

SPECIAL ARTICLE

J Korean
Neuropsychiatr Assoc
2019;58(3):159-166
Print ISSN 1015-4817
Online ISSN 2289-0963
www.jknpa.org

정신건강의학과 외래에서 알코올사용장애 환자 치료

국립정신건강센터 정신건강사업과

조 근 호

Treatment of the Alcohol Use Disorder at Outpatient Psychiatric Clinic

Keun Ho Joe, MD, PhD

Department of Mental Health Services, National Center for Mental Health, Seoul, Korea

Received August 10, 2019
Revised August 12, 2019
Accepted August 12, 2019

Address for correspondence

Keun Ho Joe, MD, PhD
Department of Mental Health Services,
National Center for Mental Health,
127 Yongmasan-ro, Gwangjin-gu,
Seoul 04933, Korea
Tel +82-2-2024-0106
Fax +82-2-2204-0383
E-mail unclezo@korea.kr

Alcohol use disorder is a kind of chronic illness that is difficult to treat. The disorder often recurs easily and patients visit the outpatient clinic while intoxicated. Therefore, it is often too difficult to treat all people of concern, i.e., the caregiver, patient, and doctor, due to the frequent helpless and hopeless relapse. If the patient has severe withdrawal symptoms or poor physical condition, it is very difficult to maintain treatment at an outpatient clinic. On the other hand, many patients abstain or reduce drinking and go on to live a sober life by outpatient-based management. In addition, psychosocial treatment techniques and efficient medications are available at the level of a psychiatric outpatient clinic. Under the scope and limitations of outpatient-based approaches, patients with alcohol use disorder can develop a new life called 'recovery' with the help of psychiatrists, by the way of motivating changes, correcting cognitive errors, establishing effective coping skills, utilizing external resources actively, and facilitating healthy roles with their families.

J Korean Neuropsychiatr Assoc 2019;58(3):159-166

KEY WORDS Outpatients · Alcohol use disorder · Alcohol dependence · Psychotherapy · Drug therapy.

서 론

2018년 12월 13일, 건강보험심사평가원에서는 최근 5년간 정신질환 진료 실태를 보도자료 형식으로 배포하였다. 그 자료에 따르면 2017년 정신건강의학과에서 진료받은 환자는 177만 명이며, 우울에피소드가 51만 명으로 가장 많으며, 불안장애, 수면장애, 적응장애순이었다. '알코올 사용에 의한 정신 및 행동장애(이하 알코올사용장애)'는 총 54714명으로 정신건강의학과 진단 중 아홉 번째에 해당하였다. 알코올사용장애를 이유로 정신건강의학과를 방문하는 환자의 82.6%가 남성이었다.¹⁾ 알코올사용장애 환자들이 흔히 사용하는 부정, 투사, 합리화 등의 방어기제로 인해 치료를 적극적으로 시작하지는 않더라도, 특히 남자 환자들에 있어서 정신건강의학과를 방문하는 주된 이유 중 하나가 알코올사용장애인 것은 분명하다.

과도한 음주 문제로 정신건강의학과에 방문하는 사람들 중 입원이 필요할 정도의 심각한 알코올사용장애 환자와 단순한 상담만으로 문제를 해결할 수준의 심각성을 가진 사람들

을 분류한 우리나라의 자료는 없다. 다만, 2017년 정신건강의학과에서 입원치료를 받은 사람의 실인원은 15052명이라는 보고에 따르면,²⁾ 알코올사용장애를 주진단으로 진료를 받는 사람들의 72.5%에 해당하는 4만여 명은 정신건강의학과 외래에서 치료를 받은 것으로 판단되며, 입원치료를 받는 사람에 비해 증상의 스펙트럼은 더 넓을 것으로 추정된다.

음주와 관련된 정신건강의학과적 문제로 외래를 내원한 사람들은, 단순한 설문으로 선별되어 방문을 권고받은 사람에서부터 입원이 필요할 정도로 심각한 상황에서 가족의 강권에 의해 어쩔 수 없이 내원한 사람, 음주와 연관된 법적인 사건으로 병원에서의 도움을 구해보려고 방문한 사람에 이르기까지 다양하다. 음주 상태 또한 내원 직전까지 음주를 하고 방문한 사람에서부터 내원하기 수 주일 전부터 이미 금주를 시작하고 방문한 사람에까지 차이가 심하다. 그러므로 외래에서 음주와 관련된 문제를 주소로 내원한 사람들을 치료함에 앞서 문제 수준을 다면적으로 평가하는 것은 반드시 필요하다.

외래에서의 치료는 무엇보다 자발성이 중요하다. 환자의

치료 동기를 이끌어내고 치료 계획에 참여시킴으로써 치료 효과를 높일 수 있다. 치료의 목표를 설정하고 그 과정을 수립하는 전반에 있어 어떻게 환자의 참여를 이끌어 낼 수 있을지 고려하면서 치료적 관계를 만들어 나아가야 한다. 동시에 환자의 가족들이 가지고 있는 기대는 무엇인지 탐색해 가면서, 과도한 음주로 인해 손상된 사회적·직업적 기능의 회복을 도모할 수 있어야 한다.

본 논문에서는 알코올사용장애 환자에 대한 진단과 평가의 과정을 살펴보고, 치료 계획의 수립해 나가는 과정을 요약하고자 한다. 또한, 약물치료를 적용함에 있어서 고려할 사항 및 외부 자원을 활용하는 의미에 대해서 기술할 것이다. 그리고 치료 경과에 따른 접근에 대해 정리하고, 알코올사용장애 환자의 가족을 공동의존 입장에서 어떻게 접근할 것인지 살펴보기로 한다.

