

# 알코올남용자 재활 측면관리

이 미 형  
(인하대학교 간호학과 교수)

## I. 서 론

우리사회에서 술은 음식의 하나로 널리 받아들여지고 있다. 특히 종교적 행사나 조상에 대한 의식, 그리고 사람들간의 사교적 모임 등에서 반드시 등장하는 음식이기도 하다. 그래서 많은 사람들은 음주 행위자체가 도덕적으로나 법률적으로 결코 부도덕하다거나 범죄시되지 않고 있는 경향이다. 이렇게 술이 일상적인 음식으로 인식이 되다보니 점차적으로 사회에 알코올 남용자가 다른 나라보다 많은 실정이다(최현숙, 1997). 1995년 보건복지부 연구자료에 따르면 우리나라 성인(15~69세) 인구의 9.9%가 알코올남용자로 나타나고 있다. 특히 사회 생활이 왕성한 20~40대까지의 남자의 경우 알코올남용자 비율이 20%를 상회하고 있다. 잘못된 음주문화는 단지 개인적 피로로만 그치는 것이 아니라, 가정불화 및 청소년문제의 유발원인이 되기도 하고, 음주운전 등으로 사회적인 문제까지 일으키고 있다. 사회 심리적, 신체적, 가족 기능, 영적인 문제에 심각한 손상을 가져오는 알코올남용자들을 위한 재활의 관리는 우리나라의 경우 정신병원에 절대적으로 치우쳐 있고 지역 사회 내로 복귀할 수 있도록 도와주는 재활프로그램이 거의 없는 실정이다. 그러나 1995년 정신보건법의 통과로 의사, 간호사, 사회사업가, 임상심리사 등의 전문가들이 알코올중독자의 지역사회 중심의 재활에 많은 관심을 보이고 있다. 따라서 알코올남용자의 초기 개입, 치료 및 재활 관리 측면을 살펴보고자 한다.

## II. 본 론

### 1. 정 의

미국정신의학협회에서 내린 정의로 알코올 남용은 계속적인 알코올 사용으로 직장, 학교, 가정에서의 중요한 임무를 수행하지 못하거나 이미 알코올로 인해 신체적인 질환을 앓고 있는 상태에서도 계속 알코올을 마시거나, 음주운전을 하는 경우, 알코올을 마시고 싸워 법적으로 처분을 받는 다거나 알코올로 인해 사회적 문제나 대인 문제가 지속적으로 또는 반복적으로 야기되거나 악화됨에도 불구하고 계속 알코올을 마시는 경우이며, 알코올중독으로 불리는 알코올 의존은 알코올에 내성이 생기거나, 금단증상, 일단 알코올을 마시면 마시려는 양보다 더 많이 마시거나 끝까지 알코올을 계속 마시고 싶은 경우, 처음에는 알코올을 조금 마시려해도 일단 알코올을 마시면 조절이 안되는 경우, 알코올을 구하려고 수단 방법을 가리지 않는 경우, 알코올을 계속 마시고 싶어 다른 중요한 사회적, 직업적 활동 및 여가활동을 포기하거나 줄이는 경우, 알코올 사용으로 인해 지속적으로 신체적, 정신적 문제가 생긴다는 것을 알면서도 계속 물질을 사용하는 경우 중 3가지 이상의 행동을 보일 때 알코올 의존이라 한다. 그러나 우리가 사교적으로 알코올을 마시는 단계, 알코올 남용단계, 알코올 중독의 단계는 별개의 것이 아니라 한 연속선상에 있다는 사실을 기억해야 할 것이다.

## 2. 알코올 남용 재할 모델

알코올중독에 대한 많은 설명적, 발병학적, 임상적 모델들이 여러 전문가들에 의해 제안되어 왔는데 문제에 대한 중재(intervention)는 사람들이 다루어야 할 문제를 어떻게 생각하느냐에 따라 발전되기 때문에 이에 이해를 돕고자 대표적인 6가지의 모델을 설명하고자 한다.

