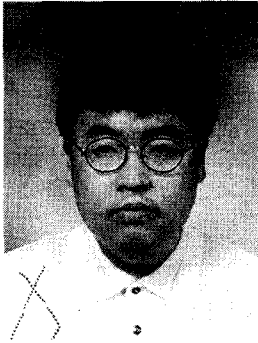


◇ 세미나 중계 ② ◇

본란은 1997년 10월 14일 본회가 주최한 "건전음주문화정착 및 알코올문제 예방·치료 세미나"에서 발표된 내용중 주요 부분을 발췌, 소개합니다.

- 편집자주 -

우리나라 알코올 중독환자 치료현황과 과제



기 선 완

〈오산신경정신병원 진료과장〉

1. 알코올 중독

심각한 보건문제이면서도 많은 사람들은 알코올중독에 대해 정확히 잘 모릅니다. 그저 열차 대합실에 쭈그리고 앉아 초췌한 모습으로 술병을 끼고 있는 부랑자를 머리 속에 그릴지 모르겠습니다.

그러나 알코올중독은 훨씬 우리 생활 가까이 있습니다. 알코올중독이란 무엇인지? 사교적인 음주와는 어떻게 다른지? 어떤 사람이 언제 도움을 받아야 하는지?

알코올중독으로 고통받는 환자와 가족들을 위한 정확한 정보가 아쉽습니다.

2. 흔하고 심각한 문제 : 알코올중독

대부분의 사람들에게 술은 단지 사회생활에 즐거움을 더해 주는 기호품일 수 있습니다.

대부분의 성인남자의 경우 하루 적정량의 알코올 섭취는 큰 문제가 되지 않습니다. 물론 여자나 노인은 성인남자에게 허용된 알코올 양의 1/2이내여야 합니다. 그럼에도 불구하고 많은 수의 다른 사람들은 술과 관련된 심각한 문제가 있습니다. 즉 알코올을 남용하거나 중독자가 되는 것입니다.

알코올 사용 장애는 전세계적으로 중요한

■ 目 次 ■

1. 알코올 중독
2. 흔하고 심각한 문제 : 알코올 중독
3. 알코올중독이란 무엇인가?
4. 치료를 위한 어려운 결정
5. 알코올중독의 치료
6. 국내 정신과 치료의 현황
7. 알코올 중독치료의 변천
8. 제 안

보건문제입니다. 과거에 우리나라는 알코올에 대한 문제가 별로 없는 것으로 알려져 왔으나 국민들의 술 소비량이나 음주 형태, 술과 관련된 사회적 문제 등을 고려할 때 심각할 것으로 추측되었으며 역학조사 결과 그 사실이 입증되었습니다.

우리나라 사람의 알코올중독에 대한 평생유병률은 약 10%정도나 됩니다. 즉 10명 중 한명은 평생동안 알코올중독자가 될 가능성이 있다는 말입니다.

우리나라에는 잘못된 오해와 편견이 많았습니다. 즉 우리나라 사람들은 술을 혼자 마시지 않고 여럿이 함께 마시며 안주도 많이 섭취하기 때문에 알코올중독이 덜 생긴다는 것입니다. 그러나 중독이 진행되면 술을 혼자 마시고 식사도 잘 하지 못합니다.

세상도 현대화 산업화되면서 많이 바뀌었습니다.

이젠 아파트 계단에 엎드려 잠들고 있거나 취한 채로 집에 들어와 가족들에게 피해를 주는 환자를 가족이나 사회가 더 이상 받아주지 않습니다. 알코올중독의 결과는 비참합니다. 알코올중독은 진행되는 병이며 치료가 되지 않으면 치명적입니다. 즉 자신의 건강과 인격 그리고 가족을 모두 심각하게 망칩니다.

과도한 음주는 심각한 내과적인 질환을 일으킵니다. 특히 간이 손상되어 간경화에 이르기기도 합니다. 각종 암의 발생이 음주와 관계가 많고 음주로 인한 부주의는 사고를 일으켜 자신과 타인에게 심한 외상을 입히기도 합니다. 중추신경계의 손상으로 기억력 감퇴는 물론이고 치매 증세를 보이는 환자들도 있습니다.

임신부가 알코올중독인 경우 안면기형아의 출산이 보고되고 있습니다.