알코올사용장애 환자의 진단/평가

2016년 정신질환 실태조사에 따르면, 알코올사용장애의 1년 유병률은 남성의 경우 5.0%, 여성의 경우 2.1%에 달한다.³⁾ 이 조사는 diagnostic and statistical manual of mental disorder-IV(이하 DSM-IV)를 기반으로 한 Korean version of the Composite International Diagnostic Interview(K-CIDI)를 이용하여 진행되었던 바, DSM-5에서의 중증도 개념이 적용되지는 못하였고, 알코올의존과 알코올남용을 포함하여 알코올사용장애로 진단한 결과가 반영되었다. 이 조사의 결과로 약 140만 명으로 추정되는 알코올사용장애 환자 중 병원에 내원하는 사람은, 앞서 언급한 바와 같이 54714명에 불과하여 전체 환자의 약 3.9%에 불과하다. 이는 알코올사용장애 환자의 대부분이 초기에 선별되어 치료로 이어지지 못하고, 상당수의 환자들이 치료가 어려운 만성화된 심각한 상태로 병원을 방문하고 있는 현실을 반영한다. 이는 정신건강의학과를 비롯한 병의원에서 보다 적극적으로 음주 문제에 대해 평가하고 치료의 대상으로 삼아야 한다는 의미이다.

금연치료에 있어서 임상가들에게 권고하는 가장 첫 번째 지침은, 특정 진료과목에 국한되지 않고 모든 내원한 환자에게 흡연 여부를 물어보도록 하고 있다.⁴⁾ 알코올사용장애 환자에 있어서도 이는 동일하게 적용하는 것이 필요하다.⁵⁾ 즉, 정신건강의학과만이 아니라 내과나 가정의학과, 산부인과 등에서 진료를 시행함에 있어서도 음주 여부에 대한 질문은 반드시 필요하다. 정신건강의학과 진료에 있어서도 환자가 우울증이나 수면장애, 불안증, 사고장애, 인지장애 등 어떠한 이유로 방문했던 간에 관계없이, 음주력은 반드시 파악해야 한다. 이는 술이 신체건강 못지않게 정신건강에 미치는 영향이 크기

때문이다.

물론, 과도한 음주 그 자체가 병원을 내원하는 이유가 될 수 있다. 술을 줄이거나 끊어야겠다는 생각을 자의적으로 혹은 타의에 의해서 하고 병원까지 내원하는 환자들이다. 이 사람들은 대부분 술로 인해 병원을 방문할 수밖에 없는 이유가 있고, 그 문제로 스스로의 힘으로 해결하기는 어렵다는 결론에 봉착하여 내원한 것이다. 또한 그러한 결론에 영향을 준 가족이나 지인들은 내원 시에도 환자와 동반하는 경우가 흔하다.

정신건강의학과 외래를 음주 문제로 방문한 신환을 진료함에 있어서 우선적으로 할 일은 환자의 상태를 적절히 평가하는 것이다. 평가에 있어서 1) 내원의 직접적 이유 및 배경이 된 상황, 2) 과거 및 내원 직전까지의 음주 및 금주 이력, 3) 음주로 인한 신체적 상태, 4) 음주와 연관된 정신적 동반 증상 등을 파악할 필요가 있다.

내원의 직접적인 이유 및 배경

첫 번째로 환자가 병원을 방문할 수밖에 없었던 이유를 찾는 것이 중요하다. 대부분의 음주자들은 자신들에게 술 문제가 있다는 점을 부분적으로나마 인정하게 되면, 스스로의 힘으로 그 문제를 해결하고자 한다. 즉, 음주량이나 횟수를 자신의 의지로 줄여보고자 하는 노력을 한다. 그리고 이러한 자신의 각오를 대외적으로 선언한다. 하지만, 많은 경우 그 노력이 성공하지 못하고, 본인이 설정한 약속을 어기며, 다시 이전과 유사한 술 문제를 반복하였기 때문에 병원에 오게 된 것이다.

병원을 방문하게 된 구체적인 이유를 파악하는 것은, 향후 환자에 대한 치료 계획을 수립하는 데 있어서 기초가 된다. 방문 이유를 명확화하면 환자 및 보호자가 원하는 치료 성과를 주치의의 목표와 맞춰갈 수 있다. 또한, 환자가 가지고 있는 음주 문제의 심각성을 파악하는 데 도움이 된다. 또한 저마다의 문제를 개별화하는 것은, 환자 스스로의 치료 동기를 만들어나가는 데 큰 도움이 된다. 환자에게 건강상 문제가 있는지, 대인관계의 문제가 있는지, 음주운전이나 폭력과 같은 법적인 문제와 연관되어 있는지 등의 영역에 대해 질문할 수 있다. 만일, 이러한 질문을 구조적인 설문을 통해 수행하고자 한다면, 알코올리즘부정적결과척도(Drinker Inventory of Consequences, DrInC)를 활용할 수 있다.⁶⁾ 이 척도는 음주 문제를 신체적 문제 및 대인관계 문제, 개인·내적 문제, 충동조절 문제, 사회적 책임감 문제로 나누어 계량적으로 파악할 수 있도록 도움을 준다.

환자가 과거에 술을 줄이거나 끊으려고 어떠한 노력을 해보았는지 파악해 보는 것은 내원 이유와 함께 확인해야 하는 정보이다. 음주 문제에 대한 병식 정도나 치료 동기 수준을 파악하는데 도움이 된다. 또한 과거의 노력이 실패한 이유에

대한 탐색은, 새로운 치료 전략을 모색하는 바탕이 된다.

내원 시 음주력 평가

2017년도 건강통계연보에 따르면, 우리나라 19세 이상 성인 중 남성의 55.4%가 일주일에 1회 이상 음주를 하며, 7.4%는 매일 음주를 한다고 하고, 여성의 경우에도 27.3%가 일주일에 1회 이상 음주를 하며, 1.1%는 매일 음주를 한다고 한다.⁷⁾ DSM-5 등 알코올사용장애의 진단기준에 음주량이나 음주 횟수를 포함하고 있지 않지만, 문제성음주 선별에 있어서는 음주량과 음주 횟수, 고위험 음주 횟수 등은 가장 핵심적인 요소로 간주된다.

문제성음을 선별하는 데 가장 널리 사용되는 도구는 Alcohol Use Disorder Identification Test(이하 AUDIT)이다. AUDIT는 세계보건기구에서 개발하여 보급한 10문항의 자가보고 설문 도구로서, 여러 나라에서 자국의 언어로 번역되어 활용 중이다.^{8,9)} 한국어로의 몇 차례 번역이 있었으나, 2009년에 시행된 연구 결과를 바탕으로 문제음주에 대한 조기선별 및 치료 의뢰 가이드라인을 제작하여 보급하고 있다.¹⁰⁾ 정신건강의학과 외래에서도 AUDIT를 이용하여 환자의 음주문제를 선별하고 치료 필요성을 판단하는 것이 적절하다.

