidelines · Psychosocial treatment.

Received April 21, 2014
Revised May 16, 2014
Accepted July 4, 2014

Address for correspondence
Kye-Seong Lee, MD
Department of Psychiatry,
Seoul National Hospital,
398 Neungdong-ro, Gwangjin-gu,
Seoul 143-711, Korea
Tel +82-2-2204-0114
Fax +82-2-452-0162
E-mail drkslee@hotmail.com

서 론

알코올 사용장애는 높은 유병률을 보이는 정신질환이다. 우리나라의 알코올 사용장애 유병률은 다른 나라와 비교해도 아주 높은 수준으로 WHO보고¹⁾에 의하면 2004년 국내 알코올 사용장애 유병률은 6.62%로 WHO평균 3.6%보다도 1.8배 높았으며 WHO 전 지역과 비교해 보았을 때도 가장 높았다.

알코올 사용장애는 개인의 신체, 정신건강에 많은 폐해를 끼칠 뿐만 아니라 사회적으로도 많은 폐해를 끼치는데 그럼에도 불구하고 환자들의 정신의료서비스 이용률은 매우 낮은 수준으로 2011년 전국 정신질환실태 역학조사²⁾에 의하면 알코올 사용장애의 정신의료서비스 이용률은 8.6%로 다른 정신질환의 의료서비스 이용률보다 낮은 수준을 보였다. 이는 치료 필요성에 대한 대중의 인식부족과 함께 치료의 질을 향상시키기 위한 노력의 부족도 중요한 원인으로 생각된다.

알코올 사용장애의 치료에는 환자의 중증도와 요구수준에 맞추어 외래 치료와 입원치료, 금단치료와 재발방지치료, 약물치료와 정신사회 치료 등의 다양한 치료서비스를 연속적, 지속적, 포괄적으로 제공하는 통합적인 치료과정이 필요하다.

최근 들어 지속적인 변화가 있지만 대체로 그동안의 알코올 사용장애 치료는 금단치료 후 장기입원 위주로 수행되는 경향을 보였다. 입원치료를 받고 있는 알코올 사용장애의 환자수가 매년 빠르게 증가³⁾하고 있고 이에 맞추어 알코올 사용장애 치료 전문을 표방하는 정신의료기관이 증가하고 있다. 이러한 치료의 양적 확대에 맞추어 그동안의 장기입원 위주의 치료에서 탈피하여 연속적, 포괄적 치료서비스를 제공하는 치료의 질적 향상이 필요하며⁴⁾ 따라서 해독이후의 정신사회적 치료가 알코올 사용장애 환자의 재발 방지 및 예후에 절대적으로 중요하다.⁵⁾ 환자 개개인의 특성, 치료에 대한 요구, 이용 가능한 프로그램의 접근성에 따라 다양한 정신사회 치료방법들을 사용할 수 있는데 아직까지 어떤 치료 방법도 다른 치료에 비해 더 낫다고 할 수 없는 형편이다.⁶⁾ 현재 국내에서도 매우 다양한 정신사회 치료 프로그램들이 도입되어 이용되고 있으며 치료 전문가들이 합의한 효과가 검증된 표준화된 한국형 치료 개발을 위한 노력이 필요하다.

이러한 노력 중의 하나가 치료지침서를 개발하고 확산⁷⁾시키는 것이다. 치료지침서란 치료시 발생할 수 있는 다양한 상황에서 어떤 결정을 내릴지에 대한 근거를 찾아내고 그 근거의 질을 평가하거나 전문가의 의견을 수렴하여 임상가의 임상적 판단에 도움을 주는 안내서이다.⁸⁾ 전 세계적으로 다양한 질병들에 대한 치료지침서가 개발되어 활용되고 있으

며⁹⁾ 우리나라에서도 이미 뇌졸중, 고혈압 등의 신체질환, 우울증, 외상후 스트레스 장애 등의 정신질환에 대해서 치료지침서가 개발되어 임상진료현장에서 이용되고 있다.^{10,11)}

이상의 배경에서 우리나라 알코올 사용장애 치료의 질 향상을 위한 노력의 일환으로 한국 중독정신의학회 소속으로 중독치료 분야에서 5년 이상 종사한 중독 정신과 의사들과 예방의학과 문헌검색 분야의 전문가들이 포함된 중독 치료 지침서 개발위원회가 구성되어 중독 치료지침서를 개발, 발표하였다. 본 연구는 치료지침서 중 정신사회 치료 영역과 관련된 권고안의 도출과정과 그 결과를 요약하였다.

