

연구보고서 2018-25

# 사회연결망 기반의 중독 회복 지원 방안



전진아 · 오미애 · 이난희 · 이용주 · 김남희

**【책임연구자】**

**전진아** 한국보건사회연구원 연구위원

**【주요 저서】**

지역사회 정신건강서비스 연계 현황과 개선과제  
한국보건사회연구원, 2017(공저)

**【공동연구진】**

**오미애** 한국보건사회연구원 연구위원

**이난희** 한국보건사회연구원 전문연구원

**이용주** 동덕여자대학교 교수

**김남희** 서울대학교 사회과학연구원 연구원

연구보고서 2018-25

**사회연결망 기반의 중독 회복 지원 방안**

발행일 2018년 12월  
저자 전진아  
발행인 조흥식  
발행처 한국보건사회연구원  
주소 [30147]세종특별자치시 시청대로 370  
세종국책연구단지 사회정책동(1층~5층)  
전화 대표전화: 044)287-8000  
홈페이지 <http://www.kihasa.re.kr>  
등록 1994년 7월 1일(제8-142호)  
인쇄처 ㈜현대아트컴

© 한국보건사회연구원 2018  
ISBN 978-89-6827-549-4 93510

## 발간사 <<

정부에서 지정하여 관리하고 있는 4대 중독은 알코올 중독, 마약 중독, 도박 중독, 게임 중독이다. 그중에서도 알코올 중독은 중독 영역 중 유병률이 가장 높고, 보건복지부에서도 중독 예방 및 관리 서비스의 대표적인 중독 영역으로 삼고 있다.

본 연구는 알코올 중독자들의 회복 지원 방안을 모색하기 위해 사회연결망을 기반으로 중심으로 알코올 중독자를 둘러싼 지역사회 알코올 중독 서비스 체계가 어떻게 이루어지고 있는지를 살펴보고, 알코올 중독 회복 지원 방안을 모색하는 데 목적을 두고 있다. 이를 위해 알코올 중독자 당사자, 알코올 중독자의 보호자, 알코올 중독 회복서비스 제공자 및 전문가들의 다양한 의견을 수렴하여, 알코올 중독자를 둘러싼 사회연결망을 기반으로 회복 지원 방안을 도출하고자 하였다.

본 연구에서는 질적면담을 통해 알코올 중독 회복자와 보호자의 중독 및 회복 과정에 대한 경험에서 드러난 사회연결망을 파악하였으며, 양적 설문조사를 통해 알코올 중독 회복 서비스 제공자가 가지는 사회연결망을 파악하였다. 분석결과와 전문가 의견 수렴 결과를 바탕으로 본 연구는 사회연결망에 기반을 둔 회복 지원 방안을 제시하였다.

이 연구를 위해 기꺼이 FGI 및 면담에 응해 주신 알코올 중독자, 회복자 및 보호자들에 감사드리며, 바쁜 일정에도 불구하고 조사에 기꺼이 응해 주시고, 도움 주신 전국 중독관리통합지원센터 및 정신건강복지센터 담당자분들께도 깊은 감사를 드린다. 알코올 중독 분야의 전문성을 가지고 본 연구에 참여해 주신 이용주 교수님, 김남희 박사님께도 감사드리고,

적극적으로 의견을 개진해 주신 손선주 교수님, 윤강재 연구위원께도 감사의 말씀을 드린다.

본 연구를 수행한 연구진의 노고를 치하하며, 본 연구를 통해 알코올 중독 회복 지원 정책이 강화되어 알코올 중독자의 회복에 도움이 될 수 있기를 기대해 본다. 마지막으로 본 연구는 우리 연구원의 공식적인 견해가 아니라 연구진의 개별적인 연구 활동임을 밝힌다.

2018년 12월

한국보건사회연구원 원장

**조 흥 식**

# 목 차

Abstract .....	1
요 약 .....	3
<b>제1장 서 론 .....</b>	<b>5</b>
제1절 연구의 배경 및 목적 .....	7
제2절 연구 내용 .....	10
제3절 연구 방법 .....	11
<b>제2장 사회연결망 기반 중독 회복 지원에 대한 개념 이해 .....</b>	<b>29</b>
제1절 주요 개념 이해 .....	31
제2절 선행연구 고찰 .....	37
<b>제3장 국내외 중독 회복 지원 체계 검토 .....</b>	<b>47</b>
제1절 국내 중독 회복 지원 체계 검토 .....	49
제2절 해외 중독 회복 지원 체계 검토: 호주를 중심으로 .....	59
제3절 소결 .....	82
<b>제4장 중독자와 보호자의 사회연결망 .....</b>	<b>85</b>
제1절 국내 중독자 규모 .....	87
제2절 중독자와 보호자에게서 나타난 중독자의 특성 .....	90
제3절 중독 및 회복 과정과 사회적 연결망에 대한 경험 .....	96
제4절 소결 .....	167

<b>제5장 중독 회복 지원 서비스 제공자의 사회연결망</b> .....	<b>173</b>
제1절 중독 회복 지원 서비스 자원 분석 .....	175
제2절 중독 회복 지원 서비스 제공자의 특성 .....	180
제3절 중독 회복 지원 서비스 제공자가 가지는 사회연결망 .....	189
제4절 소결 .....	203
<b>제6장 사회연결망 기반 중독 회복 지원 방안</b> .....	<b>205</b>
제1절 연구 결과 요약 .....	207
제2절 사회연결망 기반 중독 회복 지원 방안 .....	210
제3절 연구의 함의 및 기대 효과 .....	220
<b>참고문헌</b> .....	<b>225</b>
<b>부 록</b> .....	<b>235</b>
부록 1. 클러스터별 지역 .....	235
부록 2. 알코올 중독자 일반적 특성(2016년) .....	237
부록 3. 실무자 조사표 .....	239

## 표 목차

〈표 1-1〉 알코올 중독자 보호자의 초점집단 인터뷰 참여자의 특성 .....	14
〈표 1-2〉 연구 참여자의 특성 .....	15
〈표 1-3〉 초점집단 인터뷰 질문 내용 .....	17
〈표 1-4〉 알코올 중독 회복자의 특성 .....	19
〈표 1-5〉 알코올 중독 회복자 인터뷰 조사의 주요 내용 .....	20
〈표 1-6〉 클러스터링 분석을 위한 알코올 중독 관리 서비스 제공 자원 DB 구축 자료 .....	22
〈표 2-1〉 AA를 통한 알코올 중독 회복 과정 .....	38
〈표 3-1〉 중독관리통합지원센터 연혁 .....	51
〈표 3-2〉 중독관리통합지원센터의 필수 사업 및 선택 사업 구분 .....	53
〈표 3-3〉 광주광역시시의 모형 .....	57
〈표 3-4〉 서울특별시의 모형 .....	58
〈표 4-1〉 시도별 항정신성의약품 사용으로 인한 정신 및 행동장애 및 알코올사용장애 환자 규모(2016년) .....	89
〈표 4-2〉 회복자 인터뷰 연구 결과 요약 .....	171
〈표 5-1〉 중독 관련 유형화 분석 결과(시·군·구당) .....	178
〈표 5-2〉 일반적인 특성 .....	181
〈표 5-3〉 일반 특성별 사례 대상자 수 .....	182
〈표 5-4〉 일반 특성별 근무기간(중독관리통합지원센터) .....	183
〈표 5-5〉 일반 특성별 근무 기간(정신건강복지센터) .....	184
〈표 5-6〉 중독관리통합지원센터 실무자의 업무 .....	185
〈표 5-7〉 알코올 중독 예방을 위해 연계를 맺고 있는 연결망 .....	191
〈표 5-8〉 알코올 중독에 대한 상담, 중재 재활 연결망 .....	194
〈표 5-9〉 알코올 중독에 대한 상담, 중재 재활이 등록회원으로 이어지는 연결망 .....	195
〈표 5-10〉 알코올 중독 위기/응급 개입 및 치료를 위해 연계를 맺고 있는 연결망 .....	197
〈표 5-11〉 알코올 중독자의 직업재활을 위해 연계를 맺고 있는 연결망 .....	199
〈표 5-12〉 그 외 알코올 중독자가 가지는 복지 및 돌봄 욕구를 지원하기 위해 연계를 맺고 있는 연결망 .....	201

## 그림 목차

[그림 3-1] 정신건강 종합대책의 비전, 정책 목표, 전략 .....	49
[그림 3-2] 중독 문제 중증도에 따른 치료 개입의 강도와 개입 기관 .....	52
[그림 3-3] 중독관리통합지원센터 통합서비스 전달체계 모형 .....	54
[그림 3-4] 광주 정신보건 관리 체계의 운영도 .....	55
[그림 3-5] 광주광역시의 정신건강 관리 체계에 따른 통합 중독 관리 .....	56
[그림 3-6] 알코올과 약물(AOD) 개입 단계 모형 .....	60
[그림 3-7] 호주 빅토리아 주정부 위해(risk) 감축 접근법 .....	65
[그림 3-8] 알코올과 약물(AOD) 치료 체계 구성 요소들 .....	74
[그림 4-1] 연령별 약물 및 알코올사용장애 환자 비율(2016년) .....	88
[그림 4-2] 가입 유형별 약물 및 알코올사용장애 환자 비율(2016년) .....	88
[그림 4-3] 향정신성의약품 사용으로 인한 정신 및 행동장애 환자 및 알코올사용장애 환자의 의료이용 유형 .....	90
[그림 5-1] 전국 중독관리통합지원센터 현황 .....	176
[그림 5-2] 지역별 알코올 관련 사업을 하고 있는 기초정신건강복지센터 현황 .....	176
[그림 5-3] 중요하다고 생각하는 업무에 많은 시간을 투자하고 있는지 여부 .....	186
[그림 5-4] 알코올 중독 회복 지원을 위해 지역사회 내 유관기관 협의체에 참석하는지 여부 .....	187
[그림 5-5] 지역사회 내 알코올 중독 예방 및 관리를 위한 자원의 충분 여부 .....	188
[그림 5-6] 알코올 중독 예방을 위한 연결망 .....	193
[그림 5-7] 알코올 중독 상담, 중재 재활 연결망 .....	194
[그림 5-8] 알코올 중독에 대한 상담, 중재 재활이 등록회원으로 이어지는 연결망 .....	196
[그림 5-9] 알코올 중독 위기/응급 개입 및 치료를 위한 연결망 .....	198
[그림 5-10] 알코올 중독자의 직업재활을 위한 연결망 .....	200
[그림 5-11] 알코올 중독자의 복지 및 돌봄 욕구를 지원하기 위한 연결망 .....	202

---

## Abstract <<

### Exploring social networks in recovery from addiction

Project Head: Jina Jun

This study aims to investigate the characteristics of the social network of alcoholics, caregivers, and service providers for addiction recovery and explore ways to promote the recovery from the alcohol problems. This study describes the concept of social network, alcohol addiction, and recovery. Also, by using both qualitative interviews and quantitative survey methods, the status of social networks of alcoholics, caregivers, and service providers are identified, and suggestions for strengthening positive social networks for the addiction recovery journey are suggested. More specifically, in this study, results from the qualitative interviews with alcoholics and their caregivers show that alcoholics are affected by family members, workplace colleagues, treatment institutions, community organization, and fellow alcoholics. In addition, community-based resources that provide various services for the recovery are found to be interconnected. Based on these results, this study proposes the following strategies. It emphasizes to strengthen self-facing

---

Co-Researchers: Oh, Miae·Yee, Nanhee·Rhee, YongJoo·Kim, Nang Hee

## 2 사회연결망 기반의 중독 회복 지원 방안

programs, to develop and provide education to prevent and recover from addiction, to strengthen infrastructure to prevent and recover from addiction, and to explore ways to strengthen social networks of service providers for better collaborations.

## 요약 <<

이 연구는 중독자와 보호자, 중독 회복 지원 서비스 제공자가 가지는 사회연결망의 특성을 살피고 이를 기반으로 중독 회복 지원을 강화하는 방안과 개선 과제를 도출하는 데 목적을 둔다.

사회연결망 기반 중독 회복 지원이란 무엇인지, 그 개념과 선행연구를 고찰하고, 국내외 중독 회복 지원 체계를 검토하였다. 또한 질적면담조사, 설문조사 등의 방식을 활용하여 중독자와 보호자, 중독 회복 지원 서비스 제공자가 가지는 사회연결망 현황을 살폈으며, 사회연결망 기반의 중독 회복 지원 방안을 제시하였다.

본 연구에서는 중독자와 보호자의 질적면담을 통해 중독이 되는 과정과 회복이 되는 과정에서 가족, 직장 동료, 치료기관, 지역사회기관, 동료 중독자로부터 중독자들이 다양한 영향을 받는 것을 확인할 수 있었다. 또한 중독관리통합지원센터와 정신건강복지센터가 중독 회복 지원을 위해 관계를 맺고 있는 자원들 역시 시·군·구청, 동주민센터, 의료기관, 경찰서와 소방서, 사회복지관, 초·중·고등학교, 교정시설, 지역자활센터 등 다양하게 나타났다.

이런 결과들을 바탕으로 본 연구에서 제안한 개선 과제들은 1) 자신과 마주하기 강화 프로그램, 2) 중독 예방과 회복 지원교육 강화, 3) 중독 예방과 회복 지원 인프라 강화, 4) 중독 예방과 회복 지원에 필요한 사회연결망 강화이다.

\*주요 용어: 사회연결망, 중독, 회복



# 제 1 장

## 서론

제1절 연구 배경 및 목적

제2절 연구 내용

제3절 연구 방법



## 제1절 연구의 배경 및 목적

### 1. 연구 배경

국내 정신건강서비스 제공에서 ‘회복(Recovery)’ 패러다임이 부각되고 있다. 미국의 물질남용정신보건청은 회복을 “개인들이 자신의 건강과 안녕을 증진시키고, 자기주도적인 삶을 살며, 잠재력을 최대한 발휘하기 위한 노력을 통한 변화 과정”으로 정의하였다(SAMHSA, 2012, p. 3). 이는 곧 당사자 중심의 서비스, 치료를 넘어 삶의 회복을 꾀하고자 하는 노력들을 의미한다. 이에 따라 국내외에서는 치료를 포함한 건강, 주거, 생계, 일상 등 지역사회역의 역할이 당사자 중심의 회복 지향적 패러다임에서 함께 논의되고 있다.

하지만 국내의 중독 예방 및 관리체계는 회복 지향적 패러다임을 이야기하기에 제한적이다. 우선 정신보건법 전부개정안 「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률」에서는 ‘중독’이 명시되지 않았으며, 지역에 따라 중독에 대한 대응은 정신건강 증진사업의 일환으로 진행되고 있는 상황이다.

또한 중독에 대한 대응이 중독의 유형별로 다른 주체에서 서비스를 제공하는 방식으로 이루어지고 있다. 보건복지부의 중독관리통합지원센터는 알코올과 약물 중독을 중심으로 대응하고 있으며, 사행산업통합감독위원회의 도박문제관리센터는 도박 중독을 중심으로 대응하고 있다.

그리고 중독 회복 지원 체계와 인프라는 상당히 취약한 실정이다. 보건복지부의 중독 예방 및 관리의 주요 주체인 중독관리통합지원센터는 전국 49곳에 불과하며, 대부분의 기초 지자체 단위에 설치된 정신건강복지센터 중 일부만 중독 예방 및 관리 사업을 진행한다. 또한 최근 읍·면·동 단위 복지 전달체계가 구축된 이후 지역사회에서 알코올 중독에 대한 사례가 상당수 발견되고 있으나, 기존의 취약한 인프라와 지원 체계로서는 대응하기가 어렵다. 이와 관련하여 일부 연구들은 중독에 대응하는 일이 지역사회에서 대표적인 미충족 정신건강서비스 영역이라고 밝힌 바 있다(전진아 외, 2016, pp. 61-62.).

중독에 강력히 대응하고 중독자의 회복 지원을 강화하는 방안은 다양할 수 있다. 선행연구에서는 주로 중독 예방과 관리체계를 강화하고, 현재의 서비스 전달체계를 개편하는 방식의 정책적 노력들을 제시하는 등 공급자 차원에서의 방안에 초점을 두어 왔다(노성원 외, 2017; 이해국 외, 2014). 그동안 중독자와 보호자가 인식하는, 혹은 바라는 ‘회복’은 어떠한 것인지, 이들이 경험하는 중독 과정과 회복 과정은 어떠한 것이지에 초점을 두고, 중독 회복 지원을 어떻게 가져갈 수 있을지를 고민한 연구는 제한적이다.

또한 중독자와 보호자, 중독 회복 지원 서비스 제공자가 가지는 사회연결망의 특성에 따라 중독 회복이 어떻게 달라지는지를 살펴본 연구 역시 국내에서는 제한적이다. 선행연구에서는 중독자가 가지는 사회연결망의 특성에 따라 중독 회복에 대한 동기·의지, 중독 회복을 위한 다양한 개입 프로그램 참여 및 완수, 단주모임(AA: Alcoholics Anonymous)과 같은 자조집단への 지속적 참여 등이 다를 수 있다고 보고한다. 중독자의 보호자가 어떠한 사회연결망을 가지는가에 따라 중독 회복을 위한 다양한 개입 프로그램에의 접근성, 중독 회복 지원을 위한 동기·의지 등이 다를 수

있다고 보고한다. 그리고 중독자 대상 서비스를 제공하는 실무자가 가지는 사회연결망의 특성에 따라 중독자를 대상으로 제공하는 서비스의 내용과 범위 등이 다를 수 있다.

따라서 현재 중독자와 보호자, 중독 회복 지원 서비스 제공자가 형성한 사회연결망을 파악하여 현재의 중독자가 가지는 사회연결망의 특성과 더불어 중독 회복 지원 서비스 이용 및 제공 구조를 살피는 것이 필요하다. 더불어 이를 바탕으로 중독 회복 지원을 강화 개선 과제들을 모색하는 것이 필요하다.

그동안 중독 회복 지원을 위한 사회연결망은 주로 중독자를 대상으로 사회적 지지의 개념으로 양적 혹은 질적 연구를 통해 파악되어 왔으며, 중독자의 보호자, 중독 회복 지원 서비스 제공자가 가지는 사회연결망을 파악하는 연구는 제한적이었다. 또 사회연결망 분석을 활용하여 중독자 자신의 사회연결망, 보호자와 서비스 제공자의 사회연결망을 살핀 연구 역시 제한적인 수준이었다.

## 2. 연구 목적

본 연구는 중독자와 보호자, 중독 회복 지원 서비스 제공자가 가지는 사회연결망의 특성을 파악하고, 이를 기반으로 한 중독 회복 지원 강화를 위한 개선 과제 도출을 목적으로 한다. 이를 위해 다음의 구체적인 연구 방향을 설정하였다.

- 중독 회복 지원 서비스 수요자의 욕구와 중독 예방 및 관리, 회복 지원 서비스 이용 현황 파악 및 이용 저해 요인 파악.
- 지역사회 중독 회복 지원 서비스 제공 자원 파악을 기반으로 중독 회복 지원 서비스 제공 실무자들과 서비스 수요자들이 가지는 사회연

결망 특성 파악.

- 사회연결망 기반 중독 회복 지원 강화를 위한 국내외 제도 및 프로그램을 고찰하고 실천 현장, 학계 등 전문가 의견을 반영하여 중독 회복지원 서비스 강화를 위한 개선 과제 도출.

## 제2절 연구 내용

본 연구는 중독자와 보호자, 중독 회복 지원 서비스 제공자가 가지는 사회연결망의 특성을 파악하고 이를 바탕으로 중독 회복 지원을 강화할 방안과 개선 과제를 도출하기 위해 다음의 내용을 포함하였다.<sup>1)</sup> 우선 이 연구는 제2장을 통해 사회연결망 기반 중독 회복 지원에 대한 개념을 다루고 있다. 주요 개념인 사회연결망, 중독, 회복에 대한 개념을 고찰하고 사회연결망 기반 중독 회복 지원과 관련한 선행연구들을 고찰한 결과를 제시하였다.

제3장에서는 국내외 중독 회복 지원 체계를 검토한 결과를 제시하고 있다. 정신건강 종합대책에 제시된 중독 회복 지원 정책을 살피고 더불어 지역사회를 기반으로 한 국내의 중독 회복 지원 경험들을 고찰하였다. 또한 미국과 호주를 중심으로 외국의 중독 회복 지원 체계를 살폈다.

제4장에서는 중독자와 보호자에 초점을 두어 국내의 중독자 규모를 파악하고, 중독자와 보호자에게서 나타난 중독자의 특성을 파악하여 제시하였다. 또한 질적면담을 통해 드러난 중독 및 회복 과정과 사회연결망에 대한 경험들을 정리하여 제시하였다.

---

1) 본 연구에서 다루는 내용에 활용된 연구 방법들은 제1장의 제3절에서 자세하게 제시되어 있음.

제5장에서는 중독 회복 지원 서비스 제공자에 초점을 두어 국내의 중독 회복 지원 서비스 자원 확보 수준을 파악하고, 서비스 제공자 대상 양적 조사를 통해 파악된 중독 회복 지원 서비스 제공 실무자의 역할을 살폈다. 또한 사회연결망 분석을 통해 파악한 중독 회복 지원 서비스 제공자가 가지는 서비스 유형별 연결망 특성을 살펴보았다.

마지막으로 제6장에서는 본 연구에서 분석한 결과들을 요약하고 사회연결망 기반 중독 회복 지원 방안을 제시하였다. 또한 본 연구가 지닌 정책적, 실천적 함의와 더불어 연구의 제한점을 서술하였다.

### 제3절 연구 방법

본 연구는 우선 기본적으로 국내외 중독자 회복 지원을 위한 프로그램, 사례관리 모형, 관련 정책 및 법제도를 고찰하였으며, 국내외 중독자, 보호자 및 서비스 제공자가 가지는 사회연결망과 관련한 선행연구를 고찰하였다. 또한 국내 중독관리통합지원센터, 정신건강복지센터 및 정신재활시설 등 중독 회복 지원 서비스 제공 주체들을 방문하여 자문회의를 열었으며, 지역사회 내 ‘지역사회보장협의체’, 읍·면·동 복지허브화, 보건소 등 지역사회 내 중독 회복 지원서비스 제공 주체를 찾아 사례조사를 실시하였다.

또한 본 연구에서는 중독자와 보호자, 중독 회복 지원 서비스 제공자의 규모와 사회연결망을 파악하기 위해 다양한 연구 방법을 활용하였다. 구체적인 내용은 다음의 1) 중독자와 보호자의 규모 및 사회연결망 파악과 2) 제공자 관점의 알코올 중독 회복 지원 서비스 제공 현황 부분에 제시되어 있다.

## 1. 중독자와 보호자의 규모 및 사회연결망 파악

### 가. 국내 알코올 중독자 규모 분석

국내 알코올 중독자 규모를 파악하기 위해 2016년 국민건강보험공단 (이하 건강보험공단)의 진료 정보를 활용하여 알코올 중독자의 현황을 분석하였다.<sup>2)</sup>

본 연구는 건강보험공단 맞춤형 데이터베이스 자료를 분석하여 주상병 및 제1부상병에서 F10-F19에 해당하는 대상자를 추출하여 인구·경제·사회학적 변수인 지역·성별·연령·소득 수준·가입자 구분(건강보험, 의료급여)의 요인에 따른 중독자(F10) 규모를 분석하였다. 알코올 중독자는 F10인 경우로 한정하였다.

### 나. 보호자 대상 초점집단 인터뷰(Focus Group Interviews)

본 연구에서는 알코올 중독자의 보호자들이 경험한 알코올 중독자들의 회복 지원 서비스 및 유관 자원 이용 현황을 파악하고, 문제점과 개선방안을 도출하고자 초점집단 인터뷰(FGI)를 수행하였다. 또한 국내 알코올 중독 회복 지원 서비스의 제도적 틀과 같은 사회적 요소와 맥락을 바탕으로 우리나라 알코올 중독자 보호자들의 질환 발병에서부터 치료와 회복에 이르는 경험을 공유하고, 알코올 중독 회복 지원 서비스 제공 체계와 이용 체계의 간극에 대해 사회적이고 체계적인 의미를 이끌어내고자 초점집단 인터뷰를 수행하였다. 자세한 조사 대상 및 조사 방법, 질문 내용과 분석 방법은 다음과 같다.

---

2) 2016년 자료는 가장 최신의 건강보험공단 정신질환자 진료 정보를 포함하고 있음.

## 1) 조사 대상

본 연구의 조사 대상자들은 알코올 중독자의 주요 보호자로서 서울·경기·인천 지역에 거주하는 자로, 중독관리통합지원센터, 정신건강복지센터, 정신재활시설, 자조모임 등을 연구진이 접촉하여 각 시설, 기관, 모임의 대표에게 연구의 목적과 방법, 내용을 설명하고 인터뷰 대상자를 소개받아 모집하는 방식을 활용하였다.<sup>3)</sup>

보호자는 위에서 언급한 알코올 중독자를 대상으로 중독 회복 지원 서비스(정신의료기관, 중독관리통합지원서비스, 정신건강복지센터, 정신재활시설, 자조모임AA 등) 이용에 대해 결정을 하거나 지원하는 역할을 하는 사람을 의미하며, 알코올 중독자의 자녀, 배우자, 부모, 조부모, 형제 자매를 포함하였다.

보호자는 사전 선정 질문지를 개발하여 전화조사를 통해 모집하였다. 사전 선정 질문 때 보호자와 중독자에 대한 기본 정보를 수집하였으며, 수집한 기본 정보는 연구 결과를 작성할 때 조사 대상자의 특성을 소개하는 데 활용하였다. 사전 선정 질문지에서는 ‘중독자’, ‘알코올 중독’이라는 표현을 사용하는 대신 ‘음주’ 혹은 ‘음주 문제’라는 표현을 써서 질문하였다(예: 음주 문제를 가지고 계신 분께서는 음주 문제를 치료하기 위해 어떤 치료를 받으셨습니까?).

또한 모집이 어려운 인터뷰 대상자인 초기 알코올 중독자와 여성 알코올 중독자, 의료기관 입원 중이거나 입·퇴원을 반복하는 중독자의 보호자인 경우 리서치 업체에서 보유하고 있는 패널을 대상으로 연구의 목적과 방법, 내용을 설명하고 연구 참여에 동의하는 보호자에 한해 대상자를 선

3) 초점집단 인터뷰가 리서치 업체가 위치한 서울에서 실시됨에 따라 서울과 경기도에 거주하는 주요 보호자로 연구 대상을 한정하였음. 따라서 본 연구의 보호자 대상 초점집단 인터뷰 결과에 특정 지역이 가지고 있는 지역의 특수성이 반영되었을 수도 있음.

## 14 사회연결망 기반의 중독 회복 지원 방안

정하였다.

〈표 1-1〉 알코올 중독자 보호자의 초점집단 인터뷰 참여자의 특성

구분	참여자의 특성
A그룹 (6인)	알코올 중독으로 의료기관에서 2017년 7월(포함) 내에 진단받은 적이 있는 남성의 보호자
B그룹 (5인)	알코올 중독으로 의료기관에서 진단받은 적이 있는 여성의 보호자
C그룹 (7인)	알코올 중독으로 의료기관에서 2016년 6월(포함) 전에 진단받았으며, 현재 의료기관에서 알코올 중독 치료를 위해 입원 혹은 입·퇴원을 반복하는 남성의 보호자
D그룹 (5인)	알코올 중독으로 의료기관에서 2015년 6월(포함) 전에 진단받았으며, 입원 또는 외래 이용을 한 경험이 있음 + 현재 1년 이상 단주를 하고 있는 남성의 보호자

그 결과 1) 알코올 중독으로 의료기관에서 2017년 7월(포함) 내에 진단받은 적이 있는 남성의 보호자 6명, 2) 알코올 중독으로 의료기관에서 진단받은 적이 있는 여성의 보호자 5명, 3) 알코올 중독으로 의료기관에서 2016년 6월(포함) 전에 진단받았으며, 현재 의료기관에서 알코올 중독 치료를 위해 입원했거나 혹은 입·퇴원을 반복하는 남성의 보호자 7명, 4) 알코올 중독으로 의료기관에서 2015년 6월(포함) 전에 진단받았으며, 입원 또는 외래 이용을 한 경험이 있음 + 현재 1년 이상 단주를 하고 있는 남성의 보호자 5명 등 최종 23명을 초점집단 인터뷰 대상으로 선정하였다(표 1-2 참조). 조사는 2018년 7~8월 중 평균 1시간 30분씩 네 차례에 걸쳐 진행하였으며, 더 자세한 사항을 듣기 위해 보호자 2인에 대해 각각 개별 인터뷰를 추가하였다.

초점집단 인터뷰는 본 연구의 연구책임자가 해당 날짜에 조사위탁업체에서 마련한 조사 장소에서 진행하였다. 인터뷰 시작 전 본 조사의 목적

과 내용 등에 대한 설명을 포함한 연구참여 동의서(별첨 자료 참조)를 설명하고 참여자의 동의를 얻은 후 실시하였다.

〈표 1-2〉 연구 참여자의 특성

	참여자	보호자 성별	보호자 연령 <sup>1)</sup>	중독자와의 관계	중독자의 연령	중독 기간
A그룹	참여자1	남	만 44세	남자 형제	만 39세	1년 5월
	참여자2	여	만 60세	배우자	만 60세	1년 5월
	참여자3	여	만 54세	배우자	만 51세	1년 7월
	참여자4	남	만 54세	남자 형제	만 52세	2월
	참여자5	여	만 60세	남자 형제	만 54세	1년 5월
	참여자6	남	만 27세	아버지	만 59세	1년 8월
B그룹	참여자7	여	만 68세	딸	만 40세	15년 4월
	참여자8	여	만 57세	딸	만 29세	7년 2월
	참여자9	남	만 54세	배우자	만 50세	1년 5월
	참여자10	남	만 67세	여자 형제	만 62세	19년 11월
	참여자11	여	만 31세	어머니	만 50세	2년 5월
C그룹	참여자12	여	만 37세	아버지	만 67세	1년 11월
	참여자13	여	만 55세	남자 형제	만 63세	2년 10월
	참여자14	여	만 49세	남자 형제	만 58세	6년 5월
	참여자15	여	만 39세	아버지	만 68세	13년 4월
	참여자16	여	만 27세	아버지	만 54세	7년 1개월
	참여자17	여	만 78세	아들	만 48세	4년 11월
	참여자18	여	만 48세	배우자	만 55세	3년 11월
D그룹	참여자19	여	만 58세	배우자	만 58세	9년 11월
	참여자20	여	만 61세	배우자	만 64세	13년 11월
	참여자21	여	만 42세	배우자	만 45세	10년 1월
	참여자22	여	만 69세	배우자	만 70세	32년 1월
	참여자23	여	만 63세	배우자	만 65세	5년 1월

주: A그룹 - 알코올 중독으로 의료기관에서 2017년 7월(포함) 내에 진단받은 적이 있는 남성의 보호자.

B그룹 - 알코올 중독으로 의료기관에서 진단받은 적이 있는 여성의 보호자.

C그룹 - 알코올 중독으로 의료기관에서 2016년 6월(포함) 전에 진단받았으며, 현재 의료기관에서 알코올 중독 치료를 위해 입원 혹은 입·퇴원을 반복하는 남성의 보호자.

D그룹 - 알코올 중독으로 의료기관에서 2015년 6월(포함) 전에 진단받았으며, 입원 또는 외래 이용을 한 경험이 있음 + 현재 1년 이상 단주를 하고 있는 남성의 보호자.

## 2) 조사 방법

의사 표현의 자유 및 개인정보 보호를 위해 개인정보 및 이용한 의료기관이나 시설은 그 내용을 공개하지 않는 것을 원칙으로 하였다. 또한 중독자의 보호자를 네 그룹으로 나누어 진행함으로써 초점집단 인터뷰를 통해 보호자들 간의 경험도 서로 공유할 수 있도록 하였다. 초점집단 인터뷰는 한국보건사회연구원 생명윤리위원회(IRB)의 승인을 받은 후(승인 번호 제2018-27) 진행하였으며, 인터뷰는 조사 대상자의 동의를 받은 후 수행하였다. 동의서에는 조사의 목적과 윤리위원회 지침에 따라 개인정보는 수집하지 않는다는 내용 및 응답 내용이 모두 녹음되며, 녹음된 내용은 녹취록으로 작성된다는 내용이 포함되어 있다. 또 녹음된 내용의 처리방법, 개인정보의 보호 및 조사 진행과정에서의 피조사자가 언제라도 조사를 중단할 수 있다는 주체임을 알려줌으로써 조사 응답자의 권리를 보장하였다. 인터뷰를 통해 녹취된 내용은 녹취록으로 작성하였다.

## 3) 조사 내용

본 초점집단 인터뷰는 기존 문헌 고찰 및 전문가 자문을 거쳐 반구조화 형식의 질문으로 개발되었으며, 조사 내용은 알코올 중독자 보호자들의 의료기관 및 지역사회 서비스 이용 경험, 개선 방안 등으로 구성되었다.

〈표 1-3〉 초점집단 인터뷰 질문 내용

구분	질문 내용
의료서비스 이용 경험	1. 귀하가 보호하고 있는 중독자의 음주 문제와 관련한 현재까지의 의료 이용 경험은 어떠한가?
회복 지원 서비스 이용 경험	2. 귀하가 보호하고 있는 중독자가 치료 및 회복을 위해 현재까지 이용한 지역사회 중독 회복 지원 서비스와 관련한 경험은 어떠한가?
중독자의 현재 어려움	3. 귀하가 보호하고 있는 중독자는 현재 어떤 어려움을 겪고 있는가?
중독 과정에 영향을 준 대상	4. 중독으로 이르는 과정에 가장 영향을 많이 끼친 것 혹은 사람은 무엇 혹은 누구라고 생각하는가?
중독 회복 과정에 영향을 준 대상	5. 중독 회복 과정에 가장 영향을 많이 끼치고 있는 것 혹은 사람은 무엇 혹은 누구라고 생각하는가? 6. 중독 회복 과정에 긍정·부정적인 영향을 끼치고 있는 것 혹은 사람이 무엇 혹은 누구라고 생각하는가?
중독 회복을 위한 서비스	7. 귀하가 보호하고 계시는 분은 현재 어떤 서비스를 받기를 원하는가? 8. 중독 문제를 가지고 있는 사람들을 대상으로 어떤 서비스들이 필요하다고 생각하는가?

#### 4) 초점집단 인터뷰 분석 방법<sup>4)</sup>

조사 대상자의 동의를 받아 면담 내용을 녹취하였으며, 녹취된 자료는 조사 대상자별로 구분하여 분석이 용이하도록 파일로 구성하였다.

본 연구는 다양한 분석 방법 중 귀납적 주제 분석기법을 활용하였다. 귀납적 주제 분석기법이란 정책이나 프로그램의 진행 과정이나 효과 등을 알고자 할 때 주로 활용되는 방법으로(Kelly, 2010, p. 286) 질적 연구의 특정 접근 방법에 의한 인식론적 혹은 주제론적 전제에 구속되지 않

4) 이 분석 방법은 이용자를 대상으로 한 초점집단 인터뷰 결과뿐 아니라 제공자 관점에서 본 지역사회 정신건강서비스 연계 현황을 살펴보기 위해 실시한 정신건강 증진 체계 및 지역사회 유관 자원 실무자 대상 질적면담 결과를 분석하는 데에도 활용되었음.

고 녹취록을 자료로 분석해서 주제를 도출하는 분석 방법이다. 분석의 과정은 포괄분석, 의미단위분석, 패턴분석, 범주분석, 주제분석 등 다섯 단계로 구성되며, 각 단계는 순환적으로 이루어진다(김인숙, 2016, p. 328).

녹취된 자료는 일차적으로 의미 단위 중심으로 코딩하였으며, 여러 차례의 연구진 회의를 거쳐 도출된 의미 단위에서 패턴을 파악하고 범주를 구성한 후 주제를 도출해 나가는 방식으로 분석을 진행하였다. 귀납적 주제 분석을 통해 도출된 주제들은 제4장에서 알코올 중독자 대상 개별 인터뷰 분석 결과와 함께 제시하였다.

#### 다. 알코올 중독 회복자 대상 인터뷰

본 연구는 알코올 중독 회복 지원 서비스 방안 도출을 위해 앞서 살펴본 알코올 중독 보호자 조사뿐 아니라 지역사회 내에서 실제 알코올 중독 서비스를 이용하고 있는 알코올 중독 회복자 대상 조사도 아울러었다. 회복자 대상 조사는 현재 단주 중인 알코올 중독 회복자를 대상으로 질적면담을 개별 인터뷰 형식으로 하였으며, 그 결과를 분석하였다.

본 연구에서 알코올 중독 회복자 대상 인터뷰를 실시한 방법은 다음과 같다. 연구 참여자는 알코올 중독 회복 과정에 있는 성인 남성 17명으로, 서울, 경기, 대전 지역의 중독관리통합지원센터를 이용하고 있으며, 각 기관에서 제공하는 프로그램 혹은 AA 등을 이용하고 있다. 단주 기간은 최소 1개월에서 최대 16년이며, 음주기간은 최소 15년 이상이었다. 연령대는 30~60대까지 다양하였다. 연구 참여자 대부분이 알코올 중독 전문 치료병원을 이용한 경험이 있었으며, 강제 입원 경험이 있는 참여자도 대부분이었다. 연구 참여자는 서울 및 대전 소재 중독관리통합지원센터 또

는 정신건강복지센터를 통해 모집하였기 때문에 대부분 센터의 서비스를 이용하고 있었으나 서비스 이용 기간에는 차이를 보였다. 단주 기간이 짧고 센터를 이용한 지 얼마 되지 않은 참여자들은 아침에 나와 저녁까지 계속 센터에 머무르며 프로그램에 참여하거나 생활하였으며, 상대적으로 단주 기간이 길고 센터 이용 기간이 긴 참여자들은 센터에 이따금 방문하고 있었다. 또한 현재 직장을 다니며 지속적으로 센터 자조모임이나 AA 프로그램에 참여하는 참여자도 다수 있었다. 연구 참여자 중에는 현재 회복자 상담가로 활동하는 회복자도 있었다.

〈표 1-4〉 알코올 중독 회복자의 특성

	연령	단주 기간		연령	단주 기간
참여자1	61세	7년	참여자9	46세	7년 10개월
참여자2	58세	7년	참여자10	66세	15년
참여자3	40세	4년	참여자11	43세	2년 6개월
참여자4	65세	9년	참여자12	56세	5년 6개월
참여자5	38세	2년 4개월	참여자13	63세	16년
참여자6	46세	1년 11개월	참여자14	47세	3년
참여자7	46세	8개월	참여자15	45세	10년 7개월
참여자8	46세	2년 10개월	참여자16	40세	13년 8개월

## 1) 조사 방법

앞서 설명한 알코올 중독자 보호자 대상 초점집단 인터뷰와 유사하게 알코올 중독 회복자 대상 질적 면담 조사 역시 의사 표현의 자유 및 개인 정보 보호를 위해 개인정보 및 기관의 위치, 기관 내 지위 등은 공개하지 않는 것을 원칙으로 하였다. 알코올 중독자 회복자 대상 질적면담 조사는 한국보건사회연구원 생명윤리위원회(IRB)의 승인을 받은 후(승인번호 제 2018-36) 진행되었다. 인터뷰 전 연구의 개요 및 인터뷰 내용을 녹음한

다는 사실을 설명하고 이에 대한 동의를 받은 후 면담을 수행하였다. 질적면담은 평균 1시간 30분간 진행되었으며, 녹음된 내용은 녹취록으로 작성되었다.

## 2) 조사 내용

알코올 중독 회복자를 대상으로 한 질적 면담 조사는 기존 문헌 고찰 및 전문가 자문을 거쳐 반구조화 형식의 질문으로 개발되었으며, 조사 내용은 다음의 <표 1-5>와 같다.

<표 1-5> 알코올 중독 회복자 인터뷰 조사의 주요 내용

구분	질문 내용
중독 회복 경험	1. 귀하의 중독 회복 경험은 어떠한가?
중독으로 이르는 과정에 영향을 미친 사람, 환경, 기관	2. 중독으로 이르는 과정에 가장 영향을 많이 끼친 사람, 환경, 기관
중독 회복 과정에 도움이 된 사람, 환경, 기관	3. 중독 회복 과정에 가장 도움이 된 사람, 환경, 기관
현재 어려움	4. 현재의 어려움은 무엇인가?
중독 회복을 위해 필요한 서비스나 프로그램	5. 현재 필요로 하고 있는 회복 지원 서비스나 프로그램은 무엇인가?

## 3) 분석 방법

인터뷰 완료 후 면담 내용을 녹취하였으며, 녹취된 자료를 바탕으로 코딩하였다. 알코올 중독 보호자 대상 초점집단 인터뷰 분석 방법과 동일하게 면담 내용은 귀납적 주제 분석 기법을 활용하여 분석하였다.

분석 방법은 알코올 중독자의 회복 경험을 통해 사회연결망 기반 회복 지원 방안 마련에 필요한 아이디어 도출을 위해 내용분석(contents

analysis) 및 주제 분석(thematic analysis) 방법을 활용하였다. 연구 참여자들의 증독과 회복 과정에 겪은 다양한 경험들을 사례 내 분석을 거쳐 범주별로 의미와 개념을 도출하고 다시 사례 간 분석을 통해 주제를 도출하였다. 동시에 수차례의 연구진 회의를 거쳐 도출된 의미 단위에서 패턴을 파악하고, 범주를 구성한 후 주제를 도출하는 방식으로 분석을 진행하였다. 귀납적 주제 분석을 통해 도출된 주제들은 제4장에 제시하였다.

## 2. 제공자 관점의 알코올 증독 회복 지원 서비스 제공 현황

### 가. 알코올 증독 회복 지원 서비스 제공 자원 데이터베이스 구축

제공자 관점의 알코올 증독 회복 지원 서비스 이용 현황 및 문제점을 파악하기 위해 지역사회 알코올 증독 관리 서비스 제공 자원 관련 데이터베이스(DB)를 구축하였다. 이는 시·군·구 단위로 구성되며, 대표적인 알코올 증독 회복 지원 서비스 체계인 증독관리통합지원센터가 전국 49곳에 설치되어 있고, 알코올 증독 회복 지원 서비스를 제공하고 있는 기초정신건강복지센터 등 시·군·구 단위로 데이터베이스를 구성하였다.

시·군·구 데이터베이스 구축을 위해 통계청의 주민등록통계 및 사망원인통계, 보건복지부와 질병관리본부의 지역사회건강조사, 국민건강보험공단의 맞춤형 자료 등을 활용하였다. 데이터베이스에 포함된 내용과 정의 및 출처는 다음 표와 같다.