음주량을 파악하는데 있어서 중요한 세 가지 사항은, 1회 음주량, 주당 음주 횟수, 고위험 음주 빈도이다. 이는 고위험 음주자에 대한 선별검사로 가장 흔히 사용하는 AUDIT의 첫 3문항과 일치하며, 실제 AUDIT의 축약형으로 활용되기도 한다.¹¹⁾ 즉, ‘술을 얼마나 자주 드세요?’, ‘평소 술을 드시면 몇 잔이나 드십니까?’, ‘한 번 술을 드실 때 6잔 이상 드시는 음주는 얼마나 자주 있습니까?’ 등의 질문을 통해 일반적으로 확인할 수 있다. 그런데 상황에 따라서는 음주 패턴의 변화를 보다 장기간에 걸쳐 파악하는 것이 필요한 경우가 있다. 술을 마실 때와 마시지 않는 때의 기간이 구분되거나, 음주량의 차이가 있는 경우 혹은 주말과 주중의 음주량의 차이가 있는 경우 등을 보다 면밀하게 파악하기 위해서는 1일 음주량을 최소 1달 정도의 기간에 걸쳐 따져볼 필요가 있다. 이러한 1달간 음주력을 확인하는 데 있어서는 음주력기록지(timeline follow back, 이하 TLFB)라는 기록표를 이용하는 것이 용이하다.^{10,12)} 대부분의 환자는 지난 1달간 음주 상황을 그리 어렵지 않게 회상해 내지만, 만일 정확한 이력 확인이 곤란한 경우에는 1주간의 음주력을 파악하는 것으로 갈음하기도 한다. TLFB은 치료가 진행되면서 음주량이나 횟수의 변화를 파악하기 위한 목적으로 활용될 수도 있다.

병원을 방문한 환자에게 모두 치료에 대한 의지가 투철한 것은 아니다. 자신의 음주 문제를 스스로 자인하고 자발적으로 내원하기보다는, 가족을 비롯한 주변 사람들의 강력한 권

유에 의해 피치 못해서 병원에 오는 경우가 흔하다. 그러므로 환자의 병식에 대해 파악하는 것이 치료 방향을 결정하는 데 도움이 되며, Kim 등¹³⁾이 개발한 Hanil Alcohol Insight Scale이 유용하다.

내원 시 신체적 상태 평가

과도한 음주 문제로 병원을 방문하는 경우, 고위험 수준의 음주를 지속해 온 결과로 신체건강에 이상이 있을 가능성이 높다. 음주로 인한 신체 질환은 소화기 질환, 순환기 질환, 각종 암, 뇌 질환 등에 이르기까지 다양하다.¹⁴⁾ 우리나라의 알코올중독 치료 지침서에서는 표 1의 검사를 시행하는 것을 권고하고 있다.¹⁵⁾

정신건강의학과 외래에서 환자의 상태에 대해 전반적으로 검사하는 것은 병원의 규모나 검사실의 운영 여부에 따라 항상 가능한 것은 아니다. 검사실 유무와 상관없이 과도한 음주 초기 평가에서 혈압과 맥박, 체온 등과 같은 기본적인 생체 징후 파악은 반드시 확인할 필요가 있다. 또한, 검사실에서 굳이 시행하지 않아도 파악할 수 있는 혈당과 같은 검사도 초기 평가에서 확인하는 것이 좋다. 알코올사용장애가 심각한 환자의 경우에는 식사를 규칙적으로 하지 않거나, 상당 기간 동안 식사 대신에 음주를 지속해온 사람들도 있다. 이에, 내원 당일 혈액검사를 시행하지 못한다고 하더라도, 검사를 다른 병원에 의뢰하고 그 결과를 확인하는 것은 필요하다.

내원 시 정신적 상태 평가

정신건강의학과에서 내원한 환자들에게 정신 상태를 평가하는 것은 너무도 당연한 일이다. 그럼에도 불구하고, 내원의 이유가 과도한 음주인 것이 명백한 경우 정신적 상태에 대한 평가가 미루어지거나 소홀해질 가능성이 있다. 그러나 음주 문제는 다양한 정신과적 상태와 병발하여 나타나는 경우가

Table 1. The popular items to evaluate the physical conditions of alcohol use disorders

	Items
Vital signs	Blood pressure, heart rate, body temperature, respiration rate
Laboratory examinations	Complete blood cell count Alanine aminotransferase (ALT) Aspartate aminotransferase (AST) Serum gamma-glutamyl transferase (GGT) Carbohydrate-deficient transferrin (CDT) High density lipoprotein (HDL) Mean corpuscular volume (MCV) Uric Acid
If needed	Gastrofiberscope Hepatobiliary ultrasono

흔하다. 특히 불안장애, 기분장애, 정신병적 장애, 인격장애 및 다른 중독장애의 병발은 흔히 문제가 된다.¹⁶⁾ 우리나라 또한 2016년 정신질환 실태조사에 따르면, 알코올의존 환자에게서 우울증이나 정신병적 장애 및 공황장애 등 불안증이 공존할 가능성은 일반인에 비해 1.5배 정도 높다.³⁾

외래에서 치료 진행

치료 목표 설정

과도한 음주 문제로 병원에 내원한 모든 환자들이 금주를 결심한 상태인 것은 아니다. 어떤 환자들은 자신에게 별 문제가 없다는 사실을 입증하고자 내원하기도 하며, 부분적인 병식을 가진 일부 환자들은 약간의 절주만으로 문제를 해결할 수 있을 것이라는 기대로 병원에 내원하기도 한다. 이에 환자가 가지고 있는 음주 문제의 심각성에 따라 치료 목표를 명확히 설정하는 것이 필요하다.