방 법

치료지침서 개발방법 : 치료지침서의 수용개작

치료지침서는 수용개작방식을 통하여 개발되었다. 수용개작이란 특정 문화적, 제도적 상황에 맞게 이미 개발되어 있는 지침서를 그대로 사용하거나 타당성을 훼손시키지 않는 범위 내에서 수용지역의 의료현실에 맞게 변경하여 사용하는 체계적 접근법이다.¹²⁾ 알코올 사용장애와 관련된 다양한 치료상황에 대한 임상질문과 그에 대한 근거가 이미 외국에서 체계적 방식으로 개발된 지침서에 대부분 포함되어 있고 국내 논문들의 경우 체계적 고찰과 무작위 대조연구 및 임의이중맹검 방식을 사용한 연구가 취약하여 국내논문들에만 근거한 적절한 근거기반 지침을 개발하기에 한계가 있었다. 따라서 기존에 개발된 양질의 지침서를 효율적으로 활용하는 것을 목표로 수용개작 방식을 통해 치료지침서 개발을 하기로 실무위원회에서 결정하였다.

치료지침서의 수용개작 방법은 ADAPTE collaboration에서 개발한 ADAPTE 매뉴얼의 한국어판¹²⁾을 사용하였다. ADAPTE collaboration은 기존 지침서의 수용개작을 통해 지침서의 개발 및 활용을 도모하고자 하는 연구자, 지침서 개발자, 지침서 실행자들의 국제적 협력조직이다. ADAPTE 매뉴얼을 사용함으로써 엄격하고 체계적인 근거중심 접근 방식으로 질 높은 수용개작이 이루어 질 수 있었다.

지침서 자료원, 문헌 데이터 베이스를 통해 외국의 알코올 사용장애 지침서들을 검색하였고 이후 포함, 제외기준(근거중심 지침서, 국제적 단위 지침서, 2006년 이후에 개발된 지침서, 중요한 체계적 문헌고찰이 이루어진 지침서, 상호심사가 이루어진 지침서 포함, 대표성 없는 단일저자 지침서 배제, 참고문헌 없이 출판된 지침서 배제)을 적용하여 영국,¹³⁾ 호주,¹⁴⁾ 미국¹⁵⁾ 총 3가지 지침서를 선별하였다.

선별된 3가지 지침서들에 대하여 Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation(AGREE) 도구¹⁶⁾를 사용한 질평

가(범위와 목적, 이해당사자의 참여, 개발의 엄격성, 명확성과 표현, 적용성, 편집 독립성)와 함께 최신성 평가, 지침서 간 권고내용 비교, 수용성과 적용성 평가가 이루어졌고 그 결과 최종적으로 영국과 호주 지침서가 수용개작 대상으로 선정되어 치료지침서 개발이 이루어졌다. 보다 자세한 수용개작 과정은 한국형 중독 치료지침서(I) : 알코올 사용장애 치료지침 개발논문¹⁷⁾을 통하여 살펴볼 수 있으며 외국 지침서의 권고안을 국내현실에 맞게 수용, 개작하였고, 외국 지침서를 국내에 바로 적용시키기 어려운 부분에 대해서는 국내 문헌 검색과 국내 전문가 설문을 통한 의견을 수렴하여 최종적으로 정신사회 치료영역의 권고안과 권고강도를 결정하였다.

전문가 설문 및 자료 분석

외국 지침서의 국내 적용성을 평가하는 과정에서 외국의 지침을 국내에 적용하기 부적절하다고 생각하거나 추가할 내용을 실무위원회에서 결정하여 국내 문헌 검색 및 국내 전문가에게 설문을 시행하였다. 국내 문헌 검색을 통해 연구 결과들을 고찰하여 지침서에 반영할 수 있는 내용을 선별, 최종 권고안 개발에 반영하였다. 또한 외국 치료지침서 권고안 중 국내 여건상 직접적으로 적용하기 어려워 수정이 필요하거나 권고 강도¹⁸⁾(표 1)가 D(근거수준 IV) 또는 S(standard care)에 해당하는 권고안, 또 국내의 특수한 상황과 관련하여 필요한 임상질문 등은 국내 전문가들의 의견을 수렴할 필요가 있다고 판단되어 이에 대하여 전문가 조사를 시행하