## 22 사회연결망 기반의 중독 회복 지원 방안

〈표 1-6〉 클러스터링 분석을 위한 알코올 중독 관리 서비스 제공 자원 DB 구축 자료

구분	정의 및 출처
우울증상 경험률	- 정의: 최근 1년(353일)간 연속적으로 2주 이상 일상생활에 어려움이 있을 정도의 우울감(슬픔이나 절망감 등)을 경험한 사람의 비율(%) - 출처: 보건복지부·질병관리본부.(2016). 지역건강통계 한눈에 보기
자살생각 경험률	- 정의: 자살생각 경험률은 최근 1년 동안 죽고 싶다는 생각을 한 경험 - 출처: 보건복지부·질병관리본부.(2016). 지역사회건강조사 원데이터로 분석
사망원인통계	- 정의: 사망 원인 중 고의적 자해(자살)(X60-X84), 정신 및 행동장애(F01-F99)를 추출 - 출처: 통계청, 사망원인통계( <a href="http://kosis.kr">http://kosis.kr</a> )
인구수	- 정의: 통계청 주민등록인구 자료를 이용 - 출처: 행정자치부, 주민등록인구현황( <a href="http://kosis.kr">http://kosis.kr</a> )
65세 이상 인구수	- 정의: 통계청 주민등록인구 자료를 이용 - 출처: 행정자치부, 주민등록인구현황( <a href="http://kosis.kr">http://kosis.kr</a> )
재정자립도	- 정의: 지방세와 세외수입을 자치단체 예산 규모로 나눈 값 (지방세+세외수입)÷자치단체 예산 규모×100 - 출처: e-지방지표( <a href="http://kosis.kr">http://kosis.kr</a> )
총 가구 수	- 정의: 1인 또는 2인 이상이 모여 취사, 취침 등 생계를 같이 하는 가구 - 출처: 통계청, 인구총조사( <a href="http://kosis.kr">http://kosis.kr</a> )
1인 가구 수	- 정의: 1인이 독립적으로 취사, 취침 등의 생계를 유지하는 가구 - 출처: 통계청, 인구총조사( <a href="http://kosis.kr">http://kosis.kr</a> )
알코올 중독자 수	- 정의: 알코올 중독 코드(F10-19)로 진료받은 환자 수 - 출처: 건강보험공단 맞춤형 DB 자료 분석
정신의료기관 수 및 병상 수	- 정의: 국내의 국공립 정신의료기관 수 - 출처: 국립정신건강센터 내부 자료
정신건강복지센터 수(기초), 중독관리 통합지원센터 수	- 정의: 기초정신건강복지센터 수 및 중독관리통합지원센터 수 - 출처: 보건복지부(2017). 2017 정신건강사업안내
고위험음주율	- 정의: 1회 평균 음주량이 남성 7잔, 여성 5잔 이상이며, 주 2회 이상 음주한 비율 - 출처: 보건복지부·질병관리본부.(2016). 지역건강통계 한눈에 보기

본 연구에서 활용한 자료는 그 자료의 특성상 시·군·구 구분을 달리하고 있으나, 데이터베이스 구축에는 국민건강보험공단의 행정 구분을 활용하여 시·군·구별 정신건강서비스 제공 자원의 분포를 파악하였다. 국민건강보험공단 자료를 기준으로 한 이유는 지역별 정신건강서비스 제공

자원의 편차를 살펴보기 위해 실시한 클러스터링 분석에 국민건강보험공단의 진료정보를 활용하여 산출한 시·군·구별 알코올 중독자 규모가 포함되기 때문이다. 또한 수원시와 같이 하나의 시가 여러 개의 구로 구분되어 있고 각 구별로 지역사회 정신건강서비스 자원이 분포하는 지역들이 있지만, 알코올 중독자는 동일한 시·군·구에 있는 인프라를 사용하는데 제약이 없어 전문가 자문회의 이후 이런 지역들은 하나의 시·군·구로 통합하여 데이터베이스에 포함하였다.<sup>5)</sup>

#### 나. 알코올 중독 회복 지원 서비스 제공 자원 클러스터링 분석

지역사회 정신건강서비스 제공 자원 데이터베이스를 바탕으로 지역사회 알코올 중독 회복 지원 서비스 제공 자원의 편차를 살펴보기 위해 클러스터링 분석을 실시하였다. 클러스터링은 비지도적 학습(unsupervised learning) 방법으로, 관측값들 사이의 거리 또는 유사성을 이용하여 전체를 몇 개의 그룹 또는 군집으로 나누는 분석법이다. 군집으로 나누는 방법에는 계층적(hierarchical) 방법과 비계층적(nonhierarchical) 방법이 있다. 계층적 방법은 순차적으로 가까운 관측값을 묶어 주는 병합(agglomeration) 방법과 먼 관측값을 순차적으로 나누어 주는 분할(division) 방법이 있으며, 주로 병합 방법이 사용된다. 비계층적 방법은 산포를 나타내는 여러 가지 측도를 이용하여 이들 판정 기준을 최적화하는 군집 방법으로, 한번 분리된 개체도 반복적으로 시행하는 과정에서 재분류될 수 있다. 가장 대표적인 비계층적 방법은 k-means 클러스터링 방법이다. 이는 주어진 군집 수  $k$ 에 대하여 군집 내 거리제곱합을 최소화

5) 예를 들어 수원시 장안구, 팔달구 등으로 구분되어 있는 경우, 수원시로 통합하여 자원 현황을 파악하였음.

하는 것을 목적으로 한다. 모형 기반 클러스터링 방법으로는 가우시안 혼합모델(GMM: Gaussian Mixture Model)이 있다. 여기에서는 지역별 인구학적 특성(인구수, 우울증상 경험률, 가구 수, 알코올 중독자 수 등) 및 시설 인프라(국공립 정신병상 수, 중독관리통합지원센터 수, 정신건강복지센터 등)를 고려하여 지역별 클러스터 분석 및 특성을 비교하기 위해 데이터의 공분산구조가 반영된 가우시안 혼합모델을 분석 방법으로 선택하였다.

본 연구에서는 시·군·구 단위의 인구사회경제학적 특성과 중독 예방 및 관리 기관 및 시설 인프라를 중심으로 시·군·구 229개 지역을 클러스터링하여 특성 분석을 하였다.

#### 다. 지역사회 알코올 중독 회복 지원 서비스 제공 실무자 대상 조사

본 연구는 지역사회 알코올 중독 회복 지원 서비스 연계 현황 파악 및 개선 과제 도출을 위해 앞서 살펴본 이용자(당사자 및 보호자) 조사뿐 아니라 지역사회 내에서 실제 알코올 중독 회복 지원 서비스를 제공하는 실무자<sup>6)</sup> 대상 조사 역시 실시하였다. 실무자 대상 조사는 본 연구에서 살펴보고자 하는 연계인 중독 관리 체계 사이, 중독 관리 체계와 유사한 기관 사이의 연계를 모두 살펴보기 위하여 다음의 실무자들을 대상으로 개발된 조사표를 이용하여 서비스 제공기관 실무자를 대상으로 전수조사를 하였으며, 그 결과를 분석하였다.

6) 본 연구에서 의미하는 실무자는 향후 제5장에서 제시한 지역사회 알코올 중독 회복 지원 서비스 제공 주체에서 근무하고 있는 실무자 전체를 의미함. 본 연구에서는 알코올 중독 회복 지원 서비스 제공 주체별 실무자 구분이 필요한 경우 중독관리통합지원센터 실무자는 중독관리센터 실무자로, 정신건강복지센터 내 근무하는 실무자는 정신건강복지센터 실무자로 구분하여 표기하였음.

## 1) 조사 대상 및 조사 방법

본 연구에서는 지역사회 중독 관리 체계 사이 연계 현황과 문제점을 파악하고, 지역사회 중독 관리 체계와 지역사회 내 유관 자원들의 연계 체계를 살피고자 지역사회의 중독 회복 지원 서비스 제공 실무자를 대상으로 조사표를 이용한 조사를 실시하였다.

중독 예방 및 관리 서비스를 제공하는 기관의 실무자를 대상으로 한 조사는 2018년 9월에 있었다. 중독관리통합지원센터 49곳 및 전국 228개 기초 정신건강복지센터 중 알코올 중독 회복 지원 서비스를 제공하고 있다고 응답한 기초 정신건강복지센터 75곳의 실무자이다.

조사는 웹 기반 설문조사 방식으로 진행되었으며, 중독관리통합지원센터의 경우 인력별로 연계를 맺고 있는 내용과 기관이 다를 수 있다는 전문가 자문회의의 결과를 존중하여 실무자 개인 단위의 조사가 이루어졌다. 정신건강복지센터의 경우, 기관당 평균 1명 정도의 인력이 중독 예방 및 관리 사업을 담당하고 있다는 전문가 자문회의의 결과에 따라 기관별로 조사가 이루어졌다.

## 2) 조사 내용

- 기본정보: 성별, 연령대, 전공 분야, 정신보건 전문요원 여부, 근무 기간, 근무 형태, 사례관리 대상자 수 등
- 업무 관련 문항: 담당 업무, 업무의 우선순위
- 회복 관련 문항: 회복의 의미
- 알코올 중독 예방 및 관리를 위한 지역사회 연계 문항
  - 교육 및 캠페인 활동

- 상담, 중재, 재활을 위해 사례를 의뢰하는 기관, 시설, 단체
  - 위기/응급 개입 및 치료 연계를 위해 연계를 맺고 있는 기관 및 시설, 단체
  - 직업재활(직업훈련, 교육, 취업 지원, 직업 알선 등)을 위해 연계를 맺고 있는 기관 및 시설, 단체
  - 치료나 직업재활 이외 알코올 중독자의 회복을 위해 연계를 맺고 있는 기관 및 시설, 단체
  - 알코올 중독 회복 지원을 위해 지역사회 내 유관 기관으로 구성되어 있는 협의체
- 기타 문항: 지역사회 알코올 중독 예방 및 관리를 위한 연계 자원의 충분 여부, 어려운 점, 자원 연계 활성화를 위한 우선순위

### 3) 분석 방법

설문조사를 통해 취합된 알코올 중독 서비스 제공자의 서비스 제공 경험은 빈도 분석과 더불어 사회 네트워크 분석 방법 중 자기 중심적 네트워크 분석 방법을 활용하여 분석하였다.<sup>7)</sup> 자기중심적 네트워크 분석은 분석의 초점이 되는 개인, 즉 자아(ego)가 인지하는 연결망으로서 무작위로 추출된 응답자를 중심으로 응답자의 정보를 통해 표현되는 연결망을 의미한다(김옥일, 2008). 따라서 본 연구에서 활용한 자아 중심적 네트워크는 알코올 중독 회복 지원서비스 제공자의 지역사회 네트워크의 모든 관계를 분석하는 것이 아니라 피조사자인 서비스 제공자 주변에 1차의 관계를 가지고 있는 타자로 구성된 네트워크를 중심으로 몇 개의 주요 범주들에 대해 피조사자(제공자)가 어느 정도의 관계를 가지고 있는가에 주

7) 방법론에 대한 설명은 김용학(2006)을 참고하여 작성하였음.

목하여 분석하는 것이다. 따라서 제공자가 가지는 네트워크 간의 관계는 제외한다. 즉 자아 중심적 연결망 자료의 경우에는 무작위로 추출된 응답자들로부터 그들이 소속된 집단의 구성원 가운데 가까운 사람을 순서대로 밝히도록 하여 드러나는 연결망으로 구성되기 때문에 응답자가 제공한 정보를 통해 연결망을 구성할 수는 있지만 응답자 이외의 관계에 대한 연결망 구조는 확인할 수 없다는 단점을 가지고 있다. 그러나 자아 중심적 연결망 분석은 비교적 많은 자료를 용이하게 확보할 수 있다는 장점을 가진다(김용학, 2006).



제 2 장

사회연결망 기반 중독  
회복 지원에 대한 개념 이해

제1절 주요 개념 이해

제2절 선행연구 고찰



# 2

## 사회연결망 기반 중독 << 회복 지원에 대한 개념 이해

### 제1절 주요 개념 이해

#### 1. 중독

중독은 다양한 영역에서 발생 가능하며, 흔히 4대 중독으로 불리는 알코올 중독, 약물 중독, 인터넷 중독 및 도박 중독 등 다양한 중독 문제가 존재한다. 다양한 중독 영역뿐 아니라 앞서 언급한 것처럼 중독 예방 및 관리 서비스를 제공하는 주무부처가 상이하고, 서비스 전달체계가 달리 구성되어 운영되는 상황에서 모든 중독 영역을 아우르는 데는 한계가 있다. 따라서 본 연구에서는 중독 영역 중 유병률이 가장 높고, 그동안 보건복지부에서 중독 예방 및 관리 서비스의 대표적인 중독 영역으로 삼은 알코올 중독에 초점을 두고 연구를 진행하였다.

약물 및 알코올 등 향정신성 물질과 관련한 중독은 선호하는 물질을 반복적으로 사용하는 것과 관련이 있다. 알코올 중독은 주기적 또는 만성적, 강박적인 음주 특성을 보이며, 자발적으로 음주행동을 바꾸거나 금주를 하는 데 어려움이 있다. 또한 내성이 뚜렷하며, 음주를 중단하면 금단 증상이 자주 발생한다(WHO, 1994, p. 6). 세계보건기구(WHO)는 위와 같이 중독의 용어에 대해 개념 정의를 내리고 있기는 하지만, '질병 및 건강관련문제 국제진단기준(ICD-10)'의 진단용어로 사용하지는 않는다. 미국정신의학회(APA)의 '정신장애의 진단 및 통계 편람 제5판(DSM-5)'도 마찬가지다. DSM-5는 알코올을 포함한 10개 약물에 대해 물질관련장애

(substance-related disorders) 진단 기준을 제시하고 있다(APA, 2013). 물질관련장애는 물질사용장애와 물질로 유발된 장애로 재구분되며 통제력 상실, 사회적 손상, 위험사용, 약리적 기준에 따라 경도(mild), 중도(moderate), 심각(severe) 수준으로 진단한다. 전문가들은 중독의 의미가 모호하고 국제적으로 합의된 바가 없으며, 용어 자체에 부정적 의미가 내재되어 있으므로 중독 대신 의존(dependence)이나 물질사용장애(substance use disorders)를 사용하도록 권고하고 있다(APA, 2013; WHO, 2003).

위와 같이 정신의학 임상 분야에서는 중독이라는 용어를 의존, 물질사용장애, 남용, 오용 등과 구분하려고 하지만 제도, 정책, 서비스제공 등 현실적인 사안에서는 중독이 사회적 용어로 일반화되어 통용되고 있다. 특히 게임 중독, 스마트폰 중독 등 행위중독이 현대인들의 일상이 되면서 중독이라는 용어가 더욱 대중화되었다. 특히 본 연구와 같이 알코올 문제가 있었던 경험자로부터 자료를 수집하는 실증연구는 정신의학적인 진단 기준보다는 사회적으로 통용되는 중독의 개념을 사용하는 것이 타당해 보인다. 이에 본 연구는 알코올 중독의 개념을 강박적 음주, 통제불능 등 사회적으로 통용되는 의미를 포괄하는 광의의 개념으로 정의하고 연구를 수행하였다.

## 2. 회복

정신건강 분야의 회복 개념은 1930년대부터 서서히 등장하였으며 1980년대 후반 당사자들에 의해 보다 뚜렷하게 정의내리기 시작하였다(Onken, et al., 2007; Ralph, 2000). 당사자들과 더불어 많은 전문가들이 회복 개념을 정의하고자 시도해 왔으나 철학적인 의미까지 회복 개

편에 내포되면서 단일한 문장으로 회복을 정의하기에는 여전히 많은 한계가 있다. Slade(2009)는 정신건강의 회복을 객관주의적인 임상적 회복과 구성주의적인 개인적 회복으로 구분하여 설명하며, 특히 주관적으로 인식되는 개인적 회복을 강조하였다. 개인이 인식하는 개별화된 회복은 그 의미가 다양하게 해석될 수 밖에 없다. 그럼에도 불구하고 많은 연구자들은 정신건강 회복의 공통적인 요소, 과정, 차원 등을 탐색하려고 시도하였다. 선행연구에 의하면 정신건강 영역에서 회복은 개인적 차원에서 희망, 주체감, 의미와 목적, 지각과 가능성, 대처기술, 치유, 웰빙, 번영 등의 요소를 포함하며, 사회체계와의 교류차원에서는 사회적 기능과 역할, 권력, 의미있는 선택 등을 포함한다. 그리고 지역사회 차원에서 사회적 연결감/관계, 사회적 상황/기회, 사회통합 등이 기반되어야 개인의 완전한 회복이 실현될 수 있다(OnKen, et al., 2007).

20세기 중반 익명의 알코올 중독자 모임(AA) 및 12단계 프로그램에서 회복 용어의 사용이 시작되었다는 점을 고려하면 알코올 중독 회복 역시 정신건강의 회복 개념과 맥락을 같이한다고 볼 수 있다(Adeponle et al., 2012; Galanter, 2007). 익명의 악콜중독자 모임인 AA는 알코올 중독 회복을 인지적, 정서적, 행동적, 그리고 영정 재건이 핵심이라고 언급하였다(AA, 1939). AA는 단순히 음주를 중단하는 것에서 나아가 회복을 유지하고 화학적인 단주에서 정서적인 단주까지 포괄하는 것으로 회복의 의미를 확대해 나갔다(el-Guebaly, 2012; Wilson, 1958). 한편 미국중독의학협회(ASAM, 1982)는 완전히 편안한 단주와 같은 신체적, 심리적 건강 상태를 회복이라고 설명하며 알코올 중독의 증상과 징후로부터 자유로워지는 것이라고 언급하고 있다. 일부 연구자들은 회복을 삶의 방식을 변화시켜 나가는 과정으로 설명한다. White(2007)는 알코올 중독 회복이란 알코올 중독자와 가족, 그리고 지역사회가 내외적 자원을 활용하

여 알코올 중독으로 인한 상처를 치유하고 알코올 중독에 의한 지속된 취약성을 적극적으로 관리함으로써 건강하고, 생산적이며 의미있는 삶을 만들어 나가는 경험이라고 정의하였으며, Laudet(2007)은 새로운 삶을 위한 지속적인 성장의 과정으로 회복의 의미를 해석하였다. 알코올 중독의 회복 역시 정신건강 회복의 개념과 마찬가지로 그 의미가 매우 포괄적이지만, 선행연구 검토 결과 알코올 중독의 회복은 단순히 음주를 중단하는 것을 넘어 술로부터 완전히 자유로운 신체적, 심리적 건강상태, 그리고 새로운 삶의 방식을 찾아가는 성장 과정으로 이해할 수 있다.

### 3. 사회연결망

본 연구에서는 중독 당사자와 가족, 중독 회복 지원 서비스를 제공하는 실무자가 중독 회복 과정(중독자의 경우 중독에 이르는 과정)에 가지고 있는 관계 특성을 파악하기 위해 사회연결망이라는 개념을 활용하고 있다. 기존 연구들은 중독 문제를 이해하기 위해 사회연결망을 중요하게 바라보고 있다(이동수 외, 2007). 특히 본 연구의 초점이 되는 알코올 중독의 경우 기존 연구들은 음주가 관대한 한국의 문화와 사교를 위한 주요 수단으로서의 술을 언급하면서(양수 외, 2003; 주영준, 2009) 중독으로 이르는 과정에 사회연결망이 중요한 역할을 한다고 보고한다. 또한 이와 반대로 중독자들이 회복에 이르는 과정에서도 치료자, 단주모임(AA) 등 자조모임과 같은 사회연결망들이 중요한 역할을 한다고 보고한다(Litt, 2007).

이처럼 중독 문제를 바라보는 데 중요한 개념으로 등장하는 사회연결망은 무엇을 의미하는가? 기본적으로 사회연결망은 사회적 이슈, 사회적 현상, 법 제도, 개인 및 집단에 이르는 다양한 단위가 서로 관계를 가지고 이끌리는 관계성을 의미한다(김용학, 2006). 이러한 상호 관계성에 의해

만들어지는 관계 구조를 의미하기도 한다.

개인, 집단 혹은 사회가 가지는 상호작용적 관계성에 기반을 둔 사회연결망은 기존 중독 관련 연구에서 주로 사회적 지지나 사회적 자본과 혼용되어 활용되어 왔다. 사회적 지지와 사회적 자본, 사회연결망 모두 관계성을 이야기하다 보니 다수의 연구에서 이들 개념을 혼용하여 사용하고 있는 것으로 보인다. 본 연구에서 이들 개념을 명확하게 구분하여 제시하기는 제한적이나 선행연구들을 검토하는 과정에서 파악한 사회적 지지와 사회적 자본의 개념은 다음과 같다.

우선 Cobb(1976)는 사회적 지지를 관계의 연결망 속에 자신이 존재한다는 것을 믿고 인식하게 해 주는 정보라고 정의한 바 있다. 즉 사회연결망을 통해 사회적 지지가 형성되고 강화된다고 언급했다. 이처럼 사회적 지지의 개념은 사회연결망의 개념처럼 중립적인 가치를 가지나, 실제 다수의 국내 연구들은 사회적 지지를 주로 개인이 가지고 있는 연결망의 기능과 역할에 대한 개인의 인식, 곧 인지적 지지 수준으로 측정하여 활용하고 있거나, 얼마나 많은 사람과 관계를 맺고 있는지 그 규모(주로 명수로 측정)를 파악하는 데 활용하고 있다. 또한 사회적 지지는 사회연결망에서 강조하는 상호작용성을 내포하는 개념인데, 대체로 어떠한 도움을 얼마나 받았는지에 대한 수혜에만 국한되어 활용되고 있다(김미령, 2005; 김재우, 2015).

사회적 자본의 개념 역시 사회연결망, 사회적 지지에서 강조하는 상호성, 관계성을 강조하고 있으며, 구성원 간 신뢰, 사회에 대한 신뢰를 포괄하는 광범위한 개념이다(Coleman, 1988; Putnam, 2004). Putnam(2004)은 사회적 자본을 공동체 유지를 위한 기제로 정의하면서, 상호 이익을 증진시키기 위한 네트워크, 규범, 사회적 신뢰를 가진 공동체의 특성이라고 언급하였다. 앞서 살펴본 사회적 지지가 주로 개인 단위의 개념이라면 퍼

트넘이 정의하는 사회적 자본은 주로 공동체 단위에서 논의되어 왔다는 것에 차이를 가진다(Putnam, 2004). 물론 사회적 자본 역시 개개인이 가지는 네트워크, 상호성, 신뢰도 등과 같이 개인 단위에서 활용되기도 한다(White, 2002). 개인 단위 연구에서 사회적 자본의 개념을 활용한 다수의 국내 연구들은 주로 개인이 가지는 관계의 규모(주로 명수로 측정), 개인이 소속되어 있는 공동체의 유형, 구성원에 대한 신뢰나 지역에 대한 신뢰로 측정하여 활용하고 있다(김자영, 김두섭, 2013; 김준홍, 2010).

이처럼 사회연결망, 사회적 지지, 사회적 자본의 개념은 명확하게 구분하기는 어려우며, 각 개념 역시 합의된 정의가 있다고 보기 어렵다(김미령, 2005). 이 개념 간 관계 역시 연구들마다 다르게 설정하고 있는데, 일부 연구는 사회적 지지를 가장 광범위한 개념으로 보고 있으며, 일부 연구는 사회적 자본을 가장 광범위한 개념으로 보기도 한다.

개념에 대한 명확한 구분의 어려움과 더불어 그동안 국내 연구들이 활용해 온 사회적 지지와 사회적 자본의 개념들과 측정 방식들이 개인이 가지는 관계성의 특성과 관계 간 상호작용을 적절히 설명해 주지 못한다는 비판들이 존재해 왔다(김미령, 2005; 천의영, 2010). 이와 더불어 사회연결망 분석 방법론이 부상되면서 사회연결망이라는 개념이 주로 활용되기 시작하였다. 사회연결망의 개념은 분석기법과 결합되면서 개개인이 가지는 관계성의 특성 및 관계 간의 상호작용을 파악하는 데 주로 활용되고 있다.

본 연구에서는 구체적으로 중독자 및 서비스 제공자가 누구와 관계를 가지는지, 그 대상과 얼마나 자주 접촉하고 그 대상이 어떠한 특성을 가지는지를 파악하고자 한다. 또한 중독자의 경우 그 대상이 중독 및 회복에 이르는 과정에 얼마나 도움을 주는지, 어떠한 도움을 주는지 등을 파악하고자 한다. 비록 본 연구에서 보고자 하는 이 관계성은 사회적 지지

와 사회적 자본의 개념을 포함하고 있으나 중독자 개개인 및 중독 회복 지원 서비스 제공자가 가지는 관계성의 특성과 구조와 더불어 관계간 상호작용을 파악하는 데 주안점을 두어 진행하였기 때문에 사회연결망이라는 개념을 일관적으로 활용하였다.<sup>8)</sup>

## 제2절 선행연구 고찰

본 절에서는 앞서 살펴본 개념에 근거하여 알코올 중독의 회복 경험은 어떠한 것인지, 이러한 중독 및 회복 경험에 사회연결망은 어떤 구실을 하는지 살펴보았다.

### 1. 알코올 중독 회복 경험에 관한 연구

국내 알코올 중독 회복 경험에 관한 선행연구가 다수 수행된 바 있다. 천덕희(2010)는 알코올 중독자가 단주모임(AA)을 통해 회복해 나가는 경험들을 연구하며, 그들 경험의 일반적 구조와 구성 요소를 ‘본질을 깨달음’, ‘자기 인식’, ‘삶의 방식의 변화’, ‘나를 수용하고 발전시킴’이란 네 가지 요소로 제시하였다. 결론적으로 단주모임의 회복철학 핵심인 영적 각성에 기반하여 모임을 통해 회복해 나가는 경험의 도식적 구조를 제시했다. 그 외 단주모임이 알코올 중독자의 회복에 미치는 영향에 대해 제언하였다. 첫째, 입원 초기부터 적극적인 AA를 통한 치료적 개입이 단주 유지와 회복에 영향을 미칠 수 있다고 보았다. 둘째, 단주모임 멤버십을

8) 또한 본 연구에서 활용하는 분석 방법 중 사회연결망 분석이 포함되기 때문에 보고서에서 여러 용어를 혼용하여 사용하기보다는 사회연결망이라는 용어를 일관적으로 활용하였음.

통해 스스로의 역량을 강화하는 임파워먼트 원리를 발휘하고 있으며, 셋째, 병원 입원 중 병행 참여한 단주모임 프로그램은 단주의 촉발 요인이 되어 그 중요성이 더욱 강조된다고 보았다. 자신들의 경험담을 나누는 것 자체가 회복 요인이 된다고 보았다. 즉, 지속적인 회복 단계에서 단주 유지를 위해서는 내적 자기 신뢰, 관계 형성, 상호 의존이 중요하며, 단주모임은 자신의 중독적 사고체계를 들여다보고 깨닫는 데 도움이 된다는 것이다. 입원 치료 중 단주모임 접촉, 단주모임 멤버십, 단주모임과 치료 프로그램의 병행, 단주모임 12단계 실천, 단주모임 원칙의 내재화와 영적 통합, 단주모임 경험담을 통한 인지, 행동, 영적 태도의 변화가 알코올 중독 회복에 영향요인이 된다고 설명하였다.

〈표 2-1〉 AA를 통한 알코올 중독 회복 과정

구성 요소		하위 구성 요소
1	깨달음	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 진행성영적 질병을 이해하게 됨</li> <li>· 성격적 결함을 알게 됨</li> <li>· 중독적 사고를 발견함</li> <li>· AA의 필요성을 알게 됨</li> </ul>
2	자기 인식	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 중독자들 속에서 같은 나를 발견함</li> <li>· 수치스러운 과거의 이야기를 토해냄</li> <li>· 나아질 수 있다는 힘과 희망이 생김</li> <li>· 나를 일으켜 세움</li> </ul>
3	삶의 방식의 변화	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 단주 생활</li> <li>· 중독자 아닌 사람과의 관계가 연결</li> <li>· 다른 중독자를 도움</li> </ul>
4	나를 수용하고 발전시킴	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 나를 찾기 위해 지속적인 AA 참여</li> <li>· 있는 그대로의 나를 보게 됨</li> <li>· 나를 바로잡아 가는 과정</li> </ul>

자료: 천덕희.(2010). A.A.를 통해 회복중인 알코올 중독자들의 경험에 관한 연구, 송실대학교, 서울, p. 50.

정재현(2018)은 특히 노숙인의 알코올사용장애 회복 경험을 연구하였다. 연구에 의하면 ‘비인간적인 삶’에서 ‘인간적인 삶’으로 나아가는 과정

이 바로 회복의 과정임을 설명하고 있다. 인간다움을 잃어 가는 삶, 인간답지 못한 삶과 밀착된 알코올 중독 생활에서 점차 알코올 중독을 삶에서 밀어내고 분리되며 결국 인간이 되어 가는 삶, 인간다운 삶을 경험하며 전인적 회복을 맞는다고 분석하였다. 그러한 과정에서 특히 중간 단계인 ‘밀어냄’의 단계에서 지역사회 서비스 이용이 회복 시작의 포인트가 되었다.

이운정(2016)은 알코올 중독 입원 환자의 회복에 대해 양적 연구를 수행하였다. 연구 결과, 알코올 중독의 회복은 개인요인 중 자아존중감과 금주 자기효능감, 가족요인 중에서는 가족의 지지, 그리고 사회환경적 요인 중에는 자발적 입원, 사회적 지지, 치료공동체 프로그램 환경이 유의미한 영향요인으로 분석되었다.

박은주(2010)의 연구에서, 알코올 중독자의 회복에 영향을 미치는 요인은 개인의 자아존중감 증 조절 능력과 긍정적 자아상 영역이 유의미한 영향요인으로 나타났다. 개인의 일반적 특성이나 사회적 지지는 알코올 중독자의 회복에 유의미한 영향을 주지 않는 것으로 분석되었다.

## 2. 알코올 중독자가 가지는 사회연결망

선행연구는 알코올 중독 문제 자체가 사회적 영향을 많이 받는 문제라고 언급하면서 사회연결망이 중독 문제를 이해하고 예방, 관리하는 데 영향을 미친다고 언급한다(Valente, Gallaher, and Mouttapa, 2004). 선행연구들은 중독자가 가지는 사회연결망의 규모와 다양성이 중독자가 아닌 사람들이 가지는 것보다 작다고 보고하면서(Mowbray, Quinn, and Cranford, 2014), 중독자가 가지는 사회관계망의 다양성이 중독 상태를 보여 주는 주요한 요소라고 보고한다. 즉, 중독자가 가지는 사회관계망이 확대되고 다양한 환경, 상태에 놓인 사람들이 중독자의 관계망에

포함되면 그것이 중독에서 회복으로 넘어가는 과정으로 이해할 수 있다는 것이다.

또한 선행연구들은 끼리끼리 모인다(Bird of a feather flock together)는 말을 언급하며 주위에 술을 마시는 사람들이 많거나(Windle, 2000; Meisel, Clifton, MacKillop and Goodie, 2015), 술에 관대한 태도를 가지는 사람들이 많은 가정, 직장, 또래 환경에 노출되어 있을수록(Valente, Gallaher, and Mouttapa, 2004), 개인이 가지고 있는 사회연결망 중 가장 친밀한 관계에 있는 사람이 중독인 경우(Shen, Assanangkomchai, Liu, Cai, Li, Tang, Shen, McNeil, and chongsuvivatwong, 2018) 중독을 경험할 확률이 높다고 보고한다.

그리고 선행연구들은 가족이 있는 것 자체와, 중독자가 가지고 있는 사회연결망 중 정서적 지지를 보여 주는 사람이 있는지 여부가 중독 회복에 긍정적인 요인으로 작용한다고 보고한다(MacDonald, Luxmoore, Pica, Tanti, Blackman, Catford, Stockton, 2004; Shen, Assanangkomchai, Liu, Cai, Li, Tang, Shen, McNeil, and Chongsuvivatwong, 2018). 기존 연구들은 회복에 대한 지지를 해 주는 존재가 있고, 그들로부터 지지 수준이 높을수록 지역사회 활동에 대한 참여나, 알코올 중독자 자조모임인 단주모임에 참여하는 등 회복 과정에 더 적극적으로 참여할 가능성이 높다고 언급한다(Stevens, Jason, Ram, and Light, 2015).

### 3. 서비스 제공자가 가지는 사회연결망

앞서 살펴본 것처럼 알코올 중독자가 가지는 사회연결망도 중요하지만 서비스 제공자가 가지는 사회연결망 역시 중독 회복 지원에 필수적이다. 서비스 제공자가 가지는 사회연결망은 주로 성공적인 중독 회복을 위한

중독자 중심의 통합적 서비스 제공 차원에서 논의되어 왔으며, 서비스 제공 실무자 개개인보다는 지역의 기관 간 네트워크 방식에서 연구되어 왔다(박경은 등, 2007; 손지현, 2016).

통합적 서비스는 하나의 기관 혹은 서비스 제공자를 통해 다양한 서비스를 제공하는 방식으로 이루어질 수도 있지만, 여러 기관들이 서로 네트워크를 구축하고 서로 간의 연계에 기반하여 통합적인 서비스를 제공할 수도 있다. 현실적으로 하나의 기관 혹은 제공자가 다양한 서비스를 제공하는 것은 제한적이다. 예를 들어 본 연구의 초점이 되는 중독관리통합지원센터가 중독자를 대상으로 사례관리 서비스를 제공하는 것 이외에 중독자가 가지는 주거, 직업 및 취업, 복지급여 수급 등에 대한 수요를 한 기관에서 모두 대응하기는 어렵다.

이러한 관점에서 다수의 선행연구는 기관 간 네트워크에 기반한 통합적 서비스를 강조하고 있다(Provan and Milward, 1995). 조직 네트워크에 대한 초기 연구들은, 조직 간 경쟁 구도를 벗어나 기관 간 협력, 연계, 활동의 조정을 통해 문제를 해결하는 데 드는 비용을 줄일 수 있고, 조직이 가지는 고유한 특징들을 보다 강화하는 데 조직의 역량을 집중시킬 수 있다고 언급한다(Williamson, 1985; Fleury and Mercier, 2002). 선행연구들은 조직 간 경쟁 구도가 발생할 수도 있는 민간 영리기관들이 아닌 어떠한 사회적 공통의 목표를 가지고 있는 조직들의 경우, 특히 보건과 복지 분야의 경우, 건강과 웰빙이라는 공통의 목표를 가지고 있으므로 협력, 연계, 조정이 더 수월하게 이루어질 수 있다고 보고 있다(Provan and Milward, 1995; 손지현, 2016). 이러한 기관 간 협력, 연계, 조정은 사례 의뢰(referrals), 사례관리(case management), 기관 간 연계 프로그램(Joint programs) 등의 방식으로 제공될 수 있다고 기존 연구들은 보고한다(박경은 등, 2007).

중독을 포함한 정신건강 문제에 대한 기관 간 네트워크를 살펴본 연구들을 고찰한 결과, 다수의 선행연구들은 기관 간 협력, 연계, 조정에 기반한 통합된 서비스가 성공적으로 대상자들의 회복을 지원할 수 있게 하려면 네트워크의 견고성, 각 기관의 서비스 제공 안정성, 자원의 충분성이 뒷받침되어야 한다고 강조하였다(Provan, Isett, and Milward, 2004; 장연진, 2013). 초기 연구인 Provan & Milward(1995)에 따르면 지역 사회 내 정신건강서비스 제공 주체와 복지서비스 제공 주체 간 연계에 바탕을 둔 서비스들이 제공되면 정신의료기관에 있는 정신질환자들이 지역 사회로 나올 것이라는 기대가 미국에서는 1960년대부터 존재했던 것으로 나타났다. 하지만 지역사회에 대한 충분한 예산 지원 부족, 의료기관 퇴원 이후 지역사회 기반 서비스 제공주체로의 원활하지 않은 연계 등으로 인해 이러한 시도는 성공적이지 않았다고 보고했다(Provan and Milward, 1995). 또한 선행연구들은 다양한 기관들이 네트워크에 포함되어 있기 때문에 이들 기관을 조정해 줄 기관이 필요하고, 주로 지역사회의 공공 행정조직이 기관 간 균형을 잡는 조정자 역할을 할 수 있다는 점을 언급하기도 했다(Oliver, 1991; Provan, Isett, and Milward, 2004; Fleury, 2005).

#### 4. 중독 치료와 치료체계

WHO(1998, p. 3)는 중독 치료를 정의할 때 광의의 재활 개념을 적용하여 '물질 사용으로 말미암아 문제를 가진 사람에 대해 판별, 원조, 건강 돌봄, 사회적 통합을 꾀하기 위한 포괄적인 접근 방법'으로 중독 치료를 개념화하였다. 중독 치료는 물질 사용자가 건강서비스 제공자 및 지역사회 서비스에 접촉하면서부터 시작되는 과정이며, 가장 높은 수준의 치료

목표인 건강, 웰빙을 달성하기 위해 일련의 연속적인 치료 개입이 시도될 수 있다(WHO, 1998). 이에 따라 중독 치료의 주요 목표는 첫째, 물질 의존도를 낮추고, 둘째, 물질 사용으로 인한 질병 및 사망률을 감소시키고, 셋째, 물질 사용자가 자신의 신체적, 정신적, 사회적 능력을 최대화하고 서비스와 기회에 접근할 수 있도록 하여 완전한 사회적 통합을 달성하는 것에 있다고 제안하였다(WHO, 1998).

미국국립약물연구소는 중독은 가정, 직장, 지역사회 내에서 개인의 사회적 기능과 관련이 있는 복잡한 질병이므로 치료는 위의 모든 영역을 포괄해야 한다고 언급하고 있다(NIDA, 2012, p. 31). 중독 치료 임상 현장에서 널리 알려진 치료 모델의 하나인 미네소타 모델은 질병모델의 개념을 수용하며 두 가지 장기적인 치료 목표를 제시하고 있다. 그중 한 가지는 알코올 사용을 중단하는 것이며, 다른 한 가지는 생활양식의 개선이다(Cook, 1988). 단주는 치료의 최종 성과라기보다는 회복의 기본이 되는 요구 조건 중 하나이며, 궁극적인 치료 목표는 중독자의 다차원적인 삶의 변화에 있다. 단주는 중독 치료의 일차적 목표이기는 하나 알코올 중독 치료의 목표가 단주만을 의미하는 것은 아니다.

중독 치료는 중독자 삶의 다양한 영역을 포괄하여 다루어야 하기 때문에 치료서비스의 내용과 범주도 매우 다양하다. NIDA(2012)는 포괄적인 중독 치료의 구성 요소로 정신건강서비스, 의료서비스, 교육서비스, 재정서비스, 가족서비스, 아동돌봄서비스, 직업교육서비스 등을 제시하고 있다. 치료 프로그램 유형에 따라 장기거주치료, 단기거주치료, 외래치료 등으로 구분하기도 한다.

이론적 측면에서는 다양한 중독·치료 모델이 중독의 원인을 바라보는 관점을 달리하므로 구체적인 치료 개입의 방향성 역시 상이하게 제시하고 있다(Miller, 2007). 예를 들면, 도덕 모델은 중독의 책임을 개인에게

두는 반면 의료 모델이나 질병 모델은 중독의 책임을 개인에게 두지 않는다. 뇌신경학적 변화, 생물학적 의존성 등을 강조하며 중독을 완치 불가능한 만성질환으로 간주한다. 그러므로 의사 같은 전문가에게 치료를 받으며 단주모임에 참여하고 동시에 약물처방의 도움을 받도록 한다. 단주모임(AA: Alcoholics Anonymous)과 같은 영적 모델은 질병 모델의 개념을 일부 수용하기는 하지만 중독을 영적인 공허함을 채우기 위한 행동으로 보고 중독행동의 직접적인 원인 제거보다는 영적 회복의 중요성을 강조한다. 심리학적 모델은 중독행동을 학습의 결여, 정신병리, 인지적 사고의 결함 등으로 가정하여 보상과 처벌, 자아기능의 증진, 인지치료 등을 통해 중독행동을 중단할 수 있다고 본다. 중독이 사회문화적 원인으로 말미암아 발생한다고 보는 사회문화적 모델은 특정 문화에 있는 사람이 더 많이 알코올 중독에 빠지는 점을 지적하며 새로운 하위 문화나 사회적 관계를 형성함으로써 중독행동의 변화를 꾀할 수 있다고 가정한다. 최근에는 한 가지 치료 모델보다는 다양한 모델을 절충하여 치료에 접목하는 통합적 접근 경향이 증가하고 있다. 신체·심리·사회·영적·복합 모델은 중독을 포함한 모든 만성질환에 대한 치료적 관점으로 기존 모델의 장점과 단점을 절충하여 포괄적인 치료적 개입을 시도한다(조근호 외, 2011, pp. 16-20; Fisher & Harrison, 2009, pp. 62-82; Miller, 2007, pp. 9-13).

체계적 측면에서 볼 때 건강서비스 및 돌봄 제공 체계는 공식 체계와 비공식 체계로 나누어 볼 수 있다(Mojtabai, Olfson, & Mechanic, 2002; Rickwood, Deane, Wilson, & Ciarrochi, 2005). 인간은 자신이 스스로 해결하기 힘든 어려움이 발생했을 때 친구, 가족과 같은 일상적 도움제공자(natural helpers)에게 가장 먼저 도움을 요청하고, 이들의 도움이 적절하지 않을 때 성직자, 전문가 등 공식적 체계에 도움을 구

한다(Hinson & Swanson, 1993). 특히 알코올 중독 영역에서 종교기관, 자조모임은 전문적인 치료서비스 제공 기관은 아니지만 공식적인 서비스 체계로서 알코올 중독자의 단주 및 회복을 지원한다. 자조집단은 치료서비스 분석에서 제외되는 경우도 있지만(Carlson et al., 2010; Oser et al., 2010), Pescosolido & Boyer(2010)는 자조집단도 조직화된 서비스 체계로 구분하였다. 현재 한국에서 단주모임과 같은 자조집단은 의료기관의 서비스와 연계되어 공식적 서비스를 제공하는 주요 사회체계로서의 역할을 하고 있다고 해도 과언이 아니다.

알코올 중독 치료의 목적은 궁극적으로는 삶의 질 향상에 있지만 알코올 사용자가 느끼는 치료서비스의 일차 목적은 단주에 있을 것이다. 즉 알코올 중독 치료서비스를 정의 내릴 때는 단주를 돕는 것에 치료의 일차 목적이 있음을 전제할 필요가 있다. 더불어 앞서 살펴본 바대로 알코올 중독 치료서비스 영역으로 자조모임이 치료서비스 체계에 포함될 수 있다는 것을 고려할 필요가 있다.



제 3 장

## 국내외 중독 회복 지원 체계 검토

제1절 국내 중독 회복 지원 체계 검토

제2절 해외 중독 회복 지원 체계 검토: 호주를 중심으로

제3절 소결



# 3

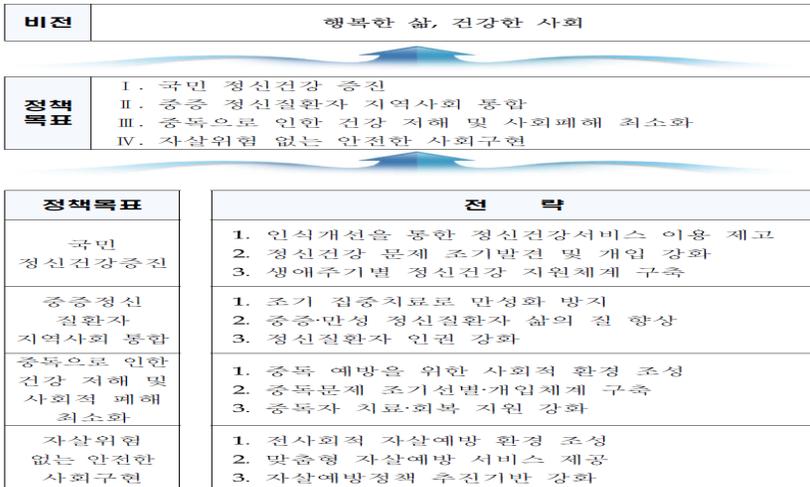
## 국내외 중독 회복 지원 체계 << 검토

### 제1절 국내 중독 회복 지원 체계 검토

#### 1. 중독 회복 지원을 위한 국내 정책

2016년 2월 관계부처 합동으로 발표된 정신건강 종합대책에서는 중독 예방 및 관리와 관련하여 ‘중독으로 인한 건강 피해 및 사회적 피해 최소화’라는 정책 목표를 제시하고, 이에 따라 1) 중독 예방을 위한 사회적 환경 조성, 2) 중독 문제 조기 선별 및 개입 체계 구축, 3) 중독자 치료 및 회복 지원 강화를 전략으로 수립한 바 있다.

[그림 3-1] 정신건강 종합대책의 비전, 정책 목표, 전략



자료: 관계부처합동(2016. 6. 25.). 행복한 삶, 건강한 사회를 위한 정신건강종합대책. p.7.

구체적으로 보면, 첫째, 정신건강 종합대책에서는 중독 예방을 위한 사회적 환경 조성 전략과 관련하여 중독 예방 교육 및 캠페인을 실시하고, 알코올에 대한 관대한 인식 개선, 범부처 중독 관리 협력체계 구축을 통한 중독 피해 인식 개선 사업을 제안하였다. 또한 중독 요인에 대한 접근성 제한과 적정 이용 가이드라인을 마련하고, 중독 물질 관리 강화, 새로운 중독 물질에 대한 대응력 제고 등 중독 위험 환경을 개선하고자 하는 활동들을 제안하였다.

둘째, 중독 문제 조기 선별 및 개입 체계 구축을 위해 대상별[생애주기별, 취약계층(독거노인, 노숙인, 사회취약계층 등)] 중독 선별 체계 강화, 중독 고위험군 대상 중재 서비스 제공에 필요한 지역사회 대응 연계 체계 강화와 고위험군 대상 개입 프로그램 개발 및 보급(예: SBIRT), 중독 관리 전문인력 양성 및 지역사회 배치를 제안하였다.

그리고 마지막으로 중독자 치료와 회복 지원을 강화하기 위해 근거 기반 진단 및 치료 지침 개발과 보급, 중독자 전문 치료기관 확충 및 내실화, 범법 중독자에 대한 치료 지원 강화 등 치료서비스 접근성 강화를 제안하였으며, 중독자의 회복 지원을 위한 지지체계를 마련하고자 지역사회 내 정신재활시설 등 재활 모델을 지원하고, 중독자 회복을 위한 지속적 사후 관리를 지원하는 것을 제안하였다. 종합대책에서 제시한 중독 예방 및 관리 정책 중 본 연구와 연관성이 높은 정책은 중독자 치료와 회복 지원 전략 중 중독자 회복 지원을 위한 지지체계 마련 사업들이다.

## 2. 국내 지역사회 기반 중독 회복 지원 모형

### 가. 중독관리통합지원센터

한국의 지역사회 기반 중독 회복 지원 정책은 2000년 알코올상담센터 시범사업 네 곳으로 시작한 이후 현재까지 지속되고 있다. 알코올상담센터로 시작된 중독 회복 지원 사업은 시범사업 형태로 운영되어 오다가 2003년 본 사업으로 전환된 이후 2013년까지 50곳으로 확대되었다. 2014년 중독 문제에 대한 통합 지원의 필요성이 높아짐에 따라 2014년 알코올상담센터에서 중독관리통합지원센터로 기능이 개편된 이후 현재까지 운영되고 있으며, 현재 전국에 중독관리통합지원센터 49곳이 운영되고 있다.