### (1) 도덕 - 의지적인 모델(Moral-Volitional Model)

음주에 대한 가장 오래된 모델로서, 개인의 의지가 명백히 부족하거나 적절한 충동조절 능력이 없는 경우에 선택에 초점을 둔다. 이 관점은 최근까지도 지배적인 사고였던 기독교적 도덕성에 기반한 것이다. 이에 따르면 중독자는 “유혹”에 저항할 “도덕적인 힘”이 약한 사람이며, 알코올의 최악적인 영혼에 굴복한 사람이다. 과거 많은 기독교 도덕주의자들은 음주를 “최악적인 행동”으로 보았는데, 이들에 따르면 음주는 개인의 선택의 문제이므로 도덕적인 판단이 부과되어야 한다는 것이다. 이러한 관점에서 알코올중독자에 대한 처벌이나 지위, 자유의 상실 등과 같은 사회적인 제재는 이들에 대한 적절한 반응이다. 이들의 입장은 금주운동으로까지 이어진다. 알코올중독이 개인의 선택이라는 관점은 아직까지도 많이 존재하고 있다. 그 예로 민사/형사 재판소에서는 음주의 영향하에서 저지른 행동들에 대해 피고를 변호해 주지 않는다. 음주운전자가 알코올중독자로 진단되는 아니든지 간에 사회적 규칙과 규범의 자의적인 위반으로 보는 경향(우리나라를 포함하여)에도 잘 나타나고 있다. 강조점이 “영적”인 것일 경우 논리적인 변화 매개인은 성직자나 종교적인 공동체가 될 것이고, 초점이 사회적인 규범의 자의적인 위반일 경우 처벌은 적절한 기관이 되고 변화매개인은 법률기관이나 법조인이 될 것이다.

### (2) 성격 모델(Personality Models)

두 번째 모델은 금세기 초반 정신분석학의 등장과 함께 나타난다. 여기서는 알코올중독의 근본적인 원인을 성격의 비정상성에 둔다. 정신분석 학자들이나 심리학자들은 알코올중독 발달에 대한 다

양한 가설을 제안하였는데, 알코올중독은 성격장애나 정상적 발달이 혼란된 경우 그 한 증상으로 가정한다. 비록 다양한 입장들이 있지만 알코올중독에 대한 이 입장의 그들은 일반적으로 알코올중독자를 미성숙하고, 발달의 초기단계에 고착된 사람으로 본다. 예를 들어 Blum(1966)은 구강고착(oral fixation), 의존에 대한 갈등과 나르시즘과 수동성 그리고 의존성 등을 중요한 심리적인 갈등으로 본 알코올 중독의 정신분석이론을 면밀하게 검토하였다. 그에 따르면 알코올중독자에서는 성장과정중에 조기부모상실(이혼, 별거, 사망 등)이 많으며, 부친과 형제와의 갈등도 원인으로 작용한다고 한다. 또 다른 견해로는 잠재적인 homosexuality 나 낮은 자존심, 성 역할 갈등 또는 자신이 무력하다고 느끼는 사람들의 힘과 조절능력의 추구 등을 알코올중독의 원인으로 보는 견해도 있다.

그래서 음주 문제의 발달에 선행하거나 지속되거나 악화시키는 일련의 공통성향을 (바람직하지 않고 미성숙한) 알코올중독자들이 공유한다는 생각, 즉 알코올중독자의 특정한 성격에 대한 주목을 불러일으켰다. 이런 가정은 알코올중독으로부터의 회복은 성격의 재구조화를 필요로 한다고 본다. 수많은 알코올중독 연구를 통해 그런 성격특성들에 대한 명확한 파악이 어렵다는 것이 밝혀졌지만 (Miller 등, 1994) 아직까지도 알코올중독자는 일반적으로 비정상적인 성격을 가진다는 믿음이 강하게 존재하고 있다. 현재 이러한 믿음의 보편적인 표현은 (1) 알코올중독자는 특징적으로 부인(denial) 같은 원시적인 자아방어기제를 과도하게 사용한다는 개념 (2) 일반적으로 중독적인 행동 특히 알코올중독은 역기능적인 가족에서 자란 결과라는 “공동의존 (co-dependence)” 같은 성격혼돈 상태가 있다는 것이다. 이 모델에 따르면 심리치료는 기본적인 저변의 갈등들을 풀고, 알코올 중독자를 좀더 성숙한 기능단계로 이끌어 가는 것이어서 매우 효과적이며, 예방적인 중재는 정상적인 심리 발달에 초점을 맞추는 것이다.