였다. 중독 치료지침서 개발 실무위원회는 한국 중독정신의학회 평생회원으로서 알코올 환자의 진료 경험이 풍부한 정신건강의학과 전문의 136명에게 정신사회 치료영역 관련 2 문항(치료프로그램 실시 현황, 적절성 평가)이 포함된 설문지를 발송하였고 이 중 34명이 회답하여 그 결과를 분석하였다. 적절성 평가는 미국의 전문가 컨센서스 지침서¹⁹⁾에서 사용된 RAND corporation사에서 개발한 9점 척도 수정판을 사용하여 설문 결과를 분석하였다. 9점 척도 수정판은 기존의 외국지침서에서 전문가 의견 수렴에 사용하는 척도이다. 각 설문 문항에 대해 치료 적절성을 1~9점 범위 내에서 점수로 표시하도록 하였고(1~3점은 사용하지 않거나 거의 사용하지 않는 치료, 4~6점은 중등도 선호도 또는 2차 치료 전략, 7~9점은 최고 선호도 또는 1차 치료전략) 그 결과로 설문문항의 적절성 척도 점수의 95% 신뢰구간의 최저값이 6.5점 이상인 경우에 가장 높은 선호도(1차 치료전략), 3.5점~6.5점 사이에 해당하면 중등도의 선호도(2차 치료전략), 3.5점 이하이면 가장 낮은 선호도(3차 치료전략)로 평가하였다. 또 9점 척도를 3군으로 나누어 3군 간의 선택빈도를 카이제곱 검정을 사용하여 전문가 컨센서스 여부를 검증하였다.

결 과

전문가 설문-정신사회치료 프로그램의 적절성 평가

외국의 치료지침서에는 가장 높은 근거수준에서 도출(권고수준 A)¹⁸⁾된 권고안으로 동기강화치료, 인지행동치료, 12

Table 1. Categories of evidence and strength of recommendation

Categories of evidence for casual relationships and treatment	
I a	Evidence from meta-analysis of randomised controlled trials
I b	Evidence from at least one randomised controlled trials
II a	Evidence from at least one controlled study without randomization
II b	Evidence from at least one other type of quasi-experimental study
III	Evidence from non-experimental descriptive studies, such as comparative studies, correlation studies and case-control studies
IV	Evidence from expert committee reports of opinions and/or clinical experience of respected authorities
Categories of evidence for observational relationships	
I	Evidence from large representative population samples
II	Evidence from small, well-designed, but not necessarily representative samples
III	Evidence from non-representative surveys, case reports
IV	Evidence from expert committee reports or opinions and/or clinical experience of respected authorities
Strength of recommendation	
A	Directly based on Category I evidence
B	Directly based on Category II evidence or extrapolated recommendation from Category I evidence
C	Directly based on Category III evidence or extrapolated recommendation from Category I or II evidence
D	Directly based on Category IV evidence or extrapolated recommendation from Category I, II
S	Standard of care

Table 2. Appropriateness of psychosocial treatments for alcohol use disorder

	Mean	95% CI	DF	p-value	n
Behavioral self management (moderation in drink)	5.00	4.10-5.90	3	<0.05	34
Contingency management	5.68	4.93-6.42	3	<0.05	34
Psychodynamic psychotherapy	4.97	4.28-5.66	3	<0.05	34
Mindfulness meditation	5.74	5.10-6.37	3	<0.05	34
Community residential programs	6.32	5.76-6.88	3	<0.05	34
Night hospital	6.03	5.49-6.57	3	<0.05	34
Autobiography	6.24	5.71-6.77	3	<0.05	34
Reading 12-step textbook	6.65	6.16-7.13	3	<0.05	34
Group therapy	7.12	6.60-7.64	3	<0.05	34

CI : Confidential interval, DF : Degree of freedom

Table 3. Psychosocial treatments currently used by Korean alcohol treatment expert