우리나라 정신보건 사업에서는 음주 문제를 저위험(정상음주군), 중위험(위험음주군), 고위험(알코올사용장애 추정군)의 3단계로 구분하고 있으며, 저위험과 중위험에서는 절주를 개입의 목표로 삼고, 고위험에 있어서는 완전한 단주를 목표로 삼을 것을 권고하고 있다(그림 1).¹⁰⁾ 알코올사용장애 환자의 치료 목표 설정에 있어서 중증 환자에게는 음주량이나 횟수를 줄이는 것이 아닌 음주를 중단하는 것이 적절하다는 것이 중독을 치료하는 전문가들에 있어서는 일반적으로 널리 받아 들여지고 있다. 그러나 일부 전문가들은 여전히 적절한 음주 수준을 유지시키는 것도 치료의 목표가 될 수 있다고 주장한다. 이러한 논쟁의 와중에서 중요한 것은 단주 혹은 절주 중 어느 하나가 절대적인 것이라기보다는 그러한 치료의 목표를 환자와 더불어 설정한다는 데 있다.¹⁷⁾ 치료 목표가 설정되면, 이를 위한 치료적 개입방법과 성과에 대한 검토가

이루어질 수 있는 기반이 되기 때문이며, 환자의 회복을 이루어 나가는 과정의 지표가 될 수 있기 때문이다.

치료 목표를 설정하는 것은, 특히 외래에 있어서는 환자 및 가족과 함께 상의하며 진행하는 것이 바람직하다. 단주가 가장 최선의 선택이라는 치료자의 판단이 있다고 하더라도, 외래를 기반으로 하는 치료 환경에서 환자의 자발적인 협조가 없는 단주가 보장되는 것은 불가능하다. 음주 문제에 관한 위험 수준을 환자 및 가족과 함께 검토하고, 치료에 대한 환자의 동기 수준을 참고하여 단주 혹은 절주를 위한 치료 목표를 공동으로 설정하는 것이 바람직하다. 만일 환자가 절주를 선택한다면, 음주 횟수 및 음주량에 대한 목표까지 구체적으로 결정하는 것이 필요하다.

만일 환자에게 음주와 연관된 문제가 외래에서 치료하기에 적절하지 않다면, 환자나 가족에게 입원치료의 불가피성을 설명하고 설득하여야 한다. 입원치료를 권고할 사항에 대한 기준은 절대적인 것은 아니지만, Namgung¹⁸⁾의 저서를 참조할 수 있다.

외래 기반 정신사회적 치료

현재까지 알코올사용장애 치료를 위한 체계화된 정신사회적 치료 프로그램이 개발되어 사용되는 것은 많지 않지만, 그래도 그 중에서 대표적인 것이 미국 알코올남용 및 알코올중독 연구원(National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, 이하 NIAAA)에서 주관하여 1985년부터 5년여에 걸쳐 시행되었던 프로젝트 매치[Project Matching Alcoholism Treatments to Client Heterogeneity(이하 Project MATCH)]에서 사용된 세 가지 외래 통원 치료 프로그램, 즉 동기강화치료(motivational enhancement therapy), 인지행동치료(cognitive behavioral coping skill therapy), 및 12단계 촉진치료(12 step facilitation therapy)이다.¹⁹⁾ 이 연구의 결과는 이후 알코올사용장애 치료의 근거를 제공하였으며, 당시 개발된 연구 매뉴얼은 외래와 입상의 구분 없이 임상 현장에서 치료 지침으로 활용되었다. 본 원고에서도 이에 근거하여 권고할 수 있는 치료 방법을 안내하고자 한다.

동기강화치료

동기강화치료는 알코올사용장애 환자들에게 긍정적 변화를 유도하기 위해 적용되는 체계적인 치료 방법이다. 이는 동기강화 심리학 이론에 입각하여 환자에게 내적인 변화를 유도해내도록 고안되었다. 즉, 환자가 치료자에 의해 지도되고 훈련되도록 하는 것이 아니라 환자 내부의 변화 가능한 잠재 자원이 스스로 발휘되도록 돕는다. 동기를 유발하기 위해서는 환자에게 1) 공감을 표현하고, 2) 모순을 발전시키며, 3) 논

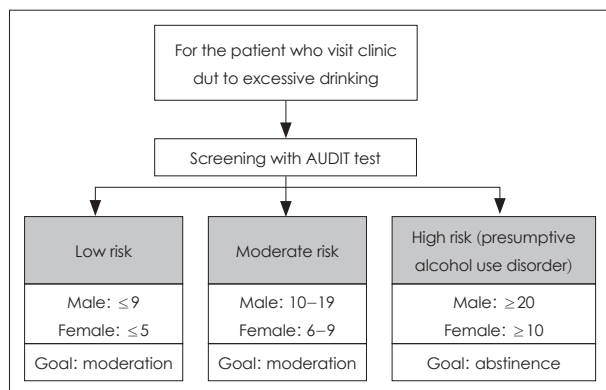


Fig. 1. Differentiation of the levels of risk by the AUDIT score. AUDIT: alcohol use disorder identification test. Adapted from Ministry of Health and Welfare.¹⁰⁾

쟁은 피하고, 4) 저항은 타고 넘으며, 5) 자기효율성을 지지하라는 등의 원칙에 따른 면담을 수행하여야 한다. 동기강화치료는 환자가 가지고 있는 부정(denial)을 직면시키지 않고, 환자 스스로가 자신의 모순을 찾아내어 극복하도록 돕는다. 그리하여 환자가 자신의 문제를 지각하고 변화의 필요성을 스스로 언급하도록 하는 것이 치료자의 목표가 된다.²⁰⁾

동기강화치료를 위해서는 환자의 변화의 단계(stage of change)를 파악하는 것이 필요하다. 중독정신의학에 있어서 변화의 단계는 숙고이전단계, 숙고단계, 실행단계, 행동단계, 유지단계 등 5가지로 구분되며, 각 단계에 따라서 치료 목표를 달리 설정할 수 있다. 즉, 술을 끊을 생각이 전혀 없는 사람과 이미 술을 끊고 외래에 방문한 사람은 치료 목표가 동일할 수 없으며, 그 결과도 다르다. 변화 단계에 대한 설문을 시행하여 환자의 치료 의지를 확인하고 그에 적절한 동기 부여를 시도하는 것이 필요하다.²¹⁾ 미국이나 영국, 호주, 우리나라 알코올사용장애 치료 지침서에서 음주 문제가 있는 환자에게 동기강화치료를 단독 혹은 다른 치료와 병합하여 적용하도록 강력하게 권고하고 있다.²²⁻²⁵⁾