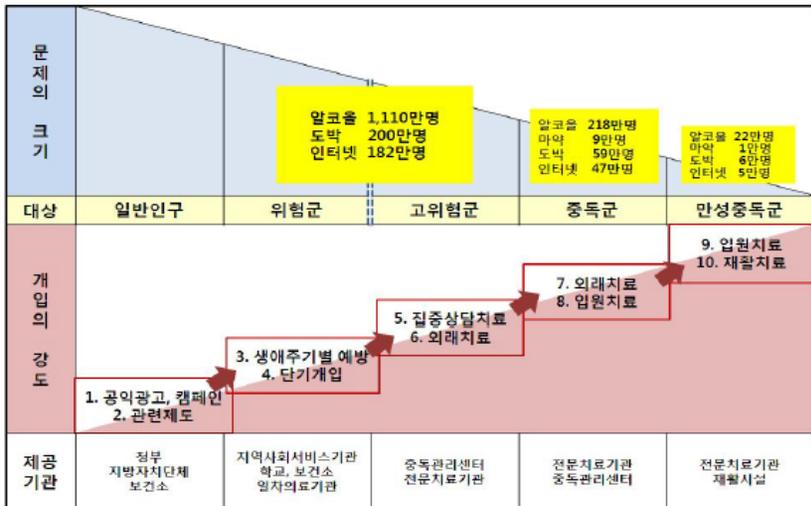
〈표 3-1〉 중독관리통합지원센터 연혁

연도	내용
2000	알코올상담센터 시범사업 4개소 시작
2001	알코올상담센터 시범사업 9개소로 확대
2002	알코올상담센터 시범사업 14개소로 확대
2003	알코올상담센터 17개소 운영 지원 및 본사업으로 전환
2004	알코올상담센터 17개소 운영 지원
2005	알코올상담센터 20개소 운영 지원
2006	음주 폐해 예방 및 알코올 중독 치료·재활 지원(알코올상담센터 26개소 운영)
2007	음주 폐해 예방 및 알코올 중독 상담·재활 지원(알코올상담센터 30개소 운영)
2008	음주 폐해 예방 및 알코올 중독 상담·재활 지원(알코올상담센터 34개소 운영)
2009	음주 폐해 예방 및 알코올 중독 상담·재활 지원(알코올상담센터 34개소 운영)
2010	알코올상담센터 41개소 운영
2011	알코올상담센터 43개소 운영 지원
2013	알코올상담센터 50개소 운영(14년 중독관리통합지원센터로 기능 개편)

자료: 보건복지부.(2018). 2018 정신건강사업안내, pp.4-8에서 발췌 정리.

그동안 지역사회를 중심으로 한 중독 예방 및 관리 서비스 전달체계를 구축하고자 하는 노력들이 꾸준히 있었으며, 이러한 기존 연구들은 지역사회 내 중독관리통합지원센터뿐 아니라 보건소, 일차 의료기관, 지자체 행정체계 등과의 네트워크에 기반해야 한다는 점을 공통적으로 강조해왔다. 구체적으로 보면, 2012년 진행된 국가 중독 예방·관리 정책 및 서비스 전달체계 개발 연구(이해국 외, 2012)에서는, 중독관리통합지원센터는 중독 고위험군에 대한 집중 상담 치료를 제공하고 의료기관에서는 외래나 입원을 통한 치료를 전담하고 보건소나 지역사회 내 유관 자원에서는 예방에 초점을 두는 모형을 제시한 바 있다. 즉, 중독의 위험도, 중증도에 따른 치료 개입의 강도와 개입 기관이 달라지는 것과 동시에 치료의 연속선상에서 예방, 개입, 치료, 재활이 이루어질 수 있도록 하는 모형을 제시하였다.

[그림 3-2] 중독 문제 중증도에 따른 치료 개입의 강도와 개입 기관



자료: 이해국 외(2012). 국가 중독예방관리 정책 및 서비스 전달체계 개발 연구. 보건복지부·가톨릭대학교 산학협력단. p. 33의 그림 9를 발췌하였음.

그리고 2017년도에 진행된 중독관리통합지원센터 서비스 전달체계 모형 개발(노성원 외, 2017) 연구에서는 중독관리통합지원센터의 역할과 기능에 대한 연구를 진행하면서, 현재의 제한된 중독 회복 지원 인프라로 1, 2, 3차 예방의 모든 기능을 하고 있는 중독관리통합지원센터의 문제를 지적하였다. 현재 중독관리통합지원센터의 운영 인력, 서비스 대상, 지역의 욕구에 대한 진단에 따라 센터의 역할과 기능, 업무가 달라질 수 있다고 언급한 바 있다. 이 연구에서는 모든 중독관리통합지원센터가 지역에서 필수적으로 해야 하는 사업들과 지역에 따라 선택하여 할 수 있는 사업들을 제시하였으며(표 3-2 참조), 제시된 필수사업들은 현재 중독관리통합지원센터에서 제공되고 있다.

〈표 3-2〉 중독관리통합지원센터의 필수 사업 및 선택 사업 구분

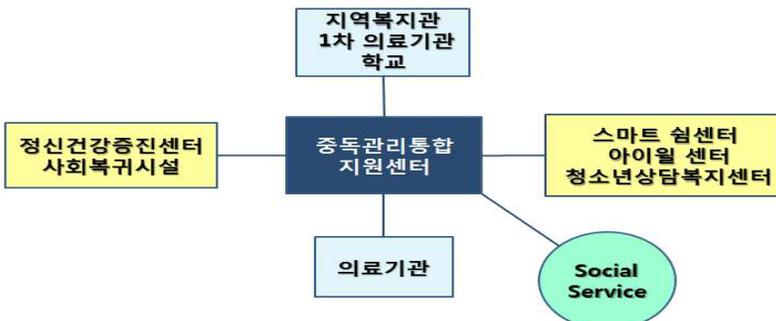
필수 사업	선택 사업
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 중독 예방 캠페인 및 교육 사업</li> <li>2. 중독 조기 선별 및 단기 개입 서비스 - 중독 고위험군 대상 중재 서비스 제공</li> <li>3. 중독질환 관리 사업: 위기 관리 서비스, 사례관리</li> <li>4. 지역사회 중독관리 연계 체계 및 사회 안전망 구축 사업(4인 이하 센터는 선택 사업)</li> <li>5. 중독 고위험군 관리 및 이동상담, 자원관리(6인 이하 센터는 선택 사업)</li> <li>6. 중독질환 가족 지원 사업(6인 이하 센터는 선택 사업)</li> <li>7. 지역 진단 및 기획, 연구 조사 사업(6인 이하 센터는 선택 사업)</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 인터넷 중독자 조기 선별 및 관리 사업(단기 개입, 사례관리, 재활 프로그램 등)</li> <li>2. 도박 중독 조기 선별 및 관리 사업(단기 개입, 사례관리, 재활 프로그램 등)</li> <li>3. 마약 중독 조기 선별 및 관리 사업(단기 개입, 사례관리, 재활 프로그램 등)</li> <li>4. 노숙인 등 취약계층 알코올 중독 사례관리 사업</li> <li>5. 가정법원 및 보호관찰소 상담 위탁 프로그램</li> <li>6. 치료명령제 대상자 치료 프로그램</li> <li>7. 직업재활 프로그램</li> </ol>

자료: 노성원 외(2017). 중독관리 통합지원센터 서비스 전달체계 모형 개발. 보건복지부, 한양대학교 산학협력단, p. 34.

노성원 외(2017) 연구에서도 지역사회 내 유관 자원간 네트워크를 구축하고, 이를 기반으로 한 통합적 관리 체계를 제안하였다(그림 3-3 참조). 지역사회의 중독 회복 지원의 주축은 중독관리통합지원센터가 가지

되, 정신건강 문제가 있거나 재활이 필요한 경우 정신건강복지센터와 사회복귀시설로 연계하고, 치료 개입이 필요한 경우 의료기관으로 연계하는 모형을 그리고 있다. 또한 예방 교육과 관련하여 지역복지관, 학교, 스마트 쉼센터 등과의 연계를 제안하고 있으며, 다양한 욕구를 가진 중독자의 문제에 대처할 사회서비스와의 네트워크도 강조하고 있다.

[그림 3-3] 중독관리통합지원센터 통합서비스 전달체계 모형

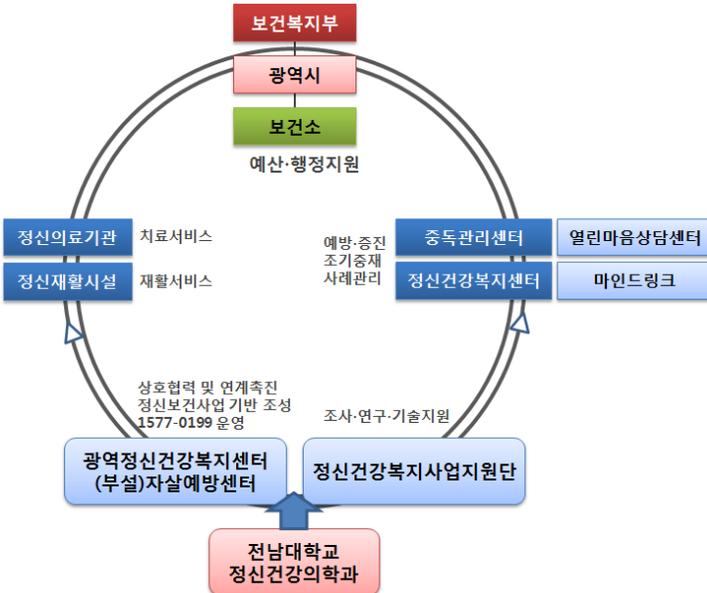


자료: 노성원 외.(2017). 중독관리 통합지원센터 서비스 전달체계 모형 개발, 정신건강기술개발사업단·한양대학교산학협력단, p.4의 그림 2를 발췌하였음.

## 나. 광주광역시의 모형

이처럼 전반적인 중독 회복 지원 서비스 전달체계를 고민한 연구들도 있지만 일부 지방자치단체는 지역에 특화된 중독 회복 지원 서비스 전달 체계 모형을 꾸려 운영 중이다. 대표적인 사례가 정신보건시범사업이 진행되고 있는 광주광역시의 모형이다. 광주광역시는 국가 정신보건 정책의 실현 및 효과적인 사업 모형 개발을 추진하기 위해 2012년부터 시범 사업을 진행하고 있다. 광주광역시의 정신보건 관리 체계는 다음 그림과 같이 광역시 내 정신건강 유관 자원과 연계하여 통합적인 서비스를 제공하는 데 목적을 두고 있다.

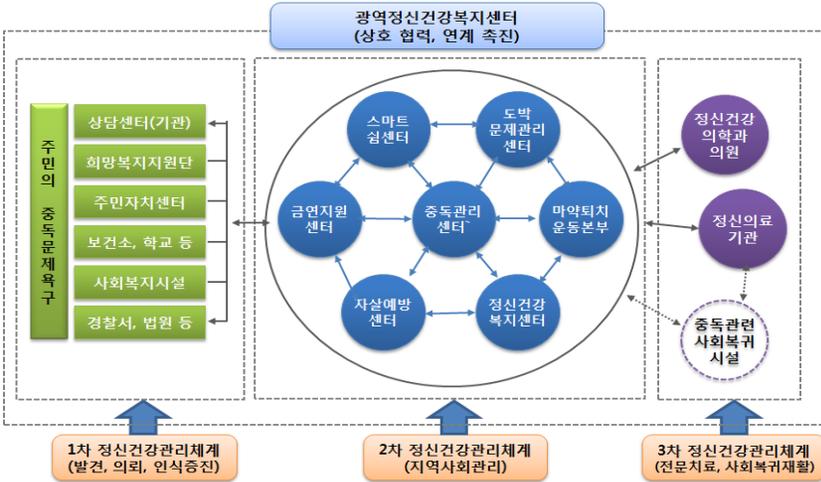
[그림 3-4] 광주 정신보건 관리 체계의 운영도



자료: 광주광역시·전남대학교병원(2018). 2012-2017 광주정신보건사업보고서. p. 8의 운영도를 발췌하였음.

광주광역시는 중독 예방 및 통합적 지역사회 중독 관리 사업을 위해 통합 중독 관리 체계를 구축하였으며, 그 내용은 다음의 그림과 같다. 중독 관리센터는 1, 2, 3차 예방을 모두 수행하는 것이 아닌 이해국 외(2012) 연구에서 제안한 것과 같은 2차 예방, 즉 집중 상담 치료 및 개입의 영역에 초점을 두고 서비스를 제공하는 모형이다. 1차 예방의 경우는 지역사회 유관 자원의 몫으로 남겨 놓고, 치료와 재활의 내용을 포괄하는 3차 예방 활동은 외래 및 입원 의료기관과 더불어 정신재활시설의 몫으로 기능하는 것을 제안하고 있다.

[그림 3-5] 광주광역시의 정신건강 관리 체계에 따른 통합 중독 관리



자료: 광주광역시·전남대학교병원(2018). 2012-2017 광주정신보건시범사업 보고서. p.53의 '정신건강관리체계에 따른 통합중독관리' 그림을 발췌하였음.

이 중 통합 중독 관리를 위한 조정 연계 촉진의 역할을 갖고 있는 광주 광역정신건강복지센터와 중독 회복 지원의 주축이 되는 중독관리통합지원센터의 역할과 기능을 살펴보면 다음과 같다(표 3-3 참조). 우선 광주 광역정신건강복지센터는 조정, 중재, 협력의 기능을 수행하며, 광주광역시 중독 관리 사업을 기획하고 자원 간 연계를 조정하고 촉진하는 역할을 하며, 중독 관련 사업 운영을 위한 매뉴얼 개발 및 중독 전문인력 교육·훈련도 담당한다. 광주광역시의 각 자치구에 설치되어 있는 중독관리통합지원센터의 경우 실제 서비스를 중독질환자 및 가족 대상으로 제공하고 있다. 개개인의 상황과 욕구에 따라 ISP(Individualized Service Plan)를 수립하고, 개입 및 사례관리를 제공하며, 필요시 입원 및 외래 치료와 연계하고, 퇴원 전 재원관리 서비스 역시 제공하고 있다. 또한 중독 조기 발견을 위한 지역 네트워킹과 더불어 중독자 가족 대상 지원 사업 역시 진행하고 있다.

(표 3-3) 광주광역시시의 모형

	광주광역시정신건강복지센터	중독관리통합지원센터(5개소)
기능	· 조정 · 중재 · 협력	· 중독질환자 및 가족 대상 통합서비스 제공
역할	· 광주광역시 중독 관리 사업 기획 및 조정 · 통합 광역 중독 관리 체계 개발 및 체계 간 연계 조정 및 촉진 · 중독관리센터 사업 수행을 위한 행정 지원 · 중독 관련 사업 운영을 위한 매뉴얼 개발 · 중독 관리 서비스에 대한 질적·양적 관리 · 중독 관련 연구 및 시범사업 시행 · 중독 전문인력 교육과 훈련	· 대상자 평가 및 서비스 계획의 수립 · 개별 특성에 따른 사례 개입 및 관리 · 입원 및 외래치료 연계와 사후관리 · 퇴원 전 재원관리 서비스 제공 · 조기 검진 및 평가, 정보 제공 · 조기 발견을 위한 지역 네트워킹 · 중독자 가족 지원 사업 · 지역 인적 인프라 구축 · 특화 프로그램

자료: 노성원 외.(2017). 중독관리 통합지원센터 서비스 전달체계 모형 개발, 정신건강기술개발사업단·한양대학교산학협력단, pp. 5-6.

#### 다. 서울특별시의 모형

서울특별시의 중독 회복 지원은 모든 자치구에 설치되어 있는 정신건강복지센터와 4개구에 설치되어 운영 중인 중독관리통합지원센터를 중심으로 이루어진다. 중독관리통합지원센터가 설치된 자치구의 경우 중독관리통합지원센터에서, 중독관리통합지원센터가 없는 자치구의 경우 정신건강복지센터에서 중독 회복 지원 서비스를 제공하는 구조이다. 서울시광역시정신건강복지센터는 중독 회복 지원서비스 제공과 관련한 광역 단위의 인력 양성 및 교육 사업을 진행하고 있으며, 특히 회복자 지원 상담가를 양성해 서울을 권역으로 구분하여 회복자 지원 상담가를 각 권역에 배치하고 정신건강복지센터 실무자들과 함께 중독 회복 지원 서비스를 제공하고 있다.

〈표 3-4〉 서울특별시의 모형

	정신건강복지센터	중독관리센터	광역센터
공통 업무	대상자 평가 및 서비스 계획의 수립		회의 운영 교육행정 지원
	자원 조정을 통한 협력적 개입 체계 구축		
	개별 상담을 통한 사례 개입		
	입원 및 외래치료 연계와 사후관리		
	지역사회 대상의 교육		
특화 업무	조기 발견을 위한 지역 네트워킹 전문직	사회 재활 프로그램 운영	건전 음주 희망 프로젝트 - 주취자 사업
	조기 검진 및 평가, 정보 제공	뇌과학 기반 중독 예방 교육	건전 음주 희망 프로젝트 - 취약계층 outreach사업
	권역별 특화 프로그램 공유		회복자 지원 상담가 양성 사업
			정신건강복지센터 중독실무자 교육사업

자료: 노성원 외.(2017). 중독관리 통합지원센터 서비스 전달체계 모형 개발, 정신건강기술개발사업단·한양대학교산학협력단, p. 6.

중독 회복 지원 서비스와 관련하여 정신건강복지센터와 중독관리통합지원센터에서는 대상자 평가 및 서비스 계획을 수립하여 사례 개입을 진행하고, 필요시 치료 연계와 사후관리를 제공할 뿐 아니라 지역사회 자원의 통합·협력적 개입 체계를 구축하는 작업을 공통적으로 수행한다. 특화 업무와 관련하여 정신건강복지센터는 조기 발견 및 조기 개입 활동에 보다 특화되는 업무들을 수행하고 있으며, 중독관리통합지원센터는 재활에 특화되는 업무를 수행하고 있는 것으로 나타났다.

## 제2절 해외 중독 회복 지원 체계 검토: 호주를 중심으로

본 연구에서는 해외 중독 회복 지원 체계를 호주를 중심으로 살펴보았다. 호주는 주마다 다른 중독 회복 지원 체계를 가지고 있었는데, 본 연구에서는 빅토리아주 사례를 중심으로 검토하였다.

인구 기준으로, 호주의 알코올과 약물(AOD: Alcohol and Other Drug) 문제는 개선되고 있는 것으로 보인다. 음주와 흡연은 1991년 이후 감소해 왔다(Australian Institute of Health and Welfare, 2014). 전반적으로, 비록 개인 약물 사용의 유병률은 변화하였지만 불법 약물 사용은 상대적으로 안정되어 왔다. 또한, 청소년의 첫 음주 연령이 올라가고 있으며, 호주 전역에서 알코올 소비량이 매일 줄어들고 있는 추세이다. 그러나 알코올과 약물 사용은 여전히 호주에서 질병 부담의 5% 이상을 차지하고 있으며 심장 질환, 사고와 부상, 정신 질환, 자살, 저체중, 과다 복용 및 혈액 매개 바이러스(BBV)에 영향을 줄 수 있다고 본다(Australian Institute of Health and Welfare 2014).

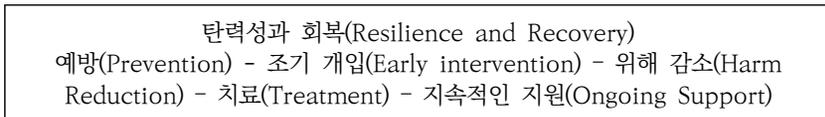
알코올과 약물은 호주 전역에서 예방 가능한 건강 및 기타 위해에 영향을 끼쳐 해마다 550억 달러 이상을 사용할 것으로 예상된다(Collins & Lapsley, 2008). 알코올과 약물 중독과 잘못된 사용은 질병의 부담에 대한 세계적인 위협요인이 되고 있으며, 또한 다른 만성질환과 재발을 불러올 수 있다(World Health Organization, 2012).

### 1. 빅토리아주 정부의 중독 관리 접근 방식

빅토리아 정부는 중독과 알코올과 약물의 잘못된 사용이 공공 문제이자 정신건강 문제라고 인식하였다. 예방이 가능한, 알코올과 약물로 말미

암은 피해를 줄이고, 빅토리아인의 건강과 복지 향상에 이바지하고자 다양한 알코올과 약물 사업에 투자하였다. 빅토리아 정부가 매년 후원하는 알코올과 약물 치료서비스를 이용하는 2만 8000명 이상의 사람들과 연간 등록된 개인 의료서비스를 이용하는 1만 명 이상의 사람들에게 치료는, 회복 과정의 한 부분에 불과하다. 서비스는 예방에서부터 3차 치료 및 탄력성 회복에 이르기까지 다양한 단계에서 개입한다(그림 3-6 참조).

[그림 3-6] 알코올과 약물(AOD) 개입 단계 모형



자료: The Department of Health and Human Services. (2018). Program Guidelines: Alcohol and other Drugs.

또한 정부는 간접적인 방법으로 잘못된 알코올과 약물 사용을 예방하는 데 많은 기여를 하고 있다. 빅토리아 정부의 다양한 계획(initiatives)과 재정지원 기관은 다음을 포함한 건강과 복지 및 예방에 노력한다.

- 개혁 로드맵 : 튼튼한 가족, 안전한 어린이
- 가정 폭력 종식: 빅토리아의 10년 변화 계획
- 10년 정신건강 계획
- 공중보건 및 복지 계획
- 모든 사람: 국가 장애 계획 2017-2020
- 더 나은 케어 빅토리아
- 원주민 지역사회 관리 조직
- 주 전체의 지역사회 보건서비스

예를 들어, 일반의(GP: General Practitioners) 및 의료보험급여 일정(Medicare Benefits Schedule)과 관련된 연방정부 정책은 알코올과 약물 오용을 비롯한 다양한 건강 문제의 조기 진단에도 중요하다. 이러한 맥락에서 빅토리아 정부는 다양한 서비스를 지원한다. 대부분의 자금은 알코올과 약물 치료와 지원이 가장 필요한 사람들의 적절한 치료 및 지원 대응을 보장하기 위해 알코올과 약물 전문 치료서비스에 쓰인다. 긴급 의료가 필요한 경우 병원, 구급차 및 응급실에 자금을 지원한다.

## 2. 치료 원칙

빅토리아주 알코올과 약물 프로그램은 11가지 치료 원칙으로 구성되어 있다. 이러한 원칙에 따른 프로그램과 서비스는 다음과 같다.

- 물질 의존성의 복잡하지만 치료 가능한 특성 반영
- 환자(소비자) 중심
- 접근 가능
- 통합적이고 전체론적
- 다양성에 대한 대응
- 증거 정보에 근거
- 진료의 연속성 제공
- 고객에게 중요한 사람 포함
- 사람들의 회복을 지향하는 다양한 생물 정신사회적 접근, 중재 및 양식 포함
- 모든 수준의 알코올과 약물 사용자와 그 가족의 경험 포함
- 적절한 자격을 갖추고 경험이 풍부한 인력 제공

### 3. 빅토리아주의 중독 관리 모형: 예방, 조기 중재 및 위해 감축

알코올과 약물 예방 및 조기 개입이란, 지역사회에서 알코올과 약물 사용과 관련된 피해를 예방하고 줄이는 데 작동되는 다양한 메커니즘을 말한다.

#### 가. 예방

빅토리아 정부는 알코올과 약물의 위험한 사용을 막기 위해 지역사회 서비스 기관 및 기타 정부 부처와 협력하고 있다. 알코올과 약물 예방 전략은 불법 마약의 경우 사용을 금지하고, 알코올과 의약품의 경우 유해 사용을 방지하는 데 목적이 있다. 현재 알코올과 약물 섭취 및 손상을 방지하기 위한 많은 메커니즘이 존재한다. 여기에는 다음과 같은 사항이 포함된다.

- 청소년을 포함한 지역사회에 알코올과 약물 사용과 관련된 영향 및 피해 정보 전달
- 알코올 및 담배 판매를 규제하는 법규로 변경
- 알코올과 약물 사용에 대한 긍정적인 모범 사례 제공
- 사람들이 삶에서 스트레스를 줄일 수 있도록 지원
- 유해 사용의 위험을 줄이는 안전한 환경 조성

빅토리아 정부는 알코올과 약물 사용과 관련된 피해를 예방하고 줄이고자 마련한 다양한 프로그램과 서비스에 자금을 지원하고 있다. 여기에는 알코올과 약물 사용과 그 피해에 대한 경각심을 높이고, 의사결정을

강화하며, 보다 건전한 사회 및 문화적 규범을 장려하고자 벌이는 각종 교육과 대상 지역사회 프로그램의 조합이 포함된다. 이러한 계획은 사람들의 알코올과 약물 사용을 낮추거나 방지하고, 이미 이를 사용한 사람들의 피해를 줄이기 위한 것이다. 현재 빅토리아주 정부의 예방 및 조기 개입 접근법은 다음과 같다.

- DrugInfo와 같은 약물정보 서비스
- GoodSports와 같은 지역사회 프로그램 및 청소년 음주 위험 관련 외상 예방(PARTY) 프로그램
- SayWhen과 같은 자체 관리 도구
- Ready2Change와 같은 구조화된 지원 프로그램
- 가족 지원 서비스 및 가족 약물 전화 상담 프로그램과 같은 프로그램

#### 나. 조기 개입

소수의 사람들에게는 알코올과 약물 사용이 문제가 된다. 초기 개입이 해롭고 잘못된 알코올이나 다른 약물 사용의 주기를 끊을 수 있다. 정신 질환과 같은 근본적인 문제를 해결하고, 알코올과 약물 사용을 줄이는 데 필요한 전략을 개발하는 것도 여기에 포함될 수 있다.

Turning Point의 DirectLine은 해로운 알코올과 약물(AOD: Alcohol and Other Drug)을 사용하는 사람들에게 간단한 개입을 제공할 수 있는 주 전역의 전화 및 온라인 서비스이다. Ready2Change 온라인 및 전화 프로그램은 알코올과 약물(AOD: Alcohol and Other Drug) 치료를 기다리고 있거나 덜 집중적인 개입을 필요로 하는 사람들에게도 지원을 제공할 수 있다.

SayWhen은 음주를 줄일 필요가 있지만 임상적으로 의존성 문제가 없는 사람들이 이용할 수 있는 온라인 검사 및 자가 진단 도구이다. 이것은 그들이 유해한 수준에서 술을 마시고 있는지 확인하고, 특히 동료와 함께 있는 상황에서 음주를 줄이기 위한 전략을 배우고 싶은 사람들에게 유용하다.

빅토리아 정부는 청소년 지원 및 옹호 서비스(YSAS)에 자금을 지원하고 청년, 마약 및 알코올 상담 서비스(YoDAA)를 지원함으로써 청소년들이 알코올과 약물 오용의 영향을 더 잘 이해할 수 있도록 다양한 정보와 지원을 제공한다.

안타깝게도 사람들은 법원이나 병원 응급실에 출두하기 전까지 자신이 알코올과 약물을 소비하는 것에 문제가 있다는 것을 인식하지 못할 수도 있다. 빅토리아 정부는 초범자들을 위한 많은 전환 프로그램에 자금을 지원한다.

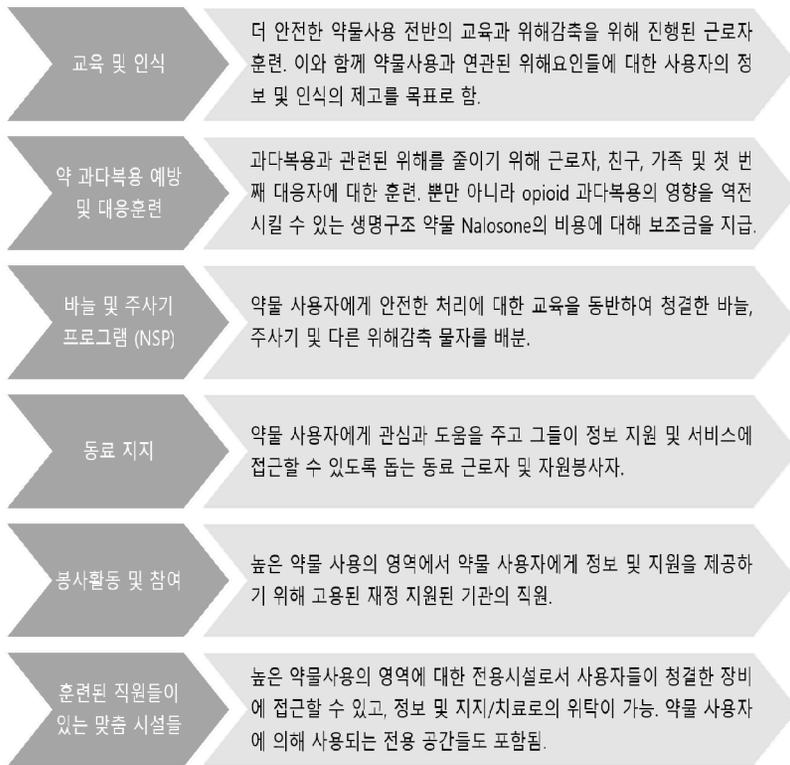
빅토리아주 전역의 27개 응급실에는 알코올과 약물 프레젠테이션에 따른 대응 능력을 높일 특별 자금이 제공된다. 응급실에서 프레젠테이션을 통해 사람이 유해한 알코올과 약물 사용을 줄이는 노력에 지원할 수 있으며, 이는 알코올과 약물 치료서비스의 핵심이 될 수 있다. 또한 일반 의는 약물 의존도가 아직 심하지 않은 알코올과 약물 사용에 도움이 될 수 있는 적절한 치료와 지원 정보를 소개할 수 있다.

#### 다. 위해 감축

위해 감축은 알코올과 약물 사용과 관련된 부정적인 결과(건강 위험, 이환율, 사망률, 사회적 혼란 및 범죄 활동 포함)를 줄이려는 ‘근거 기반 공중보건 중재’를 의미한다. 빅토리아 정부는 보다 안전한 행동을 장려하고 예방 가능한 위험요인을 줄이며 특정 인구 집단 내에서 건강 및 사회적 불

이익을 감소시키는 다양한 근거기반의 위해 감축 전략에 투자한다. 빅토리아주 알코올과 약물 치료 및 위해 감축 서비스와 함께 제공되는 모든 개입은 물질 오용으로 인한 피해를 줄이도록 노력해야 한다. 보건부서는 치료와 지원이 사람들의 회복력과 자원을 기반으로 해야 한다는 것을 인정하면서 위해 감축 체계 내에서 회복 지향적인 접근을 장려한다. 회복 지향적 접근법은 위해 감축 서비스에 접근하는 사람들이 서로 다른 경로에서 왔고 그들의 목표와 여정은 개인적이고 독특하다는 것을 인식한다.

[그림 3-7] 호주 빅토리아 주정부 위해(risk) 감축 접근법



자료: The Department of Health and Human Services. (2018). Program Guidelines: Alcohol and other Drugs.

위해 감축 서비스 제공자는 안전한 알코올과 약물 사용의 모든 측면을 다룬다. 그들은 가족과 친구들에게 과다 복용에 대응하는 방법을 교육하고, 동료 근로자, 자원봉사자들, 그리고 아편(opioid) 대체 치료를 포함한 약물 치료에 자금을 지원한다. 빅토리아 정부는 개인과 지역사회에 미칠 위해를 줄이는 포괄적인 접근 방식을 가지고 있다.

#### 4. 빅토리아주의 중독 치료 내용

알코올과 약물 사용에 관심이 있는 사람들은 전문 치료가 필요할 수 있다. 약물의존은 복잡하지만 치료 가능한 상태로, 신경학적 영향이 강하고 행동에 큰 영향을 미친다. 알코올과 약물 치료서비스는 근거 기반 치료 모델을 사용하여 사람들이 문제되는 약물 사용을 안정화하거나 줄이도록 돕는다. 의존성을 회복하는 것은 삶의 안정에 긍정적인 영향을 주고 신체적, 정신적 건강과 복지를 향상시켜 줌으로써 삶의 질을 높일 수 있다. 다른 치료 결과로는 가족, 친구 및 지역사회와의 관계 개선, 직장 또는 학업에 대한 참여 강화, 불쾌감을 주는 행동 감소 등이 있다.

보건부서는 회복 지향적 접근법을 취하여 재발은 흔하며, 사람들이 지속 가능하고 문제없는 알코올과 약물 사용을 달성하기 전에 여러 번 치료를 받아야 할 수도 있음을 이해하고 인정한다.

빅토리아 정부가 후원하는 알코올과 약물 치료서비스는 사용 중인 특정 약물이나 약물 조합에 관계없이 모든 사람이 이용할 수 있다. 치료는 알코올과 약물 의존의 심각성과 광범위한 삶의 상황을 반영하여 개인에 맞출 수 있다. 개인은 자신의 가정, 지역사회 조직의 일일 프로그램 또는 지역사회 또는 병원의 입원 주거 서비스에서 다양한 치료서비스를 이용할 수 있다.

대부분의 알코올과 약물 서비스는 빅토리아 정부의 자금 지원을 받는 반면, 민간 알코올과 약물 치료도 이용할 수 있다. 여기에는 민간 병원에서 제공하는 알코올과 약물 치료가 포함된다. 개인에 대한 민간의료서비스 비용은 민간의료보험과 진료비 청구 방법에 따라 다르다.

빅토리아 정부가 지원하는 알코올과 약물 치료시스템은 일반적으로 환자들에게 무료이다. 평가, 상담, 치료, 일용 재활 프로그램, 비거주자 철수, 간호 및 회복 조정 서비스에 대한 수수료나 비용은 없다. 일부 주거 서비스는 저렴한 비용으로 청구된다. 예를 들어, 빅토리아 정부가 지원하는 주거 재건 서비스는 임대료를 청구할 수 있다. 또한 주거 철수 서비스는 부가 치료, 활동 및 약물치료를 위해 이용자에게 명목상의 수수료를 청구할 수도 있다. 일부 서비스는 의약품, 보완치료 및 활동을 위해 환자에게 5~30달러 정도를 받는다.

### 가. 치료를 통한 접근

빅토리아 정부는 주 전역에 걸쳐 지역사회(catchment) 기반 알코올과 약물 서비스 시스템으로의 진입점에 자금을 대고 있다. 지역사회(catchment) 기반 사정(intake) 서비스는 빅토리아 전역의 빅토리아 알코올과 약물 서비스 시스템에 중요한 진입점이다. 지역사회(catchment) 기반 사정(intake) 서비스는 DirectLine의 24/7 주 전체 검진 및 진료서비스 및 기타 치료 제공자와 긴밀하게 연결되어 있어 간단한 중재 제공을 비롯하여 환자의 치료에 대한 의뢰를 제공한다. 치료를 원하는 사람들은 다양한 보건 및 인적서비스 제공자들로부터 알코올과 약물 사정(intake) 서비스로 위탁되거나 자발적으로 서비스를 찾을 수 있다. 이러한 위탁에는 일반의, 지역사회 의료서비스, 지역 병원 및 기타 전문 제공자가 포함될 수 있

다. 지역사회(catchment) 시설은 알코올과 약물 서비스와 다른 보건 및 복지서비스 간의 향상된 협력 기획 및 서비스 조정을 용이하게 한다.

## 나. 서비스 통합

보다 광범위한 알코올과 약물 시스템과 기타 분야의 다른 서비스와의 통합은 환자의 전체적인 요구를 충족시키고 이용자의 지속적인 관리를 효과적으로 수행할 수 있도록 하는 데 매우 중요하다. 통합관리는 이중 또는 다중 진단을 받은 사람 또는 알코올과 약물 치료 중재로부터 종합적으로 이익을 얻는 능력에 영향을 미치는 다양하고 복잡한 요구를 가진 환자에게 특히 중요하다.

모든 빅토리아의 정부 지원 서비스는 다른 서비스와 협력하여 환자가 회복기간 동안 통합적이고 전체적인 지원을 받을 수 있도록 지원한다. 알코올과 약물 대응 및 관리 지원 시스템은 여러 가지 방법으로 다른 보건, 인적 서비스 및 사법 분야와 통합된다.

- 지역사회(Catchment) 기반 사정(intake)서비스 제공자는 각 지역 별로 고객이 알코올과 약물 대응 및 관리 지원 시스템을 드나들 수 있도록 지원한다.
- 복잡한 환자를 위한 관리 및 회복 조정 기능은 여러 서비스에 걸친 통합서비스 제공 기능을 지원한다. 환자 또는 이용자가 다양한 서비스 또는 프로그램(예: 주택 및 고용 프로그램)에 참여하는 경우 관리·복구 코디네이터는 환자 요구의 범위를 충족할 수 있도록 다른 서비스들과 협력한다.
- 집계 기반 서비스 제공 및 계획 수립은 알코올과 약물 서비스와 기타 서비스 제공 업체 간의 강력한 연계성을 확립하여 서비스 제공이 이용자의 요구에 맞게 조정되도록 지원한다.

## 다. 치료 시스템

보건, 인적 서비스 및 법무 부문의 다른 서비스 제공자는 알코올과 약물 치료서비스 의뢰 및 통합 관리에 필요한 명확한 경로를 가지고 있다.

- 일반의를 포함한 모든 보건 및 인적 서비스 제공자는 알코올과 약물 정보, 자문 및 의뢰 옵션을 제공하는 주 전체의 지원 서비스(DirectLine)에 문의할 수 있다.
- 일반의를 포함한 모든 보건 및 인적 서비스 제공자는 환자에게 관련 지역에 있는 지역사회(catchment) 기반 사정(intake) 서비스를 위탁할 수 있다.

### 1) 일반의(가정의)

증가하는 일반의 업무는 알코올과 약물 치료 결과들을 개선시킬 수 있으며 치료비용을 감소시킬 수 있다. 알코올과 약물 서비스들은 환자와 일반의들과의 긴밀한 업무관계를 유지함으로써 환자들(clients)이 더 나은 치료 결과를 얻을 수 있게끔 도우며, 알코올과 약물 치료서비스 수요를 줄일 수 있다. 가능한 경우 알코올과 약물 서비스들은 환자에게 일반의가 있는지 확인하고 해당 의사와 관계를 맺는 것에 대한 동의를 얻어야 한다. 환자의 동의하에, 서비스들은 일반의에게 환자의 알코올과 약물 치료 진행을 갱신시키게 함으로써 돌봄의 지속성에 기여할 수 있다. 일부 경우에 일반의는 환자를 알코올과 약물 서비스 혹은 치료시설로 보낼 수 있다. 즉, 환자의 요구에 잘 맞지 않을 경우, 이러한 경우가 발생하면 환자 요구에 맞는 가장 적합한 치료계획을 결정하기 위해서 서비스는 일반의와 협의할 수 있다.

## 2) 치료에 대한 접근 우선순위

빅토리아 정부가 지원하는 알코올과 약물 치료는, 치료가 가장 필요한 사람들이 쉽게 접근하고 또 우선적으로 처리되는 원리로 작동한다. 제공자들은 가장 필요로 하는 사람이 누구인지, 치료를 요구하는 사람이 누구인지를 임상적으로 판단하고, 현재 사용되는 담당 건수(caseload), 그리고 계속 이어지는 다른 치료들 전반에 걸쳐 가장 적합한 환자관리 흐름에 근거하여 평가할 수 있는 재량을 가진다.

요구는 알코올과 약물 의존도의 증증도에 기반하며, 빈도, 사용량, 그리고 다른 일상생활의 복잡성 요인들(가정폭력의 경험, 노숙자, 혹은 법원명령의 일부로서 치료에 참여할 것을 요구받은 것과 같은)을 포함한다.

모든 서비스들은 의약품 유형에 관계없이 상당한 임상적 혹은 다른 요구에 기반하여 할당된다. 알코올과 약물 치료서비스들은 특정 약물에 한정하지 않는다. 이는 곧, 임상적 혹은 다른 요구들에 충족하는 개별 평가들은 의약품의 유형에 관계없이 서비스를 받을 수 있다는 것을 의미한다. 비슷한 임상적 요구의 수준일 경우, 우선순위는 다음에 해당되는 사람들에게 주어진다.

- 자신들의 안전과 행복을 위해 약물에 의지하는 중독된 아이들이 있는 경우
- 사법제도와와의 접촉이 있는 경우(특히 법원, 처벌, 경찰, 가석방에 의한 치료와 관련된)
- 장기간 노숙 경험을 가진 경우
- 호주 원주민으로 확인된 경우
- 지능장애 혹은 ABI가 공존하는 경우

- 정신적 질병을 가진 경우
- 중증 약물 중독 치료 법령 2010(the SSDTA)하에서 의무적인 치료를 받거나 방출된 경우
- 가정폭력과 관련한 문제가 확인될 경우
- 아동보호 관련 참여
- 그들의 자녀들과의 화해를 이루어내기 위해서 법원의 일부로서 치료를 요구할 경우

이 중에 한 개 이상의 자격이 있으며 비슷한 수준의 중증도와 요구가 있는 경우, 접근의 우선순위는 알코올과 약물 치료서비스들을 기다린 기간에 근거하여 결정된다. 이러한 자격 기준은 모든 알코올과 약물 치료 프로그램과 서비스들에 적용된다.

### 3) 계단식 돌봄

보건부서는 계단식 돌봄 접근을 지원한다. 계단식 돌봄은 환자들로 하여금 그들의 요구에 따라서 돌봄의 수준을 쉽게 조정할 수 있다. 계단식 돌봄 모형하에서 환자들은 더 높은 혹은 더 낮은 수준의 위험에 대응하여 서비스들을 적절하게 옮길 수 있다. 이는 특히 병원에서 치료받는 위험도가 높은 환자가 그들의 상태가 안정된 경우 단계적으로 지역사회 거주 시설로 수준을 낮추는 중단적인 환경에서 효과적이다. 단계를 높이는 것은, 그들의 기존 공급자에게 이용 가능한 것보다 더 높은 수준의 돌봄을 요구하는 사람들이 적절한 치료와 공급을 제공받게 하기 위해서 이루어진다.

#### 4) 치료 흐름

호주의 성인 지역사회 기반 알코올과 약물 중독(ADO) 평가 및 치료서비스들은 다음의 흐름과 프로그램들을 통해서 제공된다.

##### ① 상담

상담은 근거 기반의 개별, 집단적 치료 및 가족 상담 중재들을 제공함으로써 긍정적인 행동의 변화와 회복을 지원한다.

##### ② 비거주적 중단

비거주적 중단 서비스들은 알코올과 약물 중독 문제를 가진 사람들이 약물 사용을 줄이는 것과 중독으로부터 안전하게 신경적응증 반전을 달성하는 것을 지원한다.

##### ③ 거주적 중단

거주적 중단 서비스들은 지도식 거주시설 혹은 병원시설을 통해서 환자가 중독으로부터 안전하게 신경적응증 반전을 달성하는 것을 지원한다.

##### ④ 치료적 주간 재활시설

치료적 주간 재활 프로그램들은 알코올과 약물 중독의 심리사회적인 원인들을 다루는 것을 목표로 하는 집중적이고 구조적인 중재이다.

##### ⑤ 거주적 재활시설

거주적 재활 서비스들은 구조적인 거주환경을 통해 알코올과 약물 중독의 심리사회적인 원인들을 다루는 집중적인 중재들을 제공한다.

### ⑥ 돌봄 및 회복 조정

복잡한 요구를 가진 사람들을 위해 그들이 치료에 접근하기를 기다린다면 돌봄과 회복 조정은 치료를 탐색할 수 있도록 지원한다. 또한 치료 종료 계획을 지원하며, 건강과 복지의 욕구(가령 주택 공급, 연수, 교육 및 고용, 혹은 재발·악화 예방을 돕는 지원)를 풀 수 있는 다른 서비스 쪽 접근을 돕는다.