### (3) 질병모델(Disease Models)

미국사회내에서 1930년대와 1940년대 제 2차 세계대전 이래로 급속하게 이 모델이 등장하였다.

질병모델의 효시는 19세기초 미국 의사였던 Benjamin Rush에게로 거슬러 올라가지만 현대적인 관점으로 보면 1940년대 Jellinek에 의해 소개되었다. 그 뒤 후배연구자들의 연구결과와 더불어 1956년 미국의학협회(AMA)가 알코올중독을 하나의 질병으로 규정하였고, 그 이후 질병모델은 NCA(The National Council on Alcoholism)이나 세계보건기구(WHO) 등에 의해서 채택되었다. 이 모델의 중심적인 주장은 알코올중독은 정상과는 질적으로 다른(단지 양적으로가 아닌) 독특하고 진행적인 상태라는 것이다. 즉, 알코올중독자들은 당뇨병자들처럼 의학적인 질병으로 고통받는 사람들이다. 이들은 수년 동안 알코올을 끊어도 잠재적인 알코올중독자로 간주되기 때문에 “만성적으로 재발의 위험이 있는” 것으로 본다.

이 모델은 알코올중독자에게 자신의 질병발달에 대한 책임감을 묻지 않기 때문에 처벌 대신 인간적인 치료를 정당화하게 되었다. 또한 의료 전문가들은 궁극적으로 알코올중독은 의학적인 치료가 필요한 하나의 질병이라는 개념을 받아들여지게 되었고, 그후 알코올 자체의 문제보다도 특정한 개인의 비정상성(신체적)에 역점을 둠으로써 알코올 제조업체에 의해서도 적극적인 지지를 받게 되었다.

반면 알코올중독자들은 합리적인 결정을 내릴 능력이 없다고 보기 때문에 이들을 치료받도록 사회적 중재를 주장할 권리를 가진다고 본다. 이 모델에 의한 개입은 상대적으로 직선적이다. 알코올 질병을 가진 개인은 반드시 식별되어야 하고, 자신들의 상태에 대해 알아야 하며, 진단을 수용해야 하고, 평생 동안 알코올을 단주해야 한다는 입장을 취한다. 따라서 예방을 위한 노력은 이런 독특한 조건을 가진 개인을 초기에 식별하는 것이다. 치료 선택은 해독, 질병에 대한 교육, 모든 정신 활동적인 약물의 금지 그리고 영양학적 결핍 같은 관련 신체적 문제를 변화하기 위한 의학적 절차들로 구성되어 있다. 심리 치료보다 A.A에의 의뢰가 사후(follow-up) 지지체계 확립을 위해 유용한 것으로 보았다. 반면에 알코올중독자가 아닌 사람들은 알코올을 정상적으로 조절할 수 있는 것으로 보았기 때문에 치료의 필요가 없다고 본다. 많은 전문가들

이나 심지어는 일반 대중들 사이에도 질병 관점으로 알코올중독을 보려는 움직임을 가지고 있다. 최근에는 좀더 확대되고 덜 배타적이며 알코올중독의 이질성(heterogeneity)을 인정하는 분위기로 나아가고 있다. 이 모델의 가장 중요한 역설은 첫째, 알코올중독을 중독의 근본인 내적이고 신체적인 요인들 때문에 치료의 유일한 길은 알코올을 평생 마시지 않는 것 즉, 완전한 단주유지라고 하는 데 있다. 다시 말하면 음주행동조절이 불가능하다고 주장하면서 평생 단주를 유지하는 동안에만 자기 조절을 유지할 수 있다는 것이 서로 모순된다는 것이다. 또 모든 문제를 “단주 아니면 재발”이라는 이분법적 시각으로 보는 것이 아닌가 하는 비판이 있다.