인지행동치료

인지행동치료는 행동학습이론, 인지치료이론, 그리고 재발 예방접근에 근거를 두고 개발되었다. 행동학습이론은 다음과 같은 가정에 근거를 두는데, 중독과 관련된 행동은 후천적으로 학습된 것이며, 인지행동치료로 교정될 수 있고, 포괄적인 사례 개념화와 대처기술 훈련을 통해 개선될 수 있다는 등의 내용이다. 인지치료에서는 물질사용이 주로 그 물질과 관련된 자동사고(automatic thought), 물질과 관련된 촉진믿음(facilitating belief), 그리고 핵심믿음(core belief)에 의한 다양하고 복잡한 행동을 포함한다는 전제를 기초로 한다.²⁶⁾

알코올사용장애에 대한 인지행동치료는 다양한 치료 기법이 적용될 수 있다. 인지행동치료에는 공통되는 여러 전략이 있는데 음주에 노출된 전후 긍정적 및 부정적 결과에 대한 기능적 분석, 물질충동의 극복기법, 자동사고와 믿음의 인식과 개선, 의사결정기술, 물질 사용의 결과에 대한 효과적인 대처기술, 물질사용 거절기술, 사회적인 지지망의 증가, 생활양식의 변화, 물질사용에 따른 위험의 축소(harm reduction)의 시도, 치료 유지에 대한 관심 등이 바로 그것이다.²⁶⁾ 외래에서의 인지행동치료에서도 이와 같은 이론들은 여전히 유효하다. 동기강화치료와 동일하게 미국, 호주, 영국 및 우리나라 알코올사용장애 치료 지침서에서 인지행동치료를 단독 혹은 다른 치료와 병합하여 적용하도록 강력하게 권고하고 있다.²²⁻²⁵⁾

미국 NIAAA에서는 앞선 Project MATCH에 기반을 두어, 약물치료와 동기강화치료 및 인지행동치료의 기법을 종합하

여, 알코올사용장애 환자에게 제공할 수 있는 포괄적인 치료 매뉴얼을 개발하고 보급하였다. 이를 근간으로 우리나라에서도 치료 매뉴얼 및 책자들이 출간되어 활용되고 있으며, 외래를 기반으로 하는 치료에도 어려움 없이 적용될 수 있다.^{18,27)}

12단계 촉진치료 및 자조모임의 활용

익명의 알코올중독자들(alcoholics anonymous, 이하 AA) 자조집단의 회복 방식에서 유래된 12단계 촉진치료 또한 앞서 언급한 Project Match에 의해 그 치료적 효용성에 기반을 공고히 하게 되었다. 즉, 구조화되지 않은 자조모임의 규약이 보다 체계적으로 정리되어 임상 현장에서 적용 가능한 형태로 도입된 것이다. 물론 여전히 AA 자조집단과의 협력적 관계가 치료 과정의 근간임은 변함이 없다. 즉, 12단계 촉진치료의 목적은 AA에 참석하고 있지 않은 중독자들을 대상으로 AA를 소개하고 AA에 참여하게 함을 목표로 하고 있다. 또한 AA 12단계를 모두 다루기보다는 정형화된 매뉴얼에 따라 12단계 중 5단계까지만이나 진행하는 것이 일반적이다.²⁸⁾

알코올사용장애 환자들에게 별도의 집단치료를 시행하는 상황의 외래가 아닌 경우에는 12단계 촉진치료를 체계적으로 진행하기에는 어려움이 있다. 그러나 12단계 촉진치료의 목적이 AA에 대한 소개 및 12단계 초기 과정에 대한 입문 정도라는 측면에서 적용이 전혀 불가능한 것은 아니다. AA는 임상 현장과는 별개의 자조모임이기는 하지만, 많은 경우에 환자가 외래 치료와 더불어 참여한다면 상당한 도움이 될 수 있다. 치료자가 보다 적극적으로 AA 참여를 독려할 필요가 있다.

외래 기반 약물치료

항갈망제의 활용

알코올사용장애 환자들에게 항갈망제를 이용한 약물치료는 항상 성공적이라는 경험을 치료자에게 제공해주지는 못하지만, 치료 효용성에 관한 연구 결과들에 의해 근거가 확보되고 있으며, 우리나라를 비롯한 각국의 중독치료 지침서에서도 강력히 권고되고 있다. 즉, naltrexone과 acamprosate로 대표되는 항갈망제는 최근까지의 체계적 문헌고찰 결과 음주량을 감소시키고, 단주에도 도움이 된다는 것이 입증되었다. 또한 약물치료 단독의 효과도 입증된 바 있으며 정신사회적 치료와 동시에 시도하는 것의 효과도 임상적인 유용성을 통계적으로 입증하였다.^{15,23,29,30)} 특히 외래에서 알코올사용장애 환자들에게 naltrexone이나 acamprosate를 사용하는 경우, 두 약물 모두 음주의 재발이나 폭음의 재발에 소요되는 기간과 관련된 지표에서 의미있는 치료 효과를 기대할 수 있다고

보고된 바 있다.³¹⁾ 두 약물에 대한 메타분석 결과 중 치료 결과와 관련된 세부 지표에서 약간의 차이가 나타나기도 하는데, acamprosate의 경우 금주 유지에서 naltrexone에 비해 더 나은 결과를 보였고, naltrexone의 경우 acamprosate에 비해 과음, 음주 갈망을 줄이는 데 더 효과적이라는 보고들이 있다.^{32,33)}

외래를 방문한 환자에게 naltrexone과 acamprosate 중 어떠한 약물을 먼저 선택할 것인가에 절대적인 기준이 있지는 않다. 실험적으로 opioid 수용체, GABA 수용체 소단위의 유전자다형성과 같은 약물 유전학 결과로 두 약물 중 보다 효과적일 수 있는 후보를 선정하고자 시도가 있지만,³⁴⁾ 임상 현장에서 이러한 근거로 투약할 약물을 선정하기는 어렵다. naltrexone은 μ -와 κ -opioid 수용체의 길항제로서 음주와 연관된 갈망을 감소시키는 것으로 사료되고, acamprosate는 GABA_A 수용체 및 NMDA 수용체를 안정화시키는 기전으로 금단 증상의 완화부터 갈망의 감소까지 효과를 나타내는 것으로 알려져 있다. 또한, naltrexone은 간에서 대사되고 배출되므로 급성 간염이나 간 기능 부전이 있는 환자에서는 사용하지 않도록 권고되고 있다. 반면 acamprosate는 신장으로 배출되는 약물로 심각한 신부전 환자에서는 금기되어 있으며, 중등도 이하의 신부전에서도 1차 시도 약물에서는 배제되어 있으며, 신장결석에 있는 환자에서도 주의를 요한다.²⁹⁾ 또한 naltrexone은 하루 1회 투약하도록 되어 있으나, acamprosate는 1일 용량을 3회 분복하도록 되어 있어서, 이에 대한 환자의 선호도 약물 선택의 중요한 요인이 될 수 있다(표 2).