그밖에도 알코올중독에서는 자살 및 타살의

<표 1> DIS-III를 이용한 주요 정신질환의 평생유병률

진단명	이정균 등		이호영 등	ECA 연구
	서울	농촌	강화도	미국
전체 정신질환	31.8	33.0	37.2	32
정신분열증	0.34	0.65	0.12	1.5
정동장애	5.52	5.11	3.07	7.8
주요우울증	3.31	3.47	1.28	6.4
조울증	0.40	0.44	0.00	0.8
정동부전장애	2.42	1.89	1.79	3.3
불안/신체화장애	8.17	8.51	7.38	16.7
공포장애	5.89	5.97	0.52	14.3
공황장애	1.11	2.60	0.48	1.6
범불안장애	3.56	2.89	5.95	8.5
강박장애	2.29	1.90	0.37	2.6
신체화장애	0.03	0.18	0.06	0.1
알코올남용/의존	21.71	22.39	26.77	13.8
인지장애 중증	0.16	1.85	1.09	0.9

위험도가 상승하는 것으로 알려져 있습니다. 가정불화, 청소년 문제, 범죄, 이혼, 실직 등의 사회적 문제는 모두 알코올과 밀접한 연관이 있습니다. 그러므로 알코올중독은 막대한 국가경제적인 손실을 초래하는 것입니다.

〈표2〉 강화도와 연변의 알코올사용장애의 평생유병률(이호영 등)

	강 화	연 변
알코올 남용	16.48	6.59
알코올 의존	10.23	11.51

3. 알코올중독이란 무엇인가?

알코올중독은 당뇨나 고혈압과 같은 하나의 병이며 정신과적 치료를 필요로 하는 질환입니다. 알코올중독은 마시는 술의 종류와는 관계가 없으며 술을 마신 시간이나 마시는 양으로 진단하는 정신장애가 아닙니다.

진단에 가장 중요한 초점은 술에 대한 자기 조절 능력이 있느냐? 술에 대해 무기력하지는 않느냐?는 것이고 또한 심리사회적 기능(가족 관계, 대인관계, 직업수행능력 등등)이 얼마나 유지되고 있느냐?도 매우 중요합니다.

1) 알코올중독을 이해하기 위한 특징적인 용어들

- 갈망 : 술을 마시고 싶은 강한 충동적 바램
- 자기조절능력 상실 : 한 번 마시기 시작하면 술 마시기를 멈출 수가 없다.
- 내성 : 취하거나 만족할 만큼의 술기운이 오르는데 점점 더 많은 양의 술을 필요로 하거나, 전에 마시던 같은 양의 술

로 전과 같은 술기운을 느낄 수가 없게 되는 상태를 내성이라 한다.

- 금단 : 술 마시기가 중단되고 몸의 술기운이 떨어질 때 생기는 증상으로 주로 자율신경계 흥분증상(속이 메스껍고 식은 땀이 나며 손이 떨리고 맥박이 빨라지는 등)이다. 다시 술을 마시면 대개 이런 불쾌한 증상들이 사라진다. 심한 경우 정신병적 증상이나 의식혼탁, 간질발작을 보이기도 한다.

2) <미국 정신의학회가 정한 알코올중독의 정신의학적 진단 기준>

(다음의 사항을 1년간 3개이상 만족하면 알코올중독(의존)이라 진단)

1. 내성
2. 금단
3. 원래 마시려던 양보다 술을 많이 마시게 되거나 원래 의도보다 장기간 마시는 경우
4. 지속적으로 술을 끊거나 조절하려는 노력과 바램이 있다.
5. 술을 사거나 마시는데 혹은 술에서 깨는데 많은 시간을 허비한다.
6. 술로 인한 사회적, 직업적 활동의 장애가 있다.
7. 술로 인해 생기거나 악화되는 지속적이고 반복적인 신체적, 심리적 문제가 있음에도 술을 계속 마신다.

다음은 간단한 자가진단법으로 다음중 2개 이상이 들어 맞으면 문제음주자일 가능성 높습니다.

1. 술을 끊어야겠다고 생각한 적이 있다.
2. 다른 사람이 내가 술마시는 것에 대하여 잔소리를 하거나 간섭하면 예민해지고 피하게 된다.
3. 내가 술마시는 것에 대해 죄책감을 느낄 때가 있다.
4. 해장술을 마신 적이 있다.