### ⑦ 약물요법

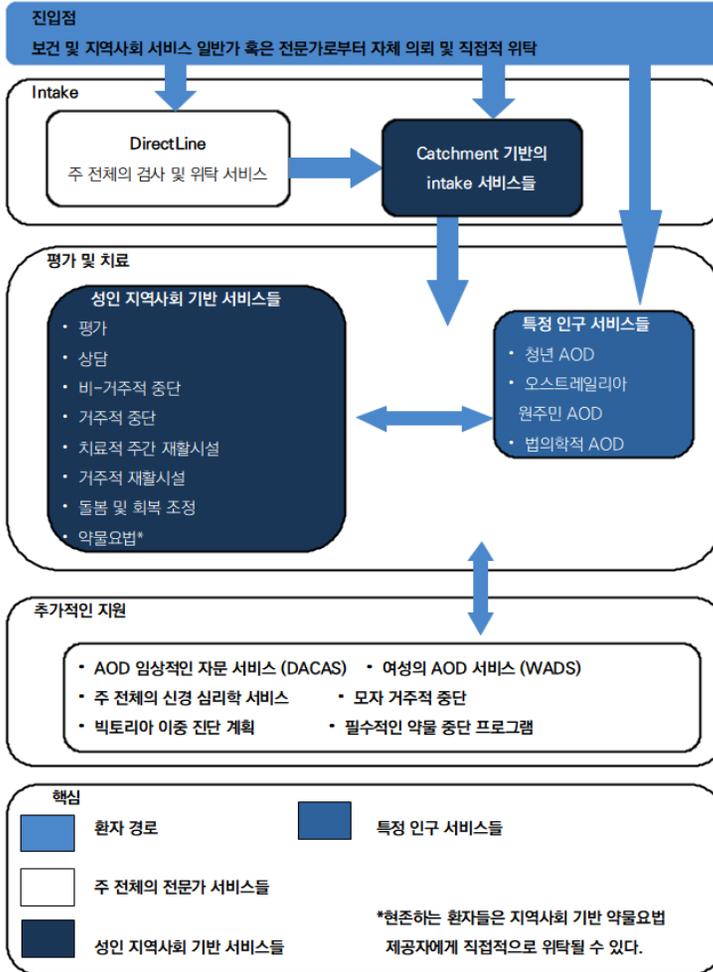
약물요법은 중독의 치료를 돕기 위해 처방된 대용약물(가령 methadone, acamprostate, naltrexone 및 buprenorphine)을 이용하는 것이다. 약물요법은 일반의, 간호사 및 알코올과 약물 치료서비스들을 통해 접근된다.

## 5) 추가적인 지원

보건부서는 환자와 해당 부문에 추가적인 임상적 지원을 제공하기 위해서 많은 서비스들에 자금을 낸다.

- 약물 및 알코올 임상적 자문 서비스(DACAS)
- 주 전체의 신경 심리학 서비스
- 빅토리아 이중 진단 계획
- 왕실 여성병원에서의 여성의 알코올과 약물 서비스(WADS)
- UnitingCare ReGen을 통한 모자 거주 시설
- St Vincent's Health의 SSDTA하에서의 필수적인 약물 중단 프로그램

[그림 3-8] 알코올과 약물(AOD) 치료 체계 구성 요소들



자료: The Department of Health and Human Services. (2018). Program Guidelines: Alcohol and other Drugs.

## 5. 중독 치료 대상자

알코올과 약물 치료서비스들은 환자들의 중독된 자녀들도 포함하여 알코올과 약물 사용 문제를 가진 사람들, 그리고 그 가족들의 치료 및 지지 욕구를 충족시켜 준다. 서비스들은 주로 알코올과 약물 사용으로 발생된 심각한 문제들을 지닌 다음 사람들을 대상으로 한다.

- 위해 혹은 장애의 위험을 가진 자
- 일차 보건의로 제공자가 주는 도움을 혼자서(스스로) 받을 수 없는 자

어린이를 넘어선 젊은 환자들(16살 이상)은 성인 서비스들에 접근할 자격이 있다. 그런 경우, 서비스 제공자들은 나이를 산출하고 발전적으로 걸맞은 서비스를 책정할 것으로 기대된다. 젊은이(25살까지)들은 또한 적절한 특정 청년 서비스 선택권이 제공된다. 회복력 기반의 접근은 청년(youth) 알코올과 약물치료에 적용된다. 이러한 접근법은 젊은이의 알코올과 약물 사용의 기능과 의미를 알아내는, 그리고 그들의 욕구를 충족시키고 긍정적인 발전을 돕는 데 필요한 자원들을 산출해 내는 진행 과정에 주력한다.

알코올과 약물 치료서비스들은 모든 유해한 알코올과 약물 사용을 다루며, 개개인들과 그 가족들이 받는 해로운 영향들을 줄일 수 있는 역할을 갖추어야 한다. 이는 알코올과 담배 사용뿐만 아니라 의약품 남용, 불법 마약 사용, 복합약물 사용 및 합성약물의 사용도 포함한다. 알코올과 약물 서비스들은 시간 경과에 따른 사용 패턴의 변화에 즉각 반응해야 하며, 특정 알코올과 약물 사용 추세에 주의를 기울여 서비스 전달을 맞추는 역량을 갖추어야 한다.

서비스로의 공평한 접근은 특히 취약하거나 높은 수준의 불이익을 겪는 인구집단에게 반드시 제공되어야 한다. 주어진 구역 내의 환자집단은 그 지역 인구집단과 취약집단을 과잉 대표할 것이라 예상되는 집단(가령 노숙 혹은 정신질환을 겪는 사람들)의 문화적 지리적 다양성을 반영해야 한다. 특정 전략 및 기관 간의 협력은 이러한 욕구들을 충족시켜 줄 것이라 기대된다.

### 가. 법의학적 환자들

환자들은 사법제도 방식에 따라 빅토리아 정부의 알코올과 약물 치료 체계에 들어가게 되면 ‘법의학적’ 환자로 간주된다. 법의학적 환자들은 빅토리아 알코올과 약물 치료서비스 체계에서 상당한 비율을 나타낸다. 서비스들은 다음의 사항들을 제공한다.

- 사정(intake) 및 평가
- 상담
- 중단(거주적 및 비거주적)
- 돌봄 및 회복 조정
- 거주적 재활시설
- 마약(opioid) 대응 치료
- 특정 청년(youth) 서비스
- 특정 호주 원주민 서비스

## 나. 가족 지지

가족 및 다른 지지집단은 해로운 알코올과 약물 사용에서 벗어나고 회복하는 과정에서 대단히 중요한 영향을 준다. 가족들은 중요한 감정적 지지뿐만 아니라 실용적인 도움을 제공할 것이다. 때때로 이러한 지지는 회복 경과에서 상당한 차이를 만들 수 있다.

서비스 제공자들은 그들의 핵심 서비스 전달 과정에서 다음의 사항들을 수행해야 한다.

- 환자의 개별 회복 계획(IRP)의 검토와 개발 과정에 가족 구성원들을 적절하게 참여시킨다.
- 전 치료 과정에 걸쳐 중독된 자녀와 가족 구성원들의 욕구를 고려한다. 이는 다음을 포함해야 한다.
- 알코올과 약물 중독 혹은 남용 및 다른 문제들(정신건강과 같은)에 대한 정보를 포함하여 그들의 지지 역할과 연관된 과제들을 푸는 데 도움이 될 정보를 제공하고, 조기 경고의 징후들을 알아내고 도전적인 상황들에 긍정적으로 대응하는 방법들을 제공한다.

가족에 집중된 접근법과 함께, 알코올과 약물 치료서비스 환자의 중독된 자녀를 포함한 가족 구성원들은 집중된 지원을 받을 자격이 있다. 이는 다음의 다양한 방법들로 제공될 수 있다.

- 정보, 조언 및 상담을 포함한 가족 약물 지원 서비스들은 각각의 구역 내에서 선택된 지역사회 보건 제공자들을 통해서 접근될 수 있다.
- 간략한 증재들, 단일 세션 치료들 및 위탁은 섭취 제공자들을 통해서

이용 가능하다.

- 정보 및 조언은 Family Drug Help와 같은 지원 서비스들을 통해서 이용 가능하다.
- 가족 약물 교육 프로그램들은 Breakthrough: ice education for families와 같이 이용 가능하다.
- 정보 및 조언은 DriectLine을 통해 이용 가능하다.

## 6. 성공적인 중독 관리 사례들

호주는 교육과 예방, 치료와 회복 및 사회 복귀에 주정부의 재정적 지원 및 관리·감독이 포괄적으로 이루어지는 선도적인 모델을 운영하고 있다. 그럼에도 불구하고, 이들의 시스템에서도 중독 문제를 지닌 사람들은 매우 잦은 재발로 병원 입원과 시설 입소, 그리고 다시 지역사회로 이탈이 순환되는 경우들이 적지 않다. 시스템의 효율적 운영만이 문제를 해결할 수 있는 것이 아니기에 보고된 성공적인 몇 가지 사례를 검토함으로써 의미 있는 시사점을 찾고자 하였다.

### 사례 연구 1: 성공적인 알코올과 약물 중독(AOD) 치료 경험

알렉스(Alex)는 20세에서 25세까지 지방 도시에서 살았고, 몇 해 동안 술과 대마초를 사용해 왔다. 그러나 최근 사용이 더욱 증가했고, 그는 심각한 인간관계, 건강 및 재정적 문제들을 경험하고 있었다. 그는 도움이 필요하다는 것을 깨닫고 지역 보건소에 연락했다. 알렉스는 술과 마약 상담자를 만나서, 함께 거주재활을 포함한 가능한 치료 방법에 대해 논의했다. 일반적인 상담과는 별개로, 알렉스는 전에 알코올과 약물(AOD) 치료를 받지 못했고, 재활원에 가고 싶은지에 대한 확신이 서지 않았다. 몇 번 더 상담

을 하고 알코올과 약물 상담사의 격려를 받은 후, 그는 잃을 것이 없다며 그것을 할 것을 결정했다. 약물 상담사는 주거재활원에 연락을 취해 첫 회의 일정을 잡았으며, 입원을 철회하는 것부터 입원 환자를 재활실로 이동하는 것을 포함하는 계획을 수립하였다. 알렉스에게, 이 접근은 시기적절하고 능률적이었다. 입원 수속 후 그는 주거재활 생활로 두 달을 보냈다. 치료는 알렉스가 약물의 부작용에 대해 배우고, 스트레스의 원천이었던 그의 삶의 다른 부분들을 살필 기회를 제공했다(예: 재정적 및 관계 문제). 게다가 알렉스는 아침 운동과 작곡과 같은 다양한 창조적인 활동에 대한 관심과 함께 건전한 일상생활을 시작했다. 이것은 그에게 동기 부여와 자신감이란 새로운 감각을 주었다. 알렉스는 주거재활원에 머무르는 동안 가족과 정기적으로 연락을 했고, 이러한 접촉은 큰 지지의 원천이었다. 치료 완료 후, 그는 주거재활원으로부터 많은 후속(follow-up) 전화를 받았다. 후속 통화는 그가 성취한 것을 다시 한 번 상기시켰기 때문에 유용했다. “네가 거기에 가서 이미 겪었던 모든 쓰레기들을 다시 겪고 싶지 않다면, 그 길을 다시 내려가지 않을 거야.” 재활원을 떠난 후, 그는 치료 여정을 마무리하는 방편으로 알코올과 약물 상담사와 다시 만났다. 또한 알렉스는 인턴생활을 재개하고 새로운 직업을 얻었다(Ritter et al., 2014).

## 사례 연구 2: 성공적인 치료 이동 및 서비스와의 연계

지난 5년간 알코올과 약물(AOD) 치료를 불규칙하게 받아 온 조(Joe)는 합법적 시스템과도 접촉이 있었으며 계속 진행 중인 정신건강 문제들을 겪고 있었다. 가장 최근의 입원 환자 중단 에피소드 이후에 조는 짧은 기간의 숙박시설 프로그램에 참여하였다. 그 프로그램의 일부로서, 그는 근처 전문가 서비스를 통한 알코올과 약물 상담에 참석할 것을 요구받았다. 상담에 접근하는 것은 꽤 용이하였고, 평가 약속을 예약하기 위해 초

기 전화가 필요했다. 조는 정기적으로 상담에 참석하였고 상담 전문가와 함께 연결되었다. 시간이 지남에 따라 조는 새롭게 아버지가 되었고 양육권을 갖게 되었다. 조에게는 약간의 친구들이 있었으며, 가족으로부터는 약간의 지원을 받았다. 여러모로 조의 상담 전문가는 주된 지원의 원천이었다. 조와 상담 전문가는 조가 긴급한 문제들을 인지하고 관리할 수 있고, 더불어 일부 오래된 문제들(폭력, 마약 사용 및 낮은 자존감과 연관된)을 헤쳐 나갈 수 있게 거드는 방법으로 돌봄 계획을 개발하였다. 알코올과 약물 상담 전문가는 조가 자신의 정신건강 문제들을 다룰 수 있게끔 돕기 위해 조의 일반의와 함께 정신건강 계획 수립 및 심리학자로의 위탁에 대해 이야기할 것을 추천했다. 조는 상담 전문가의 추천과 지원을 통해 위기센터에 접근하였다. 위기센터는 조가 공익사업 제공자와 함께 지불금 계획을 준비하도록 돕는 지지자를 포함하여 긴급 보급품과 재정 지원 서비스로 연결해 주었다. 조가 육아협력단체, 가족 지원 근무자 및 정기적 가정방문을 하는 소아보건 간호사를 포함한 다양한 서비스들에 참여하게 되면서 서서히 그의 지원 네트워크는 확장되었다. 그 사이에 조의 상담 전문가가 직업을 바꾸는 바람에 조는 상담 전문가와 만나는 것을 중단했지만, 상담으로부터 많은 것을 얻었고 적절한 지원을 받았다고 느꼈기 때문에 문제가 없었다.

조가 참여했던 서비스들의 수를 고려해 볼 때, 그 위탁 경로는 종종 불명확하였다. 그러나 조의 경우 하나의 위탁이 또 다른 위탁으로 이어졌으며, 다양한 원천들로부터 받은 지원을 통해 그는 양육권을 유지하고, 정신건강을 관리하며 재발(악화)의 위험을 최소화할 수 있었다. 조가 말한 대로 “나는 직접 질문하지 않았을 것 같았지만, 그들은 나에게 그것들은 연결되어 있기 때문에 질문할 가치가 있는 것이라고 깨닫게 해 주었다. 그들이 제공할 수 있는 무언가가 있었다.”(Ritter et al., 2014).

### 사례 연구 3: 복잡한 요구(Needs)와 높은 수준의 서비스를 이용한 케이스 (혹은 분열된 서비스 경험)

짐(Jim)은 10년 이상 다양한 알코올과 약물 서비스 및 사회복지 기관들과 가끔씩 접촉해 왔다. 그는 꽤 아는 것이 많고 자신에게 필요한 서비스에 참여하고자 미리 대책을 강구하는 편이다. 그는 적합한 의뢰를 받기 위해 일반의와 정기적인 면담 끝에 가장 최근의 중독 치료시설로 자가 의뢰를 하였다. “의사 선생님 들어 보세요, 나는 이 서류를 작성해야 중독 치료시설에 갈 수 있어요.” 짐의 주된 목표는 중독 치료에 참여하였지만, 노숙 및 정신건강 문제들을 포함한 요인들로 복잡해졌다. 그는 주로 숙박 시설에 대한 그의 욕구에 따라 중독 치료에서 많은 시도들을 하였다. 그는 전반적으로 프로그램들의 질에 매우 만족하였으며, 직원(그가 묘사하길 “매우 자애로운 사람들”)과의 친밀한 관계를 발전시켜 왔다. 그러나 그는 가끔 중독 치료에서의 일상적인 엄격한 제한과 사투하였으며, 곤란에 부딪치고 떠나길 요청받았다. 책임을 인정함으로써 그는 일부 서비스들에 다시 들어가도록 허용되었다(Ritter et al., 2014).

최근 재활시설에서 짐이 교차로에서 있는 것을 보았다. 그는 거듭된 시도 끝에 반복된 재활(over rehabs)을 하고 있지만, 여전히 약물 중독 문제와 장기 주택 수요를 해결하기를 원한다. 그는 수많은 주택 및 복지사업과 접촉해 왔고 대기자 명단에 올랐지만, 여전히 추가 지원이 필요하다. 그는 다양한 전화 상담과 알선 서비스에 연락함으로써 사전 대책을 강구해 왔다. 짐은 현재 알코올과 약물 서비스에서 상담사를 만나고 있지만, 정신건강 계획을 통해 ‘무료 심리학회’를 알선하기 위해 그의 일반의(GP)를 방문해야 한다고 생각한다. 궁극적으로 그는 그의 재정 상황이 이것을 막았지만 지속적인 심리 상담과 과거와 현재의 관계를 다루기 위한 지원을 바란다. 그의 음주 때문에 다수의 구급차 탑승, 응급실 입원과 체포가

반복됐다. 짐은 자신의 현재 거처를 위협에 빠뜨리는 ‘이웃에게 방해’가 되는 존재라는 것을 인정한다. 그는 자신이 처한 상황의 심각성을 인식하고 있으나, 반복적인 행태를 고치기 어려웠다(Ritter et al., 2014).

### 제3절 소결

본 장은 정신건강 종합대책을 기반으로 국내 중독 회복 지원 정책들을 살펴보았으며, 지역사회 단위에서 다양한 방식으로 이루어지고 있는 연결망 기반 중독 회복 지원 체계들을 고찰하였다. 국내 중독 회복 지원 체계는 제한적으로 설치된 중독관리통합지원센터를 중심으로 회복 지원 서비스가 제공되는 구조이기는 하나, 일부 정신건강복지센터에서도 중독 예방 및 관리를 위한 서비스를 제공하고 있기도 하다.

본 연구의 초점이 되는 사회연결망 기반 중독 회복 지원과 관련하여 국내 중독 회복 지원 체계들은 지역사회 유관 자원 간 네트워크를 구축하고 자원 간 연계 수준을 강화하는 노력을 진행하고 있다. 실제로 최근 진행된 연구에 따라 지역사회 중독관리 연계 체계 및 사회안전망 구축이 중독 관리통합지원센터의 필수 사업으로 포함되었다. 또한 한정된 중독 회복 지원 인프라하에서 중독자들을 대상으로 한 충분하고 적절한 서비스를 제공하는 데 한계를 느낀 일부 지방자치단체는 통합적인 중독 회복 지원 서비스 제공을 위한 지역사회 유관자원들과 자체적으로 네트워크를 맺고 사례 의뢰, 통합사례관리 등의 활동을 하고 있기도 하다.

또한 본 연구는 외국의 중독 회복 지원 체계를 검토하기 위해 호주의 사례에 초점을 두고 전반적인 호주의 중독 예방 및 관리 체계와 더불어 알코올 중독 예방과 관리를 위한 서비스 제공 체계와 그 서비스 내용을 살펴보

았다. 호주의 경우 지역사회를 기반으로 한 상담, 입원 및 외래 치료, 치료 기반 주간 재활, 거주 기반 재활 서비스를 제공하고 있으며, 중독자들이 가지는 다양한 건강 및 복지 욕구를 지원하는 서비스들을 제공하고 있기도 하다. 특히 호주의 경우 위에서 언급한 다양한 서비스들을 연계하고 조정하는 기능을 하는 중독 문제 대응 전담 핫라인을 꾸려 운영함으로써 중독자들이 어떠한 경로로 중독 회복 지원 체계에 진입했는지를 알 수 있게 해 주며 치료 및 재활, 거주시설로의 서비스 연계 기능을 수행하고 있다. 특히 호주에서는 일반의나 핫라인을 통해 중독 문제에 대한 1차 예방 및 교육이 이루어지고 있으며, 이를 통한 조기 개입 강화를 모색하고 있기도 하다. 그리고 앞선 일부 사례에서 제시되는 것처럼 지역의 다양한 유관 자원 간 연계를 기반으로 중독자들이 가지는 중독 문제에 대응할 뿐만 아니라 복지 및 돌봄서비스로 연계가 이루어지고 있기도 하다.

하지만 위에서 언급한 사례들은 성공적인 사례 혹은 모범적인 사례이며, 이러한 지역사회 유관 자원 간 연계를 기반으로 한 국내 중독 회복 지원 서비스는 매우 제한적이다. 본 연구 과정에서 면담한 다수의 중독 회복 지원 서비스 제공자들은, 지역사회 유관 자원 간 연계의 중요성과 필요성에 동의하나 지역사회에 연계할 자원이 없다는 점과 더불어 연계를 한다고 하더라도 제한된 인력으로 사회연결망에 기반한 통합적 중독 회복 지원 서비스가 제공된다고 보기 어렵다고 언급하였다.

우선 중독 문제에 주로 대응하는 중독관리통합지원센터는 전국에 49 곳만 설치되어 있고, 대부분의 지역에는 정신건강복지센터가 설치되어 있어, 지역사회에서 중독 문제에 대한 예방 및 대응을 하는 주체가 불분명하다는 공통된 지적을 본 연구 과정에서 면담한 다수의 실무자에게서 나타났다. 또한 정신건강복지센터에서 중독 예방 및 관리 사업을 진행한다고 하더라도 1명 정도의 인력으로 중독 예방, 중독자 대상 사례관리, 중

독 회복 지원을 위한 네트워크 구축과 운영을 하기는 불가능한 구조이기도 하다. 국내의 중독 회복 지원 인프라가 매우 제한적이란 말이다.

이처럼 연계할 자원이 없는 점과 더불어 연계를 한다고 하더라도 중독 관리통합지원센터나 정신건강복지센터 내 제한된 중독 회복 지원 인력으로는 지역사회 유관 자원 사이 중독 회복 지원을 위한 네트워크를 구축하는 것이 어려우며, 구축한다고 하더라도 지역 네트워크에 적극적으로 참여하기는 어려운 구조이다. 앞서 서비스 제공자가 가지는 사회연결망과 관련한 선행연구 고찰에서 제시한 것처럼 각 기관의 시스템 안정성이 갖추어지지 않은 상황에서 지역사회 유관 자원들의 네트워크에 기반한 통합적 서비스를 제공하는 제한적일 수밖에 없다.

# 제 4 장

## 중독자와 보호자의 사회연결망

제1절 국내 중독자 규모

제2절 중독자와 보호자에게서 나타난 중독자의 특성

제3절 중독 및 회복 과정과 사회적 연결망에 대한 경험

제4절 소결



# 4

## 중독자와 보호자의 << 사회연결망

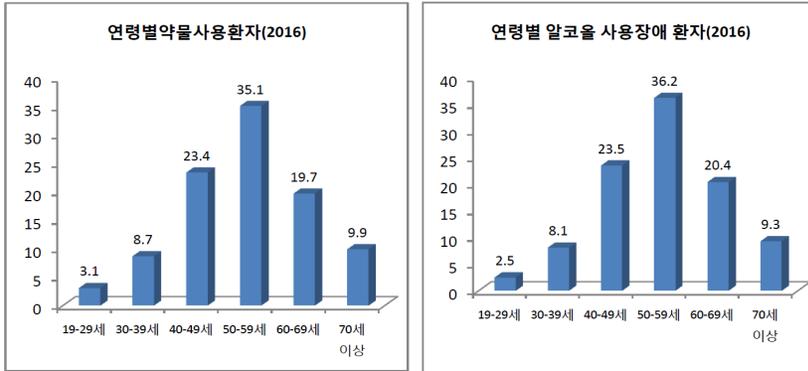
### 제1절 국내 중독자 규모

국내 중독자 규모는 다음의 두 가지 형태로 정의하여 살펴보았다. 1) 주상병 코드 3자리가 F10-F19 주상병 진단을 받은 사람이면서 서식코드가 의과입원, 의과외래, 보건기관 외래, 정신과 낮병동, 정신과 입원, 정신과 외래에 해당되는 사람을 대상으로 하였으며, 2) 주상병 코드 3자리가 F10에 해당되는 코드이면서 서식코드가 의과입원, 의과외래, 보건기관 외래, 정신과 낮병동, 정신과 입원, 정신과 외래에 해당되는 사람을 대상으로 하였다. 서식코드가 한방입원, 한방기관 외, 혈액투석 정맥외래에 해당될 경우에는 대상에서 제외하였다. 즉 전체 향정신성의약품 사용으로 인한 정신 및 행동장애(F10-F19)와 알코올사용장애(F10)의 규모를 살펴보았다.

국내 향정신성의약품 사용으로 인한 정신 및 행동장애 환자의 규모를 살펴보면, 2016년 기준 향정신성의약품 사용으로 인한 정신 및 행동장애 환자는 총 7만 8142명, 알코올사용장애 환자는 총 7만 2237명으로, 향정신성의약품 사용으로 인한 정신 및 행동장애 환자의 상당수가 알코올사용장애 환자인 것으로 나타났다. 성별로 보면 남성 향정신성의약품 사용으로 인한 정신 및 행동장애 환자 및 알코올사용장애 환자가 여성보다 많았으며, 연령으로 보면 50대가 다른 연령대보다 높게 나타났다.

[그림 4-1] 연령별 약물 및 알코올사용장애 환자 비율(2016년)

(단위: %)

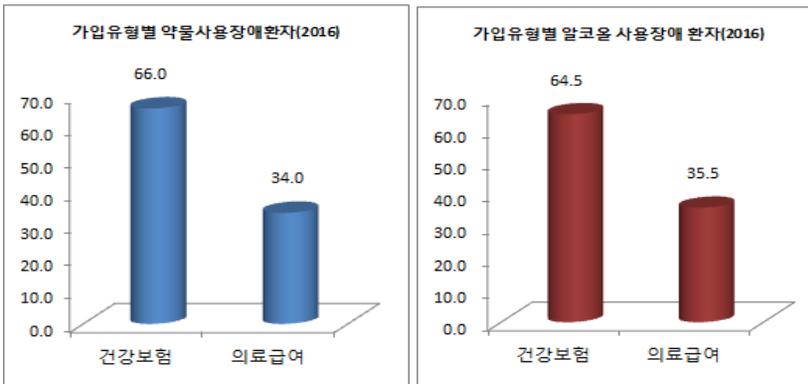


자료: 본 연구에서 2016년 국민건강보험공단의 진료정보를 분석한 결과임.

가입 유형별로 보면, 건강보험 환자가 의료급여 환자보다 많으며, 의료급여 환자는 전체 향정신성의약품 사용으로 인한 정신 및 행동장애 환자의 34.0%, 알코올사용장애 환자의 35.5%에 이르는 것으로 나타났다.

[그림 4-2] 가입 유형별 약물 및 알코올사용장애 환자 비율(2016년)

(단위: %)



자료: 본 연구에서 2016년 국민건강보험공단의 진료정보를 분석한 결과임.

시도별 향정신성의약품 사용으로 인한 정신 및 행동장애 환자 및 알코올사용장애 환자의 규모를 살펴보면, 경기도가 약 21%로 가장 높은 비율을 보였으며, 서울이 약 17%로 다음으로 높게 나타났다(표 4-1 참조).

〈표 4-1〉 시도별 향정신성의약품 사용으로 인한 정신 및 행동장애 및 알코올사용장애 환자 규모(2016년)

(단위: 명, %)

구분	향정신성의약품 사용으로 인한 정신 및 행동장애(F10-F19)		알코올사용장애 (F10)	
	수	비율	수	비율
서울특별시	13,653	17.5	12,156	16.8
부산광역시	6,220	8.0	5,921	8.2
대구광역시	4,521	5.8	4,169	5.8
인천광역시	4,888	6.3	4,636	6.4
광주광역시	1,914	2.4	1,837	2.5
대전광역시	2,154	2.8	1,943	2.7
울산광역시	1,886	2.4	1,725	2.4
강원도	3,194	4.1	2,994	4.1
경기도	16,624	21.3	15,194	21.0
충청남도	3,161	4.0	2,974	4.1
충청북도	2,635	3.4	2,464	3.4
전라북도	2,365	3.0	2,158	3.0
전라남도	2,640	3.4	2,526	3.5
경상북도	5,114	6.5	4,856	6.7
경상남도	5,676	7.3	5,271	7.3
제주특별자치도	1,262	1.6	1,205	1.7
세종특별자치시	235	0.3	208	0.3
계	78,142	100.0	72,237	100.0

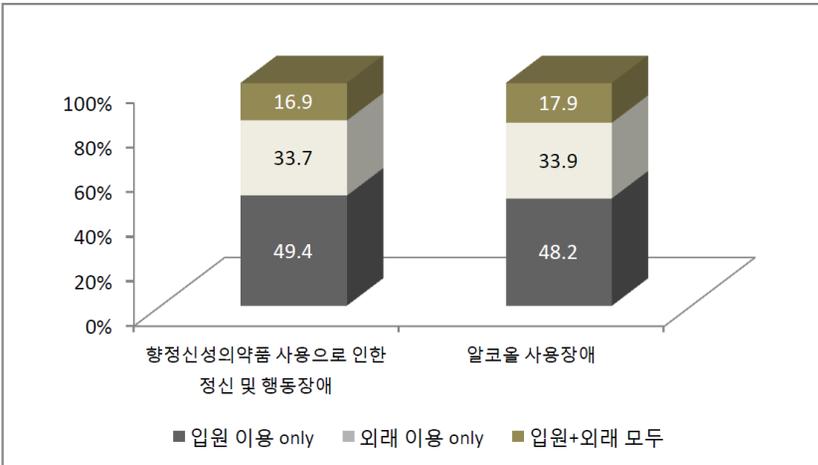
자료: 본 연구에서 2016년 국민건강보험공단의 진료정보를 분석한 결과임.

그리고 향정신성의약품 사용으로 인한 정신 및 행동장애 환자와 알코올사용장애 환자의 의료이용 유형을 살펴보면, 2016년 기준으로 향정신성의약품 사용으로 인한 정신 및 행동장애 환자의 49.4% 및 알코올사용

장애 환자의 48.2%가 입원한 것으로 나타났다. 그리고 향정신성의약품 사용으로 인한 정신 및 행동장애 환자의 16.9% 및 알코올사용장애 환자의 17.9%가 입원과 외래를 모두 이용한 것으로 나타났다.

[그림 4-3] 향정신성의약품 사용으로 인한 정신 및 행동장애 환자 및 알코올사용장애 환자의 의료이용 유형

(단위: %)



자료: 본 연구에서 2016년 국민건강보험공단의 진료정보를 분석한 결과임.

## 제2절 중독자와 보호자에게서 나타난 중독자의 특성

### 1. 연구 참여자의 생애사

연구 결과의 이해를 돕고자 연구 참여자 중 음주 기간 또는 단주 기간이 비교적 긴 회복자를 중심으로 그들의 삶을 대략적으로 기술하였다.

## 가. 사례 1

단주 기간은 7년이다. 입영 송별회에서 처음 술을 마시고 군대에서 ‘술꾼’이 되었다. 제대 후 1984년에 회사에 입사하였으나 술 문제로 병원에 입원하기도 하였다. 32세에 중독 진단을 받았다. 84년부터 ○○○에서 일을 하였다. 직장에서도 술 문화가 허용적이었다. 87년 서른한 살에 손 떨림을 경험하며 중독인가 생각하였다. 이후에도 계속 술을 마셨고 84년 4월 ○○정신병원에 처음 입원하여 알코올 중독 진단을 받았다. 텔레비전 방송에 나온 ○○○박사의 알코올 중독 설명을 듣고 방송사에 전화한 후 병원에 입원하게 되었다. 동생과 함께 병원에 갔으나 맨 정신으로 입원할 수 없다는 생각이 들어 술을 마시고 병원에 들어갔다. 병원에 입원했지만 중독자임을 부인하며 병원장과 논쟁을 하다 대부분 3일 만에 다시 입원한다는 말을 듣고 병원에 계속 있게 되었다. 병원에 있는 동안 단주모임(AA) 프로그램에 참여하였다. 88년 퇴원 후 12년 동안 단주를 하며 더 성실히 살려고 했지만 정신과병원 입원력 때문에 진급에 제한이 있었다. 이후 98년도에 이직을 하기로 하고 사표를 냈는데 위환 위기가 터져 이직도 못 하고 실직자가 되었다. 스트레스를 감당하지 못해 12년 만에 재발하였다. 12년 동안 마시지 못했던 술을 다 마셨다고 회상하였다. 이후 어머니에게 끌려 정신과병원에 강제 입원하게 되었다. ○○정신병원에 입원했는데 알코올 중독 치료 프로그램이 전혀 없는 곳이었다. 7년 전 마지막으로 재발 입원 후 2013년 8월부터 서울시 정신건강증진센터 회복자 상담가로 일하고 있다. 현재 공동체(공동생활가정시설)에서 4명의 중독 회복자와 생활하고 있다.

## 나. 사례 2

중학교 2학년 때 처음 음주를 하였다. 공부를 잘하는 편이었으나 가정형편상 공업고등학교에 입학하였고 고등학교 2학년 때부터 본격적인 음주를 시작하였다. 고등학교 졸업 후 군대에 다녀오고 25살부터 회사에 근무하였다. 1997년 외환위기 때 퇴사하였다. 근무할 당시 영업을 하며 음주가 더욱 심해졌다. 먹고 싶지 않았지만 직업상 술을 계속 마시게 되었다. 1~2년 그렇게 문제적 음주 생활을 한 후 퇴사했는데, 이후에는 혼자서 술을 마시게 되었다. 이후 은행에 취직하여 채권관리 업무를 하게 되었다. 그 당시에도 근무시간에 술을 마시며 일을 했다. 32살에 결혼하였다. 5번의 강제 입원을 했다. 현재는 단주 7년차이다. 현재 회복자 상담가로 활동 중이다.

## 다. 사례 3

중독에 '뿌리'가 있다고 생각한다. 외할아버지, 아버지 모두 술을 마셨다. 어린 시절부터 아버지, 어머니는 사업으로 바쁘셔서 외롭게 지냈다고 회상한다. 1998년 군대에 갔다가 제대 후 술집 등에서 일을 하다 일본으로 건너갔다. 일본에서 일을 하다 부득이하게 일을 그만두게 되어 한국으로 돌아왔다. 이후 30대부터 술을 마시게 되었다. 32~33세 때 11개월 동안 강제 입원을 했다. 현재 회복자 상담가로 활동 중이다.

## 라. 사례 4

단주 8년차이다. 2003년에 재혼하여 캐나다에서 자영업을 할 때까지만 해도 술 문제가 심각하지 않았다. 2005년 강제 입원을 했다. 처음 결

혼은 알코올 중독으로 파경을 맞았다. 술을 마시면서도 해장술을 마시면 정말 중독이라고 생각하며 그 원칙만은 지켜 왔는데 그것이 30년 만에 깨졌다. 술 문제가 심각할 때 아무 의미 없이 도피하듯이 결혼을 했다. 28세에 독립 후 30세에 결혼을 했으나 1년 만에 가출하여 사실상 결혼생활을 끝냈다. 이후 더 많은 술을 마시며 생활했다. 2005년에 강제 입원을 했으며 2009년에 11번째 마지막 입원을 했다. 치료를 받는 중 계속 상담을 받고 단주모임에도 참여했다. 모임에는 본인이 먼저 참여하겠다고 말했다. 현재 직장생활을 하며 센터에 이따금 나온다.

#### 마. 사례 5

수능 후 술을 마시고 집에 들어갔는데 아버지가 칭찬을 해 주었던 기억이 있다. 대기업에서 영업을 하며 술을 마시면 영업을 잘될 것이라는 신념을 가지고 있었다. 2015년 개인 사업을 시작했다. 언젠가 술을 마시고 난 다음 날 아내가 본인이 음주 후 아내를 폭행하는 동영상을 찍어 보여준 것에 충격을 받았다고 한다. 이후 아내가 제안하기로 하고 중독통합관리지원센터에 방문하여 지속적으로 상담을 하고 있다. 음주 문제와 함께 성적인 문제가 있다고 생각한다. 음주 문제에 대한 상담을 받으며 성 문제까지 함께 털어놓을 수 있어서 조금씩 문제가 해결되어 간다고 생각하고 있다.

#### 바. 사례 6

1973년생이다. 여섯 살 때 아버지가 돌아가시고 이후 큰집에서 생활하게 되었다. 장학금을 받고 농업고등학교에 입학할 수 있었으나 큰어머니

의 반대로 기숙사가 제공되는 야간고등학교에 입학했다. 낮에는 일을 하고 저녁에는 공부를 했다. 기숙사 생활을 할 때 거의 매일 술을 마시며 지냈다. 95년 카드대란이 있을 때 많은 카드 빚을 지고 이후 술만 먹고 지냈다. 35살에 국제결혼을 했다. 결혼 후에도 문제적 음주가 계속되어 아내와 이혼하고 지금은 혼자 생활하고 있다. 술을 마시면 전화를 하는 버릇이 있는데, 알코올상담센터 전화번호를 114에 물어보고 알게 된 이후에는 술을 마시면 알코올상담센터로 전화를 하곤 했다. 한번은 술을 마시고 경찰서에 전화를 건 후 잠이 들어 경찰서에서 난리가 난 적이 있었다. 그때 달려온 센터장이 구세주처럼 보였다. 당시 센터장의 소개로 ○○병원에서 입원 치료를 받았다. 22개월 입원 치료 뒤 현재 퇴원한 지 한 달이 되었다. 입원 기간을 빼면 단주 기간은 실제 1개월이다.

## 2. 중독자와 보호자에게서 나타난 중독자의 특성

본 연구에 참여한 알코올 중독자와 보호자들은 단주 기간이 채 1년도 되지 않은 경우부터 단주한 지 10년이 넘은 경우까지 다양하였다. 하지만 연구 과정에서 진행한 당사자와 보호자 인터뷰에서 나타나는 중독자들의 특성은 몇 가지 점에서 공통적이었다. 그 내용들을 살펴보면 다음과 같다.

우선 알코올 중독자 당사자 및 보호자의 면담에서 드러난 알코올 중독자들의 행동 특성들과 관련하여 본 연구에서는 알코올 중독자들이 배우자 및 가족을 상대로 폭력과 폭언을 한 경험이 많고, 불안 증세와 대인 기피 증세를 보이며, 과도한 장기간의 음주와 불균형한 영양 섭취 등으로 체중 감소를 경험한 것으로 나타났다. 또한 장기간 취한 상태로 지내기 때문에 위생이 불량하고, 자신의 삶과 환경을 비판하며 자살 시도를 한 경험이 상당수 사례에서 나타났다.

“그때부터 술 먹고 폭언하고 욕설하고, 그리고 작년에는 밥도 안 먹고 뼈빠 마르고 맨발로 밖을 돌아다녀 발이 시커멓고 기운이 없어서 헉헉거려요.”(보호자 A)

“욕하고 달려들고 때리고 쥐어뜯으니까. 저는 맞기도 많이 맞았어요. 흉터가 사방에 많아요. 그래도 참으면서 내가 자식들하고 살아야 되고 어떻게든 이 남편을 살려야 되겠다는 마음으로 기도로 매달렸거든요.”(보호자 C)

그리고 과도한 음주, 장기간의 음주로 피부병, 치과질환, 간경화, 당뇨병, 고혈압, 불면증, 섬망, 수전증 등 다양한 질환을 함께 가지고 있는 경우가 많았으며, 일부 사례에서는 우울증, 공황장애와 같은 정신질환을 동반하는 경우가 있었다.

“지금은 불면증이 너무 심해서 그것도 먹고 있고. 제가 맨날 남편한테 하는 말이 걸어 다니는 종합병원이라고. 허리도 안 좋고. 간경화가 심하다 보니까 복수가 찼었어요.”(보호자 F).

“피부병이 와요. 피부병이 먼저 오더라구. 각질 떨어지고 긁고 피 나고 그게 있어요.”(보호자 C)

그리고 알코올 중독자의 보호자들 역시 중독 과정 및 회복 과정에서 무력감을 호소하는 경우가 많았다. 중독자의 폭행과 폭언 등으로 인해 가족 관계가 단절된 경우가 많았으며, 이혼한 상태인 경우가 대다수였다. 가족 관계가 유지되고 있는 경우에도, 중독에 이르는 과정에서 별거를 경험한 사례가 대다수였으며, 부모 자녀와의 관계 역시 갈등 관계로 유지되는 경우가 많았다. 그리고 보호자들 중 우울증이나 수면장애 진단을 받아 약을 먹고 있는 경우도 상당수였다.

*“같이 사는데 주위 사람이 너무 피로워요. 아들도 그렇고. 욕설하고 폭언하고 가스 불 켜 놓고 깜빡 잠이 들고. 불날 뻔한 적이 몇 번 있었어요. 너무 정신적으로 피곤하고 너무 피로워요.”(보호자 B)*

*“경제적인 것하고 폭언, 폭력이 제일 큰 문제예요. 옆에 사람까지 정신이 상자가 되어 버리는 거예요. 우울증이 되어 버리는 거예요.”(보호자 D)*

이러한 중독자와 보호자의 신체와 정신건강 및 가족관계에서의 특성뿐 아니라 사회경제적 상황 역시 부정적이었다. 앞서 언급한 것처럼 가족관계가 단절되어 있는 경우들과 더불어 본 연구 과정에서 만난 중독자 및 회복자의 상당수가 실직 상태였으며, 주변 친구들도 떠난 단절된 사회관계를 보이고 있었다. 이러한 상황에서 온전히 가족의 책임으로 남겨진 중독자의 회복 지원은 가족에게 경제적, 심리적 부담으로 작용하고 있었다.

*“지금은 제가 보호자 인터뷰로 왔지만 보호자를 하고 싶지 않은 입장 이거든요.”(보호자 G)*

### 제3절 중독 및 회복 과정과 사회적 연결망에 대한 경험

전 생애적 관점에서 사회적 연결망과 관련한 주제 도출을 위해 연구 참여자의 중독과 회복 전환, 그리고 회복 과정의 시간적 흐름에 따라 사례별 분석을 실시하였다. 선행연구 검토에서 살펴보았듯이 중독으로부터 회복은 ‘전환’의 포인트가 있으며 획기적인 전환의 계기를 통해 회복의 과정으로 진입한다는 것을 알 수 있었다. 기존 연구를 보면, 대부분의 만성적 중독자는 ‘바닥치기(hitting bottom)’와 같은 인식의 전환을 통해 회복 과정으로 진입한다. 그러나 전환점을 통과하여 회복 과정으로 진입

했다 하더라도 회복 유지 상태에 쉽게 도달하기는 어렵다. 중독은 만성재발성 뇌질환으로 끊임없이 관리해야 하는 질병이기 때문이다. 또한 알코올 중독의 회복은 단주를 넘어 새로운 삶으로의 전환이라는 의미도 포함한다. 그러한 이유로 선행연구에서는 단주 및 회복 유지에 효과적인 지속적 치료·모임 참여를 강조하고 있다.

이에 본 연구는 치료 및 모임에 참여하고 있는 중독 회복자의 경험을 바탕으로 중독, 회복 과정에서 사회연결망의 의미를 탐색하였다. 본 연구 과정에서 면담한 연구 참여자들의 경험담에서도 회복 전환 지점에서의 특정 사회망이 회복 과정 진입에 유의미한 영향을 끼치는 것으로 나타났다. 연구를 통해 중독 진입, 중독 진행, 치료 입문, 회복 전환, 회복 유지의 5단계, 그리고 중독자 스스로 사회연결망으로 전환되는 단계까지 총 6개 영역에서 사회연결망의 주요한 의미를 도출하였다.

## 1. 중독 진입에서의 사회연결망

중독 진입은 가족 내에서 술을 처음 접하게 되는 시기부터 시작이 되므로 인간 발달단계에 따라 사회연결망과 중독 진입 과정의 관계를 살펴보았다. 먼저 아동기는 실제 중독이 시작된 시기는 아니지만 가족의 음주문화에 따라 중독 발생의 원인을 제공하는 시기로 볼 수 있다. 청소년기는 또래 친구와의 관계 속에서 음주를 무분별하게 받아들이는 것으로 문제적 음주의 문을 열거나, 성인기의 전환 시점에 성인의식(ritual)처럼 술을 접하게 된다. 성인기에 접어들어 군대나 직장생활에서는 사회적 관계 유지를 위해 과도한 음주를 하며, 장년기는 스트레스 해소의 출구로 술을 활용한다. 중독 진입 과정에서 사회연결망은 발달 시기에 따라 주요한 사회적 관계나 사회적 역할 기대의 영향을 받은 것이라 하겠다.

## 가. 가족 내 음주력과 갈등 상황

응답자들의 가족 음주력을 보면 구조적, 정서적으로 알코올 중독이 세대 간에 전이되는 것으로 보인다. 가족 내 음주자가 존재함으로써 자녀는 음주행동을 무의식적으로 학습하고 알코올 중독은 세대를 거쳐 흘러간다. 가족의 음주 허용 문화는 자녀의 음주를 강화하는 효과를 발휘하며, 아동기 가족의 갈등은 성인이 된 후 알코올 중독을 불러오는 원인이 되기도 한다.

자녀 성장기의 주요한 사회적 관계는 가족이다. 인터뷰에 참여한 대다수의 응답자들은 성장기에 음주 가족이 있거나 음주로 인해 사망한 가족이 있었다. 가족 내 음주 가족은 응답자들에게 부정적인 정서를 남기고 음주행동을 학습하는 결과를 초래하기도 하였다. 중독 회복자들은 가족들의 음주행동에 부정적인 감정을 느끼면서도 유사한 음주행동 패턴을 학습하게 된 경험을 공유하였다.