항갈망제의 치료 기간에 제한은 없다. 장기간의 임상 추적 조사에 있어서도 특이한 이상반응의 악화가 보고되지도 않고 안정성이 입증되어 있다. 우리나라의 치료 지침서에서는 적어도 6개월에서 1년 이상 항갈망제 치료를 유지할 것을 권고하고 있다.¹⁵⁾ 알코올사용장애 환자의 특성상, 약물을 복용하며 주기적으로 외래 치료를 유지하는 것은 쉽지 않다. 그러나

최근 3개월 치료 유지율이 naltrexone은 54.7%, acamprosate는 34.4%였고, 12개월째는 naltrexone은 12.0%, acamprosate는 10.4%였다는 우리나라의 항갈망제 유지 연구가 있었다. 순응도를 높이기 위한 노력을 더 기울인다면, 치료 성과는 더 향상될 수 있을 것이다.³⁵⁾

기타 정신과적 약물 치료

항우울제나 항불안제를 알코올사용장애 증상의 재발 방지 목적으로 사용하는 것은 근거가 빈약하다. 즉, selective serotonin reuptake inhibitor나 benzodiazepine과 같은 약물은 음주 충동이나 금주 기간 확보에는 의학적 효용성이 입증되지 않았다. 그러나 병발된 다른 정신과적 증상이 있는 경우에는 사용할 수 있다.^{15,29)}

우울증은 알코올사용장애 환자에서 흔히 나타난다. 두 질환이 공존하는 경우 우울증의 경과와 과다한 음주의 경과는 동기화되는 경우가 많으며, 한 질환의 예후가 다른 질환의 예후에 영향을 미친다. 이에, 우울증이 있는 알코올사용장애 환자에 있어서는 적극적인 약물치료를 시행하는 것이 바람직하다.^{29,36)}

항불안제는 알코올사용장애 환자에서는 흔히 사용하게 된다. 불안이나 초조로 나타나는 금단 증상과 불면 증상을 완화시키려는 목적으로 사용할 수 있으며, 혹시라도 발생할 가능성이 있는 경련을 예방하고자 관례적으로 투여하기도 한다. 그러나 benzodiazepine을 알코올사용장애 환자에서 무분별하게 사용하는 것은 과도한 진정, 이상 행동의 유발, 사고로 인한 신체적 손상의 발생, benzodiazepine 자체에 대한 의존성 유발 등의 위험을 높일 수 있어 주의를 요한다. 즉, 약물치료가 필요한 금단 증상이 명료하거나 불안이나 초조, 불면 등의 증상을 조절할 필요성이 분명한 경우에 한정된 기간 안에서 투약하는 것이 적절하다.^{15,29)}

Table 2. Comparison about the properties of anticraving agents

	Naltrexone	Acamprosate
KFDA indication	Treatment of alcohol dependence Blocking the effects of narcotics	Treatment of alcohol dependence
Reported main outcome	Decrease craving	Prolongate abstinence
Recommended dosage	25–150 mg	999–1998 mg
Metabolism	Liver enzyme	Not metabolized
Main excretion	Hepatobiliary system	Renal system
Special caution	Increase liver function marker (e.g., aminotransferase)	Consolidate renal stones
Other adverse effects	Nausea, indigestion, abdominal pain, headache, depression	Nausea, indigestion, diarrhea, headache, depression, anxiety
Contraindication	Acute hepatitis, hepatic failure	Renal failure (creatinine clearance less than 30 mL/min)
Prescription for elderly	With caution	Prohibited over 65-year-old

KFDA: Korea Food and Drug Administration

외래 기반 치료 경과

알코올사용장애는 다른 정신질환에 비해 흔히 재발하는 질환이다. 우리나라의 한 추적 연구에 따르면 외래 치료를 시작한 후 4주까지는 금주를 유지한 환자의 비율이 47.9%였으나, 12주에는 27.1%, 24주에는 18.8%였다.³⁷⁾ 이렇게 대부분의 환자들이 치료 시작 후 오래 지나지 않아 재발을 하게 되며, 이는 환자와 가족 그리고 치료진 모두를 무력하게 만든다. 높은 재발률을 낮추기 위해 재발의 위험성을 치료진이 파악하고, 환자 및 가족과 함께 적절한 예방 전략을 수립하는 것이 필요하다.

단주자 혹은 절주자가 심각한 재발을 경험하게 되는 이유 중 핵심적인 증상이 만성 금단 증상(protracted withdrawal symptom)이다. 만성 금단 증상은 급성 금단이 호전된 이후인 금주 후 7일에서 14일 이후에 시작되며, 대략 3~6개월에 최고조를 이룬다. 만성 금단 증상은 여러 증상이 복합된 증후군으로 나타나는데, 예민함이나 짜증, 스트레스에 민감함, 기억력저하, 과민반응 혹은 무감각, 수면장애 등이 그것이다. 만성 금단 상황에서 음주 충동을 유발할 외부의 자극이 있는 경우, 환자들은 음주로 이어지고, 기존에 흔히 사용하던 투사 혹은 합리화 등의 방어기제를 활용하며 스스로를 정당화한다.³⁸⁾

만성 금단 증상에 특효가 있는 약물이나 심리사회적 치료 방법이 따로 있는 것은 아니다. 다만, 재발방지 차원에서 인지행동적 기법을 활용하는 것이 도움이 된다. 즉, 환자에게 이러한 증상이 발생할 수 있음을 미리 주지시키고, 갈망에 대해 이해하도록 하며, 술을 끊거나 줄여야 하는 동기를 명확히 하고, 성숙한 대처기법을 성공적으로 사용하도록 훈련시킨다. 환자가 재발의 상황과 갈망을 이해하고, 부정적인 정서를 조절하며, 대인관계를 원활히 하도록 의사소통기술을 활용하고, 인지적 왜곡을 교정하고 균형 잡힌 생활방식을 유지하도록 외래에서의 면담 과정에서 다루어 사전에 준비시킬 필요가 있다. 또한, 필요한 경우 증상을 개선시킬 수 있는 약물치료를 병행한다.³⁹⁾