알코올 남용이란 중독(정신의학적 용어로는 의존)보다는 경미한 상태로 심한 갈망, 금단증상, 술에 대한 자기조절능력의 상실 등의 의존적 증상은 없으나 술로 인한 신체적, 심리사회적 문제가 생김에도 불구하고 계속 술을 마시는 경우를 말합니다.

많은 사람들은 어떤 이들은 술을 조절해서 마시는데 왜 중독자들은 그렇게 하지 못할까? 하는 의문을 갖습니다. 최근의 연구 결과에 의하면 알코올중독에 걸릴 수 있는 유전적인 소양이 있는 사람이 중독에 더 잘 걸리는 것으로 알려져 있습니다. 그러나 환경적인 요소 또한 매우 중요합니다. 따라서 이런 유전적 소양을 가진 사람이 술에 많이 노출되면 뇌의 기능적인 변화가 초래되고 특수한 신경회로가 강화되어 술을 갈망하고 조절능력이 상실되는 중독으로 이행되는 것입니다.

4. 치료를 위한 어려운 결정

알코올중독에 대한 오해와 편견이 제때에 치료를 받지 못하게 합니다. 이 질환은 의지력이 약해서 되는 것도 아니고 불치의 병도 아닙니다. 환자를 차마 정신병원에 넣지 못해서 부끄럽고 창피해서 치료시기를 놓치면 환자는 그만큼 손해를 봅니다. 환자에게는 냉정한 사랑이 필요합니다.

대개 알코올중독 상태가 되면 환자가 스스로 알아서 술을 끊는 것은 거의 불가능합니다.

중독자는 치료적인 도움을 받아야 합니다. 술과 관련된 폭력이나 가족내의 갈등이 심해지면 더 이상 관계가 악화되지 않게 하고 가족들의 휴식을 위해서라도 입원치료가 필요한 경우가 많습니다. 가능하면 알코올중독을 전문으로 치료하는 정신과의사와 상의해야 합니다.

5. 알콜중독의 치료

일단 술과 격리하고 해독을 하는 것이 중요합니다. 술을 끊으면 심각한 금단증상이 생길 수 있기 때문에 대개 알코올의 해독은 입원치료 상황에서 하는 것이 안전합니다. 환자가 술에 의해 내과적인 손상이 있을 수도 있으므로 환자의 신체 상태에 대한 철저한 검사와 진단이 필요합니다. 중독자는 대부분 영양결핍이 동반되므로 적절한 영양공급을 해주어야 하고 금단증상을 줄이기 위한 정신과적 약물의 투여도 병행됩니다. 대개 2-3주 정도면 알코올의 해독치료는 마무리가 됩니다.

해독과 병행해서 술을 끊기 위한 다양한 치료프로그램이 제공되어야 합니다. 먼저 환자를 정신과적으로 면밀히 평가한 후 치료계획을 수립하고 개인면담, 교육, 집단치료, 인지행동치료, 환경치료, 심리극 등의 심리재활치료를 통해 환자 스스로 자신과 알코올중독에 대해 잘 알고 미래에 대한 계획을 세우도록 합니다. 이런 치료는 입원 상황에서 끝나는 것이 아니라 퇴원 후에도 재발방지를 위해 지속적으로 이루어져야 합니다.

환자의 치료에 가족과 주변 사람들의 이해와 치료를 위한 참여가 절대적으로 필요합니다. 가족들도 환자로부터 고통받고 길들여져서 적절한 치료적 도움을 받아야 하는 경우가 많습니다. 가족교육이나 가족치료에 적극적으로 참여할수록 가족과 환자 모두가 도움을 받습니다.

지역사회나 국가도 알코올중독 환자들에 대한 사회적 지지와 도움을 제공해야하나 우리나라는 선진국에 비해 아직은 미흡한 실정입니다.

알코올중독의 치료 원칙은 환자가 술에 대해 무기력하기 때문에 완전히 단주해야 하며 술과 자신의 생활이 관련되지 않도록 환자 스스로 철저하게 술을 피하고 자신을 관리할 수 있는 능력과 기술을 갖추도록 도와주는 것입니다.