*(중독 회복자 2) 전 우선 저의 아버지가 서른아홉에, 알코올 중독이었던가 봐요 지금 보니까. (...) 고모도 어디 멀리 군인한테 시집을 갔는데 딸 하나 낳고 잘 산다고 하더니 어느 날에는 갑자기 친정, 할아버지 집으로 온 거예요. (...) 그러다 두세 달 후에 아주 거지가 돼서 왔더라고요.*

*(중독 회복자 4) 그러면서 중독이 완전히 발전했던 것 같아요. 그러면서 학습된 것처럼 폭력, 폭언하고 이런 것들 식구들이 작은 아버지가 했던 행동을 제가 똑같이 하고 있더라고요.*

*(중독 회복자 11) 지금 와서 생각하면 그런 가정적인 환경도 아버지 술 먹고 들어오시면 어머니랑 많이 싸우고. (...) 그런 걸 보면서 자란게, 저는 못 느끼지만 영향이 있었다고 생각하거든요. 저는 저 판에는*

*그래도 아버지처럼 술 마셔도 아버지처럼 되지 말아야지 했는데, 그런 게 저도 모르게 따라갔었던 것 같아요.*

일반적으로 청소년기 자녀의 음주행동은 통제 대상이다. 그러나 가족 내 포용적인 음주문화는 청소년기 음주행동을 통제하기보다 강화한다. 청소년기의 음주는 보편적인 사회규범에서 양육자가 통제해야 하는 행동임에도 불구하고 술을 마시고 집에 와서 오히려 칭찬을 들음으로써 음주에 대한 경각심보다 음주행동이 강화된 경험을 공유하기도 하였다.

*(중독 회복자 6) 고등학교 때 처음 시작했을 때 마시고 나서 집에 친구들 부축으로 해서 들어갔는데 아버지가 되게 공부 못하는 것 때문에 질책을 굉장히 많이 하셨는데 술을 4병 먹고 왔다는 사실에는 칭찬을 하시더라고요.*

그리고 가정 내 여러 가지 갈등 요인, 또는 방임되거나 억압적인 성장 배경 역시 음주행동에 영향을 주는 요인이 될 수 있다. 응답자들은 당시에는 인지하지 못했으나 회복 과정 중 과거를 돌아보면 가족의 갈등 상황이 자신의 알코올 중독에 영향을 준 것 같다고 회상하였다. 어린 시절 경험했던 부모에 대한 부정적인 감정, 어린 시절의 외로움, 가정불화 경험 이후 성인기에 접어들어 술을 도구로 표현하기 시작했다고 답한 경우도 있었다.

*(중독 회복자 4) 그런 것들이 있다 보니까 뭔가 표현하고 싶었어요. 그런 부분에 대해서, 어린 시절에는 이랬고 지금도 눈치를 봐서 싫다. 그런데 어머니, 아버지가 너무 열심히 사시고 저에 대해서 그런 활동하는 것을 느끼다 보니까 표현하지 못한 것 같아요. (...) 20대 시절에 술을 대면서 조금씩 표현이 되더라고요. 새로운 경험이었어요. 어린 시절에는 그랬는데 그렇게 조금씩 조금씩 대화할 수 있는 수준에*

*하나의 연결고리가 술이 됐던 것 같아요.*

*(중독 회복자 9) 지금 생각해 보면 외로움. 아버님은 건설현장 다니고 어머니는 시장에 가시고. 그래도 부모님들은 열심히 사셨어. (...) 그런데 부모님들이 나가 계시니까 학교 갔다 오면 집에 아무도 없고 외삼촌이 있어도 그거는 좀, 내 자신이 목말랐던 것 같애. 사람들에게 대한 감정이나 사랑 같은 거라든가 외로움이라든가.*

*(중독 회복자 13) 내가 어릴 때부터 과정을 봤어요. 아버지 술 잡수시면 내가 어렸을 때 어머니를 구타하고 집안 난동을 부리시고 그러면 재봉틀 밑에서 숨어서 본 기억이 나요. 우리 집은 화목했던 적이 없어요. 그리고 엄격했어요.*

## 나. 청소년기 또래 관계 속 음주

청소년기의 주요한 사회적 관계는 또래 관계에 기반한다. 청소년은 또래 관계 안에서 자신의 정체성을 개념화하기 때문에 또래집단 문화에 흡수되어 친밀감을 형성한다. 술에 대한 지식이 부족한 상태에서 사회적 도구로 술을 접하기 시작하면서 음주행동은 통제되지 않는 극단적 행동으로 표출되는 경향을 보인다. 특히 부모나 교사의 감독 없는 음주행동은 그러한 극단적 행동을 가속화하고 알코올 중독 발단의 단초를 제공한다. 아르바이트나 기숙사 생활, 이른 경제활동에 참여하면서 부모의 감독으로부터 더욱 멀어지고 또래와의 관계가 밀접해지면서 문제적 음주행동이 강화된다. 한편, 청소년 음주는 지위비행이기 때문에 술을 마신다는 것은 곧 성인이 된다는 것을 의미한다. 그래서 마치 의식(ritual)과 같이 고등학교를 졸업하는 시기나 군 입대를 앞둔 시기에 처음 술을 마시는 경우도 있다.

가정에서는 부모가, 학교에서는 교사가 감독자의 역할을 한다. 감독자

가 없는 상태에서 청소년은 또래와 함께 흡연, 음주와 같은 지위비행에 쉽게 노출된다. ‘중독 회복자 3’과 같이 친구들과 ‘골방’에 모여 음주를 하거나 ‘중독 회복자 12’처럼 단체생활을 하는 중 상급생의 권유로 음주를 하게 되는 사례는 청소년기에 감독자가 없는 상황에서 음주에 노출되는 상황을 보여 준다.

(중독 회복자 3) 고 2때 본격적으로 술을 마시게 됐거든요. 중학교 때 보다 한결 많은 술을 7명, 8명이 골방에 모여 앉아서 담배 피면서 소주 댕병짜리 한두 개를 7명, 8명이 나눠 마시고.

(중독 회복자 12) 친구들과하고 같이 운동을 하다 보니까 상급생들이 그냥 한잔 마셔 보라고 해서 그때는 무조건 마셔야죠. 그렇게 해서 술을.

감독자가 없는 상황 속에서 또래들만의 음주행동은 통제력을 상실하고 극단으로 치닫는 경향을 보인다. 때로는 본인이 원하지 않아도 또래 관계 속에서 술을 마실 수밖에 없는 상황에 부닥치기도 한다. ‘중독 회복자 7’은 고등학교 재학 때 기숙사 생활을 하면서 ‘힙싸이다 보니까’ 술을 많이 마시게 되었고, ‘중독 회복자 11’은 자취하는 친구들과 함께 ‘선’을 넘어 ‘갈 데까지’ 술을 마셨다.

(중독 회복자 7) 저는 그때 당시에는 1학년 때는 안 먹었는데 2학년 때부터 자취 식으로 사람들이 시키더라고요. 그 때부터 친구도 사귀고 하니까 한두 잔 먹다 보니까, 공장에서도 애들이 몰래 술을 사다 놓더라고요.(...) 같이 모여 갖고 술 먹고. 그렇게 하다가 1년 지나니까 3학년 되니까 더 하더라고요. 기숙사를 한 칸을 빌려 가지고 만든 거더라고요. 거기 가니까 한 방에 5, 6명씩 해 놓으니까 이걸 가관이더라고요. 일 끝나고 학교 갔다 오면 아예 술을 사 갖고 오더라고요.

냉장고에 보면 술밖에 없어요. 거의 다 먹는 거예요. 20명이 있으면 19명이 다 먹는 거예요. 먹다시피 하는 거지. 거기에 휩싸이다 보니까.

(중독 회복자 11) 중학교 졸업하고 고등학교 올라서면서 그때부터. 저는 처음 술을 접했을 때 시골이다 보니까 자취하는 애들이 많았어요. 선배 형들, 그때 멋모르고 마셨을 때 그때는 종이컵에 소주 넣고 소주잔 작게 먹는 게 아니고 그렇게 마시다 보니까 이 술을 먹으면 딱 그 선이 아니고 갈 테까지.

술이 자신에게 어떤 영향을 미칠 것인지에 대한 지식이 부족한 상태에서 또래 관계 형성을 위한 도구로 술을 이용하다 보니 음주에 대한 통제력을 상실하는 것은 자연스러운 결과로 나타난다. 술에 대한 경각심이 없기 때문에 친구들과의 말다툼을 해결하는 도구로 술을 이용하기도 하고, 또는 자신의 신체적 약점을 보완하며 자신을 과시하는 방편으로 술을 이용하기도 한다. ‘중독 회복자 9’는 자신의 주량을 몰랐기 때문에 필름이 끊길 정도로 술을 마셨고, 친구 관계를 형성하는 도구로 경각심 없이 술을 마셨다고 답하였다. ‘중독 회복자 13’은 술을 과시의 도구로 활용하여 친구 관계를 형성한 사례이다.

(중독 회복자 9) 제 주량을 모르니까. 어리고 무조건 껴서 먹고 하다 보니까 필름이 끊겼던 적이 있었어요. 이게 그때 어렸을 때는 나쁘다 그런 것도 없었고 지식도 없었고 그냥 그런가 보다 하고. 안 좋은 일도 조금 말다툼 있으면 그 다음 날 또 술로 풀고 그런 식으로 넘어가기 때문에 술에 대해서 경각심을 갖는다는가 그런 거는 없었고 그냥 자연스럽게 그렇게 어울렸던 것 같아요.

(중독 회복자 13) 다른 친구들은 술을 기침하고 못 먹겠다고 했는데 나는 공부도 못하고 키도 작고 왜소했는데 그게 내가 잘할 수 있는 방법이 술 먹는 거였더라고요. 나도 고통이었어. 술 먹는 게, 다른 큰 친구나 나보다 월등한 뭐든지 잘하는 친구들 앞에서 술 먹고 다른

*친구들 못 먹는데 내가 한 컵을 먹고 입을 씻고 포커페이스 유지를 하고 친구들이 박수치고 너 대단하다고 하고 나도 고통이었는데 나는 그것을 이겨냈던 것 같아요.*

청소년기 감독자가 부재한 상태에서 음주는 극단적인 특성을 보인다는 것을 확인하였다. 그러한 감독자의 부재는 청소년들이 이른 시기에 사회 생활을 할 때 더 쉽게 나타난다. 특히 사회에서 술을 통해 친밀한 관계를 형성하는 성인들을 보면서 자연스럽게 관계 형성의 도구로 술을 이용하는 것을 배우며, 술의 부정적인 효과보다는 긍정적인 효과를 학습하여 음주행동이 강화된다. ‘중독 회복자 9’는 16살에 아르바이트를 시작하면서 형들의 음주문화를 보고 학습하게 되었다. ‘중독 회복자 10’도 일찍 학교를 그만두고 직장생활을 하면서 더 쉽게 음주에 노출된 사례이다.

*(중독 회복자 9) 술을 처음 접하게 된 거는 16살 때 제가 아르바이트를 했어요. (...) 가만히 보니까 그 형들은 술을 먹더라고요. 그러면서 친하게 잘 지내더라고요. 그걸 보고 제가 그리로 간 것 같아요. 그래서 누군가가 나한테 술을 권하지도 않았고 또한 억지로 먹인 것도 아니고 내가 자진해서 술을 접했어요. 편하더라고요. 술을 사용하니까 친해지고 일하기도 수월해지고 또 인간관계를 맺는 것도 조금 안 좋게 나갈 수도 있는 것도 그냥 풀어지고. 그런 걸 느껴 가지고 그 다음부터 술을 많이 이용했어요.*

*(중독 회복자 10) 저는 생활고 때문에 학교를 일찍 그만두고 공장을 다니면서 사회에 발을 들여 놓고 술을 일찍 같이 친구들하고 그때 쪽. 소년기 청년기 가면서 계속 술을 즐기면서 친구들하고 먹었던 것 같아요.*

중독 회복자들은 대부분 청소년기에 음주를 시작했지만 몇몇 응답자는 고등학교를 졸업하는 시기까지는 술을 마시지 않다가 성인이 되면서 술

을 마시기 시작하였다. 음주는 지위비행이기 때문에 인생 전환기, 특히 고등학교를 졸업하고 성인기로 접어드는 시기에 처음 술을 접하게 되는 것이다. 마치 성인의 관문으로 들어가듯이 고등학교 졸업 후 또는 군입대전 술을 마셨다.

*(중독 회복자 5) 제가 맨 처음에 술을 접한 나이는 고등학교 졸업하는 그날 졸업식 마치고 친구들과하고 처음으로 소주를 마셨던 기억이네요.*

*(중독 회복자 1) 제가 처음 술을 먹게 된 것은 군에 가기 전에 친구 들하고 송별회를 하면서 처음 막걸리 두 잔을 먹은 것이 시작이었는데, 그때 그 술잔이 지금도 기억이 나는 게 너무 인상적이었어요.*

#### 다. 군대와 직장의 관대한 음주문화

초기 성인기 남성의 주요한 생활 영역은 군대와 직장이다. 군대는 통제력이 있는 집단으로 비록 사회에서처럼 술을 자유롭게 접할 수 있는 것은 아니었으나 선임의 영향에 따라 술을 마실 환경을 제공하여 음주가 반드시 통제되는 곳이 아니었다. 직장생활에서의 음주는 필수적인 것으로 여겨지고 있으며, 건설 현장이나 소규모 사업장에서는 근무시간 중에 술을 마시기도 한다. 술을 마시면 사회관계가 원활해지고 사업이 성공할 수 있을 것이라는 막연한 믿음 때문에 음주문화는 쉽게 사라지지 않는다. 개인 사업을 하거나 영업직 등 특정 직업에 종사하는 사람들은 '접대' 문화를 통해 사업을 성사시키려고 하기 때문에 음주가 더욱 잦다. 또한 직장 상사의 음주 습관에 따라서 소속된 모든 부하 직원들이 영향을 받기도 한다. 하지만 직업 특성 및 직장 내 인간관계를 핑계로 본인이 직장 술문화를 주도하는 경우도 있다.

군대 내에서의 음주는 불가능하지만 군대 역시 술에 관대한 집단이었다. 공식적으로는 음주가 금지되어 있지만 선임의 권유로 큰 문제 없이 음주를 할 수 있으며, 진급을 할수록 술을 마실 수 있는 권한도 함께 상승한다. 술에 관대한 문화는 문제가 발생해도 그것이 큰 문제가 아닌 것으로 받아들여지게 한다. 응답자들은 군대임에도 술이 통제되지 않고 사회와 마찬가지로 쉽게 술을 접할 수 있었다고 말한다. ‘중독 회복자 9’는 술이 금지되어 있는 군대에서 술을 마시고 영창에 갈 위기가 있었으나 고참들의 도움으로 문제를 해결하여 오히려 술에 대해 좀 더 관대해졌다는 응답을 하였으며, ‘중독 회복자 1’은 군대에서 ‘술꾼’이 되어 나왔다고 말한다.

*(중독 회복자 1) 그때는 군 사회에서도 음주가 허용된 시대였는데, 제가 공병대에서 근무를 했는데 시멘트 한 포 메고 가면 막걸리 한 말 하고 바꿔 줬습니다. 그러니까 술을 얼마든지 먹을 수 있는 곳에서 근무를 했고요. 전역을 하고, 그때 이미 군 3년 동안 남들은 군대 가서 정신 차리고 사람이 돼서 나온다는데 저는 반대로 몸쓸 사람이 되고 술꾼이 돼서 나왔어요.*

*(중독 회복자 2) 군대에서는 먹을 기회가 별로 없었는데 나중에 하사 달고 2년? 그땐 계급이 내무반장 이런 거 하니까 그때도 과음을 자주 했어요.*

직장에서의 음주는 그 어느 곳보다 관용적이었다. 관용적인 것을 넘어 술을 권하는 직장문화가 팽배하다. 응답자들은 사내 행사에서 술을 권하며, 퇴근시간이 되면 직장동료들이 함께 술을 마시는 문화가 일상화되어 있던 시대를 살아왔다. 술을 마신 후 다음 날 업무에 지장이 있어도 직장 사람들이 어느 정도 관대하게 넘어갔다고 응답한 회복자들이 상당수 있으며, 일부는 직장 근무지 내에서 술을 마시는 것이 전혀 거부감이 없이 받아들여졌다고 말하기도 했다.

(중독 회복자 1) 그런데 그때도 역시, OO(직장) 역시도 술 문화가 허용되어 있는. 사장님이 혼시를 나오시면 막걸리를 선물로 주고 가시는 그런 시대였습니다. 그래서 술이 현장에도 많고.

(중독 회복자 3) 노가다를 1년 할 때는 아침에 하루 가는 날에는 술을 사서 가니까요. 야구장 페트병 소주를 노가다니까 그때는 술에 관대했고 지금처럼 현장에서 술 금지 이제 없었고 오야지들이 중간 간부들이 오후 2시, 3시 되면 막걸리도 받아 오고 했으니까요.

(중독 회복자 4) 직장생활을 하는 데도 지각이나 지각을 하다가 결근을 하게 되고 그런데 보면은 OO(직장)이나 이런 곳이 아버지 친구분이 하다 보니까 눈감고 봐준 것 같아요. 젊은 사람들이 그럴 수 있지, 그런 문화가 있고 이쪽 계통은 술을 좀 잘 마셔야 되는 계통이예요.(...) 중간에 술이 꼭 있었던 것 같아요. 일을 하면서는 지나칠 정도로 술이.

(중독 회복자 9) 같이 일했던 사람들하고 6개월간 매일같이 저녁에 일 끝나면 돌아가면서 술을 새벽까지 마시고 그런 생활이 쪽 됐어요.

직장인들은 상사 주도하에 또는 직업적 특성으로 음주를 할 수밖에 없는 상황에 놓이기도 한다. 그러한 상황에서의 음주는 대개 적당한 수준의 음주를 넘어선다. 직장에서의 술자리는 본인이 거부할 수 없는 경우도 있었지만, 그와 반대로 본인 스스로 다른 사람들이 술을 거부할 수 없게 분위기를 조성하는 사람이 되기도 한다.

(중독 회복자 1) 또 제가 술을 너무 좋아했기 때문에 저녁에 퇴근 시간만 되면 술친구들 모아서 술집에 가서 술을 마시기 시작을 했고.

(중독 회복자 3) 모시고 계시던 지점장이 술을 얼마나 좋아하시는지

저의 매일 술이었죠. 그분의 모토는 단결은 술로 돼야 하고 (...) 술 안 먹고 싶어도 지점장님이 저는 또 중간 관리자라서 지점장님과 직원들을 컨트롤하는 중간자 입장에서 제가 개인 약속 있다고 빠지기도 뭐하고 그것도 한두 번이지, 그러다 보니까 술을 1년, 2년간은 매일 먹은 것 같아요.

직장생활을 하면서 술을 많이 마시게 되는 계기 중 하나는 술자리에서 사업이 잘될 것이라는 여기는 막연한 신념이었다. 한 회복자는 사회생활을 하면서 접대를 해야 하는 상황이 많이 있었는데 술을 접대하면 사업이 잘될 것이라는 믿음이 있었다고 한다. 하지만 이후 그것 역시 본인 스스로 술을 마시기 위한 핑계였음을 인식하게 되었다고 답하였다.

(중독 회복자 6) 조직 내에서 어떤 영업을 더 잘하겠다는 욕심 그 조직 내에서 인정받겠다는 것하고 거래처하고 관계 증진을 위해서는 술이다 이런 것을 받다보니까 술을 그때부터는 정말 지금 생각해 봐도 어떻게 그렇게 마실 수 있을 정도로 많이 마셨어요(...) 접대를 하고 나면 술을 먹이고 나면 웬지 안 될 비즈니스가 될 것 같은 그런 생각이 들어요. 특히 더 비싼 술 더 비싼 어떤 룸살롱이나 더 비싼 그런 고급진 그런 것을 주면 뭔가 나한테 더해 주겠지라는 착각이 들더라고요(...) 그게 제가 단주를 하고 난 다음에 알게 된 사실은 그게 도움 된다고 하는 것은 대내외적인 핑계이고 실제로는 제가 마시고 성매매를 가고 싶었던 거죠.

## 라. 스트레스 출구로서의 음주

장년기의 성인 남성은 사회적으로 가정을 부양하는 가장의 역할을 수행해야 하기 때문에 실직이나 사업 실패의 스트레스가 문제적 음주를 촉발하는 요인이 되기도 한다. 응답자들은 사업 실패, 직장 해고, 직업 불만

족 등으로 스트레스를 경험하였고, 그 스트레스를 해결하는 방법으로 폭음을 하는 경향을 보였다. 그러나 문제적 음주는 장년기가 되기 이전부터 진행이 되어 왔기 때문에 실직, 사업실패의 스트레스는 기폭제가 되어 음주행동이 중독으로 가는 통로를 열어 준 것으로 보인다. ‘중독 회복자 3’의 경우도 이미 술 문제로 직장생활을 유지하는 데 어려움이 있었으며, ‘중독 회복자 4’는 사업 실패로 ‘갑자기’ 많은 양의 술을 마시게 되었다고 말하고 있다. 즉 스트레스 요인은 알코올 중독을 급속하게 진행시키는 기폭제 역할을 하였다.

(중독 회복자 3) 97년도 IMF 때 직장을 그만두면서 그때부터 술을 아침부터 일을 안 나가니까 아침 되면 집 앞에 슈퍼 가서 술을 사와 가지고 계속 먹게 되는 그런 음주를 해 왔었거든요. 그렇게 매일같이 그것도.

(중독 회복자 4) 실패를 경험하면서 집에서 술을 마시기 시작하면서 갑자기 많은 양을 먹더라고요. 실패의 경험 때문에, 그리고 죽고 싶은 충동도 느끼고 갈피를 못 잡고 있었어요.

(중독 회복자 5) 달러를 계속 버는데 돈을 벌다 보니까 (...) 풍파리들이 많이 꼬이기 시작하는데 그때부터 분노가 올라오기 시작하더라고요. 분노가 올라오기 시작하면서 그때까지만 해도 술 문제가 심각하지 않았어요. 그런 문제들이 겹쳐지면서 내가 해결할 수 없는 부분들, 어쩔 수 없는 상황들이 터지니까 그때부터.

(중독 회복자 6) 사업을 했는데 거의 다 실패를 하고 그러다가 점점 더 술에 갔던 것 같아요. 어느 순간인가 아침에 술을 먹고 일어나면 물을 마셨는데 술을 먹더라고요.

(중독 회복자 10) 그때(과거)는 내가 사장 소리 들으면서 사람들한테

맡겨 놓고 매일 차 끌고 다니면서 놀러 다니고 방탕한 생활을. (...) 20 몇억 되는 걸 다른 사람들을 통해서 내 앞으로 해 가지고 다 받고 도망을 가 버렸어요.(...) 저는 지금도 그 상황을 얘기하면 너무 암울해 가지고 하루아침에 나락으로 떨어져 버렸으니까. 앞이 보이지 않는 거예요. 매일 술 마시고 집에 안 들어오고.

(중독 회복자 11) 그쪽(직업)을 일하다 보니까 웬지 명함이 내밀기가 나한테는 부끄럽고 이런 것들이 사회생활 하면서 웬지 그런 게 저한테 불만이었어요. 그러다 보니까 술로 많이 먹었던 것 같고 (...) 나는 왜 이래, 저 혼자 자책하고 자학하고 그렇게. 그런 게 심해질수록 더 술을 많이 먹고.

## 2. 중독 진행 과정에서의 사회연결망

중독 진행 과정은 술로 말미암아 가족, 직장, 그리고 자기 자신과 점차 멀어지는 과정이다. 가정이나 직장생활이 술에 뒤엉키며 점차 술을 마시기 위한 가정생활, 술을 마시기 위한 직장생활로 바뀌게 된다. 그러한 과정 속에서 알코올 중독에 대한 개념 자체가 없는 지역사회의 특성은 알코올 중독 진행 과정을 부추긴다. 술과 뒤엉킨 생활을 지속한 결과 더는 가정이나 직장생활을 유지하기가 어려워지고 혼자만의 삶으로 들어간다. 사람들과 ‘소통하지 못하는’ 생활로 타의에 의해 사회연결망과 단절되고, 사람들과 ‘소통하지 않는’ 생활로 자의에 의해 사회연결망과 단절된다. 그리고 마지막으로 자기 자신과의 관계를 끊으며, 극단적으로 자살을 시도하기도 한다. 중독 진행 과정에서 사회연결망은 가정, 직장생활의 변화, 그리고 지역사회 환경, 마지막으로 중년기의 주요한 발달과업인 자기 발달의 측면에서 그 의미를 찾아볼 수 있다.

## 가. 음주를 위한 가정생활

중독 진행 과정에서 중독자의 생활 중심은 가정이 아니라 술이다. 때로는 주위의 조언 혹은 본인 스스로 중독 상황을 벗어나고 싶은 심정으로 결혼이나 출산을 선택해 본다. 하지만 그렇게 선택한 결혼이나 출산은 부부로서, 혹은 부모로서의 역할이 상실된 채 유지되다 파경을 맞는다. 중독이 조금 더 심각하게 진행이 되면 중독자들은 음주를 하기 위해 가정 내 불화를 일부러 만들기도 한다. 중독이 진행되는 과정에서 가정은 중독자들에게 의미부여를 하지 못하며 음주를 위한 수단으로 활용되어 다른 가족 구성원에게까지 부정적인 영향을 준다.

문제적 음주가 지속되면서 주위에서는 가정을 꾸리면 음주문제 해결에 도움이 될 수 있을 것이라고 생각하고 결혼을 하거나 아이를 낳으라고 종용하기도 한다. 중독자들은 결혼과 출산의 책임과 의무에 대한 깊은 고민 없이 결혼을 선택하기도 하며, 다른 한편으로는 현재의 중독 상태에 대한 돌파구를 찾기라도 하듯 결혼을 한다. 하지만 부부간 친밀감이 부족하고 무미건조한 결혼생활은 오래 유지되지 못하고 이혼으로 이어진다. 자녀 양육에 대한 책임의식도 충분하지 않다. 결혼은 했지만 결혼의 의미는 없고 가장이라는 책임의식도 상실된 채 알코올 중독이 진행된다. ‘중독 회복자 1’은 중독이 진행되는 과정에서 출산한 자녀에 대해 지금 현재 안타까운 마음을 표현했다. ‘중독 회복자 5’는 본인의 의지 없이 도피처럼 결혼하여 1년 만에 스스로 결별을 선택했다고 말한다. ‘중독 회복자 7’은 중독이 진행되는 중 결혼하여 아내나 자녀보다 술을 자주 찾았던 경험을 이야기했다. ‘중독 회복자 7’도 이후에 이혼을 하였다.

*(중독 회복자 1) 그러니까 굉장히 가슴 아프게 4년간 살았죠. 그러다 제가 하도 그런 생활을 하니까 어르신들이 아이를 가지면 저 녀석이*

정신을 차릴 수 있지 않을까 해서 아이를 갖게 됐는데, 그게 제일 가슴 아팠던 거죠.

(중독 회복자 5) 결혼도 제 의지와는 상관없이 했어요. 술 먹고 개판치고 그러니까 집에서 처음에는 너 나가서 살라고 조그마한 아파트를 얻어 줬어요. 그런데 아파트를 얻어 준 것이 실수였죠. 그때부터는 아예 술집에서 술 먹지 않고 우리 집에서 술 먹고 우리 집에서 다 자는 거예요. 이런 생활을 2년 정도 하다보니까 더 이상 집에서 그 꼴을 못 보는 거예요. 그래 가지고 누나하고 어머니 하고 얘기가 돼서 캐나다에 있는 큰형님한테 얘기를 해서 저를 그쪽에 있는 여자하고 결혼시켜요. (...) 당시에 그때를 돌이켜보면 저도 술 먹는 제 자신이 싫어서 그래 여기에서 한국에 있으면 뭐하나 술먹고 이 지랄하다 인생 다 망친다 이런 생각을 하다 보니까 그 여자가 좋든 싫든 간에 결혼을 한 거예요. 어떻게 보면 도피죠. (...) 그래서 결국에는 1년이 좀 안 됐을 때 내가 집을 나와 버렸어요.

(중독 회복자 7) 국제결혼 할 생각이 없냐고. 그래서 거기서 1500만 원인가 벌어서 그걸 했어요. 결혼을 베트남 여자하고 했는데, 35살 때 했을 거예요. 그래서 결혼을 했는데 데리고 와서 제가 잘했어야 하는데 술이라는 게 도저히 못 끊겠더라고요. 저녁만 되면 막걸리를 먹고 일하고서 저녁에 하다 보면 식구(부인)하고 맨날 싸우는 거예요. (...) 맨날 사고치고 했죠. 여자는 뒷전이고. (...) 딸내미는 우니까. 그러면 안 놀아 줄 수는 없고. 솔직히 말해서 그때 당시에는 짐이었어요. 술을 먹다 보니까. 딸이 귀찮은 거죠.

알코올 중독이 진행되는 과정에서 결혼생활을 유지하고 있다고 하더라도 술 마실 수단으로 부부싸움을 일부러 유발하기도 한다. 부부싸움은 술을 마실 수 있는 구실이 되어 가족 구성원의 간섭을 받지 않고 좀 더 편하게 술을 마실 수 있게 하는 도구로 활용되었다. ‘중독 회복자 13’의 경우는 부부싸움 후 부인의 무관심을 유발시켜 술을 편하게 마실 수 있는 수

단으로 활용한 사례이다. 싸움이 되지 않을 수 있는 상황도 트집거리를 만들어 불화를 일으키면서까지 술을 마셨다고 말하고 있다.

*(중독 회복자 13)* 그런데 내가 술 문제가 있으니 계속 힘든 거예요. 가정생활이요. 좋은 직장 다니고 좋은 아내 있는데 매일같이 술 먹고 아들, 딸 낳고 중산층으로 행복으로 살 수 있었는데 매일 싸우는 거예요. 싸웠던 것도 내가 술을 편하게 먹기 위해서였던 것 같아요. 식구는 팔리잖아요. 먹지 말라고 하고 오늘은 먹지 말라고 하는데 나는 먹어야 되는데, 그러니까 싸우는 거예요. 싸우면 무관심하더라고요. 먹든지 말든지, 그러니까 편하니까 매일같이 싸우고 트집 잡고 싸우고.

#### 나. 음주를 위한 직장생활

중독이 진행되는 초기에는 직장생활을 유지하며 술을 마시지만 일정 기간이 지나면 직장생활을 정상적으로 유지하기 어려운 시점이 오고 직장생활과 음주생활이 뒤엉킨 생활을 지속한다. 그리고 중독 진입 초기에는 직장 상사나 직장 동료, 업무상 필요에 의해 음주를 하지만 중독이 심각하게 진행되는 과정 중에는 일을 위해 술을 마시는 것이 아니라 술을 마시기 위해 일을 선택한다. 일용직이나 야간업무와 같이 주로 사람들을 만나지 않거나 비정기적인 직업을 찾음으로써 다른 사람들의 눈치를 보지 않고 맘 놓고 술을 마시려는 의도를 가진다. 생계유지를 위해 직장을 완전히 떠나지는 않지만 직장에서의 사회적 관계로부터 자신을 분리하고 음주에 몰두하는 삶을 찾는다. ‘중독 회복자 3’은 직장은 다니지만 술을 마시기 위해 사회적 관계를 하지 않는 직장을 구하려 한 대표적 사례이다.

*(중독 회복자 3)* 지점장님과 술을 많이 먹는 것을 배워서 아주 많은 양의 음주를 하는 그런 상태였는데 그게 저도 모르게 술을 좋아하게

때서 혼자 독주를 많이 하고 있더라고요. 제가 (...) 업무 끝나고 나면 술 먹는 것이 편했어요. 그 일을 할 때부터는. 점심 때도 나와서 혼자 칼국수 먹으면서 반주로 소주 한 병 하고 들어가고 술냄새 안 나게 양치하고 그래도 냄새가 나겠지만, 그런 것이 비밀비재해지고 낮에 근무시간에 술 마셔요. 소주 한 병이요. 이것은 어떤 선을 넘은 것 같잖아요. 저는 모르게 가랑비에 옷 젖는지 모른다고 술술 높으로 빠지는 것 같았어요. (...) 그다음부터는 제가 술을 먹고 싶어서 그랬던 것 같아요. 일부러 그 당시에 유명한 3D 더럽고 위험하고 힘들고 3D 업종을 제가 일부러 찾아다니면서 (...) 극장 심야청소 관객들이 와서 보고 나면 짧은 시간에 청소시간에 청소하고 노가다도 1년 했어요. 건설일용잡부요. 왜냐하면 그런 것을 하면서는 술을 언제나 먹을 수 있고요.

#### 다. 알코올 중독이 '없는' 사회

지역사회에서 술을 마시는 사람은 어디서나 쉽게 만날 수 있다. 하지만 알코올 중독자를 만나기는 어렵다. 지역사회는 알코올 중독자가 없는 것이 아니라 알코올 중독이라는 개념 자체의 인식이 없다. 계모임, 친구모임은 종종 '술자리'라는 이름으로 통용되고는 한다. 사람들은 중독질환에 대한 정보가 부족하기 때문에 중독 치료 후 퇴원한 사람을 술자리에서 축하하는 상황이 발생하기도 한다. 그 결과 중독 문제를 심각하게 받아들이지 않아 치료시기가 늦어지고 중독이 더욱 심각한 상태로 진행되기도 한다.

지역사회에서 음주는 매우 일상적인 사교활동으로 받아들여지고 있다. 사교모임에서 음주는 필수이며, 새로운 동네로 이사를 가도 '술친구'를 만나는 것은 그리 어려운 일이 아니다. 응답자들의 일상적인 삶 속에 술은 어디에나 있었고 언제나 쉽게 접할 수 있으며, 또한 주변 사람들이 응답자의 '술판'에 함께했다. '중독 회복자 7'은 지방에 거주하고 있는데 '가는 데마다 술'이 있어 술을 먹을 수밖에 없는 지역사회 환경에 대해 언

급하고 있다.

(중독 회복자 2) 주변 사람들이 왜 토끼 같은 자식이랑 마누라랑 놔 두고 이렇게 속을 썩이냐고, 그래서 결심을 딱 한 게, 아무도 모르는 데 가서 새사람이 돼 가지고 한번 살아 보자. (...) 보니까 OO(지역)에 웬 술꾼들이 그렇게 많아요. 자연히 그 사람들하고 어울리게 돼 가지고.

(중독 회복자 7) 술도 많이 안 먹고 꾸준하게 했는데 3년 지나니까 그게 서서히 손님들이 사 오고 하니까. 그리고 일 끝나면 제모임 해야지 뭐 해야지 하니까 맨날 술인 거야. (...) 고향으로 다시 내려왔는데도 가는 데마다 술이더라고요. 공장 들어가는 데마다 사장님도 술이고 거기 직원들도 다 술이고. 안 먹을 수 없겠더라고요.

우리나라는 대체로 술에 관대한 풍토여서 알코올 문제가 있다고 이야기해도 그것을 대수롭지 않게 여기는 경향이 있다. 알코올 중독에 대한 지식도 부족하다. 알코올 중독이 있어도 그것을 인지하지 못하는 수준이다. 알코올 중독이 없다고 착각하는 지역사회 안에서 중독자들은 쉽게 재발 위험에 노출된다. ‘중독 회복자 7’은 알코올 중독으로 치료를 받고 퇴원한 그날, 퇴원을 축하하는 술자리에 초대를 받아 그다음 날 재발을 경험했다고 응답했다. 지역 주민들은 알코올 중독의 위험성을 모르고 있었던 것으로 보인다. 알코올 중독이 있어도 그 존재를 인식하지 못하여 그야말로 알코올 중독이 ‘없는’ 지역사회에서 생활하고 있는 것이다. 때로는 ‘중독 회복자 6’의 경우처럼 알코올 중독의 존재가 드러나도 그것을 부정하기도 한다.

(중독 회복자 6) 제가 이 얘기를 몇몇 친구들한테 했을 때 대부분의 반응은 사실 이거예요. 니가 알코올 중독이면 대한민국에 있는 사람

은 다 알코올 중독이지.

(중독 회복자 7) (알코올 중독병원 퇴원 후) 나가니까 또 가관이더라  
고. 퇴원했다고 축하한다고 저녁 먹으러 오라고 한 거예요 주말에. 삼  
겹살 파티에다가 소주를 몇백 깔아 놓고 술 먹고 앉아 있는 거예요.  
그것만 봤으면 먹고 조용히 있으면 되는데 또 옆에서 술 취한 사람,  
지금 기억이 잘 안 나는데 누가 옆에서 막 그러는 거예요. 술 취해 갖  
고. 넌 술 먹으면 안 돼, 안 돼 그러니까 더 열 받는 거예요. 말은 못  
하고. 다음 날 열 받아 갖고 술 먹고, 그다음부터 또 술 먹은 거죠.

(중독 회복자 8) 아직까지 내가 알기로 알코올 중독을 모르는 사람들  
도 많을 거고요. 알코올 중독이 술중독이 병이라는 걸 모르는 사람들  
도 많을 거고. 어느 정도가 술중독인지 그것부터 시작해서 모르는 사  
람들이 너무 많죠.

알코올 중독에 대한 정보부족이나 무지는 결과적으로 중독 문제를 외  
면하여 더 심각한 중독을 야기하는 원인이 되기도 한다. ‘중독 회복자 4’  
는 알코올 중독의 적절한 치료법을 알지 못하고 오히려 알코올 중독자가  
가족 중에 있다는 사실을 감추려 해 자신의 중독 문제가 더욱 심각해졌다  
고 생각하였다. ‘중독 회복자 9’도 알코올 중독이 무엇인지도 모르고 있  
다가 심각한 중독 상태에서 입원한 후에야 중독이라는 말을 듣게 되었다  
고 언급하였다.

(중독 회복자 4) 부모님도 그런 것들을 적절하게 대화를 통해서 풀었  
으면 좋는데 그런 것들에 대해서 전혀 몰랐던 것 같아요. 병들게 되고  
저희 문제들을 꺼내 놓고서 상담을 하거나 이렇게 해결해 나갔어야 되  
는데 그런 용기를 못 낸 것 같아요. 그런 것들을 꺼내면 조금 창피하  
고 이랬던 것이 많았던 것 같아요. (...) 아침에 직장을 나가셔야 되는  
데 계속 그런 것 문제 일으키고 밖에서 싸움을 하거나 법정 문제도 일

으키고 했는데 부모님은 외적으로 그런 것에 지위도 있으니까 감추려고 노력을 해 주시니까 저희 중독 문제는 발전됐던 것 같아요.

(중독 회복자 9) 중독이라는 자체를 몰랐으니까, 내 자신이. 술로 인해서 몸이 나빠진 것도 몰랐어요. 그때도 저는 알코올 중독이라는 말을 못 들어봤어요. (...) 그렇게 거기(병원)서 생활했는데 거기서 처음으로 알코올 중독이라고 들었어요. (...) 부모님도 이쪽으로는 무지하셨고 저도 뭐 관심이 없었고 저도 무지했고 내 몸에서 일어나는 거에 대해서도 관심이 없었고 아무런 그런 게 없었어요. 그렇기 때문에 눈치도 없었고.

## 라. 모든 사회연결망과의 단절

문제적 음주로 가정과 직장이 뒤엉킨 생활이 지속되다가 중독이 심각하게 진행되면 사회적 관계가 단절되는 단계로 진입한다. 술이 직장생활 유지와 주변인들과의 관계에 부정적 영향을 미치면서 사회적 관계가 단절되기도 하지만, 중독자 역시 그러한 사회적 관계의 단절이 술을 마시기에 더 편하기 때문에 그 길을 선택하기도 한다. 본인 스스로 음주 문제가 있다는 것을 인식하지만, 회복을 선택하기보다는 술을 선택하고 극단의 중독으로 내달린다. 그러면서 사회연결망과 자연스럽게 단절되고 독한 술을 즐기며 알코올 중독은 더욱 심화된다.

응답자들은 계속되는 음주로 주변인들이 점점 자신을 떠나고 관계가 소원해지면서 결국 사람들과의 소통이 단절된다고 이야기한다. ‘중독 회복자 4’는 자신의 본모습을 감추기 위해 거짓말을 하지만, 빈한 거짓말임이 드러나면서 주변인들과의 상호 신뢰가 무너져 대인관계가 축소되다 결국은 고립감을 경험하게 되는 과정을 묘사하고 있다.

(중독 회복자 2) (회사를) 나가서 이발소에도 앉아 있고 이러면서 윗사람들 눈밖에 나 가지고 권고사직으로, 그냥 해고하면 그나마 퇴직금 조금 있는 것도 못 받으니까 사직서를 내라고. 한 달간 줄다리기로 버티다가 권고사직 형식으로 해서. 그 뒤로는 술을 시도 때도 없이 먹게 됐어요. (...) 그러니까 사람들이 차차 멀어지더라고. 날 외면하는 거지, 싫어하고. 소식도 끊고.

(중독 회복자 4) 그러면서 계속 그렇게 발전이 되고 하다 보니까 어느 순간에는 이렇게 자신이 없더라고요. 밖으로 나가는 거에 대한 거요. 그리고 밖에 나가서도 사람들을 만나거나 이럴 때 기죽지 말라고 그런 부분을 해 주셔서 이렇게 대인관계도 잘했었는데 들통은 나게 되어 있는 것 같아요. (...) 사람들하고 어울릴 때 회사 다니고 있지 않는데 회사를 다니고 있다는 거짓말하고 어떻게 계획하고 있다 그런 것들이 금방 탄로가 나는 것 같아요. 제 스스로 느꼈던 것 같아요. 더 이상 가면 안 된다, 그러면서 그래도 남아 있는 친구들이 있었는데 술을 먹다 보니까 친구한테도 실수하게 되고 술집에서도 실수하게 되고 그러니까 끊기더라고요. 완전히 저 혼자 고립되게 되고 집 안에서 술 마시게 되고 밖에 못나가고 계속 그렇게 생활했던 것 같아요.

(중독 회복자 13) (이혼 후) 혼자 돼서요. 그렇게 한 1년 먹으니까 본격적으로 먹잖아요. 혼자 되니까, 많이 망가졌어요. 그때부터 본격적으로 망가졌죠. (...) 혼자 돼서 원룸방에서 먹는데 유일한 외출은 술 사러 가는 거였어요. 어디 단절됐죠. 이해하시려나 몰라도 내가 스탠드바 가서 룸살롱 가셔도 이런 곳에서 점점 차단되면서 친구들도 안 보려고 해요.

심각한 중독이 진행되면서 사회적 관계가 단절되는 것을 경험하는데, 그러한 과정에서 ‘중독 회복자 3’과 같이 술을 마시고 나면 ‘망측한 짓’을 해서 스스로 사회적 관계를 단절하기도 한다. 즉 단절된 사회적 관계를 회복시키려 하기보다 더 편하게 술을 마시는 것을 선택하고 이후에는 자

발적으로 대인관계를 단절하고 음주에 몰입한다. ‘중독 회복자 7’은 주변인들이 찾아와도 문을 열지 않고 혼자만의 독주를 했다.

(중독 회복자 3) 저도 모르게 술을 좋아하게 돼서 혼자 독주를 많이 하고 있더라고요. 제가, (...) 어디 나가기도 뭐하고 직장을 그만둬서 자신감도 없고 돈도 자꾸 떨어지고 술값도 부담이 되고 이래서 혼자 먹는 것이 여러 가지로 편했어요. 혼자 썬 소주를 마음껏 마시고 방해받지 않고 먹을 수 있고 혼자 사색에 잠길 수 있고 혼자 독주가 너무 마음이 편했어요. (...) 술 먹으니까 다 완전히, 술 먹고 하도 여기 저기 망측한 짓을 많이 했기 때문에 빨리 말씀드리면 어느 시절부터 친구관계 절단 냈고 친척관계 없고 왕래도 없고 이렇게 됐거든요. 저는 늘 혼자였고 독고다이 혼자 독주 그때부터 저는 외로운 고독을 끼고 산 거예요.

(중독 회복자 7) 술을 계속 먹다 보니까 대인기피증이 생긴 데다가 뭐라고 해야 돼, 사람을 자꾸 피해 다니는 거예요. 새벽에 몰래 나갔다가 저녁에 몰래 들어오고 술 마시는 것도 아무도 없는 곳에 몰래 가서 먹고. (...) 나는 그때부터는 저 세상이지요. 아예 대문 잠그고 현관문 유리창문을 다 닫아 놓고 커튼 다 쳐 놓고 방 안에 앉아서 누가 와도 안 열어 주고 술만 먹는 거예요. 24시간.

(중독 회복자 11) 하루도 안 빼놓고 계속 술 마셨어요. 주말에는 밖에 안 나가고 술만 마시고. 친구는 혼자 마시지 말고 같이 마시자. 혼자 먹다 보니까 남들하고 밖에서 술 안 먹게 되더라고요. (...) 혼자 먹는 게 편하고. 혼자 먹다가 꼬꾸라져서 자다 일어나서 마시고 이게 편하더라고요. 어디 밖에서 먹다 보면 제가 취해서 쓰러지면 누가 그거 하겠어요. 그러니까 그런 생각 때문에 그런지. 혼자 먹는 게.