Psychosocial treatment	Count (n=33)*	Percentage of cases
Motivational interviewing	26	78.8
Twelve-step facilitation	22	66.7
Cognitive behavior therapy	28	84.8
Coping skills training	28	84.8
Cue exposure therapy	3	9.1
Behavioral self management (moderation in drink)	11	33.3
Based on social network and environment	13	39.4
Behavioral couple therapy	6	18.2
Contingency management	3	9.1
Psychodynamic psychotherapy	13	39.4
Psychoeducational intervention	26	84.8
Mindfulness meditation	7	21.2
Self-help based treatment	19	57.6
Case management	15	45.5
Relapse prevention treatment	24	72.7
Community residential rehabilitation programs	4	12.1
Night hospital	8	24.2
Autobiography	14	42.4
Reading 12-step textbook	17	51.5
Group therapy	21	63.6

* : 1 missing case ; 33 valid cases

단계촉진치료 등이 소개되어 있다. 이들을 제외한 여러 정신 사회 치료 프로그램들 중 외국 지침서의 권고안 권고수준이 B~D로 권장 강도가 낮거나 국내에 적용하기에 논의가 필요한 치료들 ; 1) 조절음주 또는 절주 프로그램, 2) 조건부 관리, 3) 정신 역동 정신치료, 4) 마음챙김 명상, 5) 거주시설 재활 프로그램, 6) 밤병동, 7) 자서전 쓰기, 8) 12단계 교본낭독, 9) 집단 치료(Group therapy)를 선정한 후 각각에 대해 9점 척도를 이용하여 치료적절성에 대한 전문가 설문조사를 시

행하였고 결과는 표 2와 같다.

국내 전문가들은 집단 치료를 가장 높은 선호도의 1차 치료전략[7.12(6.60~7.64)]으로 선택하였으며 나머지 치료들 또한 중등도의 적합성을 보였다.

전문가 설문-국내 정신사회 치료 프로그램 실시 현황

국내 전문가들이 실제 진행하고 있는 정신사회 치료 프로그램들을 중복응답을 허용하여 체크하도록 하였고 결과는 표 3과 같다. 국내 전문가들은 인지행동치료와 대용기술훈련(84.8%)을 가장 많이 시행하고 있었다. 동기강화치료(78.8%), 12단계 촉진치료(66.7%), 집단 치료(63.6%) 등도 흔히 시행되고 있는 프로그램이었다.

정신사회개입 권고안

외국 지침서의 권고안을 국내현실에 맞게 수용, 개작하고 국내문헌 검색, 전문가 설문을 통하여 최종적으로 결정한 정신사회 치료영역의 권고안과 권고강도(표 1)는 다음과 같다.

1) 효율적인 정신사회 치료적 개입으로 집단 치료를 권고한다(권고강도D).

2) 동기강화치료를 단독 또는 기타치료와 함께 수행할 것을 권고한다(권고강도A).

3) 인지행동치료를 환자의 의존정도, 치료환경, 치료상황 특성에 따라 치료자가 다양한 치료내용, 치료기간을 적절하게 정하여 사용할 것을 권고한다(권고강도A).

4) 위험음주자에 대한 치료방법으로 조절음주 프로그램(행동적 자기관리)을 권고한다(권고강도A).

5) 익명의 알코올 중독자들(alcoholic anonymous, 이하 A.A.) 모임에 정기적인 참여를 권고한다(권고강도B). 12단계 촉진치료를 권고한다(권고강도A).

6) 개인 정신역동 정신치료를 권고한다(권고강도B).

7) 심리교육적 개입을 보조적 치료로 권고한다(권고강도B).

- 8) 지속적인 사례관리를 권고한다(권고강도A).
 9) 구조화된 거주치료환경이 필요한 환자들에게 거주시설 재활프로그램을 권고한다(권고강도D).

고 찰

국내 지침서의 권고안 중 동기강화치료, 조절음주 프로그램, A.A.모임, 12단계 촉진치료, 개인 정신역동 정신치료, 심리교육적 개입, 사례관리, 거주시설 재활프로그램의 경우 외국 지침서의 권고안을 그대로 수용하였다. 한편 외국 지침서에는 인지행동적 개입, 대응기술훈련, 고위험 상황 탐색, 재발방지치료, 행동적 부부 치료가 각각의 권고안으로 제시되어 있었는데 현재 국내에서 시행되고 있는 인지행동치료에 포괄적으로 각각의 주제들이 포함되어 있고 각각 권고하면 모두 수행해야 하는 것처럼 보일 수 있어 국내 지침서에서는 인지행동치료 하나의 권고안으로 통합하여 제시하였다. 외국 지침서엔 단계적 접근법(D), 마음챙김 명상(S), 자조도구(C)의 권고안이 있었지만 국내현실과 맞지 않거나 타당하지 않다는 위원회 평가로 인해 국내 지침서에서는 수용되지 못하고 탈락되었다.