#### (4) A.A.(Alcoholics Anonymous)

현재 세계적으로 많이 보급되어 있고 쓰이고 있는 12단계 모델의 근간을 이루고 있으며, 이 모델이 분명하게 인지적, 행동적인 구성 요소들을 중요시하더라도, A.A는 근본적으로 영적인(spiritual) 프로그램이다. 이것은 치료가 아니라 삶과 존재의 방법이다. 비록 이것의 유일한 목적이 알코올중독자로 하여금 단주를 하고 유지하도록 돕는 것이지만, 단지 A.A 12단계중 첫단계에서만 알코올중독자로 거명하고 있다. 나머지는 영적인 과정과 관련되어 있다. 즉 위대한 힘(Higher Power)과의 관계나 그에 대한 지식, 자기탐색, 고백, 변화하는 것에 대한 개방성, 기도, 신의 의지를 찾고 메시지를 다른 사람들에게 전달하는 것 등이다. 알코올중독자의 삶의 방식을 꺾 수 있는 유일한 신호이며, 이것은 전체성(wholeness)과 평온함(serenity)에 대한 계속적인 여행이다(Alcoholics Anonymous, 1953; Wilson, 1967). 영적인 경험은 알코올중독자의 회복의 수단이다. 많은 A.A 글들은 사실 영적이지 않은 방법으로 회복이 가능한가에 대해서조차 의문을 표시하고 있다.

A.A 속에서, 알코올 중독의 중심, 즉 알코올 중독 행동의 깊은 근본은 어떤 특성(성격이론의 성격 특성과는 다른)을 가지고 있다. 즉 이기주의(자기중심적), 허세, 적개심, 반항, 부정적 그리고 조절에 대한 강박 같은 특성들이다. 12단계의 실천은

정직, 겸손, 인내 같은 특성의 성장으로 특정 지워지는 영적인 성장을 가져온다. 이 모델의 시작은 많은 경우 질병 모델과 결합하여, 의학적인 치료 뒤에 평생 동안 12단계 프로그램과 자조 집단을 활용한 영적인 성장에 초점을 두는 형식으로 나타나고 있다.

#### (5) 사회 학습 모델(Social Learning Models)

행동학습의 원리를 좀더 확장한 것으로서, 이 모델은 초점을 음주행동 유형을 만들어내는 개인과 환경사이의 상호작용에 초점을 둔다. 또래와 주변 사람들의 영향에 대한 연구는 또래 집단의 압력과 음주 행동의 학습 중요성을 강조하기 위해 중요하게 여긴다. 이 모델에서 볼 때 중독적인 행동은 문제음주, 담배 피우기, 약물 남용, 식사 장애, 충동적인 노름 등과 같은 "나쁜 습관"을 나타내는 것이다. 지속적인 음주로 인한 질병 장애 상태나 부정적인 신체 결과들을 무시하는 것은 아니지만, 알코올 그 자체가 질병이거나 또는 신체적인 갈망 상태나 장애라는 것을 반드시 의미하는 것은 아니라는 것이다. 이 모델은 상황적인 선행 요인들, 믿음이나 기대 그리고 그 개인의 가족력, 이전의 학습 경험 등 중독의 결정인자 연구에 많은 관심을 가지고 있다.

사회 학습 모델은 또한 대처 기술(coping skills)의 중요성을 강조한다. 음주는 자신의 심리적인 상태를 변화시키거나 문제 상황을 처리하기 위한 도구로 쓰였다는 견해를 가지고 있다.