## 마. 자신과의 단절

음주로 말미암아 직장, 가정생활을 유지하기가 어려워지고, 그리고 자의와 타의가 겹쳐 사회적으로 단절이 된 뒤에는 자기 자신을 자기로부터 분리해 내는, 자신과의 단절을 경험한다. 자신이 어떤 사람인지에 대한 정체성을 상실하고, 인간으로서 사회인으로서 역할을 추구하지 않는다. 그리고 완전한 자기 분리인 죽음까지 생각하며 자해를 하거나 자살을 시도하기도 한다. ‘중독 회복자 1’, ‘중독 회복자 5’와 ‘중독 회복자 9’는 알코올 중독의 끝에서 자신이 자기를 포기하는 상황을 맞이하고 이후 더 많은 술을 마신다.

*(중독 회복자 1) 해장술을 반 병 정도 먹고 나니까 손떨림이 없어지더라고요. 그때 중독이라고 하는 것을 처음 느끼긴 했었지만 양가감정 속에서 하나의 감정은 술을 좀 적게 먹자는 생각이었고, 하나는 폐인이 될 바에야 빨리 먹고 빨리 죽어 버리자는 생각. 그런데 전 후자를 선택했던 것 같아요. 그날부터 술량이 엄청나게 늘어났고, 하루 일곱, 여덟 병씩 마시던 술이 더 진행이 돼서 열 병, 열다섯 병까지 마시게 되면서 출근 못 하고 집에 박혀서 술을 먹기 시작했죠.*

*(중독 회복자 5) 55세까지 저는 제가 누구인지도 몰랐고 내가 무엇을 위해 왜 살아가고 있는가 진정한 나는 누구인가도 모르고 내 자신과 내 감정에 속아서 정상적인 애초에 창조주께서 주신 순수한 본능은 잊어 버리고 미친 정신으로 살았다 해도 과언이 아닐 거예요. (...) 이렇게 죽는구나, 이제 됐다. 이제 가자. 이제는 죽어도 좋다. 아무 불편한 감정도 없고 아무 생각도 안 나요. 이제 이렇게 해서 죽자 이렇게 가는구나. 편안한 거기까지 갔어요. (...) 브레이크 없는 차하고 똑 같아요. 계속 앞으로 전진해야 되거든요. 거기까지 가면 자기가 감당이 안 되거든요. 미쳐 날뛰게 되니까 그때부터는, 내 정신이 아니잖아. 반 미친 사람이니까. (...) 내가 내 감정에 속아 살아왔고 내가 내 자*

신이 누구인지도 모르고 살았기 때문에.

(중독 회복자 9) 만병통치약이지 술이. 그런 식으로 했어요. 안 좋은 걸 뻔히 아는데 그게 손을 쓸 수 없더라고요. (...) 죽었으면 좋겠다. 데려가라. 더 이상 삶에 의미도 없고 희망도 없고 아무것도 없으니까. 그때는 지칠 대로 지쳤었나 봐요. 이것저것 해서. 속으로 빌었는데 안 데려가더라고요.

‘중독 회복자 11’은 자신으로부터 자기를 분리해 내는 극단적인 방법으로 자해와 자살을 시도하였다. 실제로 죽음으로 이어지지는 않았지만 술을 마시면 자살계획을 짜게 되었다고 말한다. 삶에 대한 애착이 상실된 상태에 머무르는 것이다.

(중독 회복자 11) 그때도 제가 죽고 싶다는 그런 마음이 항상 술 먹으면서 심해지더라고요. 그런데 그게 술만 먹으면 제 몸에 자해하고 손목 굵기 전에도 모든 약을 다 먹었어요. 술 먹고서. 7일간 자고 일어나더라고요. 술 먹고 약 먹고 그리고 여기 OO 와서 웬지 술만 먹게 되면 계획을 짜더라고요. 그때 제가 강원도 정선에서 일하고 있을 때였는데 거기서 술 마시고 제가 아침에 출근한다고 하고서 그때도 술 먹었으니까 술이 안 낀 상태에서 출근을 안 하고 차 끌고 바로 OO으로 왔죠. 와 가지고 제가 진짜 정신도 몽롱한 상태에서 어디 회원인가 가서 농약 사 가지고. 술만 먹으면 그런 계획을 하더라고요. (...) 술 먹고 운전 많이 했는데 사고 내고 그런 게. 그런 것들이 복합적으로 인생을 막 살았던 것 같아요. 그러니까 제가 죽으려고 한 그런 게 많이 좌우된 것 같아요. 그렇게 누적되다 보니까 삶에 회의도 많이 느끼고.

하지만 자신과의 단절을 경험한 후 치료 연계가 되면 회복으로 가는 국면으로 전환되는 기회를 보다 쉽게 받아들일 수 있다. ‘중독 회복자 4’는 자기와의 단절을 경험하는 시점에 자포자기의 심정으로 부모님의 치료

제안을 받아들이고 이후 회복의 단계로 접어들었다.

(중독 회복자 4) OO병원 가기 전에 침대에 응급실 가면서 죽기를 기도했고 그냥 죽었으면 좋겠다고 빌었고 택시 안에서. 부모님께 말은 못 하고. 완전히 내려왔다고 해야 되나. 삶에 대해서 포기를 했으니까. 그리고 나서 다시 부모님이 제안하셨고 제가 받아들여서 갔으니까 그래서 그런 생각이 들었던 것 같아요. 완전히 내가 알코올 중독자가 아니고 나는 뭔가 할 수 있고 내 힘으로 무엇을 할 수 있을 그런 게 있었으면 아마 안 그랬을 거예요. 내가 움직일 수 있고. 그런데 그때 당시는 완전히 무기력했고 삶을 포기를 했고 그냥 목숨까지도 죽었으면 좋겠다.

### 3. 치료 입문 과정에서의 사회연결망

치료 입문 과정에서 주요한 사회연결망은 가족에서 출발한다. 가족은 주변인, 기관 방문 상담 등을 통해 정보를 습득하고 주로 강제 입원 형태로 중독자를 치료에 입문시킨다. 강제 치료를 받는 중독자는 대개 가족과 치료에 반감을 가지고 있어 치료 효과를 기대하기는 어렵다. 하지만 기대하지 않았던 곳에서 흥미 있는 치료를 접하게 되면 그 이후로 치료가 지속될 수 있다. 치료기관에서 만난 동료 중독자, 그 외 어린이집과 같은 사회기관을 통해서도 치료에 입문하기도 한다. 하지만 회복에 충분히 동기 부여가 되어 있지 않아 재발과 치료를 반복하는 생활을 유지하기도 한다.

#### 가. 가족의 치료 정보 습득

중독자 치료 입문은 대체로 가족 손으로 이루어진다. 가족이 알코올 중독 치료 정보를 찾고 치료기관에 방문 상담한 후 중독자를 기관에 입원

(입소)시키기도 하지만, 어떤 가족은 비공식적 관계망 속에서 소문으로 알게 된 기관에 중독자를 입원시키기도 한다. 주위 사람들의 정보는 경험에 기반한 평가 결과일 수도 있지만, 주관적이거나 정확하지 않은 정보로 중독자 치료에 도움이 되지 않는 경우가 발생할 수 있다. 그 외 길거리 치료기관 광고 등 우연한 기회에 적절한 치료기관에 입원하면서 이후로 꾸준히 치료를 받게 되는 경우도 있다. 가족들은 다양한 경로를 통해 알코올 중독 치료기관에 대한 정보를 습득하려고 시도하지만 그러한 정보의 습득이 우연성에 기대고 있다는 점에 주목할 필요가 있다.

알코올 중독이 심각해지면 가족들은 중독 치료를 위해 도움이 된다고 하는 것은 무엇이든 찾아 나선다. ‘중독 회복자 1’의 가족과 같은 경우는 미신이나 종교적인 힘에 의지하기도 한다. 중독자 가족은 때로 적절한 기관을 찾아내기도 하지만, 때로는 가족들이 습득한 치료기관 정보가 정확하지 않아 오히려 중독자 치료에 악영향을 끼치는 경우도 발생한다. ‘중독 회복자 2’는 가족들이 주위 사람들 말을 듣고 중독재활시설에 강제로 들여보냈지만 실상은 인권침해가 심각한 시설이었다고 말한다.

*(중독 회복자 1) 그러면서 술만 찾고 하니까 집사람이 지식이 없으니까 무당을 데려다 굿도 하고 때로는 목사님이 오셔서 기도도 하시고 할 수 있는 방법은 다 해 봤는데도 안 들으니까.*

*(중독 회복자 2) 그때 처음 들어갔고, 89년도에는 어디 굴 속에 넣었는데 어딘가도 모르고 나중에 보니까 사설요양원이라 그러더라고요. 그런데 그런 데는 참, ○○병원은 양반이고. 밥이랑 이런 것이, 옛날 보릿고개에도 그런 밥을 구경 못 했어요. 그런 밥 주고 4시면 밥 먹여 놓고 약 주고 담배 하나 피우고, 그럼 풀아떨어져 버리는 거야. 아침에 일어나고 낮에도 병든 닭 같아요. 그런데도 유명하다고 소문났대요. 누구한테 그런 얘길 들었던가 봐요. 그때 뭐든지 병 낫게 해 준다고 하면 그랬던 것 같아요 우리 아내가. (...) 기도원도 갔었어요.*

*아 그 기도원 참 못쓰겠대. 인권 사각지대예요.*

중독자 가족들이 중독자를 돕기 위해 다양한 정보를 습득하려고 노력할 때 위치럼 기관을 잘못 선택하기도 하지만 ‘중독 회복자 13’처럼 우연한 기회에 동생이 본 거리 현수막을 통해 전문치료병원을 알게 되고 치료에 입문하는 계기를 맞이하기도 한다.

*(중독 회복자 13) 여동생이 OO로 시집가서 OO에서 사는데 그때가 2001년 벽에 플래카드 걸어 놔는데 그게 전국 최초 알코올 전문병원 개원이라고 쓴 플래카드를 본 거예요. OO병원, 전국 최초로 알코올 전문병원이 생긴 거예요. 플래카드를 써서 붙인 거예요. 동생이 봤어요.(...) 내가 지금 생각에 6개월만 늦어도 이 세상 사람 아니었을 텐데.*

미디어는 좀 더 신뢰할 만한 정보를 제공할 수 있어 가족들에게 보다 안전한 수단이 되는 것으로 보인다. ‘중독 회복자 1’은 아내가 과거 종교나 미신의 힘에 기대다 해결하지 못했던 알코올 중독의 문제에 대해 텔레비전에 나온 전문가의 설명을 들은 후 자신을 병원에 입원시키면서 치료 입문을 하게 되었다고 말하고 있다.

*(중독 회복자 1) (아내가) 할 수 있는 방법은 다 해 봤는데도 안 들으니까 넷을 잃고 앉았다가 OOO 방송인가요? 무엇이든 물어보세요라고 아침 프로그램이 있어요. 거기 OOO 박사님이 나오셔서 중독에 관한 설명을 해 주시는데 저하고 증상이 같으니까 OOO 방송국에 전화를 하게 됐고, 전화통화가 이루어져서 저를 병원에 입원시키면 살릴 수는 있다는 말씀을 듣고 병원에 입원하게 됐어요.*

가족들은 알코올 중독 치료기관뿐만이 아니라 주위에 이용 가능한 사회복지서비스 기관을 통해 도움을 찾기도 한다. ‘중독 회복자 7’의 부인

은 외국인으로 다문화가족 관련 기관에서 가족 문제를 언급하여 도움을 요청하였다. 하지만 ‘중독 회복자 7’은 당시 치료기관으로 연계가 되지 않았다.

*(중독 회복자 7) 그렇게 하다가 식구가 화가 단단히 났는가 봐요. ○○에 다문화회관이 있거든요. 거기 쫓아가서 선생님들 보고 하소연을 한 거예요. (...) 다문화회관을 가 갖고 그 얘기를 하니까 저한테 전화가 온 거예요. 지금 뭐 하시는 거냐고. 그렇게 술 먹고 다녀 놓고 가정에 어떻게 할 거냐는 난리가 난 거예요.*

#### 나. 치료의 문을 여는 가족

중독의 끝자락에서 가족 손에 끌려 입원을 하면서 처음으로 치료적 상황에 놓인 중독자들이 많았다. 다수의 응답자들이 처음 치료를 접하게 되는 접점이 가족이었다고 말한다. 특히 ‘중독 회복자 5’의 가족은 사전에 알코올 중독 치료병원을 방문하고 상담을 받은 후에 중독자를 강제 입원시켰다. 특히 술을 마실 때마다 강제 입원을 시켰으며, 마지막 11번째 강제 입원의 과정을 거쳐 ‘중독 회복자 5’는 회복의 단계로 접어들었다. ‘중독 회복자 3’ 역시 아내에 의해 총 5번 병원에 강제 입원했다. 강제 입원은 중독자들이 치료에 입문하는 관문과도 같았다. 가족들은 중독자의 가장 근거리에서 치료서비스를 연결해 줄 수 있는 중요한 비공식 체계로서 작동하며 알코올 중독 치료의 관문을 여는 데 핵심적인 몫을 해내고 있었다.

*(중독 회복자 3) 술 먹고 싸움이 붙어서 그런 와중에 저는 집에 와서 술 먹고 자고 있는데 아내에 의해서 첫 번째 강제 입원을 당하거든요. 그때 ○○병원에 근무할 때였는데 아르바이트니까 거기에서는 그만두라고 했고 이래 가지고 제가 번째 강제 입원을 당했는데 정신과*

폐쇄병동 개인병동이라서 굉장히 답답하거든요. 거기에 입원을 했었고 총 5번에 강제 입원을 당해요. 폐쇄병동에 아내에 의해서.

(중독 회복자 4) 하루 종일 술을 먹어야 된다는 생각으로 살았던 것 같아요. 술이 깰 때는 술을 먹어야 편안해지니까 그런 정도에 단계에서 부모님이 입원 결정을 하셨어요. 어느 날 돈을 주면서 나가서 술 먹고 오라고 해서 술을 먹고 집에서 자고 있는데 덩치 좋은 분들이 와서 강박돼서 병원에 가게 됐죠. 그게 첫 입원이었어요.

(중독 회복자 5) 그렇게 하면서 2005년도 ○월 달에 처음으로 알코올 병원에 들어가게 됐어요. (...) 강제 입원이죠. (...) 네. 집사람이 제가 병원에 가기 전에 먼저 알코올 병원에 가서 상담했더라고요.

(중독 회복자 9) 그때는 어디를 가는지 몰랐어요. 정신병원에 가는지 몰랐어. 그런데 침대를 옮기면서 억제를 하더라고요. 팔하고 다리를 묶더라고요. 원장님이 지금 금단 거의 다 끝났으니까 그냥 가서도 될 거다, 그냥 가도 될 거다 했는데 혹시나 모르니까 사지가 묶인 상태에서 갔지요.

(중독 회복자 13) 단절됐던 동생이 그것을 보고 넋찌하고 ○○에서 차 가지고 와서 나를 원룸방에서 퍼져 가지고 사람도 분간도 못 하고 숨만 할딱거리는데 와서 오빠 우리 광주로 이사 갔는데 우리 집 한번도 안 와 봤지 우리 집 가서 술 한잔 하자고 꼬셔 가지고 태우고 가서 바로 병원에 입원시킨 거예요.

#### 다. 가족 및 치료에 대한 반감

강제 입원으로 처음 치료에 접하게 된 중독자들은 가족에 대한 분노로 치료 세팅에 나와 있어도 치료를 받는다는 생각을 하지 않는다. 자의가 아닌 타의에 의해 신체적으로 속박이 된 것이므로 가족에게 반감이 있는

것은 당연한 결과일 수 있다. 중독자들은 언제 퇴원이 가능한지, 퇴원할 수 있는 방법은 무엇인지 생각하다 가족들을 회유하기도 하고 협박을 하기도 한다.

(중독 회복자 2) 내가 여기까지 어떻게 왔나 궁금하고 분노만 일어나는 거예요. 내가 정신병자도 아닌데 정신병원에 넣었다고. 한 보름인가 있다가 면회를 왔더라고요. 어떻게 해서 나를 이런 데다 넣었냐고, 어머니랑 같이 왔는데. (...) 그때부터 반감을 더 가진 거죠. 집사람한테. 나를 정신병자로 몰았다. 그래서 오기로 더 마신 거죠.

(중독 회복자 3) 아내가 언제 마음이 바뀌어서 나를 좀 빼주나 나를 퇴원시켜 주나 그 사이에 제가 편지도 많이 써 보냈어요. 네 번 동안은 이래서 나 병원에서 죽을 테니까 죽은 뼈는 어디에 갈아서 물어주고 이런 거요. 그러면 퇴원 시켜 줄까 봐 협박을 하는 거죠. 이번에는 정말 많이 변했으니까 퇴원시켜 주면 정말 술 안 먹을 테니까 퇴원해달라고 애원하는 편지도 많이 썼고요.

(중독 회복자 4) 퇴원 준비를 해야겠다고 했는데 어머니가 안 꺼내주시고 하시더라고요. 거기에서 제가 탈출을 해요. 병원에 간다고 하고 도망 나와서 바로 가서 술을 마시고 어머니한테 전화를 하게 돼요. 왜 입원을 시켰고 나를 퇴원시켜 주지 않았냐고

가족들에 의한 강제 입원의 반감은 곧 치료 반감으로 이어진다. 치료에 대한 동기 부여가 되어 있기 않기 때문에 알코올 중독 치료병원의 치료 환경에 극심한 반감을 표현한다. ‘중독 회복자 3’은 병원시설은 물론 정신병원에서 조현병 환자와 함께 치료를 받는다는 것에 대한 불만을 나타냈다. 또한 중독자들은 알코올 중독 치료를 받는 과정에서 자신이 중독자로 인정하는 것을 부정하며 치료를 거부한다.

(중독 회복자 3) 네 번 다 강제 입원을 당했는데 개인병원이라 너무 좁아서 왔다갔다 하기도 힘들고 대부분이 만약에 제가 있는 병원마다 병원에 환자가 100명이라면 70명, 80명은 정신병 조현병 우울인데 우리 알코올은 70 대 30 비율로 섞여 있거든요. 난동 부리지만 우리는 술 안 먹으면 정상인데 병원에서 그러면 조현병분들이 많아서 정신병자 같은 행동을 봐야 되니까.

(중독 회복자 5) 그때는 10번째까지는 병원에서 재활하라는 그런 권유 제안을 받아들이지 않았어요. 무조건 빨리 퇴원해야겠다는 생각, (...) 오만이 있었으니까 나는 알코올 중독자라는 것을 인정하고 싶지 않았고, 내가 왜 알코올 중독자야, 사회에서 버림받고 지탄받는 그런 주홍글씨를 달아야 되나, 그게 가장 싫었기 때문에 매번 병원에 갈 때마다 저는 나에 대한 알코올 중독을 치료하기보다는 빨리 퇴원하려고 하는 그런 것을 노력을 했죠.

(중독 회복자 9) 거기서 알코올 중독이라고 들었는데 받아들이기가 힘들더라고. 알코올 중독이면 이렇게 된다 배웠는데 나는 내가 일을 했고 내 돈으로 내가 술을 먹었고 나는 내가 생활을 했어. 그런데 왜 내가 알코올 중독이야. (...) 나는 내가 일어나서 내가 술 먹고 가서 일하고 월급 받고 내 돈으로 술 먹고 다 했는데 내가 알코올 중독이라고 하니까. 그러면서도 많이 욕을 했지요 속으로. 원장님부터 해서 복지사 선생님. (...) 처음에는 그러니까 그때는 거부감이 있었어요. 물론 모임 나가면 멤버 선생님들이 반갑다고 악수해 주고 잘 왔다고 같이 열심히 해 보자고 많이 반겨 줘요. 그런데 어색해.

## 라. 치료 ‘없는’ 치료기관

응답자들이 치료에 입문하면서 처음 경험하게 된 치료기관에 치료가 없었다고 진술하는 것을 주목할 필요가 있다. 특히 가족에 의해 강제 입원된 중독자의 경우는 치료를 받기 위해 입원했는데 병원에서 아무런 조

치를 취하지 않는다는 사실을 알고 가족이나 치료에 대한 반감은 더욱 강해질 수 있다. 이것은 어렵게 중독자를 병원에 입원시킨 가족들의 노력을 공식체계에서 헛수고로 만드는 결과라 하겠다.

알코올 중독 치료기관에서 치료다운 치료를 받지 못한 경험은 중독자들에게 치료기관에 대한 부정적인 인식을 남겼다. 알코올 중독 폐쇄병동에 입원했던 ‘중독 회복자 3’은 치료를 받기보다 간혀 있는 것에 불과한 병원생활을 했으며, ‘중독 회복자 6’은 치료인력에 대해 부정적인 인상을 받아 다시 그 병원을 방문하지 않았다고 응답했다. ‘중독 회복자 12’는 기관에 중독 치료가 없는 것은 아니었지만 깊이 있는 전문지식이 부족하여 중독 치료가 무용지물이었다고 회상하였다.

*(중독 회복자 1) 정신과병원에 입원을 해서 깨어났는데, 사실은 환자가 300명 정도 베드가 됐는데 그중 절반 정도가 알코올 환자들이더라고요. ○○병원이라고 ○○시에 있는 병원인데, 그 병원 안에서 프로그램이 전혀 없는 거예요. 알코올 프로그램이. (...) 그냥 알코올 환자들이 탁구나 치고 놀고 고스톱이나 치고, 그러고 지내는 거예요.*

*(중독 회복자 3) 네 번 입원한 병원은 알코올 관련 프로그램이 거의 없었어요. 시간만 때우고 간혀 있는 상태고요.*

*(중독 회복자 6) 갔는데 진짜로 분위기가 이상하더라고요. 저는 사실 그때 바로 그 생각이 났어요. 경찰들이 깡패를 잡잖아요. 깡패하고 경찰하고 싸우고 있으면 누가 경찰인지 모르잖아요. 미친놈이 미친놈을 상대하고 있구나 생각이 들었어요. 정신과 선생님도 미친 것 같고 저도 미친놈인데 여기에 왔고 다 미친놈만 있는 것 같고 간호원도 미친 사람만 있는 것 같은데.*

*(중독 회복자 12) 저기는 산속에 그냥 가둬 놓고 그러니까 이제 안 돼요. (...) 저기는 농장이 있기 때문에 오전에 일 2시간 오후에 일 2*

시간, 이것은 뭐 그렇다고 알코올에 대한 전문적인 지식을 갖춘 분이 없어요. 그러다 보니까 사람들이 와도 며칠 못 있고 가 버리고. (...) 치료는 있죠. 있지만 알코올에 대한 지식을 여기같이 지금 같이 우리가 들어도 별로 그게 없어요. 그것은 한마디로 농장 일 위주고 그러다 보니까 못 있겠더라고요.

#### 마. 매력적인 치료

치료기관에 들어갔을 때, 치료기관이지만 치료가 없는 기관을 경험하기도 하지만, 치료기관의 프로그램이나 치료 관계에 긍정적인 경험을 하는 경우도 있다. 알코올 중독에 대한 지식이 풍부한 전문가 강의는 중독자들이 자신의 중독 과정을 이해하고 통찰하는 데 도움을 주어 만족도가 높았다. 다양한 외부활동 프로그램은 알코올 중독에 빠져 그동안 경험해보지 못했던 생활을 경험할 수 있게 하여 술 없이도 생활할 수 있다는 것을 알게 해 주었다. 중독자에게 통찰력을 제공하고 술 없는 삶에 대한 경험을 제공해 준 치료는 중독자가 치료를 유지할 수 있는 단초가 된다. ‘중독 회복자 3’과 ‘중독 회복자 13’이 위와 같은 사례에 해당한다.

(중독 회복자 3) 저는 〇〇〇 그 당시 센터장님의 알코올 전문 강의를 너무 좋았어요. 그분이 강의해 주는데 모든 강의 내용이 저한테는 스펀지마냥 제가 빨아들여서 아니까 그래서 내가 옛날에 그랬고 내가 이래서 그랬구나 그런 것이 너무 신기한 거예요.

(중독 회복자 13) AA모임이 있어서 나갔는데 거기에 알코올상담센터가 있더라고요. 회원 등록 해서 갔더니 좋은 거예요. 프로그램도 하면서 그때는 몇 명 안됐어요. 야유회도 가고 그런 생활을 안 해 보던, 술 안 먹고 캠프생활도 하루 산속에서 하는 것도 하고 이런 맛이 있네, 그런 느낌을 가지고.

〈중독 회복자 11〉은 기관에 방문했을 때 치료자와 긍정적인 관계를 형성하면서 마음에 안정감을 찾을 수 있었다고 상담 과정을 얘기했다. 현재 까지도 기관과 정기적인 만남을 이어 나가고 있다.

*(중독 회복자 11) 제가 지금 처음 센터 들어왔을 때에 그런 교육 프로그램이 있다는 건 알겠지만 정확하게는 몰랐죠. 여기 와서 제일 처음 맡은 사례 관련 선생님 보고서 딱 이렇게 하는데 되게 너무 마음에 들었고 너무 좋았어요. 뭔가 통하는 그런 느낌. (...) 왠지 마음에 안정이 되더라고요. 상담. 초기 상담을 첫 번째에 하는데 너무 그런 게. 그러니까 제가 더 의지하고 믿고 이러니까 더 줌 그런 게 숨김없이 생각을 다 얘기하고 편안하게.*

## 바. 치료기관에서 만난 중독자들

알코올 중독 치료 과정에서 만나는 동료 중독자, 선임자들도 중독자 치료 입문에 주요한 역할을 한다. 특히 이들은 치료 환경 속에서 자연스럽게 치료기관이나 모임을 소개하고 함께 동반하는 등 중독자들이 좀 더 쉽게 치료에 입문할 수 있도록 이끄는 구실을 한다. 같은 경험을 나눈 동료 중독자이기 때문에 동행하여 치료모임이나 기관을 방문하는 것에 큰 반감을 가지지 않는 것으로 보였다.

*(중독 회복자 1) 병원에 한 친구가, 그 친구는 죽었어요. 저하고 동갑인데 그 친구가 와서 담배 한 개비를 같이 피우자 하더라고요. 그래서 담배장에 가서 담배를 피우는데 하는 말이, 술을 끊고 싶지 않냐. 끊고 싶는데 방법이 있겠냐, 내가 지금까지를 봤을 때 술을 끊을 수 있는 방법은 없을 것 같다. 그러니까 자길 따라오라고 하더라고요. 병원 제일 안에 요만한 방이 있었는데 그 방에 들어가니까 담배연기 자욱한 데서 환우들이 앉아서 뭔가를 읽고 있더라고요. 그게 그때 당시*

병원에서 했었던 AA 프로그램이라고 하는 건데 알코올 프로그램을 하고 있었죠.

(중독 회복자 8) 센터 나오면서 술 끊은 형님이 있어요. 그 형님한테 전화했더니 3일만 술을 먹지 말고 끊었다가 같이 가자고 하더라고요. 그래서 한 3일 술 안 먹고, (...) 그래서 일단 나도 병원에 입원을 하는 거에 어떻게 생각했나 몰라도 일단 그 형님이랑 같이 센터에 와서 처음 상담한 분이 센터장님이시고 날짜도 기억해요.

#### 사. 다양한 지역사회와의 관심

중독자가 치료에 입문하는 과정에는 가족, 치료기관, 동료 중독자 및 선임자들의 노력 이외에도 지역사회 다양한 기관들의 연계 노력도 있었다. 지역사회기관은 동사무소와 같은 공공기관과 지역 종교기관에서 운영하는 사회복지기관, 일반 병원, 어린이집 등 다양하다. ‘중독 회복자 3’과 ‘중독 회복자 10’은 동주민센터의 도움을 받았다. 동사무소(주민센터)에서 중독관리통합지원센터를 소개해 주거나, 치료를 잘 받고 단주를 하면 공무원의 재량으로 필요한 지원을 더 해 줄 수 있다고 지지함으로써 치료를 지속할 수 있도록 동기 부여를 해 주었다.

(중독 회복자 3) 어떻게 알았냐면 집사람이 동사무소 사회복지사한테 이런 곳(센터)이 있으니까 한번 가서 상담받으라고 해서 알았거든요. 집사람이 먼저 알았어요.

(중독 회복자 10) 그런데 한 가지 예를 들면 내가 자꾸 재발을 하니까 주민센터 직원들이 선생님 아이들 돌이시잖아요. 지금 받는, 선생님 만 약에 단주를 하신다면 다시 시작해서 재발 안 하고 하시면 수급비를 어떻게 해서든지 조정해서 올려 드리겠습니다. 그때는 내가 처음 받았을 때 40 얼마 받았는데 너무 힘들었어요. 술값도 못 해. 관리비도 내

고. 그거를 하루에 만 원 갖고 어떻게 살아요. 술값도 안 돼. 그래서 그 소리에 이분이 나를 살라고 하는구나. 그런 소리. 그래서 10 얼마를 더 주는 걸 가지고 아이들 앞으로 교육보험을 들었어요.

‘중독 회복자 8’은 노숙인 지원시설의 거리배식을 통해 시설에 입소하게 되었고 그곳을 통해 중독관리통합지원센터로 연계가 되어 중독 치료를 받게 되었다. 또한 자활센터로도 연계되어 자활사업에 참여하였다. ‘중독 회복자 10’은 알코올 중독 치료와는 전혀 상관없는 것처럼 보이는 지역 어린이집 원장이 당시 알코올상담센터 개소식에 ‘중독 회복자 10’이 방문할 수 있도록 연결해 주고 이후에 자연스럽게 치료에 입문할 수 있도록 도와주었다. 지역사회에서 조금만 관심을 기울이면 강제적인 방법으로 치료를 받게 하는 방법 이외에 다른 여러 가지 유연한 방법을 통해 중독자들이 치료에 입문할 수 있도록 도울 수 있다는 것을 보여 주는 사례들이다.

(중독 회복자 8) 내가 더 이상 이거는 아니다 싶었는지 역전 앞에 배식 봉사하는 사람들한테 잠만이라도 재워 주면 씻고 올 수 있게 해 줄 수 있냐고 했더니 그다음 날 오라고 하더라고요. (...) 그렇게 생활하다가 나중에 ○○에서 구청 자활이라고 구청에서 일 시키는 게 있어요. 자활. 그 일을 어떻게 해서 알아 가지고 주더라고요.

(중독 회복자 10) 3년 동안 술 마시면서 수급자 돈 받으면서 그렇게 살았던 것 같아요. 어린이집이 복지관에 있었어요. 그 복지관 관장님의 사모님이 거기 운영하고 계셨는데 지금은 두 분 다 퇴임하셔서 안 하시고 관장님도 사모님이 두 분 다 안 하시는데 우리 아이들이 제가 술 먹고 길거리에 앉아 있는 걸 안돼서인지 우리 아이를 예쁘게 봤어요. 큰아이는 초등학교 들어가고 딸아이는 5살 이렇게 됐는데 그래 가지고 어느 날 ○○센터가 3층으로 와서 개소식을 하는데 알코올중독센터가 생긴다는 걸 모르고 ○○이 아버지 집에서 뭐하시냐고 하니

까 집에 있습니다 하니까 저한테 관심을 가져 주고 제가 그때 황폐해질 대로 황폐해진, 폐인이 다 된, 저한테 그래도 아이들 아빠라고 저를 그렇게 봐주고 아이들을 챙겨 주고 그런 분, 그런 어느 분에 한 분의 말은 듣잖아요. 3층에 가서 이렇게, 개소식하려고 창문 같은 것 도배 같은 것 하는데 거들어주면 어떻겠냐고 해서 예, 알겠습니다.

치료기관 간의 연계도 중독자가 중독 치료기관을 이용하는 데 기여한다. 중독과 관련된 기관뿐만이 아니라 일반 병원에서 알코올 중독 치료병원을 소개하여 치료에 입문하기도 하며 알코올 중독 전문치료병원에서는 병원 퇴원 후 지역사회 기관에서 치료를 받을 수 있도록 연계해 주기도 한다.

(중독 회복자 9) 아버님이 계속 병원(지역 대학병원)에 다니셨어요. 원장님한테 물어봤나 봐요. 아들내미가 이리이러하니까 좋은 병원이 있냐. 원장님이 OO동에 OO병원이 있다, 거기도 괜찮다고 해서 거기에 입원하게 돼요.

(중독 회복자 11) 퇴원할 때쯤 돼 가지고 병원에서 이쪽 기관(센터)도 소개해 주시고. 어떻게 보면 제가 센터를 다니는 것도 저에게는 엄청 회복하는 데에 엄청 큰, 제일 큰 역할을 한 것 같아요.

지역사회의 다양한 기관의 관심뿐만이 아니라, 지역 주민들의 관심도 중독자의 중독을 막거나 치료에 입문하게 하는 데 도움을 줄 수 있다. ‘중독 회복자 2’의 경우 부인이 구입한 담배와 음료수를 다시 가게로 가져가서 술로 바꿔 마시고는 했다. 그 과정에서 가게 주인이 부인에게 이 사실을 알림으로써 더 많은 술을 마시게 되는 경로를 차단하였다. 치료 입문과 직접 관련이 있지는 않았지만, 지역의 다양한 상점을 중독 예방 네트워크로 활용할 수 있는 단초를 제공한 사례라 하겠다.

(중독 회복자 2) 오죽하면 담배를 한 갑 사 놓고 음료수 큰 거 하나 사 놓고 아침에 가져드요. 가게 나가면, 그걸 바꾸는 거예요. 담배는 어디서 주워서 피우면 되니까, 음료수도 그렇고 소주하고 바꿔서 마시고. 그러다 눈치를 챈 거죠. 가게에서 말을 했는가 봐. 담배하고 음료를 갖고 온다. 그래서 나중엔 담배도 다 뜯어서 놓고 가고, 음료수도 열어서 따라서 놓고 가고.

## 아. 반복되는 치료서비스 이용

응답자들은 대부분 강제로 중독 치료를 시작하지만 그것을 계기로 일정기간 술을 끊는 경험을 하면서 치료에 흥미를 보이는 경우도 있었다. '중독 회복자 13'은 동생에 의해 강제 입원이 되기는 했지만 만족스러운 치료 경험을 통해 치료에 대해 긍정적인 생각을 가지게 되었고 다른 응답자들에 비해 강제 입원 치료에 대한 반감도 적었다. 오히려 병원을 가고 싶어 술을 마셨다고도 언급하고 있다.

(중독 회복자 13) (병원) 가고 싶어서 마셨던 것 같기도 해요. 거기에 가면 아는 친구들도 있고 같은 병실에, 여기는 돈 별 것도 없고 하나도 못 하고 기초수급자니까 무료잖아요. 여기에서 힘들게 할 것 없이 센터나 갔다 오고 하는 것보다는 거기 가서 병실에서 밥 먹고 생활하는 것이 더 즐거울 것 같아서 가고 싶었던 적도 있었던 것 같아요.

하지만 다른 한편으로는 병원 입원 치료의 반복되는 입·퇴원으로 병원 생활에 어느 정도 익숙해져 가는 자신을 발견하기도 한다. 그러한 익숙함은 불안과 두려움으로부터 자신을 보호하려는 기제로 작동한다. 사회에 나오면 다시 술을 마시게 될까 두렵고, 또 다른 한편으로 술 없이 새로운 삶을 살 수 있을지 하는 두려움도 있다. 그래서 병원 밖보다는 병원 안을 선택하고 입·퇴원을 반복한다. 술을 끊겠다는 강한 열망에 기반한 병원

치료라기보다 술과 세상에 대한 두려움이 병원 치료를 반복하게 한다.

(중독 회복자 4) 1년 정도 가까이 있으니까 시기가 되니까 익숙해진 것 같아요. 병원 생활이요. 밖에는 나가지 못하지만 매주 부모님이 오셔서 면회를 해 주셨고 익숙해지고 나가서 자신도 없고 그러니까 적당히 마시고 병원에 안 와도 좋겠는데 병원에 와도 적응이 되니까 이런 식으로 사는 것도 살아야 되겠구나 단념하게 되더라고요. 아무래도 이렇게 폐쇄니까 갇혀 있으니까 단순해지는 것 같아요. (...) 그러니까 방법은 적당히 마셔서 병원 오지 않는 수준으로 마시고 그제 실패했을 경우에는 그냥 익숙하게 병원을 왔다 갔다 해야겠다는 생각에 사로잡히더라고요. (...) 뭔가 하고 싶은데 용기는 안 나고 하고 싶다가도 병원 안에서 나도 모르는 사이에 스트레스도 받게 되고 어느 순간에는 공포처럼 갇혀 있다는 것을 느끼게 돼요. 매일매일 편하게 있다가도 그런 공포를 느끼게 되는 것 같아요. 이게 공간 아닌 밖으로 나갈 수 없는 거구나, 그런 것들을 가끔씩은 느꼈던 것 같아요. (...) 익숙해지니까 술이 많이 취했고 해독을 해야 되니까 병원에 가야겠다는 거 된 것 같아요.

(중독 회복자 7) 나갈 때가 되니까 무서운 거예요. 처음에는 몰랐는데 안에서든 일 같은 것도 많이 도와주고 다 나는 병원에 입원할 준비까지 하고 센터에 찾아와서 센터 형님하고 상담하고 그래서 센터장님 도움으로 병원에 한일병원에 3달하고 며칠 더 입원해 있다가 나와서 이제, 그때는 너무 거시기 하니까 센터를 일단 나와야 되겠다는 생각이 들더라고요. 그런데 나갈 때가 되니까 그게 생각이 드는 거예요. 나가면 술 먹을 것 같은데 도저히 안 되겠다는 게. 그게 자꾸 압박감이 밀려오는 거.

#### 4. 회복 전환점에서의 사회연결망

회복 전환점에서도 역시 가족을 중심으로 회복자, 치료자가 주요한 사회적 관계망으로 작동한다. 하지만 그 성격은 치료 입문 과정과 차이를 보인다. 가족들은 그 동안 유지하던 재발-치료의 고리를 끊는 결단을 한다. 중독자들은 회복자들의 이야기에 공감대를 형성하고 치료 과정 중 직면을 경험하며 회복으로 전환되는 계기를 맞는다. 치료자의 개별적이고 열정적인 관여도 회복 전환에 기여한다. 한편 그동안 단절되어 있는 중독된 자신과 직면하며 회복으로의 전환점을 넘어간다.

##### 가. 가족의 결단

치료에 입문했다고 해서, 또는 반복해서 치료를 받는다고 해서 회복 과정에 진입했다는 것을 의미하는 것은 아니다. 중독자들은 강제 입원, 재발, 입·퇴원을 반복하다가 특정 계기를 맞으며 술을 끊고자 하는 열망을 가지게 된다. 그 계기 중 하나가 가족의 결단이다. 가장 가까운, 그리고 그동안 중독 패턴 유지에 동참했던 가족들이 중독자의 음주행동에 새로운 국면으로 대처하면서 중독자는 회복 전환의 계기를 맞는다. ‘중독 회복자 4’는 자신의 음주행동으로 인한 경제적, 법적 문제를 그동안 계속 부모가 해결해 주었으나, 부모가 그것을 거부하면서 심리적인 두려움을 느끼게 되었다고 한다. ‘중독 회복자 11’은 병원 입원 치료를 반복하다가 퇴원할 시기가 되어 퇴원을 하려고 했으나 가족에게 퇴원을 제지당하면서 자신의 중독에 대해 깊이 있게 고찰하는 중요한 시기를 맞았다.

*(중독 회복자 4) 제가 부모님을 계속 폭행하거나 이럴 때 문제를 벌금으로 해결 해 주셨는데 마지막에는 해결을 해 주지 않았어요. 니가*

해결하라고 마지막에는 결단을 내리셔서 경제지원하고 두 번째 병원 갈 때는 법정 문제는 니가 다 책임을 지라고 그런 상황이었어요.

(중독 회복자 11) 이번에 마지막으로 입원했을 때 또 퇴원하겠지라고 막연하게 생각했는데 퇴원을 안 시켜 준 거예요. 그때 제가 확 올라왔어요. 병원 사람들하고 왜 퇴원 안 되냐, 형이 보호자로 되어 있어 가지고 형한테도 퇴원시켜 달라고 하니깐 형이 제가 흥분 상태니까 차분하게 너 퇴원 안 시켜 주는 게 아니고 곰곰이 생각해 보라. 너가 퇴원해도 되겠는지, 퇴원할 준비가 되었는지. 얘기를 하고서 가더라고요. 나중에 형한테 전화해 달라고 하더라고요. 제가 병실 올라가 가지고 그날 곰곰이 생각해 보니까 제가 퇴원 계획하고 준비된 게 아무것도 없는 거예요. 그때 5개월 입원해 있었는데 형의 그 말 한마디. 지금 돌이켜보면 그게 저한테는 중요한 시기였던 것 같아요.

## 나. 치료기관에서의 극과 극 경험

알코올 중독 치료 과정에서 치료자와의 긍정적인 경험이 회복 전환점을 맞는 데 기여한다. 특히 치료자와 일대일의 인간적인 관계는 더욱 중요하다. ‘중독 회복자 3’은 이전의 부정적인 치료 경험과 전혀 다른 열성적인 치료자와의 치료상담을 하면서 빠르게 회복할 수 있겠다는 생각을 하게 되었다고 답하였다. ‘중독 회복자 10’은 치료기관에서 인간으로서 존중을 받으면서 자신이 변화되고 있다는 것을 느끼게 되었다고 말한다.

(중독 회복자 3) 다섯 번째 입원하는 병원은 확연히 틀렸고 원장님께서 정말, 원장님께서 다른 의사 선생님께서 하여금 심리상담도 받게 해주셨어요. 심리상담 때는 저의 모든 것을 다 털어놓을 수 있었기 때문에 그 시간이 무척 좋았고요. (...) 우리 집 사람과 〇〇선생님에 의해서 〇〇병원으로 가게 된 거였거든요. 그날이 2011년도 〇월 〇일이었고 그날 입원해서 원장님과의 관계, 그러니까 이제 치료 중

인 환자와 의사가 좋은 관계를 맺으면 회복이 엄청 빠를 수 있구나 느꼈어요.

(중독 회복자 10) 센터에 오니까 선생님이라는 소리를 해요. 선생님. 저 사람들이 나를 놀리나? 처음에는 웃기고 있네. 나한테 무슨 선생님이라. 내가 100일 정도 넘을 때까지 그런 호칭이 어색해 가지고. 사람으로서 인간으로서 사람대우를 해 주고 존중해 주는 거잖아요. 그걸 알았을 때 내가 100일이 되고 6개월이 되니까 세상이 달라 보이고 꽃으로 보이고 나무가 나무로 보이고. 내가 변화하는 모습을 내가 스스로 느끼는 거예요.

치료자와의 긍정적인 치료경험이 회복, 단주의 열망을 가지게 하는 데 중요한 역할을 하지만, 그와 반대로 치료자의 직면이나 충격요법 역시 중독자에게 회복 전환의 계기를 제공한다. ‘중독 회복자 1’은 치료자와 논쟁하는 가운데 일반적인 중독자의 재발 과정을 설명하는 치료자에게 대항하는 방법으로 치료에 계속 참여하는 방법을 선택하였다. ‘중독 회복자 2’도 마찬가지로 치료자로부터 거절당하는 경험을 통해 단주를 시작하게 되었다고 말하고 있다.

(중독 회복자 1) 그렇게 우리 둘(본인과 의사)이 말씨름을 하는데, 맞다 내가 아무리 중독이라고 설명해도 당신은 그것에 대해 인정을 못할 것이다라고 이야기하시더라고요. 정 인정 안 하고 싶으면 환의 벗고 나가라 지금이라도 퇴원시켜 줄 테니까. 그렇게 하라 그러더라고요. 그래서 알았다고 일어나서 뚜벅뚜벅 이만큼 나가니까 제 뒷모습에 대고 양 선생, 갔다가 3일 만에 오지 마 다시,라고 이야길 하시더라고요. 그 말이 귀에 거슬려서 돌아서서 무슨 말씀을 그렇게 하시냐 그랬더니 대개 양 선생님처럼 그리고 간 사람이 3일도 안 돼서 다시 왔다는 이야길 하시더라고요. 그러면, 갔다 3일 만에 다시 올 거면 뭐 하러 가나 그 생각이 들더라고요.

(중독 회복자 2) 그런데 제가 못 한다 그랬어요. 나 치료 안 받는다고 그랬더니 일주일 안에 결정하시라고. 나가시든지 프로그램에 따라 오시든지. 생각할 것도 없다고, 그랬더니 보호자 불러 가지고 퇴원 수속 밟으면서 제가 담당 선생님한테 나 다시 오면 좀 받아 주쇼. 안 된대, 절대 선생님 같은 분은 안 받는다고. 그럼 술 많이 안 드시고 작서를 쓰고 프로그램 한다고 하면 받아 준다 하더라고. 그 뒤로 술을 안 마시게 된 거죠.

#### 다. 중독 회복자와의 나눔

병원이나 중독관리통합지원센터에서 서비스를 이용하는 중독자들은 많은 경우 연계프로그램 형태로 단주모임(AA)과 같은 자조모임에 참여하게 된다. 응답자들은 그곳에서 만나는 중독 회복자들의 경험담에 깊이 공감하며 회복으로의 전환 계기를 맞는다.