6. 국내 정신과 치료의 현황

1) 대학병원 정신과

최근 들어 대학병원도 경영 난에 시달리고 있습니다. 대개의 정신과는 1000병상 정도의 대학병원 내에서 30-50병상 정도의 폐쇄병동과 5-30병상정도의 개방병동을 운영하고 외래 진료하는 것이 고작인데 내과나 외과 계열과 같이 검사가 많고 수술과 같은 처치가 많은 과에 비하면 정신과 병원 내에서 벌어들이는 수입 정도는 보잘 것이 없고, 그러므로 대부분의 대학병원 내에서 정신과는 그야말로 교육과 연구를 위해서가 아니라면 투자할 이유가 거의 없는 찬밥 신세를 면하지 못하고 있습니다.

더욱이 30병상 정도의 폐쇄병동에서 대부분의 입원 환자는 정신분열증이나 조울증과 같은 주요 정신질환의 환자들이 차지하고 있으며 간혹 알코올 중독 환자가 입원하더라도 이들 1-2명을 위한 프로그램을 만들거나 따로 인력을 투입하기에는 어려운 여건입니다. 알코올 중독 환자는 해독이 되고 나면 거의 정상적인 행동을 보이거나 주요 정신질환 환자는 그렇지 못하기 때문에 알코올 중독 환자들은 자신은 정신과 환자가 아니라고 생각하고 역을 하게 끌려 왔다고 생각하기가 쉽습니다.

또한 알코올 중독 환자들은 다른 사람들의 심리적인 특성을 빨리 파악하고 이용하려 들기 때문에 정신과에서 일하는 치료진들과 마찰과 갈등이 많고 그래서 대개의 정신과에서 일하는 치료자들은 "알코올 환자는 다루기 힘들고 귀찮은 존재다."라는 선입관을 가지고 있습니다. 치료자들 또한 주로 다루기 쉬운 주요 정신질환자들을 대해 왔으므로 상대적으로 불평과 불만이 많은 알코올 중독 환자를 치료하는데 어려운 점을 많이 보입니다. 무엇보다도

치료자의 성품과 철학이 알코올 중독 치료에 있어 가장 중요하며 치료자 어느 한 개인의 단독으로 치료를 하기보다는 포괄적인 접근이 용이한 치료팀으로 접근하는 것이 환자 치료에 필수적입니다.

그러므로 알코올 중독 환자는 따로 이런 환자들만을 입원 시키는 단독 병동에서 알코올 중독에 대한 프로그램을 가지고 적극적인 치료를 해야 한다는 것이 세계적으로 일관된 방침이나 대학병원의 여건상 알코올 중독 병동을 따로 운영하는 것은 거의 불가능합니다.

대학은 연구 기능도 갖고 있습니다. 현재 정신과학 연구의 주류는 생물학적인 연구입니다.

그래서 일부의 정신과 의사중 생물학적 연구를 주로 하는 정신과 의사가 알코올 중독 환자에 관한 분자생물학적 또는 유전학적 연구를 발표한 경우는 꽤 있습니다. 그러나 우리나라의 경우 알코올 중독에 대한 생물학적인 체계적 연구만을 자신의 주된 분야로 하는 연구자는 거의 없고 다른 영역에 대한 연구가 주이면서 부수적으로 알코올에 대한 연구를 하고 있는 실정입니다. 선진국의 막대한 연구비와 Knowhow에 비하면 국내의 생물학적 연구의 수준은 걸음마 단계라고 하겠습니다. 알코올 중독 환자의 임상치료에 대한 연구는 더욱 미비한 상태입니다.

2) 종합병원 정신과

대개의 종합병원 정신과는 수련병원인 경우 반드시 정신과를 두어야 하므로 구색 맞추기의 일환으로 정신과를 개설하고 있으며 병실 운영은 안하고 외래만 보는 경우도 많습니다.(대도시의 경우가 주로 이런 양상)

그러나 지방의 경우 정신과가 환자수도 많고 병원 수입에 대단한 기여를 하게 되는 경우도 있는데 그래도 대개 격리 수용에다 단순한 수준의 교육을 제공하는 경우가 대부분임

니다. 이런 병원의 경영진은 대개 이윤 추구가 목적입니다. 그러므로 대개 환자 치료 프로그램은 병원의 홍보용 이상이 아닙니다.