#### (6) 공중보건 모델(Public Health Model)

이 모델에서는 질병을 이해하고 개입하는 데 있어서 3가지 원인 유형들을 고려한다. 첫 번째 중요한 요인은 대리매개체(agent)로서, 이 경우는 알코올이다. 매개체 자체는 특정한 파괴적인 잠재성을 가지고 있다. 두 번째는 주체(host)요인으로서 개인적인 차이점들이 조건에 대한 민감성에 영향을 미친다. 이러한 견해는 개인적인 위험 요인들(예; 가족력)이 그 질병에 대한 민감성을 감소 또는 증가시킨다는 것에 나타난다. 세 번째 중요한 요인은 환경(environment)이다. 알코올중독에 있어서 환경 요인은 무엇이 알코올 사용과 남용을 증가시키느냐에 있다. 공중보건 입장에서는 질병이나 질환의

존재여부는 대리매개체, 주체, 그리고 환경의 상호작용 결과라는 것이다. 앞에서 서술한 모든 모델들이 이러한 세 가지 요인의 중요성을 고려한 점이 특징이다. 여기서 절제하는 수준을 넘어서 사용하는 그 어떤 사람도 위험에 빠뜨릴 수 있는 위험한 약물로서 알코올을 보고, 이러한 알코올 문제의 민감성은 유전적인, 내성(tolerance), 뇌의 민감성 그리고 몸의 기능 등의 요인에 의해 중요한 차이를 가진다고 본다. 끝으로 알코올 생산의 증가와 접근 가능성 같은 영향요인들이 알코올 사용과 관련문제발생률을 결정하는 데 중요한 환경요인들이라는 점을 주장한다. 이 모델의 장점은 서로 양립 불가능한 것으로 보여지는 경쟁적인 다른 모델들을 통합할 기본근거들을 제공해 준다는 데 있다. 이 모델은 알코올중독 문제에 영향을 미친다고 각 모델에서 주장하는 요인들을 받아들여서, 단 하나의 단일한 개입방법론으로부터 벗어나 많은 대안적인 개입방법론을 가능하게 만들었다.(Moore & Stein, 1981)

### 3. 알코올 남용자 재활의 관리

#### 1) 알코올중독자의 회복과정(Model of Recovery)

처음에는 알코올을 중단하는 방법을 배우는 금주(abstinence)의 단계, 두 번째로 알코올 없이 인생을 처리하는 방법을 배우는 단주(sobriety)의 단계, 세 번째로 단주 하는 동안 편안하게 사는 방법을 배우는 편안한 삶(comfortable living)의 단계, 마지막으로 의미 있는 단주 생활유형을 배우는 생산적인 삶(productive living)으로서의 진행이다.

#### 2) 재활의 목표

알코올남용자의 신체적·정신적 건강을 회복하고, 회복을 하고자하는 동기를 강하게 해주며, 알코올 없이 생활할 수 있도록 생활방식을 변화시키며 재발을 예방할 수 있는 프로그램을 운영하여야 할 것이다.

#### 3) 알코올중독자의 재활 시설 세팅

치료의 집중도에 따라 시설의 적절한 선택을 할 수 있다.

- (1) 병원입원치료프로그램(Inpatient)
- (2) 낮병원(Day hospital)
- (3) 외래치료(Outpatient)
- (4) 사회복지시설과 같은 주거시설(Residential treatment/therapeutic community),
- (5) Halfway house
- (6) 상담센터 등의 시설

4) 알코올중독자의 재활을 효과적으로 하기 위한 치료자의 태도

(1) 치료자는 환자의 회복을 위해 team approach (의사, 정신간호사, 상담가, 사회사업가, 협심자, 가족) 중요함을 인식하고 그들을 독립된 대상자(환자)로 볼 것이 아니라 지역사회에 속한 한 인간으로 바라보는 자세가 중요하다.

(2) 치료자는 알코올중독자가 회복하는데 환자가 주체가 되도록 돕는 역할을 한다.

(3) 치료자는 알코올중독자를 한 인간으로 존경할 수 있어야 한다.

(4) 치료자는 알코올중독자를 신뢰할 수 있어야 한다.

(5) 치료자는 알코올중독자의 부정적인 시각을 치료자 자신의 변화와 그러한 부정적 시각을 변화시킬 수 있는 프로그램의 개발 등 긍정적인 자원으로 쓰도록 한다.

(6) 치료자가 알코올중독자를 조절하려면 그들은 오히려 남을 조절하는 법을 배우게 되므로 치료자는 알코올중독자를 조절하지 말아야 한다.

#### 5) 효과적인 프로그램이 되기 위한 관리

(1) 이질적인 환자들의 다양한 취약성, 욕구를 수용할 수 있는 총괄적인 프로그램이 되어야 한다.