(중독 회복자 9) 처음에는 어색하고 그런 경험담을 들을 때 거부감이 나고 그랬는데 〇〇〇이라는 데를 갔어요. 11년도 〇월달에. 거기서 물론 앞서 가신 선생님들이 같이 가자고 해서 갔어요. (...) 솔직히 나는 지금 시작한다, 선생님은 어떻게 하시냐. 그분이 5분인가 10분 짧게 얘기하셨어요. 그분이 그러더라고 자기 자신을 위해서. 자세한 건 못 물어보고 그분이 가시고 그때 제가 제 길을 정했던 것 같아요. 나도 단주해야 되겠다.

(중독 회복자 10) 〇〇에 지금도 〇〇〇선생님이라고 우리보다 앞서가신 20 몇 년 되신 단주 전국에서도 〇〇〇 선생님 강사로도 유명한 분이예요. AA 국장도 하셨고 〇〇〇 선생님이라고 강의를 전국적으로 수십 년을 다녔던 분인데 그분이 AA 강의를 우리 센터에 와서 저녁 7시부터 9시까지 한 달간 할 테니까 그 AA 그거를 들으면서 AA 1단계 그거를 술에 무력했으면 그걸 들으면서 내가 알코올 중독자라는 걸 들으면서 인정을 한 것 같아요. 그러면서 그걸로 시작해서 그 길

로 그걸 받아들이고.

## 라. 열정적인 치료자 관여

알코올 중독 치료를 당연히 수행해야 하는 치료기관에서 기관 직원들이 열정을 가지고 일하는 것에 대해 중독자들은 그 진심을 알 수 있으며, 그들의 열정에 대해 고맙게 생각하고 그 보답의 의미로 술을 끊어야겠다고 다짐하며 회복 전환점을 돌기도 한다. ‘중독 회복자 2’는 병원에 입원해 있는 동안 거주지역의 알코올 중독상담센터 직원과 만나게 된다. 한번 방문해 달라는 직원의 권유에도 그것을 잊어버리지만, 센터 직원의 지속된 연락으로 결국은 센터에 방문하게 되면서 변화의 계기를 맞게 된다.

(중독 회복자 2) 그때. 거기 있는데 OO 분들 계시면 나오라 그러더라고. 거기 장기적으로 있는 사람들 있어요 보호자도 없이. 의료 1종 이렇게, 저도 그땐 저 혼자만 의료 1종으로 했었는데, 나갔더니 예쁜 아가씨들 둘이 와서 바나나, 커피, 과자 이런 걸 사 가지고. 뭘 일이시요? 했더니 OO시 알코올상담센터에서 왔다고 하더라고. 그런 데가 다 있어? 그래서 두 시간인가 있는데 고맙더라고요. 속으로 그랬어요 퇴원하면 한번 찾아가 봐야 하나 보다고.. 그리고 말았어요. 말았는데 또 2주 지나서 왔더라고요. (...) 그래서 간다고 약속은 했는데 퇴원하면 또 잊어버리고 있었어요. 그런데 아침에 전화가 왔어. 알코올상담센터 자기 이름 대면서, 그분이 우리 동네 담당이었나 봐요. 내가 약 타다 드시게 좋은 병원 소개시켜줄 테니까 나오시라고. 고맙고 그래서 나갔어요. 약속장소에 가서 병원에 가서 처방 받아서 약, 처음에 일주일치 주더라고요 또 오라고. 그렇게 해서 그때부터 인연이 돼 가지고 고맙다고. 나 같은 사람한테, 사람 취급도 못 받고 그러는데 그렇게 친절하게 해 가지고 고마운 마음에 그때부터 센터하고 인연을 맺었죠.

(중독 회복자 10) 그렇게 중독자가 쓰러져서 넘어져 있으면 병원까지 모셔다 드리고 쓰레기 같았던 돼지우리 같은 집 치워 주고 빨래해 주고 그런 헌신적으로 일을 하시니까 제 마음이 어땠겠어요. 가기 싫어도 감사하고 고마워서 어저지로. 오게끔 그렇게 만드셨던 것 같아요. 그런 해결을 위해서인지 두 번째 세 번째 하면서 AA에 대해서 강의 를 3개월 동안 100일을 들으면서 내가 알코올 중독자인 걸 받아들이고 단주를 시작했던 것 같아요.

‘중독 회복자 4’는 다른 여러 가지 상황적 요인도 있었지만 치료자가 몇 마디 염려의 말을 전한 것이 더해져 회복의 단계로 접어들게 되었다.

(중독 회복자 4) 사회복지사 선생님과 상담을 하는데 그때가 금요일이었는데 제가 월요일이라도 빨리 나오고 싶다고 했더니 다행히 사회복지사 선생님이 월요일에 오시면 된다고 병원으로 가지 마시고 이쪽으로 나오시라고 출퇴근 거리가 있는데 괜찮겠냐고 차가 있어서 왔다 갔다 하면 된다고 해서 거기에 출근하게 돼요. 그러면서 회복을 시작하게 돼요.

## 마. 미디어의 영향

가족, 회복자, 치료자 이외에도 미디어를 통해 결정적인 회복 전환을 맞을 수 있다. 특히 연령대가 낮은 중독자들에게 미디어의 영향은 좀 더 친숙하게 다가갈 수 있는 매체가 되는 것으로 보인다. ‘중독 회복자 6’은 자신이 술을 마시면 어떤 행동을 하는지 그 다음날 아내의 말을 듣고 막연하게 알고 있기는 했지만 실제로 자신의 모습을 아내가 동영상으로 찍어서 보여 주어 눈으로 확인하니 그 충격이 너무나 컸다고 말했다. 중독된 자신의 모습을 객관적으로 직면하면서 회복 전환의 기회를 접했다.

(중독 회복자 6) 그러다가 어느 순간에는 술을 너무 많이 마시는데 마시고서 집에 가서 그날 와이프가 신경질을 내니까 이런 저런 얘기를 하다가 와이프를 때렸죠. 때려 가지고 사실은 때리고 나서 다음 날 와이프가 동영상으로 녹화를 해가지고 다음 날 보여 주는데 안 되겠구나 이런 생각이 들더라고요. 그때 와이프가 〇〇역을 인터넷 검색으로 했던 것 같아요. 여기를 찾았고 다음 주에 예약 잡았으니까 가는 것이 좋겠다 해서 제가 이 방에 왔어요. 여기에 앉아서 했고 얼마 안 있다가 선생님 그분은 출산 휴가로 가시고 그다음부터는 센터장님께서 상담을 했고 그때부터 단주를 시작한 것 같아요.

## 바. 자신과의 연결

중독자는 상실했던 자기와 순간적으로 마주치는 기회를 맞아 회복 전환기로 진입하기도 한다. 가족, 회복자, 치료자, 그 외 미디어를 통한 회복 전환이 모두 자신을 직면하는 것과 관련이 있을 수 있다. 그 외 예측할 수 없는 다양한 상황에서 중독된 자기를 직면할 수도 있다. ‘중독 회복자 4’는 술을 마신 상태에서 입원하여 기저귀를 차고 있는 자신의 모습을 보며, ‘중독 회복자 5’는 병원 입원 치료 중 그동안 술로 자신을 학대하던 모습을 깨달으며 회복을 다짐하게 되었다. 알코올 중독에 빠져 자신이 누구인지, 어떤 모습으로 존재하는지 잊고 살다가 인간으로서 자신의 모습을 발견하는 순간 회복을 열망하게 된다.

(중독 회복자 4) 그때까지는 환자복 안에 기저귀를 차고 있으니까 느끼지 못했던 것 같아요. 뭔가 이상했는데 기저귀를 차고 있었고 저기 계시는 여자 간호사분이 냄새나니까 빨리 샤워하시고 병실로 가시라고 그게 저한테는 너무 충격적이었어요. 그리고 그게 저한테는 내가 이 정도까지 왔나, 그런데 그날도 내가 씻고 술 먹으러 가서 모습은 괜찮다고 생각을 했는데 왜 냄새난다 소리를 들어야 되지, 그러면서 회복을 해야 되겠다는 생각이 강하게 들었어요.

(중독 회복자 5) (입원 중) 가만히 있는데 갑자기 그 생각이 들어요. 000 술 안 먹으니까 이렇게 좋은데 왜 그동안 니 자신을 학대하고 힘들게 살았냐고 그런 소리가 확 들더라고요. (...) 그런 시기를 지나면서 마지막 한 달 동안에 재활기간이 아쉬울 정도로 빨리 지나가더라고요. 진짜 아쉬웠어요. 그리고 내 자신이 나한테 칭찬해 주더라고요. 이영환 너는 이번에 병원생활 너무 잘했다, 지난번에는 병원에서 그렇게 3개월 동안 교육을 받고 프로그램을 했는데도 나가서 이틀인가 삼일 만에 술을 먹었거든요. 그때는 나오면서 그런 두려움이 없더라고요.

## 5. 회복 유지 과정에서의 사회연결망

회복유지 과정에서도 중독자들은 치료에 꾸준히 참여한다. 가족은 다양한 지지를 제공하며 중독자의 변화에 동참한다. 중독자들은 자신의 중독 문제를 사람들에게 알리고 중독 위험을 최소화한다. 치료자와의 관계는 과거의 위계적 관계에서 상호 존중의 관계로 변화되며, 다른 중독 회복자들과의 연대도 더욱 단단해진다. 그리고 자신의 회복을 위해 치료를 적극적으로 활용하는 단계까지 발전한다. 지역사회 종교기관은 간접적으로 이들의 회복을 돕고, 잘 설계된 프로그램은 중독자들이 치료로 꾸준히 연결되는 매개체 역할을 한다. 하지만 알코올 중독 치료 과정에서 부여받은 수급권은 때로 중독자들이 회복 유지 단계에서 건강한 사회인으로 도약하는 데 걸림돌이 되기도 한다.

### 가. 가족의 지지와 변화 동참

응답자들은 회복을 유지하는 과정에서 구조적, 정서적, 정보적으로 가족의 지지가 도움이 되었다고 답하고 있다. 알코올 중독은 작은 촉발요인에도 재발할 가능성이 높기 때문에 꾸준히 옆에서 단주를 지지해 줄 가족

이 필요하다고 생각하였다. ‘중독 회복자 6’은 치료기관 캠프에서 만난 다른 중독자를 보면서 본인이 회복 상태를 유지하는 것은 가족과 같이 살기 때문이라는 것을 깨달았다. 이것은 가족의 정서적 지지 이전에 함께 거주하며 사는 가족, 즉 구조적 측면의 가족의 중요성을 알 수 있게 해 준다.

(중독 회복자 6) 한 분은 제 마음에 어떤 느낌이었나면 그분이 저랑 같이 해외영업이라서 얘기를 많이 했어요. 우연치 않게 숙소도 같은 방이었고요. 그분은 도와 줄 사람이 없어요. (...) 그분을 보는데 끝나고 집에 왔는데 눈물이 나더라고요. 불쌍한 것이 아니라 누가 좀 도와줬으면 좋겠는데 나는 정말로 가족과 이런 연결망 안전망이 도와줬구나 이런 생각이 들으면서 조금 더 안 마셔야 되겠다는 더 큰 그런 힘을 얻는다고 해야 할까요.(...) 저는 봤을 때 도움이라는 것이 같이 살지 않은 이상은 도움이 안 되는 것 같아요. 같이 밀착해서 같이 누가 있어야 돼요. 결국은.

‘중독 회복자 9’, ‘중독 회복자 11’은 가족이 끊임없이 자신을 믿어주고 할 수 있다는 신념을 가질 수 있도록 정서적으로 지지를 해 준 것이 회복을 유지하는 데 도움이 되었다고 말하고 있다.

(중독 회복자 9) (어머님이) 넌 할 수 있다. 하면은 한다. 믿는다. 입버릇처럼. 지나가는 말로 해 주셨고. 그리고 수급자였으니까 같이 살지만 따로 사는 걸로 되어 있었고 돈이 나오잖아요. 그 돈을 저한테 다 주셨어. 니가 알아서 써라. 그러니까 퇴원해서도 돈을 받고 삼사십만 원 있으니까. 오류만 원 갖고 다니고 먹고 싶으면 먹을 수가 있잖아요. 그 만큼 믿어 주신 거지. 니가 알아서 다니면서 해라 그랬던 것 같아요.

(중독 회복자 11) 어머니가 항상 그랬어요. 아직 늦지 않았다. 항상 그 말을 해주신 게 아직까지도 저한테도 그런 게 회복하는 데 많이 도움이 돼요.

가족은 구조적, 정서적 지지만이 아니라 지식 습득을 통해 중독재발 위험이 있는 생활영역 곳곳에서 재발요인을 제거하는 정보적 지지까지 제공하며 중독자의 회복을 돕는다. ‘중독 회복자 2’는 그러한 가족을 보고 ‘제대로 배운 거’라고 표현하며 가족에 대한 신뢰를 표현했다.

*(중독 회복자 2) 한번은 안산에 결혼식 한다고 가자고, 우리한테는 조카의 아들이니까 혼수로는 손자지. 고모할머니지. 거기를 갔는데 껌뻌를 받으라고, 봉투를 주더라고 개들 이렇게 해 주고 봉투 주라고 우리한테. 우린 돈 없는 거 아니까 지들이 봉투도 다 마련해서, 딱 들어 가서 그걸 하는데 신부가 술이라고, 제가 병아리 눈물만큼이라고 표현해요. 조금 따라서 주잖아요. 받아 가지고 이렇게 하려고 하는데 탁 채 가 버리더라고. 제대로 배운 거예요, 교육을.*

가족들은 구조적, 정서적, 정보적으로 중독자를 지지하는 것을 넘어 가족들 스스로 변화하는 모습을 보이며 중독자 회복을 돕는다. ‘중독 회복자 4’는 부모님과 ‘몇십 년’을 대화를 하지 않았고 가족끼리의 대화가 어색했다고 말하고 있다. 하지만 회복을 유지하면서 매일 저녁 대화시간을 가지고 있다. ‘중독 회복자 5’의 부인은 강제 입원을 통해 남편의 치료 입문을 돕기도 했지만 회복을 유지하는 단계에서는 정기적인 부부상담을 하며 함께 변화하는 모습을 보여 주고 있다.

*(중독 회복자 4) 각자 분야에서 열심히 살았지만 대화를 몇십 년 안 하다 보니까 대화하는 것도 어색하고 식사하는 것도 어색했어요. 의식도 거의 안 했던 것 같아요. (...) 지금은 회복과 동시에 부모님과 저녁식사를 꼭 같이 했어요. 대화를 하고요. 식사를 같이 못 하는 날도 한 시간씩 대화를 해요. 11시에 가도 1시간씩 대화를 해요. 30분일 때도 있지만 하루 일과를 나누는 것이 집안에는 패턴이 된 것 같아요.*

(중독 회복자 5) 그 당시에는 너무 부인이 원망스럽고 너무 인정머리 없다 어떻게 나한테 이럴 수 있냐고 했지만 지금 생각하면 너무 감사했죠. 그 후에 센터에서 소장님과 계속적인 상담을 하면서 프로그램에 참여하고 이것을 계속 정기적인 부부상담.

## 나. 주변인들의 배려와 공감

중독자는 회복을 유지하기 위해 자신이 알코올에 무력하다는 것을 인정하고 주변 사람들, 직장 동료들에게 자신이 알코올 문제가 있음을 알리고 도움을 요청한다. 다만 알코올 중독이라는 용어에 대해서는 여전히 표현의 어려움이 있어 술에 문제가 있다고 순화해서 이야기하기도 한다. 하지만 응답자들은 직장 동료나 친구들에게 굳이 알코올 중독이라는 용어를 사용하지 않아도 그것이 무엇인지 이해하고 술을 마시지 않도록 도와주려고 노력한다고 말했다.

(중독 회복자 1) 그리고 제 직장 동료들이 처음에는 약속했지만 굉장히 도움을 많이 줬죠 술을 끊는데. 술자리에 가도 절대 술을 안 권하고, 술 가지고 장난도 안 쳤던. 처음에는 콜라 잔에 소주도 한 잔씩 따라 놓기도 하고 장난도 치고 하더니 나중엔 그런 장난도 없이 잘 도와주고.

(중독 회복자 9) 선생님들한테 얘기했어요. 나는 술에 문제가 있는 사람이고. 처음에는 얘기 못 하고 좀 가까워진 상태에서. 회식할 때 불러 주시니까 가야 되니까. 실습생이고. 많이 배려를 해 주시더라고요. 배려해 주셔 가지고 얘기를 했어요. 나는 술에 문제가 있는 사람이고 이렇게 해서 정신병원 왔다 갔다. 그랬냐고, 그렇게 안 봤다고. 그러면서 친해지고 하면서 술자리 회식해도 술은 장난은 치는데 술은 권하지는 않고

또 다른 맥락에서 주변인들에게 자신의 음주문제에 대해 털어놓고 이야기 했을 때, 비슷한 문제를 가지고 있는 사람들을 만나면서 치료기관이 아닌 일상생활 속에서도 서로 어려움을 나눌 수 있는 상대를 만나기도 한다. ‘중독 회복자 6’은 정신과 약물까지 복용하며 음주 문제를 해결하려고 한다고 주변인들에게 이야기했을 때 비슷한 상황에 있는 지인이 있다는 것을 알게 되고 더 쉽게 대화를 나눌 수 있었다고 답하였다.

*(중독 회복자 6) 상대방한테 정신과 약까지 먹고 있다고 했는데 그분이 나중에 와서 나도 과거에 먹었다 이렇게 얘기를 하고 다른 친구들한테도 술 끊었다고 얘기를 했다고 하니깐 어떤 친구는 자기도 거기를 갔었는데 약물치료를 받다 실패를 했고 했는데 뻘했다고 하고. (...) 다 똑같구나. 그러면서 좀 더 더 쉽게 제 얘기를 오픈할 수 있게 된 것 같아요.*

#### 다. 치료자와의 상호존중 관계

치료를 유지하는 단계에서 치료자와의 관계는 치료 입문 과정과 비교하여 치료자와 중독자의 공식적 관계에서 서로 존중하는 친밀한 관계로 변화하는 양상을 보인다. 치료자와 회복자는 서로 존중하는 자세를 가지고 함께 회복 유지 계획을 세우기도 하고, 오랜 친구처럼 지내며 치료에 국한되지 않은 개별적 만남을 유지해 나가고 있었다.

*(중독 회복자 3) 지금도 항상 퇴원 직전에 원장님과 퇴원 이후에 행동 계획에 대해서 상담을 하거든요. 첫 번째 OO중독자센터를 자주 다니겠습니다. 두 번째 지역사회에 AA 모임에 잘 나가겠습니다. 세 번째 여기 병원에 환자를 잊지 않고 항상 외래 진료를 꾸준히 오겠습니다. 세 가지 약속을 하고 나왔거든요.*

(중독 회복자 5) 의사주치의 선생님하고 상담사 선생님이 저에 대해서 워낙에 아니까 11번째 입원했으면 서로 친구나 마찬가지로잖아요. 저에 대해서 훤히 알고.

(중독 회복자 13) 상담센터에 직원들 중에서 내가 센터장님이나 그분들한테 많이 의지하고요. 지금도 힘들 때나 행사 있으면 같이 참석해서 나누고 하니까 여기 끈을 안 놓는 거죠.

‘중독 회복자 4’는 자신이 치료를 받던 기관에서 인턴으로 일을 하고 있다. 회복자 상담가로 일을 하면서 치료자가 슈퍼바이저로 바뀌었지만 지속적인 관심으로 치료자와 회복자 사이에 신뢰가 확실하게 생겨나면서 좀 더 ‘자유’롭게 회복을 유지하고 있는 것으로 보였다.

(중독 회복자 4) 교수님을 알게 되고 교수님이 나를 성장시켜 주고 내가 일을 할 수 있도록 도와줄 거라는 믿음도 있다 보니까 그리고 모르겠어요. 그런 경험은 처음이었던 것 같아요. 제가 종교가 없는데 신이 나한테 너를 보내준 거 같다는 얘기도 남달랐던 것 같아요. (...) 매주 바쁘셔서 자주 오지 않지만 항상 그런 것이 있었던 것 같아요. 직원들도 많이 있는데 저를 불러서 잘하고 있다고 해주셨고 그런 것들도 알고 힘들어하거나 실수해도 불러서 괜찮다고 하고 그런 것에서 자유로워질 수 있었던 것 같고

## 라. 동료 중독자와의 연대감

단주모임 등 회복 자조모임에서 만난 선임자, 핵심자는 중독자가 회복을 유지하는 데 도움이 된다는 점을 많은 응답자들이 공통으로 언급하고 있다. 응답자들은 자신의 회복을 유지하기 위해 회복자들이 모이는 자조모임을 일부러 찾아다니거나 소수의 회복자와 깊은 관계를 유지하며 늘

회복 환경을 형성해 나간다. ‘중독 회복자 4’는 회복자 상담가를 통해 단주를 유지하면서 동시에 같은 회복자 상담가가 되기 위해 치료기관에서 인턴으로 근무하고 있다. 회복자들과 더 많은 시간을 보내게 되고 회복을 유지할 수 있는 환경을 조성하여 회복에 도움이 되었다고 답하였다.

(중독 회복자 4) 인턴하니까 아침에 출근해서 6시에 끝날 때마다 회복자 직원 선생님하고 계속 하다 보니까 어려운 일이 있을 때 답을 주시고 경험을 얘기해주시고 그분이 하시는 회복활동에 제가 자연적으로 들어갈 수 있었던 것 같아요. (...) 그렇게 자연적으로 매일 매일 회복 안에 4년 동안 지금도 그렇지만 그 안에서 있게 됐고 그분들하고 어울려서 좋은 사람들을 만나 보니까 전에 술 먹는 사람들하고 단절이 됐던 것 같아요. 그러니까 좋은 시스템 안에서 저는 그래서 어떻게 보면 진짜 완전한 환경에서 술이 차단한 상태에서 회복된 것 같아요.

서로 같은 병을 앓고 있다는 동질감은 자신의 중독 문제를 이해하는 데 통찰력을 제공하며 더 깊이 있는 울림으로 서로에게 영향을 미치고 있었다. ‘멤버’라는 이름으로 묶인 회복자들은 서로 연대감을 느끼고 있으며 함께하면 회복될 수 있을 것이라는 믿음을 가지고 서로 의지체계를 구축하고 있다.

(중독 회복자 5) 그분도 그런 시련을 갖고 있어서 위로를 해 주더라고요. 힘내자고 같이 가자고, 거기에서 많은 용기도 얻었고 여기에도 사람 사는 곳인데 버텨 보자 그러고 모임에 꾸준히 나갔어요. 그랬더니 술이 끊어지더라고요. (...) 우리말로는 멤버라고 하겠지만 멤버들이 같은 병을 앓고 있는 협심자로서 따뜻하게 대해 줬고.

(중독 회복자 6) 저는 주로 다른 분들의 증언이 큰 도움이 됐던 것 같아요. 말도 되게 많아요. 술이라는 것이 사람이 술을 마시는 것이 아니라 술이 사람을 잡아 삼킨다고 하는데 그 말이 그냥 평소에 다

들어본 말이었거든요. 그분이 얘기하시니까 말에 중량감이 완전히 다르더라고요. 저한테 쫓히는 임팩트가 같은 말인데 그분이 (...) 저는 그런 얘기가 저한테는 사실 크게 도움이 되더라고요.

(중독 회복자 10) 병원에 들락거리다가 다 가진 것 잃고 저도 마찬가지로 지인데 그런 사람들끼리 모여서 서로 유대감을 쌓고 존중해 주고 서로 의지하고 그런 걸 배운 것 같아요.

### 마. 치료를 활용하는 회복자

회복유지 과정에서 중독자들은 치료를 신뢰하고, 순응하며 적극적으로 참여한다. 다른 어떤 것보다 자신의 회복이 중요하기 때문에 치료의 질을 떠나 어떤 것이든 받아들일 마음의 준비가 되어 있었다. ‘중독 회복자 9’는 ‘맹목적’이라는 용어를 사용하며 치료, 모임에 적극적으로 참여했다고 한다.

(중독 회복자 6) 가급적 1대1 상담도 참 좋아요. 그런 외부캠프에 가서 같이 합숙하고 이런 시간들이 있으면 놓치지 않을 것 같아요.

(중독 회복자 9) 이용할 수 있는 곳은 다 이용했어요. 병원, 기관, AA, 센터도 매일 나가고 병원 자조모임도 토요일마다 매일 가고 3개월 지나서 그때부터는 메시지도 다니고 그런 식으로 쪽 생활하다가 학교를 가게 되고 (...) 술을 안 먹기 위해서 내 스스로 뭔가 해야 하는데 할 수가 없어요. 그래서 맹목적으로 나왔던 것 같아요.

(중독 회복자 11) ○○병원에서 제가 회복하고자 하는 그런 마음이 있으니까 사람들을 신뢰하게 되더라고요. 그런 전문가들. 그러니까 믿고 잘 말 들었죠.

단주 기간이 어느 정도 지난 응답자들은 회복이 되었다고 하여 치료를 중단하는 것이 아니라 회복 유지를 위해 치료, 모임에 꾸준히 참여한다. 가기 싫지만 단주를 위해 가야만 하는 그러한 치료, 모임이 아니라 즐기는 마음으로 기꺼이 찾아다닌다. ‘중독 회복자 4’는 단주 4년, ‘중독 회복자 12’는 단주 5년, ‘중독 회복자 13’은 단주 16년이 넘었지만 꾸준히 치료모임을 찾아다니며 회복을 유지하고 있다.

(중독 회복자 4) 제가 하는 프로그램들이 있어요. 매일매일 주기적으로 하는 프로그램이요. (...) OO에 있는 센터를 이용하면서 거기 프로그램을 이용해요. 1시간이지만 갔다 오면 3시간 걸리니까 슈퍼비전을 받고 그러면서 그런 활동들을 3일 빼고는 다 한 번씩 있고요. 그리고 시간이 날 때 저는 센터를 가요.

(중독 회복자 12) 단주는 자신감으로 하는 것이 아니더라고요. 몸으로 뛰고 지방에서 하는 모임도 많이 참석했어요. 시간과 투자를 해야만 이 이게 하지 남의 말만 듣고 이것은 안 되죠. (...) 그렇죠. 9시부터 오후5시까지 있죠. 여기 와서 완전히 많이 바뀌었어요. 센터에 프로그램하면서 전혀 내가 느끼지 못한 것 평생하지 못하는 것 이런 것을 너무나 많이 여기에서 터득을 했어요.

(중독 회복자 13) 지금 나는 AA모임 전국적으로 많이 다니거든요. 나 만큼 열심히 다니는 사람도 없어요. 엇그제는 인천모임 1박 2일 갔다 왔지 광주도 갔다 오지. 가서 전국에서 200명, 300명 모이는데 서로 붙잡고 악수하고 단주하는 멤버 선생님들이 제일 소중한 것 같아요. 고향 친구들 만나도 그렇게 안 반갑거든요.

나아가 본인 스스로 재발의 응급상황이라고 판단이 되면 치료기관에 연락해서 자신의 상태를 전달하고 위기상황을 조절할 수 있는 능력까지 갖추게 된다. 알코올 중독은 재발이 만성적으로 나타나기 때문에 단주를

했다고 하더라도 예상치 못한 상황에서 술에 대한 갈망이 언제든 나타날 수 있다. 이때 일정기간 회복 단계를 유지해 온 응답자들은 스스로 위험을 인지하고 치료기관을 능동적으로 활용한다.

(중독 회복자 9) 술을 안 먹고 병원에 3번을 다시 입원을 했어요. (...) 생각을 없애려고 했는데도 안 되더라고요. 11시인가 11시 30분인가 가서 센터장님한테 전화했어요. 이랬는데 살려 달라고. 도저히 못 넘기겠다고 그랬더니 전화를 병원에 해 놓을 테니까 개방병동으로 가라. 택시 타고 가서 링거 맞고 일주일 동안 입원하고 왔다 갔다 하고. 그렇게 그런 식으로 3번은 입원했어요.

(중독 회복자 11) 웬지 내 자신한테 화가 나 가지고 미치겠는, 그래 가지고 센터 선생님하고 통화하면서 하루 견뎌서 그다음 날 아침에 여기 와서 상담하면서 잠깐 동안 술 안 마시고 입원 가능하거든요. 잠깐 입원했어요. 그런 경험도 있었어요.

(중독 회복자 12) 여기 센터에 나오면서 4회 정도, 한 번 이용하면 10일 정도 여기 나오면서 지금 까지 4회 정도 간 것 같아요. 명절 때는 아예 내가 보따리 싸서 병원에도 가고요.

치료기관의 처방약물도 단주와 회복에 도움이 된다. 처방약물의 약리적 효과로 도움을 받기도 하지만, ‘중독 회복자 2’는 단순히 약리적 효과를 넘어 약물처방을 통해 자신은 알코올 중독의 위험이 있는 사람이라는 것을 꾸준히 자각한다고 답하였다.

(중독 회복자 2) 저는 2년 6개월 약 먹었어요. (...) 그럼요. 그 약이 뭐냐 하면 그 약을 먹음으로써 내가 나를 항상 자각을 하는 거예요. 나는 알코올 중독자다. 그렇기 때문에 그게 필요하더라고요.

(중독 회복자 6) 저는 처방을 받아서 항갈망제를 먹었거든요. 4개월 먹었는데 처음에 여기 시작하자마자, 그분은 그것을 시작하지 않으신 것 같았어요. 저는 사실 정신과에서 받은 항갈망제도 저는 도움이 됐다고 봅니다.

치료기관에 계속 방문하면서 여전히 중독 문제와 씨름하고 있는 중독자를 만나게 된다. 현재 알코올 중독 상태에 있는 사람들을 보면서 자신의 과거를 회상하고 경각심을 가지기도 한다. 병원에서 근무하는 ‘중독 회복자 9’는 입원한 알코올 중독 환자들의 모습에서 자신의 예전 모습을 발견하고 시간 날 때 모임을 방문하게 된다고 답하였다.

(중독 회복자 3) 지금도 한 달에 한 번씩 가는데 병원에 가면 좋은 것이 항상 그 안에 AA모임도 있고 제가 병원에 있었던 기억이 나잖아요. 환자복 입고, 그러기 때문에 야릇한 비유하자면 맞는지 모르겠어요. 시집간 딸이 친정집에 가는 기분 그런 마음으로 내려가서 환자복 입은 환우들도 보고.

(중독 회복자 9) 내가 예전에 중환자실에서 환자 때 겪었을 때 원장님한테 간호사들한테 욕하고 개지랄 떨었을 때 그걸 봐요. 맞아. 어떻게 해도 풀려. 힘이 왜 이렇게 센 거야. 왜 이렇게 센 거야. 맞고 그래요. 그래도 그때는 열 받아. 나도 열 받으면 잡는데 지나고 나면 나도 저랬지. 그런 걸 보고 시간 나면 모임 가서...

치료기관에 대한 평가는 치료 입문, 치료 전환 그리고 회복 유지 과정에서 마찬가지로 긍정적, 부정적 경험을 한다. 하지만 회복 유지 단계에서는 치료가 만족스럽지 못하더라도 그것이 치료 중단이나 재발의 위험요인으로 이어지지는 않는다. ‘중독 회복자 11’은 본인이 이용하고 있는 병원 치료자의 상담 태도가 만족스럽지 않고 다른 환자들도 다 싫어한

다고 말하지만 치료를 중단하지는 않았다.

*(중독 회복자 11) 제가 지금 느끼는 거는 상담사들은 많이 들어줘야 하는데 상담사가 저보다 말이 더 많아요. (...) 그런 게 오히려 역효과. 그래서 다른 환자들은 다 싫어해요.*

## 바. 지역사회 종교기관의 지원

응답자들은 지역사회 기관을 통해 알코올 중독에 직접적 도움은 아니지만 회복에 도움이 되는 간접적인 도움을 받기도 한다. 주로 종교기관으로 교회에서 사람들과 대화를 나누며 정서적인 지지를 받거나 자녀돌봄 관련 도움, 그리고 금전적인 지원을 받는다. 위와 같은 종교기관의 도움은 알코올 중독 치료에 직접적인 도움은 아니지만 회복을 유지하는 데 보조적인 역할을 하는 것으로 보인다.

*(중독 회복자 6) 그런데 하나 저한테 도움됐던 것이 하나 더 있었어요. 저는 장인이 목사님인데 되게 작은 5명 되는 가정교회 수준이죠. 하고 있거든요. 거기에서 저는 매주 화요일마다 성경공부라는 이름으로 해서 자기를 오픈하는 시간을 가져요. 이런 문제에 대해서 특히, 그게 도움을 안 줬다고 볼 수 없어요.*

*(중독 회복자 10) 지금은 다 바뀌어서 없지만 도움이 됐었던 건 목사님하고 사모님하고 권사님이라고 ○○○권사님. (...) 그분이 유난히 저희 아이들을 챙겨 주셨을 뿐더러 저한테 관심을 많이 가져 주셨던 분들이에요.*

## 사. 효과적인 프로그램 활용

효과적인 프로그램은 그 자체로 회복의 수단이 되기도 하지만, 중독자를 치료로 연결하는 수단이 되기도 한다. 회복유지 단계에 있는 응답자들은 프로그램 자체가 좋아서 기관을 방문하기도 한다. 즉 프로그램이 연결망이 되어 기관, 그리고 기관의 치료, 서비스, 회복자들과 연결이 된다. 이것은 알코올 중독 치료의 책임이 중독자 개인의 각성이나 가족, 치료자의 헌신이 아니라 효과적으로 설계된 프로그램의 중요성을 강조하는 점에서 의미가 있다. ‘중독 회복자 4’는 사람뿐만이 아니라 프로그램 자체에도 매력을 느끼고 있으며, ‘중독 회복자 5’ 역시도 치료모임에서 알게 된 기도문을 통해 회복을 유지하고 있다고 언급하였다. ‘중독 회복자 9’는 프로그램의 내용을 보고 치료기관을 선택했다고 한다.

*(중독 회복자 4) 사람 말고 프로그램 안에 재미도 있고 매력도 있고 프로그램을 통해서 제가 제 모습을 보니까 점점 좋아지는 모습들을 보게 되잖아요. 그러니까 오묘하더라고요.*

*(중독 회복자 5) 그런데 가장 중요한 것은 우리가 흔히 모임에서 모임을 마치고 하는 기도가 있어요. 평온함을 청하는 기도를 계속 하루에도 수십 번씩 했어요. 하나님 어쩔 수 없는 것을 받아들이는 평온함을 주시고, 어쩔 수 있는 것은 바꾸는 용기를 주시고, 그리고 일을 구별하는 지혜도 주소서, 이 기도를 제가 힘들고 어려운 일이 있었을 때마다 계속했어요.*

*(중독 회복자 9) (센터) 가서 방문해 봤으니까. 그리고 프로그램을 봤을 때에 센터장님이 마음에 들고 근무하시는 분들이 마음에 든 게 아니라 프로그램 때문에 왔어요. 월요일부터 금요일까지 아침부터 저녁까지 다 있는 거야. 수요일은 프로그램이 없지만 와서 지낼 수도 있고, 따로 프로그램실에서. 쉼터도 있고. 그런 걸 보고 왔어요.*

## 아. 양면적인 정부 지원의 효과

알코올 중독자에 대한 수급권 부여는 회복 단계에서 약이 되기도 하고 독이 되기도 한다. 지속적인 치료 유지를 위해 일정 기간 수급자가 되어 정부 지원을 받는 것이 필요하지만 진정한 사회인으로 도약하는 단계에서는 경우에 따라 지원이 중독-재발-치료의 회전문에서 빠져나오지 못하게 발목을 잡는 요소로 작용하기도 한다. 반면 경제활동을 할 수 있을 정도로 충분히 사회화가 되지 않았거나, 신체적 질병으로 노동을 하기 어려운 경우 수급권이 박탈되면 스트레스로 재발의 위험에 노출될 수 있기 때문에 응답자들은 수급권에 대해 양면적인 반응을 보였다.

(중독 회복자 1) 어쩔 수 없이 병원에 다녀야만 하는 이유 중 하나가 거기서 근로평가서를 써 주잖아요. 병원에서. 그걸 써 주니까 또 병원 들어가죠. 입원해서 제출하고. 악순환이 계속 되는데 장단점이 있다고 저는 생각합니다. 꼭 만들어 줘야 된다. 안 된다 그런 개념은 아니고 어떤 사람에게는 꼭 필요하고 또 어떤 사람에겐 그것이 술 먹는 무기가 될 수 있고, 이런 것 같은데, 그래도 생계를 위해선 필요하지 않을 까 싶어요.

(중독 회복자 9) 수급에 떨어지고 일을 다니면 공부해서 자립해서 취직을 할래 두 가지 더라고. 떨어질 때 당시만 해도 아이씨, 병원에 다시 입원해야 되나! 받아들인다는 게 힘들더라고. 어느 정도 제 생활에 젖어 들었던 것 같아요.

(중독 회복자 11) 그런데 수급자들은 왠지 모르게 집이고 의식주고 다 거기서 생활비며 다 받으니까 이런 것들이 회복하는 데 걸림돌이 되게 많은 것 같아요. (...) 이런 분들 제가 얘기 들어 보니까 병원에 거의 대부분에 수급자인 분들이 많고 나이도 50대 이상이고 하니까 그런 게 의지가 없는 거예요. 나와서 잠깐 나가서 술 먹고 다시 병원

들어오고 이렇게 반복되는 게 의지를 많이. 본인도 알아요. 그렇다는 거. (...) 한 병원에서는 수급비 나오는 날이 20인가 22인가 그날은 다 외출하려고 줄 선데요. 거기는 술 한번 먹고 하면 3주 지나야지 외출이 되나. 그러니까 먹고서 밥 주지 잠 채워 주지 여름에 시원하지 겨울에 따듯하지.

(중독 회복자 13) 지금도 단주 10년 15년 20년 한 사람도 있는데 기초수급만 매달리면서 술만 끊는 거야. 그분이 잘못하는 것 같기는 하지만 그분은 그분 나름대로 생활 방식이니까 할 수 없어. 기초 수급 유지하면서 20년을 단주하는 사람도 있고 많이 바뀌어서 탈피해서 나름 발전성이나 성장하는 모습을 보여야 되는데 의존하는 거예요. 벗어나면 편한 건데 못 벗어나. 그게 두려운 거지. (...) 벗어나게 하기 위한 그분들의 성장이 필요하죠. 나는 그렇게 살고 싶지 않았어. 그런데 그것을 교묘하게 유지하기 위해서 수급을 유지하기 위해서 병원에 가서 진단서를 떼어야 되고 그때마다 재발을 하든지 그렇지 않으면 편법을 써서 그렇게 해서 유지하는 그런 분들이 있어요. 내가 '당신 그렇게 살면 안 돼'는 못 해요.

## 6. 사회연결망으로서의 회복자

일정 기간 회복 유지 단계에 있던 중독자들은 이후 스스로 사회연결망의 역할을 하게 된다. 중독 치료의 세팅에서 회복자로 있던 지위를 벗어나 사회로 연결되고자 한다. 그 과정에서 수급자를 탈피하고 사회인으로 자리를 잡는다. 동시에 회복자로서의 정체성도 유지하고 있어 자연스럽게 중독자들의 회복 역할모델이 되며 다른 중독자를 돕고자 하는 욕구를 가지게 된다.

## 가. 사회로 나가기 위한 노력

응답자들 중 일정 기간 회복을 유지한 회복자들은 정기적인 치료, 모임에 참여하면서도 동시에 사회로 나가려는 시도를 하였다. 프로그램을 통해 단주를 유지하는 것이 회복의 전부라고 생각하지 않았다. 중독자가 아닌 건강한 사회인으로 성장하기 위해 더 어려운 선택을 하였다. ‘중독 회복자 4’는 본인에게 도움을 주었던 사람을 모델로 하여 회복자 상담가가 되기로 결심했다. ‘중독 회복자 11’은 자신이 행복해지기 위해 사회로 나가는 것을 선택하여 중독 회복 과정보다 ‘몇 배로 더 힘든’ 홀로서기를 시작했고, 현재 학원을 다니며 자격증을 따려고 공부하고 있다.

*(중독 회복자 4) 제가 잘할 수 있는 것은 프로그램을 통해서 회복자 분들을 만나는 것인데 이게 전부인 프로그램이 아니잖아요. 그런 것들에 대한 어려움을 요새 느끼는 것은 지금 채용은 됐지만 정직원은 아니잖아요. 정직원으로 가기 위해서 앞으로 노력을 더해야겠다는 생각이 들더라고요.*

*(중독 회복자 11) 제가 공부하려고 도서관 가까운 데에 집 얻어 가지고 지금 그렇게 나왔는데 지금 생활은 제가 배우고 취업을 하기 위해서 준비 과정이니까. (...) 저 개인적으로는 제가 행복해지려면 제가 스스로 독립해서 직장생활 다니면서 제 생활이 안정됐을 때 비로소 행복했다는 그 느낌을 받을 것 같아요. 지금은 제가 1년 동안 센터에서 회복하는 그 과정보다 지금이 몇 배로 더 힘든 것 같아요. 혼자 일어서려고 하는 그 기간이.*

‘중독 회복자 9’와 ‘중독 회복자 13’은 중독자가 아닌 건강한 사회인으로서 자리매김을 한 사례이다. 원래 수급자였으나 자발적으로 수급자를 탈피하여 현재는 직장생활을 하고 있다. 특히 ‘중독 회복자 13’은 단주를

하고 5년이 지났을 때 자신이 수급자라는 것에 부끄러움을 느꼈다고 말하고 있다. 수입이 많지 않은 상황에서 수급자를 벗어난다는 것은 도전과 같았으나 ‘중독 회복자 13’은 과감하게 수급자 탈피를 선택하였다.

(중독 회복자 9) 구청이나 시청에서 일을 줄 테니까 그 일을 하든가 아니면 공부를 해라. 나는 공부하겠다. 아무 것도 안 하려면 다시 입원을 해야 돼. 그것도 아닌 것 같애. 그때 고민이 많았어요. 학교도 졸업도 안 했고. 학교카드 발급하고 교육받고 학원 등록하고 공부해서 자격증 따서 취업을 했죠.

(중독 회복자 13) 그때 직장도 못 잡고 했는데 단주생활 5년 하면서 기초수급자 하는 것이 너무 쪽팔리는 거예요. 빨리 떼야 하고 해서 어디 공장을 샀어요. 그때 월 13만 원 받았는데 2년인가 기초수급을 받았어요. 쟁피하고 힘든 거예요. 직장 백만 원 받고 기초수급을 탈퇴했지. (...) 나는 벗어가고 싶었어. 물론 그게 그 당시 아무것도 없는 데에서 십몇만 원도 굉장히 큰 거였거든요. 그것을 놓기가 힘든 건데 내가 취업을 하면서 가서 동사무소 가서 얘기했는데 이렇게 직접 해서 말씀하시고 일 다니면서 돈 받아도 신고를 안 하는데 나는 내일부터 일 나가니까, 굉장히 특이한 케이스라고 하더라고요.

## 나. 회복자 역할모델

단주를 위해 꾸준히 치료, 모임에 참여하며 회복을 유지한 응답자들은 자연스럽게 주변인들로부터 인정을 받게 되고 회복자 역할모델의 지위까지 차지하게 된다. 알코올 중독 회복자라는 것만으로도 지역사회에서 존경의 대상이 되며 중독에 빠져 있는 사람들이 도움을 요청하는 존재가 되었다. ‘중독 회복자 2’는 처음에는 자신이 알코올 중독자라는 것 때문에 ‘말’이 있었지만 시간이 지나고 나니 존경의 인사를 받기도 했다고 말한

다. ‘중독 회복자 9’와 ‘중독 회복자 10’은 주변의 숨은 중독자를 치료에 입문시키며 스스로 연결망의 역할을 하게 되었고, 회복 유지 기간이 오래 된 ‘중독 회복자 13’은 중독자 부부의 협심자, 멘토가 되어 한 가정을 회복으로 이끄는 몫까지 하고 있다.

(중독 회복자 2) 그런데 에피소드인데, 자활하면서 그때 단주가 3년 됐을 거예요. 회식 끝나고 노래방을 갔어요. 다른 때는 밥만 먹고 없으면 간 줄 알아라 했는데, 처음에는 어찌니 저찌니 하더라 나중에는 존경합니다, 어떻게 그랬습니까 사람들이 칭찬을 해 주고 그러대요.

(중독 회복자 9) 이렇게 얘기하면 지금 술 안 먹고 있다, 끊고 있다. 술 안 먹고 놀러 나간다. 그러면 그분 주위에서도 술 먹고 하시는 분이 있어요. 그분 얘기가 나와. 어느 분 얘기가 나와요. OO병원 입원해 있었다고 하면 그분도 일주일에 한 번씩 갔었대. 어떻게 하면 술 안 먹냐고 그것 좀 알려 달라고 하는 것도 있고. 대부분 이렇게 얘기 하면 중독자라고 알아요.