물론 정신과 의사가 개인적인 의지로 치료 프로그램을 개발하는 경우도 있습니다. 이런 경우 대개 병원 경영진과 대립하게 됩니다. 또 국내 어디서도 알코올 중독 환자의 임상적 치료에 대한 정보를 얻고 적절한 훈련을 받기 어려운 기관이 없어 대개 좌절하고 마는 경우가 허다합니다.

3) 정신병원

외국의 경우 정신병원은 대형병원에서 1950년대부터 서서히 탈수용화의 추세로 이행되기 시작하여 현재는 단기입원과 지역사회에서의 질병관리로 바뀌었습니다. 그러나 국내의 경우 아직도 대형정신병원들이 상존하며 격리 수용 위주의 치료 형태가 주종을 이룹니다. 비록 1995년말 논란 끝에 정신보건법이 통과 시행 중이나 정부의 강력한 법 집행의 실행 의지는 여전히 의문입니다. 특히 우리나라의 경우 이런 대형정신병원들이 공적인(public)형태가 아니고 민간 사립병원의 형태를 띠고 있어서 선진화된 국가 정책을 세우고 실행하는데 더욱 어려움이 많습니다.

정신병원에서도 알코올 중독 환자들은 불만이 많고 성가신 존재로 인식되고 있어서 진료를 꺼리는 경우가 많습니다. 대개는 집단 행동을 막는다는 이유로 여러 병동으로 분산 수용되어 있고 치료보다는 수용 위주입니다.

정신병원의 소유주중 숫적으로 1/4, 병상수로 따지면 1/10정도만이 정신과 의사이고 나머지는 의료를 이윤의 추구로 생각하는 사업가들입니다. 이 중 상당수는 요양원에서 발전하여 정신병원을 설립한 곳도 있습니다. 전체적으로 환자에 대한 인권적인 처우가 미흡합니다.

이런 이유는 이런 정신병원에서 치료받은 환자는 대개 영세민 환자(의료 보호)가 대부분인데 현행 의료수가가 너무 낮게 책정되어 있는 것도 중요한 이유 중의 하나가 됩니다(한달 의료보호 수가는 환자당 약 70만원이 안됨).

소속된 정신과 의사나 병원 소유주가 알코올 치료에 대한 정열과 개념이 있어서 알코올 치료 병동을 만들고 치료에 전념하는 극소수의 정신병원이 있습니다.

4) 정신과 개원의

한국의 정신과 개원의원은 대개 영세성을 면치 못하고 있습니다. 주요 정신질환자를 대상으로 심리사회적 서비스를 제공하는 낮병원을 운영하는 의원들은 몇군데 있으나 알코올 중독 환자만을 전문적으로 진료하는 의원은 찾기가 힘듭니다. 그만큼 알코올 중독 환자는 정신과 의사들에게 조차 귀찮고 힘든 존재로 남아 있습니다.

5) AA (익명의 알코올 중독자들, 단주친목회)

환자들의 자조 모임입니다. 외국의 AA는 의사들과 같은 전문가 집단에서 대항하는 적개심이 있고 알코올 중독환자는 우리들만이고 칠 수 있다는 상당히 배타적인 독립심이 있다고 하는데 우리나라의 경우는 이런 현상이 그렇게 두드러지지는 않습니다. 그 이유로는 첫째 아직 주도권 싸움을 할 만한 알코올 중독 치료 프로그램이 많이 없고, AA도 아직은 덜 조직화된 상태이며, 둘째 현재 국내의 몇 안되는 전문가들이 AA를 적극적으로 병원으로 끌어 들였고, 셋째 알코올 중독 치료의 국제적인 추세가 의료가 기반이 되는 포괄적인 치료시스템으로 가고 있기 때문입니다. 몇 명의 AA사람들은 그래도 독선적이고 배타적이며 공인된 치료 방침보다 자신의 개인적 경험

을 더 중요시하기도 합니다. 그러나 아직은 대다수의 회복된 AA회원들이 알코올 중독 치료 전문가들에게 호의적이고 이타주의적이며 치료에 성실한 태도를 보입니다. 현재 우리나라에서도 확산 추세입니다. 외국의 AA조직과도 연계되어 있습니다. 허나 AA는 다른 정치적, 종교적 색채와 관련된 이해 관계에서는 철저히 중립적인 태도를 취하려는 입장을 견지합니다.