집단 치료에 대한 권고안은 호주와 영국 지침서에 언급되지 않았지만 집단 치료는 국내 현실에서 다양하고 광범위하게 사용되고 있을 뿐만 아니라 본 연구의 국내 전문가 조사 결과에서도 높은 선호도의 1차 치료전략[7.12(6.60~7.64)]으로 평가되었다. 치료지침서 제작 실무위원회는 이상의 국내 전문가 조사결과를 참고하여 수차례의 토론을 거친 뒤 국내의 특수한 예외로 집단 치료를 지침서에 권고안으로 제시하였다. 집단은 다양한 종류의 치료 서비스를 제공할 수 있으며 개인 치료와 동등한 효과를 갖는다.²⁰⁾ 집단 치료가 중독치료에서 가지는 이점은 다음과 같다. 첫째, 집단의 다양한 치료적 요인(지지, 협력, 협동, 만족, 관계)들은 환자들이 자신의 중독문제를 이해하고, 단주를 시도하며, 회복을 유지하는데 도움을 줄 수 있다. 둘째, 중독환자들이 보이는 문제점들, 예를 들면 음주문제에 대한 과소평가, 부정적인 사고방식, 충동적이고 위험한 의사결정, 가족갈등, 성격문제 등이 개인 치료보다 집단치료에서 더 잘 드러날 수 있으며 집단 구성원들로부터의 반복적인 피드백을 통해 조금씩 문제점들이 개선될 수 있다. 셋째, 일반적으로 알코올 사용장애 환자의 경우 치료를 더 많이, 오랜 기간 받으면 받을수록 더 좋은 예후를 보이는 것으로 알려져 있는데 집단 치료는 환자가 치료를 유지할 수 있도록 도와준다.²¹⁾ 국내의 한 보고²²⁾에 따르면 입원시 집단 치료 프로그램을 시행하였을 경우 시행하지 않은 경우에 비해 퇴원 후 초기 6개월 외래 참석률이 유의하

게 높았는데 이는 집단 치료가 환자의 치료 충실도를 높임으로써 환자의 초기 재발을 줄이는 데 기여할 수 있음을 시사한다. 집단 치료의 장점, 국내에서 광범위하게 사용되고 있는 현실 등을 고려하여 집단 치료가 전문가 합의(권고수준 D)의 형태로 치료지침서에 권고되었지만 향후 집단 치료의 효과와 장, 단점을 무작위 이중맹검 연구 등을 통해 검증하는 추후 연구가 필요할 것으로 생각된다.

설문조사 결과 국내 전문가들은 인지행동치료(84.8%), 동기강화치료(78.8%), 12단계 촉진치료(66.7%) 등을 많이 시행하고 있었는데 이들 치료들은 메타분석, 무작위 이중맹검과 같은 높은 근거수준(I-A)의 연구들을 통해 효과가 입증되어 외국 지침서에 권고된 치료법이다. 이처럼 이미 효과가 충분히 입증된 치료 프로그램들이 국내에서도 많이 시행되고 있음을 알 수 있었다.

인지행동치료는 문제음주를 일으키는 비적응적인 믿음과 사고방식을 변화시키고 스트레스에 대한 비적응적 대응방식으로 학습된 음주행동을 인지 행동적 개입을 통해 변화시키는 치료로 고위험 상황 탐색, 대응기술훈련, 재발 방지 치료, 행동적 부부 치료 등을 포함하는 접근법이다.

고위험 상황 탐색은 술을 마시는 사람, 장소, 사건들이 알코올 사용의 긍정적 효과와 조건화 될 수 있으므로 이러한 단서들을 탐색하여 재발을 낮추려는 시도이며 단서에 대한 반응성이 높은 환자에서는 더 높은 효과를 기대할 수 있다.