(2) 치료기간, 방법, 환경, 목표 등에 있어서 유연성이 있어야 한다.

(3) 환자의 상태에 적합한 치료를 행할 수 있어야 한다.

(4) 환자의 상태의 변화에 따라서 치료환경, 치료방법 등을 변화시킬 수 있어야 한다.

(5) 치료적 환경을 유지할 수 있어야 한다.

(6) 표준화된 평가도구가 있어야 한다.

(7) 입원치료프로그램인 경우 퇴원후의 관리가

이루어져야 한다.

#### 6) 간호중재

##### (1) 초기 간호중재 (Early intervention)

초기 간호중재는 알코올 남용 예방에서부터 알코올로 인해 문제를 일으키는 상태까지의 재발을 예방하는 간호중재를 할 수 있다.

① 음주운전 프로그램 (Driving under the Influence ; DUI) : 1997년부터 우리나라에서 성인 보호관찰제도가 시행되었다. 이 중 음주운전을 한 사람들의 재활을 위한 프로그램이 시행되고 있으며, 이에 포함될 수 있는 교육은 우리나라의 알코올 문화, 알코올이 신체에 미치는 영향, 알코올 중독의 의미, 알코올 중독과 가정문제 등의 주제로의 계속적인 교육과, 문제해결 기술, 자기주장 기술, 의사소통의 기술, 이완 훈련 등의 다양한 사회 적응 프로그램을 진행할 수 있다.

② 종업원 지원 프로그램(Employee Assistant Program ; EAP) : 종업원의 알코올문제로 인해 직장에서 작업 상해, 결근, 사고 갈등을 발생시키는 데서 미국에서는 종업원을 위한 프로그램을 1940년대에 시작했으나, 현재 우리나라에서 아직 시행하고 있지 않다. 그러나 점차적으로 최근 건강증진법, 정신보건법의 시행 및 매스컴의 인식으로 인해 이에 대한 관심이 증대하고 있어 이 프로그램 시행이 절실하다. 이 프로그램에서는 다양한 문제들 즉, 알코올 중독, 가족 갈등, 대인관계 어려움, 스트레스 등이 작업수행이나 생산성에 영향을 주기 때문에, 이 종업원 지원 프로그램은 앞으로 정신간호사가 지역사회내의 산업장에서의 알코올로 인한 문제 예방, 발견, 치료 및 재활을 할 수 있는 중요한 역할을 할 수 있다.

③ 가족상담(Family intervention) : 알코올문제는 개인뿐 아니라 가족의 문제로 나타나고 알코올로 인한 피해는 가족에 의해 빨리 인지되기 때문에 초기에 가족상담은 매우 중요한 역할을 한다. 초기의 가족 상담은 가족 자신의 불안 및 정서적인 문제, 알코올중독에 대한 교육, 알코올중독자가 치료받을 수 있도록 지지할 수 있는 면에 중점을 두어 진행할 수 있다.

##### ④ 홍보 및 교육

캠페인, 포스터, 브로셔, 리플렛, 책자, 광고 등을 통해 홍보 및 대학생, 청소년, 기업, 임신여성, 군인, 지역사회내 집단모임 등 다양한 대상자들에게 교육을 통해 알코올 남용은 초기에 예방할 수 있다.

## (2) 병원 치료과정에서의 간호중재(Nursing intervention during treatment)

### ① 해독치료(detoxication)

환자가 병원에 입원해서 신체적인 치료 및 해독 치료를 하는 과정으로 보통 1~2주 걸린다. 이 기간에 환자의 금단증상이 나타날 수 있으며 또한 신체적인 회복에 중점을 둔다.

### ② 알코올중독에 대한 교육

환자에 대한 해독치료가 끝나면 알코올에 대한 교육의 전반적인 것을 할 수 있다. 이 때 알코올중독, 알코올이 신체에 미치는 영향, 알코올이 가족과 사회에 미치는 영향 등 비디오 시청, 강의, 토론 등의 방법을 통해 다루어 줄 수 있다.