6) ALANON(알코올 중독 환자를 둔 가족모임)

알코올 중독 환자의 가족 모임입니다. 치료적으로 상당히 진전된 모임도 많지만 환자를 돌보면서 힘들었던 자신의 과거지사를 한풀이 차원으로 쏟아내는 경우도 많다고 합니다.

환자의 가족들이 알코올 중독 환자에게 끌려 다니지 않고 진정으로 도움을 주도록 하는 자조모임입니다.

7) 기도원, 요양원

대개가 수용 위주의 인권이 무시된 관리를 하는 곳이 많습니다. 인가된 정신요양 시설은 정신보건법상에 의하면 7년 이내에 치료시설로 전환해야 합니다. 실제로 잦은 재발로 환자를 포기했거나 적절한 치료에 관한 정보가 없는 가족들이 이런 곳에 환자를 수용하는 경우가 많습니다. 기도원 중에는 종교인이 알코올 중독 환자의 치료를 종교적인 도그마의 원칙으로 몰아 가면서 빛나간 접근을 하는 경우도 있습니다.

8) 사회복지시설

사회사업사, 간호사나 보건직 공무원중 일부가 보건소나 사회복지관 같은 곳에서 AA와 연계한 형태 혹은 독자적인 형태로 알코올 중독 환자에 대한 지역사회 예방 관리 사업을 하는 곳이 극소수지만 있다고 한다.

7. 알코올 중독 치료의 변천

- 1단계 : 격리 수용 및 금단증상의 치료, 해독
- 2단계 : 단순한 수준의 교육
- 3단계 : 치료적 환경(알코올 치료 단독 병동)과 다양한 심리사회적 재활 프로그램의 제공
- 4단계 : 가족의 치료적 개입 유도, 사회의 지지(social support)

우리나라 알코올 중독 환자의 치료는 대개가 1,2단계 수준이고 몇 개의 시설에서만 3단계 수준의 진료를 하고 있습니다. 4단계는 사회적인 인식이 개선되고 관심이 생기지 않는 한 시행되기 어렵습니다.

8. 제 안

- 1) 국내 알코올 남용/의존 환자에 대한 역학 조사와 기존의 알코올 사용 장애 환자들의 치료 실태를 조사를 통하여 우리나라 알코올 문제에 대한 계획 수립을 위한 기초자료의 확보가 가장 시급합니다.
- 2) 환자와 보호자의 가장 큰 욕구는 신뢰하고 치료받을 수 있는 치료기관에서 적절한 치료를 받고 회복되기를 바라는 것입니다. 그러므로 국내 환자들의 열악한 치료 환경을 고려할 때, 적합한 임상 치료 방법을 개발하여 제공하고 연구할 수 있는 비영리적 전문 치료기관을 설립하여 시범사업을 수행하고 확산시키는 것이 환자와 보호자들의 현실적인 욕구에 대한 하나의 대안입니다. 이런 시범 사업을 수행하는 알코올 전문 치료 기관은 물론 앞으로 국내 알코올 중독 치료를 위한 전문가들(의사, 간호사, 사회사업사, 임상심리사등)의 양성과 지역사회 내의 다양한 치료적 자원과의 연계

그리고 치료 사업의 전국적인 확산을 염두에 두어야 할 것입니다.

- 3) 알코올 사용 장애에 대한 정확한 정보를 일반 국민에게 제공하여 환자의 발생을 미연에 예방하는 교육, 홍보 문화 운동도 체계적으로 수행하는 것이 필요하며 특히 자라나는 청소년들에게는 매우 절실합니다.

- 4) 장기적으로 알코올 예방, 치료, 재활 사업에 대한 마스터 플랜과 생물학적 연구에 대한 지원 계획도 필요하리라고 봅니다.

趨炎附勢之禍，甚慘亦甚速。棲焰守逸之味，最淡亦最長。

권력에 달라붙고 세력에 달라붙는 재앙은 몹시 참혹하고 몹시 빠르며, 고요함에 살고 편안함을 지키는 맛은 가장 맑고 가장 오래간다.

- 菜根譚 중에서 -