대응기술훈련은 이러한 고위험 상황과 스트레스에 대한 효과적 대처방법을 마련하는 훈련으로 대화 시작, 비언어적 언어적 의사소통, 음주거절, 비판수용, 분노의 수용과 조절, 충동에 대한 대응 등을 포함하며 단주를 유지하게 하기 위한 적절한 기술이 부족하거나 사회 기술 훈련이 부족한 환자에게 더욱 효과적이다.²³⁾

재발 방지 치료는 금주를 유지할 수 있도록 돕는 전략으로 알코올 의존은 만성적으로 회복과 재발을 반복하는 특성이 있으므로 재발은 치료 계획을 세우는 데 있어 꼭 다루어져야 할 항목이다. 단기적 재발요인들을 다루기 위한 사회기술훈련이나 인지 재구조화뿐만 아니라 장기적 재발요인을 다루어주는 생활양식 균형(lifestyle balancing), 사후 보호(after care)와 같은 전략들이 있다.²⁴⁾

과도한 알코올 사용은 가족관계의 악화를 가져오며 이것이 다시 알코올 사용의 증가로 이어지는 악순환이 되풀이된다. 알코올 사용장애 환자와 배우자를 함께 치료하는 행동적 부부 치료는 치료에 배우자를 포함시키지 않는 경우에 비해 알코올 사용을 줄이며 부부관계를 개선시켜 개인치료보다 더 효과적일 수 있다.²⁵⁾

동기강화치료는 알코올 의존 환자의 변화에 대한 양가감

정을 탐구하고 변화를 향해 나아갈 수 있도록 돕는 치료이다. 치료자가 직면이나 비판적인 태도를 버리고 환자의 변화에 대한 양가감정을 정상적인 한 부분으로 수용하고 공감을 표현하며, 환자의 현실 속 직면 문제와 환자가 꿈꾸던 이상, 가치 사이의 모순을 찾아내어 알코올 사용 중단의 동기를 강화한다. 동기강화치료는 치료를 받기 시작할 때 변화에 저항을 보이는 환자에게 효과적이며 알코올 의존 치료를 시작하기 위해서 사용하며²⁶⁾ 나이가 많거나 의존성이 높은 환자보다는 때때로 폭음을 하거나 낮은 강도의 의존성을 보이는 젊은 환자에게 더 효과적이다.²⁷⁾ 또 동기강화치료는 다른 정신사회 치료 기법에 비해 비용대비 더 효과적일 수 있다. 예를 들어 한 연구결과에 따르면 4회기의 동기 증진 면담은 12회기의 인지행동치료, 12회기의 12단계 촉진치료와 같은 효과를 보였다.²⁸⁾

조절 음주 프로그램(행동적 자기 관리)은 아직 의존 성향이 없거나 알코올로 인한 심각한 폐해를 경험하지 않은 고위험 음주군을 대상으로 술의 양을 줄이도록 교육하는 치료적 개입이다. 조절 음주 프로그램은 목표설정(환자가 지킬 음주 횟수와 음주 양을 정함), 음주시 자기 모니터링(언제 어디서 어떻게 얼마나 누구와 왜에 대한 음주일기 작성), 음주 속도 조절(식사 함께하기, 잔 사이의 간격조절 등)로 구성²⁹⁾되며 17개의 무작위 대조 연구를 비교한 메타 분석 연구³⁰⁾에서 대조군에 비해 문제음주를 줄이는 데 효과가 입증되었다. 이미 좀 더 심각한 알코올 의존이 있는 환자들을 대상으로 한 연구들에서는 효과가 입증되지 못했지만 절주를 치료 목표로 선택하고 조절음주 프로그램을 받은 경우에 단주를 치료 목표로 정한 경우와 비슷한 수준의 12개월 뒤 단주 시도를 보인다는 연구결과³¹⁾도 있는 것을 고려하면 환자가 병식이 없어 단주에 대해 거부하는 경우 단주를 치료 목표로 하기 전 중간 단계로 조절음주 프로그램을 시도해 볼 수도 있겠다. 본 연구의 국내 전문가 설문 조사 결과 조절 음주 프로그램은 중등도 정도의 적합성[5.00(4.10~5.90)]으로 평가되었지만 이는 알코올 의존과 위험음주자를 명확히 구분하지 않은 설문문항에 대한 결과였다. 위험음주자 치료에 적용함에 있어서는 이미 효과가 입증되어 외국 지침서에 권고(권고수준A)되어 있는 만큼 국내 지침서도 이를 그대로 수용하여 권고안으로 제시하였다.