### ③ 집단상담(grouptherapy)

알코올중독자들은 개인치료보다 집단치료로 더 많은 효과를 거둘 수 있는데 이는 비슷한 알코올로 인해 문제를 가진 사람들끼리 모여 비슷한 어려움을 겪고 있는 다른 사람들이 그 문제와 싸워나가는 과정을 듣고, 자신의 문제와 문제해결을 위한 앞으로의 계획을 다른 알코올 남용자와 치료자에게 털어놓고 의견을 교환한다. 이런 과정 속에서 자기 자신이 알코올 문제를 부인(denial), 투사(projection), 과장(maximizing), 최소화(minimizing), 주지화(intellectualization) 시키는 것을 다루어줌으로 동료들의 휘드백이 알코올문제를 가진 본인의 문제를 인지하도록 도움을 줄 수 있다. 또한 이 집단 상담을 통해 알코올은 조절이 불가능함을 깨닫고 회복에 필요한 계획을 세우고 지역사회에서 재화에 도움을 줄 수 있는 정보를 얻을 수 있도록 한다.

### ④ 자조모임(self-help group) 참여 격려 및 지지

알코올중독자 자신들이 자신의 경험을 발표함으로써 스스로의 회복을 돕는 자조모임에 참가하는 경우가 회복을 위한 동기가 증가되고 새로운 생활습관의 정립에 도움이 된다. 특히 자신보다 회복기간이 훨씬 오래된 사람들의 경험을 듣고 그 사람

들의 도움을 받음으로써 회복을 빠르고 쉽게 할 수 있다. 자조모임은 알코올중독자들을 위한 A.A(익명의 알코올중독자 모임), 알코올중독자 가족들을 위한 Alanon(알라논)과 자녀들을 위한 Alateen(알라틴)이 있다. 이 자조모임은 병원에 입원해 있을 경우 참여하도록 하면서 퇴원 후 지역사회내의 자조모임으로 연결되는 것이 퇴원 후 지역사회 적응을 도와주고 또한 협심자의 도움을 받기 쉽다.

### ⑤ 가족 상담

알코올중독은 개인의 문제 뿐 아니라 가족이 같이 앓는 가족병이기도 하다. 이미 알코올중독은 배우자가 공동의존되어 있음이 알려져 있듯이 환자의 회복에 가족의 공동의존의 문제, 그리고 알코올중독에 대한 교육, 퇴원준비에 대한 교육이 함께 이루어져야 한다.

### ⑥ 재발예방교육 및 퇴원준비

퇴원준비 과정에서 병원에서부터 재발예방프로그램이 시작되어야 한다. 이 예방프로그램은 자신이 지역사회로 되돌아가는 상황에서 환자가 단주유지를 방해할 수 있는 상황에 대처할 수 있는 준비를 시켜주는데 중점을 둘 수 있다.

## (3) 지역사회에서의 간호중재

### ① 재발예방교육(relapse prevention)

재발 예방교육은 입원한 상태에서부터 시작하여 퇴원 후 지역사회에서 사회에 적응하면서 계속적으로 이루어진다. 초기에는 술없이 다른사람들과 대화하는 방법, 그 이후에는 술없이 사회 집단에 적응하고 대처하는 방법, 그 이후 자신의 생산적인 삶을 위한 발전으로 갈 수 있도록 초점을 둘 수 있다. 이때 인지행동치료, 사회기술훈련, 대처기술훈련, 명상, 이완, 운동, 오락 요법 등 다양한 기법을 사용할 수 있다. 재발예방교육의 내용은 다음과 같은 내용을 다루어 줄 수 있다.

가. 알코올 중독증 자체 문제에 대해 다루어 준다.

가) 자신의 회복의 단계를 알 수 있도록 한다.

나) 알코올에 대한 충동을 극복할 수 있는 방법

다) 자신의 위험한 상황을 알 수 있는 방법

라) 회복을 유지하기 위하여 가장 기본이 되는 조건이 무엇인지 생각해 보고 이러한

조건들을 어떻게 충족시킬 수 있는지 알아본다.