가족에 대한 접근

중독은 가족이 함께 겪어가는 질환이다. 만성적인 경과를 밟는 질환의 특성상 가족에게 중독자가 미치는 영향은 지대하다. 또한, 중독자들은 흔히 대인관계나 의사 표현방식에 문제가 있어 가족과 원활하고 안정적인 의사소통이 이루어지지 못한다. 또한 중독은 유전적인 영향과 양육 과정에서의 환경적인 영향을 모두 받기 때문에, 환자의 중독 증상이 선대의 가족으로부터 이어 내려온 경우도 흔하다. 그럼에도 불구하고

고, 가족 중 한 사람의 중독 문제를 가족 구성원 외부로 노출시키는 것을 주저하고, 해당 문제를 환자와 함께 축소하거나 부정한다. 또한, 환자의 중독 문제가 악화되는 데에 대한 죄의식도 가지고 있어, 내부 구성원만의 노력으로 중독 문제를 해결해 보고자 한다. 하지만 번번이 실패하여 무력감과 절망감을 가지고 있다. 이러한 상황의 가족들을 공동의존(codependency)라고 한다.⁴⁰⁾ 상당수의 알코올사용장애 환자는 이러한 상황에서 가족의 권유에 의해 정신건강의학과 외래를 방문한다.

외래 치료에서 가족은 환자에 대한 객관적인 정보를 획득하고, 치료 동기를 부여하며, 치료 경과를 지지할 수 있는 핵심적인 존재이다. 치료자는 알코올사용장애 환자의 가족과 긴밀한 치료적 관계를 수립하여야 한다. 이를 위해서는 환자의 가족들이 가족 내부의 문제를 정확히 이해하고 표현할 수 있도록 돕고, 가족의 조장 행위나 공동의존 행위를 파악하여 이를 중단하도록 해야 한다. 또한 치료의 과정에서 드러나는 환자의 병적 방어기제 및 교만함과 부정직한 언행에 대해 가족과 함께 직면하여 치료적 동기 부여에 활용하는 것이 좋다. 가족들은 공동의존 상태에서 많은 고통을 겪어 왔다. 경우에 따라서는 정신과적 치료가 필요한 경우가 있을 수도 있으며, 그렇지 않더라도 알라논(Al-Anon)이나 알라틴(Alateen)과 같은 단주가족 자조모임에 참여하는 것은 도움이 된다.⁴¹⁾

결론

알코올사용장애는 치료가 쉽지 않은 고질적인 질환이다. 쉽게 재발하고, 술에 취한 상태로 외래를 방문하기도 일쑤이다. 치료자도 가족도 환자도 모두 회복될 수 있다는 희망을 붙잡고 있기 버거운 상황도 자주 발생한다. 금단 증상이 심각하거나, 신체 상태가 악화되어 있는 경우에는, 외래에서 치료를 이어가기 힘들다. 그러나 적지 않은 환자가 술을 끊거나 줄이고 안정적으로 생활을 영위해 나간다. 또한, 외래에서도 활용할 수 있는 정신사회적 치료기법과 처방할 수 있는 약물이 존재한다. 외래 치료의 범위와 한계의 전제하에서, 환자의 동기를 이끌어 내고, 인지적 오류를 개선하며 효과적인 대처기술을 훈련시키고, 외부 자원을 적극적으로 활용하며, 가족과 함께 희망을 버리지 않는다면, 알코올사용장애 환자들도 정신건강의학과 전문의의 도움으로 '회복'이라는 새로운 삶을 만들어 나갈 수 있을 것이다.

중심 단어 : 정신건강의학과 외래 · 알코올사용장애 · 알코올 의존 · 정신사회적치료 · 약물치료.

Conflicts of Interest

The author has no financial conflicts of interest.