본 연구의 제한점으로는 첫째, 본 지침서가 치료자의 임상적 판단을 대신하는 것은 아니며 임상상의 자율적인 치료를 제한해서는 안된다. 둘째, 전문가 설문지 경우 설문지 회수율이 낮았는데 대상자가 적어 결과를 일반화하기에 제한이 있을 수 있다. 추후 더 많은 표본을 대상으로 한 연구가 필요할 것으로 생각된다. 이러한 제한점에도 불구하고 본 치료지침

은 현재 국제적으로 수용되고 있는 수용개작 방식인 ADAPTE에 의해 개발된 유용한 최초의 근거기반 한국형 알코올 사용장애 치료지침서로서 의의가 있다.

결론

국내 알코올 치료 전문가들의 의견을 수렴한 결과 다양한 정신사회 치료 기법들이 현장에서 사용되고 있었고 많이 사용되고 있는 치료들의 경우 인지행동치료, 동기강화치료, 12단계 촉진치료처럼 세계적으로 연구를 통해 이미 그 효과가 입증된 치료도 있고 집단치료처럼 연구는 부족하지만 많은 장점을 바탕으로 국내에서 전문가들의 선호하에 보다 많이 시행되고 있는 치료도 있었다. 향후 국내현실을 반영하여 다양한 정신사회 치료들의 효과 및 장단점을 비교하는 연구가 계속 필요할 것으로 생각된다.

알코올 사용장애는 재발과 회복을 반복하는 만성질환으로 만성병 치료 전략의 관점에서 지속적인 치료관리가 중요한 질환이다.³²⁾ 따라서 급성기 금단 증상 치료 후에도 재발방지 및 재발 후 관리를 위한 다양한 접근들이 중요하며 이를 위해 약물 치료뿐만 아니라 다양한 정신사회 치료들이 연속적, 지속적, 포괄적으로 제공되는 것은 매우 중요하다.

개발된 국내 치료지침서가 이처럼 통합적인 알코올 사용장애 치료에 있어 근거기반치료를 시행하는 데 일차적 도구로 활용될 수 있을 것이며 치료의 질적 향상 및 효율성 증대에 기여할 수 있을 것이다.

중심 단어 : 중독 · 알코올 사용장애 · 치료지침서 · 정신사회 치료.

Conflicts of Interest

The authors have no financial conflicts of interest.

REFERENCES

- 1) World Health Organization. Global status report on alcohol and health. Geneva: WHO Press;2011.
- 2) Seoul National University College of Medicine. The Epidemiological Survey of Psychiatric illnesses in Korea. Seoul: Ministry of Health & Welfare, Research Service Study Report;2011.
- 3) The National Mental Health Commission. The Central Mental Health Supporting Committee Report. Seoul: Korean Institute for Health and Social Affairs Press;2009.
- 4) Lee HK, Lee MS, Ki SW, Choi SW, Joe KH, Park A, et al. Developing therapeutic framework for treatment of Alcoholism: focused on Seoul Alcohol Action plan. J Korean Assoc Soc Psychiatry 2007;12: 57-67.
- 5) Ki SW. Recent psychosocial therapeutic approach on alcohol dependence. J Korean Neuropsychiatr Assoc 2004;43:646-651.
- 6) Holder H, Longabaugh R, Miller WR, Rubonis AV. The cost effectiveness of treatment for alcoholism: a first approximation. J Stud Alcohol 1991;52:517-540.