- 마) 중독증으로 가는 길을 차단하는 방법
- 바) 중독증과 부정(인정하지 않음)에 관하여
- 사) 효과적인 치료를 위하여 할 수 있는 것에 알아본다
- 아) 생활 양식의 개선에 대해 다루어준다.

나. 대인관계 문제를 다루어준다

- 가) 회복과정에서 발생하는 가족의 문제
- 나) 솔직한 회복이 무엇인지에 대하여
- 다) 술을 거절하는 방법
- 라) 알코올남용자와의 관계에 관하여
- 마) 자신의 대인 관계의 평가

다. 사회 생활 문제

- 가) 스트레스 대처 방법
- 나) 알코올 없이 즐거운 시간을 보내는 방법
- 다) 자신에게 적합한 직장을 구하기
- 라) 직업상의 문제 해결
- 마) 삶의 목표, 계획, 꿈

라. 재발하였을 때 어떻게 할 것인가?

### ② 단주를 유지하기 위해 단주제(Disulfiram)

사용

단주제는 알코올의 대사산물인 아세트알데하이드를 분해시키는데 필요한 효소의 작용을 방해함으로써 작용을 한다. 단주제를 먹으면서 알코올을 마시는 경우 두통, 얼굴의 홍조, 호흡곤란, 구토, 오심, 발한, 심장 빈맥, 어지러움증, 전신피로가 발생하는데 그 정도는 복용한 약의 양과 술의 양 그리고 개인의 체질 차이에 있어서 결정되는데 이 단주제를 복용하는 경우는 반드시 본인이 이를 복용하고 있는 사실을 알도록 하여야 하며, 단주제를 복용함으로써 알코올을 마시면 안되겠다고 스스로 조절할 수 있을 때 효과가 있다.

### ③ 침술(Acupuncture)

최근 들어 침술이 알코올에 대한 갈망을 줄여주는 것으로 알려져 다른 재활프로그램과 병행할 수 있다. 이것 또한 본인이 술을 끊고자 하는 의지가 강할 경우 효과가 있는 것으로 알려지고 있다.

### ④ 지속적인 자조모임 참여

지역사회 내에 자조모임의 참여로 스스로의 문제를 해결할 뿐 아니라 술없이 지내는 새로운 협심자를 만나 지속적인 도움을 받을 수 있다.

### ⑤ 12단계 집단모임

자조모임의 12단계의 원리를 이용한 치료자가 있는 집단모임이 다양하게 이루어질 수 있으며 이것 또한 영적인 성숙을 도와 생산적인 삶을 살도록 많은 도움을 줄 수 있다.

## Ⅲ. 결 론

Desoto 등의 연구(Brown, 1985)에 따르면 알코올 중독자가 사회속으로 완전히 정상적으로 돌아가는데는 개인의 차이가 있지만 보통 8~10년이 걸린다고 한다. 또한 알코올 중독에 의해 발생한 심각한 문제들을 해결하는데 2~3년이 걸린다. 그만큼 알코올중독자의 재활은 장기적인 접근이 필요하다. 그러나 많은 사람들은 알코올중독자들이 술을 끊고 사회적응을 하기 어렵다는 것을 이해하지 못한 실정이다. 또한 우리나라에서는 아직 재활의 프로그램이 초보 수준이어서 앞으로 알코올중독자들의 한국 문화에 맞는 재활프로그램 개발에 대한 전문가들의 꾸준한 노력이 필요하다.■

## 참 고 문 헌

- Brown, Stephanie(1985). Treating the Alcoholic - A Developmental Model of recovery, John Wiely & Sona, Inc.
- Karen M. Allen(1996). Nursing Care of the Addicted Client. Lippincott.
- Marc Galanter and Herbert D. Klerber(1994). Textbook of substance treatment, American Psychiatric Press, Inc.
- Miller, W.R. & Kurtz, E.(1994). Model of Alcoholism Used in Treatment, J of Studies on Alcohol, 55(2), 159~166.
- 김광기(1997). 건전한 음주문화 조성을 위한 심포지움 연세집. 인제대학교 보건대학원.

<29 페이지에서 계속>