REFERENCES

- 1) Health Insurance Review & Assessment Service. The most frequent mental disorders by age groups [updated 2018 Dec 13; cited 2019 Jul 21]. Available from: <https://www.hira.or.kr/bbsDummy.do?pgmid=HIRAA020041000100&brdScnBltno=4&brdBltno=9731>.
- 2) National Center for Mental Health, Health Insurance Review & Assessment Service, Korea Institute for Health and Social Affairs. National Mental Health Statistics_pilot study. Seoul: National Center for Mental Health;2018.
- 3) The Ministry of Health and Welfare. The survey of mental disorders in Korea. Sejong: The Ministry of Health and Welfare;2017.
- 4) Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ, Dorfman SF, Goldstein MG, Gritz ER et al. Treating tobacco use and dependence: clinical practice guideline. Rockville, MD: US Dept of Health and Human Services, Public Health Service;2000.
- 5) Anderson P, O'Donnell A, Kaner E. Managing alcohol use disorder in primary health care. *Curr Psychiatry Rep* 2017;19:79.
- 6) Kim HS, Oh DY. Study for characteristics of alcohol dependence patients using DrInC scale. *J Korean Acad Addict Psychiatry* 2000;4:108-122.
- 7) Korea Health Promotion Institute. Health promotion statistics year book. Seoul: Korea Health Promotion Institute;2017.
- 8) Babor TF, Higgins-Biddle JC, Saunders JB, Monteiro MG. The alcohol use disorders identification test: guidelines for use in primary care. Geneva: World Health Organization;2001.
- 9) Willenbring ML, Massey SH, Gardner MB. Helping patients who drink too much: an evidence-based guide for primary care clinicians. *Am Fam Physician* 2009;80:44-50.
- 10) Ministry of Health and Welfare. Guideline development of prevention and brief intervention for 4 major addiction problems. Seoul: The Catholic University of Korea Industry-Academic Cooperation Foundation;2013.
- 11) Bradley KA, DeBenedetti AF, Volk RJ, Williams EC, Frank D, Kivlahan DR. AUDIT-C as a brief screen for alcohol misuse in primary care. *Alcohol Clin Exp Res* 2007;31:1208-1217.
- 12) Sobell LC, Sobell MB. Timeline follow-back. In: Litten RZ, Allen JP, editors. Measuring alcohol consumption. Totowa, NJ: Humana Press; 1992. p.41-72.
- 13) Kim JS, Park BK, Kim GJ, Oh MK, Lee CS, Yu NJ, et al. Assessing the insight status using HAIS (Hanil Alcohol Insight Scale), a new devised scale for qualitative and quantitative evaluation of insight in alcohol dependents. *J Korean Acad Addict Psychiatry* 1998;2:126-133.
- 14) Marshall EJ, Humphreys K, Ball DM. Physical complications of excessive drinking. In: Marshall EJ, Humphreys K, Ball DM, editors. The treatment of drinking problems: a guide to the helping professions. 5th ed. Cambridge: Cambridge University Press;2010. p.50-72.
- 15) Korean Academy of Addiction Psychiatry. Alcohol use disorder. In: Addiction treatment guidelines series. Seoul: Korean Academy of Addiction Psychiatry;2011.
- 16) Emmelkamp PMG, Ellen V. Evidence-based treatment for alcohol and drug abuse. New York, NY: Routledge;2006.
- 17) Bujarski S, O'Malley SS, Lunney K, Ray LA. The effects of drinking goal on treatment outcome for alcoholism. *J Consult Clin Psychol* 2013;81:13-22.
- 18) Namgung K. You can treat the patients with alcohol dependence. Seoul: Chungnyun Euisa;2001.
- 19) Mattson M, Allen J, Miller W, Hester R, Connors G, Rychtarik R, et al. Project MATCH: rationale and methods for a multisite clinical trial matching patients to alcoholism treatment. *Alcohol Clin Exp Res* 1993;17:1130-1145.
- 20) Miller WR, Rollnick S. Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior. New York, NY: Guilford Press;1991.
- 21) DiClemente CC, Hughes SO. Stages of change profiles in outpatient alcoholism treatment. *J Subst Abuse* 1990;2:217-235.
- 22) Oh SH, Han CW, Seo JS, Joe KH, Lee HK, Yoon HG, et al. Korean addiction treatment, guidelines (III): psychosocial treatment of alcohol use disorder. *J Korean Neuropsychiatr Assoc* 2014;53:221-227.
- 23) National Institute for Health and Clinical Excellence. Alcohol use disorders: the NICE Guideline on the diagnosis, assessment and management of harmful drinking and alcohol dependence (national clinical practice guideline). London: The Royal College of Psychiatrists Publications;2011.
- 24) National Alcohol Strategy. The treatment of alcohol problems: a review of the evidence. Canberra: Department of Health and Ageing & National Alcohol Strategy;2003.
- 25) American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with substance use disorders: alcohol, cocaine, opioids. American Psychiatric Association. *Am J Psychiatry* 1995;152:1-59.
- 26) Beck AT, Wright FD, Newman CF, Lies BS. Cognitive therapy of substance abuse. New York, NY: Guilford Press;1993.
- 27) Anton RF, O'Malley SS, Ciraulo DA, Cisler RA, Couper D, Donovan DM, et al. Combined pharmacotherapies and behavioral interventions for alcohol dependence: the COMBINE study: a randomized controlled trial. *JAMA* 2006;295:2003-2017.
- 28) Nowinski J, Baker S, Carroll KM. Twelve step facilitation therapy manual: a clinical research guide for therapists treating individuals with alcohol abuse and dependence. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services;1992.
- 29) American Psychiatric Association. The American Psychiatric Association practice guideline for the pharmacological treatment of patients with alcohol use disorder. Washington, DC: American Psychiatric Association Publishing;2018.
- 30) Drummond C. Alcohol-use disorder [updated 2018 Jun; cited 2019 Jul 3]. Available from: <https://bestpractice.bmj.com/topics/en-us/198>.
- 31) Jonas DE, Amick HR, Feltner C, Bobashev G, Thomas K, Wines R, et al. Pharmacotherapy for adults with alcohol use disorders in outpatient settings: a systematic review and meta-analysis. *JAMA* 2014;311:1889-1900.
- 32) Maisel NC, Blodgett JC, Wilbourne PL, Humphreys K, Finney JW. Meta-analysis of naltrexone and acamprosate for treating alcohol use disorders: when are these medications most helpful? *Addiction* 2013;108:275-293.
- 33) Rösner S, Leucht S, Leht P, Soyka M. Acamprosate supports abstinence, naltrexone prevents excessive drinking: evidence from a meta-analysis with unreported outcomes. *J Psychopharmacol* 2008;22:11-23.
- 34) Ragia G, Manolopoulos VG. Pharmacogenomics of alcohol addiction: personalizing pharmacologic treatment of alcohol dependence. *Hospital Pharmacology* 2014;1: 147-167.
- 35) Jeong JY, Yoon HJ, Kim SR, Lee KS. Comparisons of naltrexone and acamprosate's medication compliance for 12 months in patients with alcohol dependence. *J Korean Acad Addict Psychiatry* 2011;15:58-64.
- 36) Thase ME, Salloum IM, Cornelius JD. Comorbid alcoholism and depression: treatment issues. *J Clin Psychiatry* 2001;62 Suppl 20:32-41.
- 37) Kang CJ, Kim SG, Namkoong K, Cho DH, Lee BO, Choi IG, et al. Non-relapse rate in a 24 week follow-up clinical study with Korean male alcohol-dependent patients. *J Korean Neuropsychiatr Assoc* 2006;45:42-48.
- 38) Miller M, Gorski TT, Miller DK. Learning to live again: a guide for recovery from chemical dependency (updated and revised). Independence, MO: Herald Pub House;1992.
- 39) Douaihy A, Daley DC, Marlatt GA, Donovan DM. Relapse prevention: clinical models and intervention strategies. In: Ries RK, Fiellin DA, Miller SC, Saitz R, editors. The ASAM principles of addiction medicine. China: Wolters Kluwer Health; 2014. p.991-1007.
- 40) Yoon MS. Addiction and family. In: Joe KH, Kwon DH, Kim DJ, Kim JM, Kim HO, Roh SW, et al. Comprehensive textbook of addiction. Seoul: Hakji Press;2011. p.259-305.
- 41) Dasarang Addiction Research Institute. Recovery class for the alcoholics and their family. Seoul: Hana Medical Book;2007. p.61-76.