- 7) Kim SG, Shin YC, Lee HK, Lee TG, Gee SW, Lee SG, et al. Addiction Treatment Guidelines Series. Seoul: Korean academy of addiction psychiatry, Ministry of Health & Welfare Alcohol Project Supporting Committee Research Paper;2011.
- 8) Field MJ, Lohr KN. Clinical Practice Guidelines: Directions for a New Program. Washington, DC: National Academy Press;1990.
- 9) Grilli R, Magrini N, Penna A, Mura G, Liberati A. Practice guidelines developed by specialty societies: the need for a critical appraisal. *Lancet* 2000;355:103-106.
- 10) Cpg.or.kr [homepage on the Internet]. Clinical practice guideline for stroke. Seoul: Korean Guideline Clearinghouse [updated 2013 February 22; cited 2009 October 30]. Available from: <http://cpg.or.kr>.
- 11) Cpg.or.kr [homepage on the Internet]. Evidence-based medicine guideline for posttraumatic stress disorder. Seoul: Korean Guideline Clearinghouse [cited 2008 November 18]. Available from: <http://cpg.or.kr>.
- 12) Kim SY, Kim NS, Shin SS, Kim DW, Ji SM, Lee SJ. ADAPTE: Manual for guideline adaptation version 1.0. Seoul: National Clinical Research Coordination Center;2009.
- 13) Guidance.nice.org.uk [homepage on the Internet]. Alcohol use disorders: diagnosis, assessment, and management of harmful drinking and alcohol dependence. London: National Institute for Health and Care Excellence [cited 2011 February 1]. Available from: <http://guidance.nice.org.uk>.
- 14) Haber P, Lintzeris N, Proud E, Lopatko O. Guidelines for the treatment of alcohol problems. Department of Health and Ageing Australia press;2009.
- 15) Work Group on Substance Use Disorders, Kleber HD, Weiss RD, Anton RF, Rounsaville BJ, George TP, et al. Treatment of patients with substance use disorders, second edition. American Psychiatric Association. *Am J Psychiatry* 2006;163(8 Suppl):5-82.
- 16) Brouwers MC, Browman GP, Burgers JS, Cluzeau F, Davis D, Feder G, et al. The AGREE instrument. Ontario: The AGREE Next Steps Consortium;2009.
- 17) Lee BH, Kim HS, Seo JS, Shin YC, Ki SW, Kim SG, et al. Korean Addiction Treatment Guidelines Series (I): Development of Korean Guidelines for the Treatment of Alcohol Use Disorder. *J Korean Neuropsychiatr Assoc* 2013;52:263-271.
- 18) Shekelle PG, Woolf SH, Eccles M, Grimshaw J. Clinical guidelines: developing guidelines. *BMJ* 1999;318:593-596.
- 19) Sachs GS, Printz DJ, Kahn DA, Carpenter D, Docherty JP. The Expert Consensus Guideline Series: Medication Treatment of Bipolar Disorder 2000. *Postgrad Med* 2000;Spec No:1-104.
- 20) Scheidlinger S. The group psychotherapy movement at the millennium: some historical perspectives. *Int J Group Psychother* 2000;50:315-339.
- 21) Leshner AI. Introduction to the special issue: The National Institute on Drug Abuse's (NIDA's) Drug Abuse Treatment Outcome Study (DATOS). *Psychol Addict Behav* 1997;11:211-215.
- 22) Noh JW, Lee KS. Treatment adherence after discharge of alcohol dependent patients. *J Korean Acad Addict Psychiatry* 2013;17:68-73.
- 23) Ferrell WL, Galassi JP. Assertion training and human relations training in the treatment of chronic alcoholics. *Int J Addict* 1981;16:959-968.
- 24) Larimer ME, Palmer RS, Marlatt GA. Relapse prevention. An overview of Marlatt's cognitive-behavioral model. *Alcohol Res Health* 1999;23:151-160.
- 25) O'Farrell TJ, Fals-Stewart W. Behavioral couples therapy for alcoholism and drug abuse. *J Subst Abuse Treat* 2000;18:51-54.
- 26) Hettema J, Steele J, Miller WR. Motivational interviewing. *Annu Rev Clin Psychol* 2005;1:91-111.
- 27) Vasilaki EI, Hosier SG, Cox WM. The efficacy of motivational interviewing as a brief intervention for excessive drinking: a meta-analytic review. *Alcohol Alcohol* 2006;41:328-335.
- 28) UKATT Research Team. Effectiveness of treatment for alcohol problems: findings of the randomised UK alcohol treatment trial (UKATT). *BMJ* 2005;331:541.
- 29) Ambrogne JA. Reduced-risk drinking as a treatment goal: what clinicians need to know. *J Subst Abuse Treat* 2002;22:45-53.
- 30) Walters GD. Behavioral self-control training for problem drinkers: a meta-analysis of randomized control studies. *Behav Ther* 2000;31:135-149.
- 31) Hodgins DC, Leigh G, Milne R, Gerrish R. Drinking goal selection in behavioral self-management treatment of chronic alcoholics. *Addict Behav* 1997;22:247-255.
- 32) Lee KS. Treatment of alcohol use disorder. *J Korean Diabetes* 2012;13:85-90.