(중독 회복자 10) 저 좀 센터 데려가 달라고. 오빠 다니던 데 술 끊은 데 데리고 가 달라고. 전에 술 마시고 그럴 때에 저한테 그렇게 냉대하고 그러신 분들은 제가 아이들 돌보고 열심히 이렇게 잘 살아가는 모습을 보고 많이 거시기를 얻으려고 센터가 어디냐고 물어보고. (...) 지금은 제가 계모임이나 거시기 하는데 봉사모임 같은 데를 다니면 제가 어떻게 해서 술을 끊고 살아가는 모습을 많이들 아니까 많이 저한테 물어봐요.

(중독 회복자 13) 나한테 협심자 좀 되어 주세요 하더라고요. 불편한 거예요. 하도 술 먹고 입원해서, 둘이 사귀고 있다고 해요. 내가 말렸어요. 중독자들끼리 사귀어서 잘 된 사람이 없다 사귀지 말라고 했어요. 지금 6개월 되셨고 부모님한테 인사도 드렸다고 했어요. 만약 둘이 못 산다거나 헤어진다 그러면 협심도 안 한다고 했더니 알았대요.

그런데 지금 1년 넘게 잘하고 있어요. (...) 위기도 몇 번 있었는데 선생님 때문에 잘된다고 해요. 그런 것에서 뿌듯한 것이 있어요.

#### 다. 받는 이가 아닌 주는 이의 삶

인간은 본질적으로 관계를 추구하나 중독이 진행되는 과정에서 중독자는 사회적 관계와 단절될 뿐만 아니라 자기 자신과의 관계도 단절한다. 그러나 회복 과정으로 진입하면서 자신과 연결되고 시간이 지나면서 모두 단절되었던 사회적 관계의 연결을 추구한다. 궁극적으로 사회에 기여하는 것으로 사회적 관계 추구의 양상이 발현된다. 응답자들은 특히 다른 중독자에게 도움을 주고 싶은 욕구를 언급했다. 그것은 사회에 봉사를 하는 것이기도 하지만 다른 한편으로 여전히 알코올 중독자로 살아갈 수밖에 없는 자신에게 경각심을 심어 주어 회복을 유지하게 하는 동력으로 활용하는 것이다.

(중독 회복자 1) 제가 햇수로 6년째 이 일(회복자 상담가)을 하면서 느낀 점이, 저도 많이 바뀌었어요. 저도 제가 이렇게 변할 줄 몰랐거든요. 그런데도 저 바뀐 건 둘째치고 그들이 조금씩 변화되어 가는 모습. 진짜 저 친구는 안 변할 것 같았는데 어느 날, 나 술 좀 끊어 볼게 하고 말이 나오는. 그 말이 나올 때까지 저희는 기다려 주는 거죠. (...) 그리고 지금도 사실은 제가 공동체에서 같이 생활하고 있거든요.

(중독 회복자 2) 센터에 안 나오는 회원들이 있어요. 골방에 앉아서 술이나 퍼 마시고 그런 사람들 찾아서 방문하는 거지. 일주일에 한 번도 가고 열흘에 한 번도 가고 한 달에 서너 번, 급한 사람은 여덟 번도 가고 그래 가지고 그것도 하고 있죠.

(중독 회복자 10) 그러면서 나만 알고 살았던 저를 다른 사람으로 인

해서 살 수 있게 봉사라는 걸 또 배우게 되고. 봉사라고 할 수 있는 지 모르겠지만 많이 한 것 같아요. 밥퍼 봉사도 하고.

(중독 회복자 12) 앞으로 계획은 술로 인해 꺼져 가는 생명 한 사람이라도 구하는 것이 마지막 바라고 싶고 도움을 줘서 한사람이라도, 죽어 가는 사람을 너무나 많이 봤어요. (...) 그런 데에서 내가 좀 모임을 이끌어가는 봉사적으로 5년 6개월 중에 3년 6개월은 저도 봉사를 했어요.

(중독 회복자 13) 센터장님도 아시지만 센터에 나오는 회원이 오늘 모임이 안 나와서 집에 가 보니까 먹고 있고 내가 차도 없을 때 그분 업어서 병원에 입원시켜 줬고 그만 먹으라고 하고 가서 달래고 그런 사람이 별로 없었는데 내가 도와줌으로써 안 먹는 데 큰 효과가 있더라고요. 그 사람이 먹고 있고 내가 먹고 싶으면 같이 먹을 수 있는데 이분을 도와서 병원에 입원시키면서 내가 술 생각이 안 나요. 무슨 법칙이 있겠죠. 그런 것에서 내가 도와줌으로써 술 생각이 안 나요.

## 라. 중독자 회복을 위한 정책 지원 욕구

중독 회복자와 보호자들은 중독 회복을 위해 필요한 정책 지원을 언급하기도 하였다. 중독자와 보호자들은 술 광고 규제 및 알코올 중독 치료 홍보, 병원과 지역사회의 치료서비스 연계, 중독 재활시설 설치 규제 완화, 비수급자 치료비 지원, 예방치료 및 직장인을 위한 다양한 치료 프로그램 개발 등을 언급하였다.

첫째, 중독 회복자와 보호자들은 우리나라의 술 광고가 너무 자극적이어서 사람들이 술에 너무 쉽게 노출되도록 하는 환경이라는 점을 언급하였다. 미디어에서 나오는 음주행동 및 광고의 위험성에 대해 언급하며, 술광고 제재, 주류 접근성 제한 등의 조치가 필요하다고 언급하였다.

(중독 회복자 6) 술 광고를 다 없애야 된다고 생각해요. 술광고가 드라마 TV에서 술 마시는 것들이 다 없애야 되고. 술 광고는 이상하게 굉장히 섹시한 여자들이 하죠. 성적인 매력이 확 드러나는, 그런 것들이 잘못된 인식들을 만들어내는 것 같아요. (...) 사실 술 광고 문제에 대해서는 저는 뉴질랜드 자주 가져드요. 보니까 뉴질랜드에 술 광고가 없더라고요. 이제 없을 수 있구나 싶었어요. 우리나라도 없애면 되겠다 싶어요. (...)

(중독 회복자 8) 텔레비전 보면 거의 술 마시는 장면을 빼놓으면 서운할 정도로 너무 많이 나오고 영화도 그렇고. 그리고 일반 드라마 아니고 스포츠 경기할 때도 잠깐 잠깐 많이 나오고. 거기다가 요즘은 10대 20대 여성층을 겨냥해서 알코올 술도 나오고 그렇게 한다고 하더라고요. 그러다 보면 앞으로 젊은층이 더 많아지지 않을까.

“TV 보다가 술 광고가 나오면 애 아빠 얼굴 한번 쳐다봐요.” (보호자 F)

둘째, 술 광고 규제와 함께 알코올 중독 치료 홍보를 더욱 강화할 필요가 있다는 의견도 상당수 있었다. 중독 회복자와 보호자들은 알코올 중독에 대해 도움을 받고 싶어도 정보가 없어서 도움을 찾지 못하는 사람들이 많으니 짧은 시간이라도 공익광고를 하여 치료기관에 대한 홍보를 해주었으면 하는 바람을 나타냈다.

(중독 회복자 3) 중독관리통합지원센터가 있는 것 모르시거든요. 너무나 많은 분들이 모르고 진작 알았으면 좋았을 텐데 도움받았을 텐데 그런 말을 많이 들었거든요. 이런 것이 아직 광고나 홍보나 SNS 통해서 널리 전파가 돼서 ○○구든 ○○구든 알았으면 좋겠어요.

셋째, 서비스의 연속성 차원에서 지역사회에 중독재활시설 확대 설치도 고려해야 할 사항이었다. 병원 치료를 마치고 지역사회에 나왔다고 해

서 회복이 된 것이 아니기 때문에 지속적으로 생활을 관리할 필요가 있는데 병원 퇴원 후에는 중독자들이 지역사회에 무방비로 방치된다고 보고 있었다. 병원 치료를 마치고 나면 지역사회에서 치료를 받을 수 있는 거주시설이나 이용시설이 필요한데, 그러한 치료체계 연계가 매우 미흡하여 이에 대한 정책 지원이 필요하다고 언급했다. 특히 중독 회복자들은 회복을 위해 가정이 중요하다는 것을 강조하며 가족이 없는 사람들을 위해 가정을 대체할 수 있는 공동체나 주거시설, 이용시설 등이 필요하다고 강조하였다.

*(중독 회복자 1) 저희들 같이 주거시설에 와서 출퇴근하면서, 저도 저희 집 있는 식구들이 다 출퇴근하거든요. 그렇게 생활하면서 다져져야 사회 나가서 이 사람들이 살 수 있는 거거든요. 무턱대고 그냥 병원에서 나온 사람들이 사실은 가장 어려운 게 신체적인 회복은 됐지만 정신, 심리적으로 회복 안 되어 있고 사회적으로, 영적으로 회복 안 된 사람들이 사회에 나오면 바로, 신체적인 회복이 됐으니까 건강하니까 나 술 먹어도 돼 이 생각만 드니까 먹으면 또 되풀이 되고 하는 거죠. 그래서 그런 부분에서의 확충이 시급하다는 생각을 많이 갖고 있고요.*

*(중독 회복자 4) 그래서 저는 주거시설이랑 같이 붙어 있는 것은 답답하니까 안 좋지만 따로 떨어져 있는데, 주거시설에서 15분 가야지 이용센터가 있고 15분 가야지 직업재활 시설이 있어요. 이것을 통해서 사회활동을 할 수 있는 것 같아요. 가정이 얼마나 중요한 건지 그런 것들이 이제 저희는 있지만 아직 견고하지 않은 것 같아요.*

*(중독 회복자 13) 지금 혼자 사시는 분들이 많아요. 다 망가져서 혼자 사는데 공동체 주거 공동체를 통해서 같이 공동체에서 회복할 수 있는 거요.*

넷째, 회복자 상담가로 일하고 있는 중독 회복자는 더 많은 회복자들이 활동할 수 있는 통로를 마련해 주었으면 하는 바람을 전했다. 회복자 상담가로 활동하는 것은 중독자 직업재활의 의미와 더불어 당사자주의에 따라 같은 동료 중독자를 보다 효과적으로 도울 수 있으며, 동시에 중독자로서의 정체성을 잊지 않고 끊임없이 자신에게 경각심을 불러일으키는 데 도움이 되기 때문에 활성화가 필요하다는 주장이다.

다섯째, 수급자의 경우 지속적으로 치료기관을 이용해도 비용부담이 적어서 꾸준한 치료가 가능한데 비수급자일 경우 치료비용이 너무 비싸 꾸준한 치료가 어렵다고 말하는 중독 회복자도 있었다. ‘중독 회복자 4’는 단기간, 최소비용이라도 알코올 중독 치료비용을 국가에서 지원해 주길 바랐다.

*(중독 회복자 4) 저같이 수급이 아니신 분들도 기본적으로 집에서 백만원 정도 지원이 되지 않으면 회복센터 안으로 들어오지 못하는 것 같아요. 그러니까 비수급이신 분들은 2개월 3개월 하다가 빨리 가서 일을 해서 그 상황이 되는 것 같아요. (...) 거의 1년 정도 회복하면 조금 단단해지니까 1년간만이라도 그런 지원이, 돈이 많이 드는 부분이고 시설 이용료라든지 식대 정도 800만 원 정도라도 그것만 지원이 되어도 조금 부담이 덜할 수 있지 않을까요. 그 부분이 좀 아쉽더라고요.*

여섯째, 알코올 중독 예방을 위한 조기 개입이 필요하다는 의견도 있었다. 알코올 중독이라는 용어가 사람들에게 불편감을 주는 용어라고 생각하고 있었다. 자신이 알코올 중독 상태에 있어도 중독 판정에 거부감을 가지는 사람들이 있으니 심각한 상태로 병원에서 중독 판정을 받고 치료를 받는 상태가 되기까지 방치하기보다 그 이전에 예방적 차원에서 이용할 수 있는 치료서비스가 필요하다고 보았다. 이를 위해 중고등학교부터

꾸준한 예방적 개입이 필요하다는 의견이었다.

(중독 회복자 6) 중독이라는 단어를 쓰는 것이 그 사람들에게 굉장히 위협이 되는 것 같아요. 안 쓸 수 없겠지만 어쨌든 그분들은 약간 중간 단계에서 상담을 받기 원하고요. 자기 상태에서 중독이라고 판정을 내리고 싶지 않은 것 같아요.

(중독 회복자 8) 알코올 같은 경우는 국가에서도 학교나 이런 고등학교나 중학교나 이런 데에 찾아가서 어떻다는 걸 갖다가 꾸준히 머릿속에 집어넣어줘야 어느 정도 개들도 대책을 세우지 않을까. 저야 뭐 솔직히 언제부터 술 마셨는지 모르겠어요.

그 외에도 직장을 다니면서 중독통합관리지원센터의 서비스를 이용하고 있는 응답자는 좀 더 다양한 프로그램이 있었으면 좋겠다는 의견을 주었다. 단주에 직접적으로 개입하는 12단계나 자조모임 등과 같은 프로그램도 효과가 있겠지만, 야외활동을 나가서 좀 자유로운 환경 속에서 동료 중독자들과 자연스럽게 대화를 나누는 것도 도움이 되었다고 하였다. 예술이나 스포츠와 같이 약물 중독 치료에 보다 직접적이지는 않아도 알코올 생각이 나지 않게 하는 다양한 프로그램이 마련되었으면 하였다.

(중독 회복자 6) 중독은 중독으로 대체를 할 때 주로 얘기하는 것이 스포츠거든요. 이것은 그냥 그런 얘기지만 스포츠 이외에 다른 어떤 활동들을 할 수 있게 예를 들면 예술인데 예술 쪽은 어떻게 할 수 없는 것 같아요. 미술이나 음악 혹은 문예 창작은 다른 기관을 어떻게 가서 하기가 30대 입장에서 굉장히, 40대 아주머니들은 관심이 많던데. (...) 그냥 할 수 있는 기회가 많아졌으면 좋겠어요. 왜냐 하면 스포츠도 좋은데 스포츠는 땀을 빼고 그런 것이 있잖아요. 예술도 각 분야에 집중돼서 푹 빠지게 만들어서 중독으로 해서 잠깐 벗어나게 해주니까 그런 시간들을 보낼 수 있는 것이 있으면 좋겠어요.

또한 가족들은 보호자를 대상으로 한 지원 프로그램이 강화되었으면 한다고 언급하였다. 중독으로 이르는 과정 및 중독 회복 과정에서 가족들은 중요한 역할을 하고 있으나, 가족들을 대상으로 한 알코올 중독 예방 및 관리, 회복에 대한 프로그램들이 제한적이라는 언급이 많았다. 또한 가족들이 경험하고 있는 다양한 경제적 및 정서적 어려움에 대한 지원 역시 필요하다는 의견들이 상당수였다.

*“중독자의 회복지원 방안도 중요하지만 사실상 그분들을 보호하고 있는 보호자에 대한 지원이라든지 그런 것들이 더 마련되어야 되고 이 사람들의 인권이 더 중요하거든요. 사실상 한두 명이 아니잖아요. 그 사람은 한 명이지만 이 한 명이 끼치는 영향이 어마무시해요. 그런 것에 대해서 정부는 전혀 고려를 하고 있지 않은 것 같아요.”(보호자 H)*

## 제4절 소결

본 장은 중독자의 규모를 파악하고, 중독자와 보호자와의 질적면담에서 나타난 중독자의 특성 및 중독자가 가지는 사회연결망에 대한 분석 결과를 제시하고 있다. 연구 결과, 중독자들은 중독이 되는 과정과 회복이 되는 과정에서 가족, 직장 동료, 치료기관, 지역사회 기관, 동료 중독자들로부터 다양한 영향을 받는 것으로 나타난다. 중독 진입 과정은 아동기 가족 내 음주력과 갈등 상황에서 출발한다. 술을 마시는 가족, 가족 갈등 상황, 그리고 음주에 허용적인 가족문화가 음주를 시작하는 데 영향을 주는 것으로 보인다. 청소년기는 주로 또래 관계를 중심으로 사회적 도구로서 음주가 시작된다. 이때 부모나 교사 등 감독자가 없는 상태에서 통제되지 않는 음주가 가속화되는 경향을 보인다. 고등학교를 졸업하는 시기, 군입대 시기에 마치 성인의식을 치르듯 술을 마시며 음주를 시작하기도

한다. 통제집단인 군대 역시 술이 그다지 통제 대상이 아니었을 뿐만 아니라 계급사회이므로 진급할수록 술을 마실 수 있는 권한도 늘어났다. 직장생활에서 음주는 마치 필수적인 것으로 여겨지며 사업 성사를 위해 혹은 대인관계로 술을 마시는 것이 자연스러운 것으로 받아들여지고 있다. 장년기로 사회생활에서 실직, 사업실패 등의 스트레스를 해소하는 도구로 술을 이용하였다. 그러나 대부분 그 이전에 이미 음주를 어느 정도 하고 있었기 때문에 장년기의 스트레스는 알코올 중독을 급속하게 진행시키는 기폭제 역할을 한 것으로 보인다.

중독 진행 과정에서 중독자는 가정, 직장, 그리고 자신으로부터 멀어지는 과정을 밟는다. 일상생활과 술이 엉키면서 가정과 직장은 술을 마시기 위한 수단으로 변화한다. 주위 사람들의 조언으로 결혼이나 출산을 해 보지만 책임감이 부재한 가정생활은 유지하기가 어려우며, 술을 마시기 위해 일부러 가정 내 불화를 일으키기도 한다. 술을 마시다 보니 직장생활도 어려워지니 이후에는 술을 마시기에 편한 직장을 찾는다. 주변인들은 술이나 알코올 중독에 대한 지식이 부족하여 술에 문제가 있다는 말을 들어도 대수롭지 않게 넘기며, 알코올 중독 치료를 받고 나온 사람을 술자리로 불러 축하하기도 한다. 그러한 사회의 무지함은 알코올 중독자들이 더 쉽게 재발하게 하는 배경을 마련해 준다. 알코올 중독자들은 타의, 자의에 의해 서서히 가정, 직장, 지역사회와 단절하며 혼자 독주하는 생활을 하며, 자기를 상실하며 자기와 단절하는 극단적 방법으로 자살을 시도하기도 한다.

치료 입문 과정은 가족의 절박함에서 시작하는 경우가 많다. 가족들은 중독자의 회복을 위해 주변으로부터 많은 정보를 습득한다. 가족이 직접 치료기관에 방문하여 상담을 받은 후에 중독 치료를 시작하는 경우도 있지만, 때로는 신뢰할 수 없는 정보로 중독자가 치료기관에서 인권침해를 당하기도 한다. 때로는 길거리 광고, 방송을 통해 정보를 접하게 되는데

대부분의 정보 습득이 우연성에 기반해 이루어지고 있었다. 가족에 의해 강제로 치료를 받게 되는 중독자들은 가족과 치료에 대해 반감을 가지고 있어 치료의 효과가 두드러지게 나타나지 않는다. 그럼에도 불구하고 중독자들이 치료에 매력을 느끼는 경우 치료에 지속적으로 참여하며 회복으로 이어지는 계기를 맞기도 한다. 치료기관에서 만난 동료 중독자들은 응답자들이 보다 쉽게 치료에 들어갈 수 있는 통로를 열어준다. 심각한 중독 상태에 있을 때 지역사회의 다양한 기관들이 관심을 가지고 있을 경우 연계되어 치료에 입문하기도 한다. 하지만 단주나 회복에 대한 동기 부여가 충분하지 않을 때 중독자들은 진정한 회복으로 나가기보다 치료 서비스 이용에 익숙해져 재발과 치료를 반복하는 생활을 유지하기도 한다. 치료 입문 과정에서 의미 있는 사회연결망은 가족이지만 만족스러운 치료, 동료 중독자, 그리고 다양한 지역사회 기관도 중독자의 치료 입문에 기여한다. 하지만 충분한 회복 동기가 부여되지 않거나 건강한 사회인이 되려는 준비가 없으면 재발과 치료의 반복이 이어질 뿐 바람직한 변화를 기대하기는 어렵다. 치료에 입문한 중독자는 특정한 계기를 통해 회복 전환점을 맞으며 재발과 치료 반복의 바퀴를 벗어난다.

회복 전환점에서 주요한 의미를 가지는 사회연결망 역시 가족, 주변인, 동료 중독자와 회복자, 지역사회 기관 등이다. 하지만 치료 입문 과정에서 보여주었던 특징들에 변화가 나타난다. 가족은 그 동안의 중독유지 패턴의 고리를 끊는 결단을 한다. 치료기관에서 경험하는 직면은 중독자가 치료에 몰입하게 되는 기회를 제공한다. 병원, 치료기관을 통해 연계된 중독 회복자들의 모임인 단주모임(AA)에서 공감대를 형성하며 회복으로의 전환 계기를 맞기도 하며, 치료자의 개별적이고 열정적인 관여를 통해서 회복 과정으로 진입하기도 한다. 시각적 효과가 있는 미디어는 중독자가 막연하게 알고 있던 자신의 중독된 모습을 직면하는 기회를 극적으로

제공하여 회복 전환의 단초를 제공한다. 중독 진행 과정에서 타의와 자의에 의해 모든 사회적 관계를 단절하고 자기와도 단절되었던 중독자는 다양한 기회로 중독자인 자신의 모습을 직면하는 기회를 맞으며 회복 전환점을 넘어 회복 유지 단계로 진입한다.

회복 유지 과정에서 치료는 중단되는 것이 아니라 동반된다. 가족은 구조적, 정서적, 정보적 지지체계 역할을 수행하며 동시에 중독자 변화를 위한 노력에 동참한다. 주변인들에게 자신이 술에 문제가 있다는 것을 알리고 재발의 위험을 최소화한다. 치료자와의 관계는 기존의 치료자와 중독자의 위계적 관계가 아닌 상호존중의 관계로 발전하며 동료 중독자와의 연대감은 더욱 강력해진다. 나아가 중독자들은 수동적으로 치료에 참여하는 것이 아니라 적극적으로 치료에 참여하며, 자신의 회복을 위해 치료를 활용하는 단계까지 발전한다. 술을 마시지 않아도 위험 상황이라고 인지하게 되면 자발적으로 치료기관을 찾는다. 처방약물은 단순히 항갈망제로 사용하는 것에서 멈추는 것이 아니라 자신이 알코올 중독자임을 계속 인지하게 하는 수단으로 받아들인다. 지역사회의 종교기관은 직접적인 도움은 아니지만 자녀 양육 및 재정적 측면에 도움을 준다. 잘 설계된 프로그램은 중독자가 치료와 연결되도록 이끄는 매개체 구실을 하는 데 의미가 있다. 회복 유지 과정에서 수급권은 중독자가 회복하는 데 매우 필요한 정부지원이기는 하지만 때로는 건강한 사회인으로 도약하는 데 발목을 잡는 요인이 되기도 한다.

오랜 기간 회복 유지 단계를 거친 중독자들은 본인 스스로 사회연결망 역할을 하게 된다. 중독 회복자의 정체성을 벗어나 사회인으로서 자리매김을 하기 위해 몇 배로 힘든 자립의 단계로 나가려고 노력한다. 단주를 하는 것이 회복이라고 생각하기보다 건강한 사회인이 되기를 지향한다. 이를 위해 가족, 회복자, 치료기관과의 관계망을 넘어 사회와의 연결을 지향한다. 그리고 주변인들로부터 자연스럽게 회복자 역할모델이 되어 지금 현재 알코올에 중

독되어 있는 사람들이 치료 세팅으로 나올 수 있도록 돕는 연결망의 역할을 하게 된다. 다른 중독자를 돕고 싶다는 열망은 사회를 보는 시각을 키우게 하고 중독자 회복을 위해 필요한 정책 지원 욕구를 다양하게 제시하였다.

〈표 4-2〉 회복자 인터뷰 연구 결과 요약

중독 및 회복 단계	내용
1. 중독 진입	가. 가족 내 음주력과 갈등 상황 나. 청소년기 또래 관계 속 음주 다. 군대와 직장의 관대한 음주문화 라. 스트레스 출구로서의 음주
2. 중독 진행	가. 음주를 위한 가정생활 나. 음주를 위한 직장생활 다. 알코올 중독이 '없는' 사회 라. 모든 사회연결망과의 단절 마. 자신과의 단절
3. 치료 입문	가. 가족의 치료 정보 습득 나. 치료의 문을 여는 가족 다. 가족 및 치료에 대한 반감 라. 치료 '없는' 치료기관 마. 매력적인 치료 바. 치료기관에서 만난 중독자들 사. 다양한 지역사회의 관심 아. 반복되는 치료서비스 이용
4. 회복 전환	가. 가족의 결단 나. 치료기관에서의 극과 극 경험 다. 중독 회복자와의 나눔 라. 열정적인 치료자 관여 마. 미디어의 영향 바. 자신과의 연결
5. 회복 유지	가. 가족의 지지와 변화 동참 나. 주변인들의 배려와 공감 다. 치료자와의 상호 존중 관계 라. 동료 중독자와의 연대감 마. 치료를 활용하는 회복자 바. 지역사회 종교기관의 지원 사. 양면적인 정부 지원의 효과 아. 효과적인 프로그램 활용
6. 사회연결망으로의 전환	가. 사회로 나가기 위한 노력 나. 회복자 역할모델 다. 받는 이가 아닌 주는 이의 삶 라. 중독자 회복을 위한 정책 지원 욕구

자료: 본 연구에서 실시한 인터뷰 내용을 분석하여 정리한 결과를 표로 제시함.



제 5 장

## 중독 회복 지원 서비스 제공자의 사회연결망

제1절 중독 회복 지원 서비스 자원 분석

제2절 중독 회복 지원 서비스 제공자의 특성

제3절 중독 회복 지원 서비스 제공자가 가지는 사회관계망

제4절 소결



# 5

## 중독 회복 지원 서비스 << 제공자의 사회연결망

### 제1절 중독 회복 지원 서비스 자원 분석

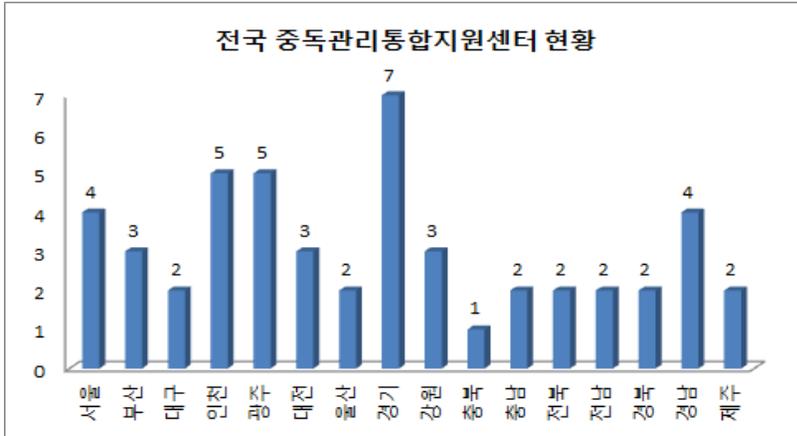
#### 1. 지역사회 중독 회복 지원 서비스 제공 자원 현황

보건복지부의 지역사회 건강조사, 통계청의 사망원인 통계, 행정자치부의 주민등록 인구현황, 국민건강보험공단의 진료정보 등을 활용하여 시·군·구 단위의 지역사회 중독 회복 지원 서비스 자원 현황을 살펴본 결과는 다음과 같다. 우선 분석에 포함된 총 229개 시·군·구의 평균 자살사망률은 10만 명에 24.5명이며, 우울증상 경험률은 평균 6.1%로 나타났다. 중증 정신질환자 규모는 시·군·구당 평균 1960명으로, 최소 47명에서 최대 7774명의 분포를 가진다.

현재 우리나라의 알코올 중독 관리 체계를 주로 담당하고 있는 중독관리통합지원센터 수와 알코올 중독 예방 및 관리 사업을 하고 있는 기초정신건강복지센터 수를 살펴보면 다음과 같다. 중독관리통합지원센터는 2018년 9월 현재 49곳이며, 알코올 서비스 제공자 조사에서 알코올 중독 예방 및 관리 사업을 하고 있다고 응답한 기초 정신건강복지센터의 수는 67곳이다.

9) 자원 현황을 파악하는 데 활용된 자료들은 제1장 제2절에 제시되어 있음.

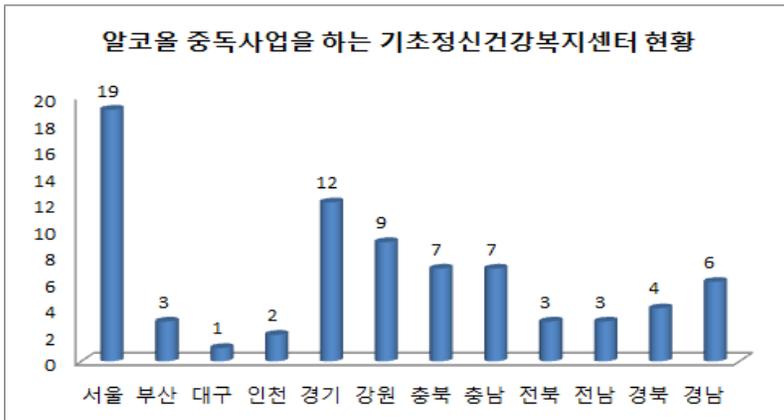
[그림 5-1] 전국 중독관리통합지원센터 현황



주: 보건복지부(2018). 2018 정신건강사업 안내 및 본 연구의 조사 결과를 참고로 함.

알코올 관련 사업을 하고 있다고 응답한 기초정신건강복지센터를 살펴 보면, 서울이 19곳으로 가장 많았으며, 대전과 광주를 제외한 시·군·구당 대부분 1곳 이상이 있는 것으로 나타났다.

[그림 5-2] 지역별 알코올 관련 사업을 하고 있는 기초정신건강복지센터 현황



주: 본 연구의 조사 결과임.

## 2. 지역사회 정신건강서비스 자원 클러스터링 분석 결과

지역사회 알코올 중독 회복 지원 서비스 관련 자원을 시·군·구별로 구축한 데이터베이스를 활용하여 클러스터링 분석을 벌인 결과는 다음과 같다. 분석에 포함된 총 229개 시군구는 6개의 유형으로 구분되었으며, 클러스터 1은 51개 시·군·구, 클러스터 2는 10개 시·군·구, 클러스터 3은 26개 시·군·구, 클러스터 4는 45개 시·군·구, 클러스터 5는 13개 시·군·구, 클러스터 6은 84개 시·군·구로 분석되었다.

클러스터별 특징을 살펴보면 다음과 같다. 먼저 클러스터 1에 해당하는 알코올 중독자 수는 지역당 평균 341명 정도이다. 클러스터 1은 중독 관리 지원을 위한 자원이 지역당 평균 1.12개이며, 공식적인 입원이 가능한 지역당 평균 정신병상 수는 국공립 20.1개, 지방공사 의료원 7.1개, 민간의료기관 정신병상 수는 305.6개를 보유하고 있는 것으로 나타났다.

클러스터 2에 해당하는 지역은 대도시 지역으로만 구성되었으며, 알코올 중독자 수는 지역당 평균 953명으로 6개 클러스터 중 가장 많은 것으로 나타났다. 클러스터 2의 알코올 중독 관리기관 또한 평균 1.30개로 6개 클러스터 중 가장 많은 자원을 보유하고 있다. 정신병상 수도 국공립이 지역당 평균 128.1개, 지방공사 의료원 28.0개, 민간에서 946.3개로 클러스터 가운데 가장 많은 정신병상 수를 보유하고 있다. 알코올 중독으로 인한 사망자 수도 지역당 평균 12.1명으로 가장 높은 사망률을 보였다.

클러스터 3도 주로 대도시 지역에 해당되며, 알코올 중독자 수는 지역당 평균 681명이다. 클러스터 3의 알코올 중독 관리기관으로 중독관리통합지원센터는 평균 0.73개이다. 정신병상 수는 국공립이 10.5개, 지방공사 의료원이 7.0개, 민간병상 수가 628.8개로 비교적 많은 정신병상 수를 보유하고 있는 것으로 나타났다. 한편 알코올 중독으로 인한 사망자 수는 평균 6.9명으로 다른 클러스터에 견줘 높은 편이다.

(표 5-1) 중독 관련 유형화 분석 결과(시·군·구당)

	지역수 (개)	인구수 (명, 평균)	알코올 중독자 수 (명, 평균)	자살 사망률 (%, 평균)	고위험 음주율 (%, 평균)	알코올 중독 사망자 수 (명, 평균)		
클러스터 1	51	238,167	341	23.5	18.6	4.0		
클러스터 2	10	862,205	953	20.2	17.3	12.1		
클러스터 3	26	494,720	681	23.3	17.9	6.9		
클러스터 4	45	254,255	366	23.4	18.7	4.1		
클러스터 5	13	67,546	116	40.4	19.8	1.5		
클러스터 6	84	68,397	114	24.4	18.8	1.5		

	알코올 중독 관리기관		정신병상 수(평균, 개)			지역		
	중독관리 통합지원 센터 수 (개, 평균)	기초정신 건강복지 센터수 (개, 평균)	국공립	지방 공사 의료원	민간	대도시	중소 도시	농어촌
클러스터 1	0.12	1.00	20.1	7.1	305.6	38	4	9
클러스터 2	0.50	0.80	128.1	28.0	946.3	10	-	-
클러스터 3	0.73	-	10.5	7.0	628.8	24	2	-
클러스터 4	0.42	-	49.1	4.8	488.0	39	4	2
클러스터 5	-	-	0.0	0.0	150.5	3	-	10
클러스터 6	0.01	-	12.9	0.9	127.4	22	6	56

주: 1) 시·군·구는 국민건강보험공단 청구 자료를 기반으로 구성되었으며, 광역시가 아닌 일부 대도시(예: 안산시 상록구와 단원구)의 경우 통합하여(예: 안산시) 분석에 포함하였음.

2) 본 연구에서 취합한 시·군·구 단위 자료를 바탕으로 분석한 결과임.

클러스터 4의 지역당 평균 알코올 중독자 수는 366명으로 나타났다. 클러스터 4의 알코올 중독 회복 지원을 위한 공식적인 자원으로 중독관리통합지원센터 수는 0.42개였다. 정신병상 수는 국공립이 49.1개, 지방공사 의료원 4.8개, 민간병상 수가 488개로 인구수에 비해 알코올 중독 관리를 위한 자원이 적다. 알코올 중독으로 인한 사망자 수도 지역당 평균 4.1명으로 나타났다.

클러스터 5에 해당하는 지역은 농어촌 지역이 비교적 많으며, 지역당 평균 알코올 중독자 수는 116명으로 나타났다. 클러스터 5의 알코올 중

독 회복 지원을 위한 공식적인 자원은 거의 없는 실정이었으며, 고위험 음주율은 6개 클러스터 중 가장 높은 지역당 평균 19.8%을 나타냈다. 정신병상 수는 지역당 평균 151개였으며, 알코올 중독으로 인한 사망률은 평균 1.5명이었다.

마지막으로 클러스터 6에 해당하는 지역은 66.7%가 농어촌 지역으로 지역당 평균 알코올 중독자 수는 114명이다. 클러스터 6의 알코올 중독 회복 지원을 위한 공식적인 자원인 중독관리통합지원센터는 평균 0.01개에 불과하며, 정신병상 수도 지역당 평균 국공립 12.9개, 지방공사 의료원 0.9개, 민간 127.4개로 가장 낮은 자원 보유율을 보이고 있다.

클러스터링 분석 결과를 종합해 보면, 클러스터 2는 대도시로만 구성되어 있다. 이 지역은 대부분 중독관리통합지원센터가 있거나 정신건강복지센터에서 알코올 중독 예방 및 관리 사업을 하고 있는 지역<sup>10)</sup>이며, 알코올 중독자 수도 많고, 이에 대응할 수 있는 인프라도 많은 지역에 해당한다.

클러스터 2와 정반대인 유형은 클러스터 6으로 농어촌 지역이 대다수를 차지하고 있으며, 알코올 중독자도 비교적 적고 대응할 수 있는 인프라도 가장 적은 지역이다.

병상 수를 살펴보면 클러스터별로 차이가 있기는 하지만, 민간 병상 의존도가 높은 것을 알 수 있는데, 특히 클러스터 5의 경우 민간병상에만 의존하고 있는 것으로 나타났다. 또한 중독관리통합지원센터나 정신건강복지센터에서 알코올중독 예방 및 관리 사업을 수행하고 있지 않으나, 고위험음주율이 가장 높은 것으로 나타나 대응이 필요할 것으로 보인다.

10) 각 클러스터에 포함된 시·군·구 정보는 부록 참조.

## 제2절 중독 회복 지원 서비스 제공자의 특성

중독관리통합지원센터 총 49곳 중 35곳에서 총 114명이 응답하였으며, 전국 정신건강복지센터 228곳 중 알코올 중독 예방 및 관리 사업을 하고 있는 76곳 중 39곳이 응답하였다.

### 1. 일반적 특성

중독관리통합지원센터 49곳 응답자 114명은 남자 20.2%(23명), 여자 79.8%(91명)였으며, 연령별로는 30대가 39.5%로 가장 많았고, 20대가 35.1%로 그 뒤를 이었다. 전공별로는 사회복지 전공이 78.1%로 가장 많았으며, 그다음이 간호 전공으로 17.5%를 차지하였다. 정신보건전문요원 여부별로는 정신보건전문요원인 경우가 68.4%로 나타났다.

알코올 중독 예방·관리 사업을 하고 있는 정신건강복지센터 76곳 중 39곳의 응답자 39명은 남자 20.5%(8명), 여자 79.5%(31명)였으며, 연령별로는 30대가 48.7%로 가장 많았고, 20대가 25.6%로 그 뒤를 이었다. 전공별로는 간호 전공이 48.7%로 가장 많았으며, 그다음이 사회복지 전공으로 46.2%를 차지하였다. 정신보건전문요원 여부별로는 정신보건전문요원인 경우가 56.4%로 나타났다.

〈표 5-2〉 일반적인 특성

	중독관리통합지원센터			정신건강복지센터		
	남	여	계	남	여	계
계	20.2	79.8	100.0	20.5	79.5	100.0
(N)	(23)	(91)	(114)	(8)	(31)	(39)
연령별						
20대	47.8	31.9	35.1	37.5	9.7	15.4
30대	34.8	40.7	39.5	50.0	48.4	48.7
40대	17.4	20.9	20.2	12.5	29.0	25.6
50대 이상	0.0	6.6	5.3	0.0	12.9	10.3
전공별						
간호	13.0	18.7	17.5	0.0	61.3	48.7
사회복지	82.6	76.9	78.1	30.4	35.5	46.2
임상심리	0.0	3.3	2.6	0.0	3.2	2.6
작업치료	4.3	1.1	1.8	4.3	0.0	2.6
정신보건전문요원 여부						
예	56.5	71.4	68.4	4.3	67.7	56.4
아니요	43.5	28.6	31.6	30.4	32.3	43.6

자료: 본 연구에서 실시한 중독회복 지원 서비스 제공자 대상 설문조사 자료를 분석한 결과임.

중독관리통합지원센터의 알코올 중독 회복 지원 서비스 대상자별 사례 수를 살펴보면, 전체 중독 관련 사례는 6239건(평균 55건)이었으며, 그 중 알코올 중독자 사례는 5029건(44건)으로 81%가 알코올 중독 관련 사례로 나타났다. 정신건강복지센터 알코올 중독 예방 및 관리 사업 담당자의 전체 사례 수는 7029건(평균 189건)이었으며, 그중 알코올 중독자 사례는 499건(평균 13건)으로 7%에 해당한다.

〈표 5-3〉 일반 특성별 사례 대상자 수

	중독관리통합지원센터				정신건강복지센터			
	사례 수(건)		알코올 중독 사례 수(건)		사례 수(건)		알코올 중독 사례 수(건)	
	전체	평균	전체	평균	전체	평균	전체	평균
계	6,239	55	5,029	44	7,029	189	499	13
성별								
남	1,267	55.1	1,036	45.0	771	96	81	10
여	4,972	54.6	3,993	43.9	6,258	202	418	13
연령별								
20대	1,925	48.1	1,483	37.1	786	131	108	18
30대	2,546	56.6	2,118	47.1	3,013	159	226	12
40대	1,346	58.5	1,020	44.3	1,712	171	111	11
50대 이상	422	70.3	408	68.0	1,518	380	54	14
전공별								
간호	1,144	57.2	1,110	55.5	3,489	184	191	10
사회복지	4,853	54.5	3,725	41.9	2,942	163	274	15
임상심리	188	62.7	144	48.0	5,07	507	26	26
상담(심리)	54	27.0	50	25.0	91	91	8	8
정신보건전문요원 여부								
예	4,044	51.8	3,423	43.9	4,944	225	315	14
아니요	2,195	61.0	1,606	44.6	2,085	123	184	11

자료: 본 연구에서 실시한 중독회복 지원 서비스 제공자 대상 설문조사 자료를 분석한 결과임.

중독관리통합지원센터 응답자의 특성별 근무 기간을 살펴보면, 정신건강 분야는 평균 73개월(약 6년)이었고, 최대 327개월(약 27년)이었다. 알코올 중독 분야의 근무 기간은 평균 56개월(약 5년)이었으며, 최소 1개월부터 최대 244개월(약 20년)이었다. 현재 근무 기간은 평균 44개월(약 5년)이었으며, 최소 1개월에서 최대 190개월(약 16년)이었다.

〈표 5-4〉 일반 특성별 근무기간(중독관리통합지원센터)

	N	정신건강 분야(월)			알코올 중독 분야(월)			현 근무 기간(월)		
		평균	최소	최대	평균	최소	최대	평균	최소	최대
계	114	73	0	327	56	1	244	44	1	190
성별										
남	23	44	0	120	41	4	108	34	4	108
여	91	80	2	327	60	1	244	46	1	190
연령별										
20대	40	26	0	64	22	4	64	18	4	64
30대	45	70	2	161	54	1	136	39	1	136
40대	23	133	18	244	105	7	244	83	7	190
50대 이상	6	180	32	327	106	32	183	94	32	132
전공별										
간호	20	117	2	327	72	1	176	62	1	164
사회복지	89	65	0	244	53	4	244	40	2	190
임상심리	3	58	17	136	54	5	136	54	5	136
상담(심리)	2	42	11	72	30	11	48	13	11	14
정신보건전문요원 여부										
예	78	90	0	327	67	5	244	50	2	190
아니요	36	37	2	123	31	1	108	29	1	108

자료: 본 연구에서 실시한 중독회복 지원 서비스 제공자 대상 설문조사 자료를 분석한 결과임.

정신건강복지센터 응답자의 특성별 근무 기간을 살펴보면, 정신건강 분야는 평균 87개월(약 7년 3월)이었고, 최소 4개월부터 최대 357개월(약 30년)이었다. 알코올 중독 분야의 근무 기간은 평균 45개월(약 4년)이었으며, 최소 0에서 최대 221개월(약 18년)이었다. 현재 근무 기간은 평균 67개월(약 6년)이었으며, 최소 4개월부터 최대 356개월(약 30년)이었다.

〈표 5-5〉 일반 특성별 근무 기간(정신건강복지센터)

	N	정신건강 분야(월)			알코올 중독 분야(월)			현 근무 기간(월)		
		평균	최소	최대	평균	최소	최대	평균	최소	최대
계	39	87	4	357	45	0	221	67	4	356
성별										
남	8	40	4	135	22	0	96	40	4	135
여	31	99	8	357	51	0	221	75	6	356
연령별										
20대	6	24	4	57	22	4	48	21	4	57
30대	19	70	6	173	38	0	125	50	6	135
40대	10	125	16	293	61	0	221	92	7	252
50대 이상	4	166	58	357	73	45	120	157	58	356
전공별										
간호	19	103	8	357	56	0	221	88	8	356
사회복지	18	68	4	173	33	0	125	45	4	135
임상심리	1	72	72	72	7	7	7	29	29	29
물리치료	1	122	122	122	96	96	96	122	122	122
정신보건전문요원 여부										
예	22	122	7	357	63	0	221	90	6	356
아니요	17	41	4	135	22	0	96	38	4	135

자료: 본 연구에서 실시한 중독회복 지원 서비스 제공자 대상 설문조사 자료를 분석한 결과임.

## 2. 중독 회복 지원 서비스 업무

중독관리통합지원센터 실무자의 업무를 살펴보면, 알코올 중독자 사례 관리가 98.9%로 가장 많았고, 그다음으로 중독 조기 선별 및 단기 개입 서비스와 알코올 중독자 위기 개입 서비스가 각각 94.7%로 나타났다. 반대로 낮은 비율은 보인 업무는 직업재활 프로그램과 노숙인 등 취약계층 알코올 중독 사례관리 사업으로 23.2%, 25.3%였다.

〈표 5-6〉 중독관리통합지원센터 실무자의 업무

구분	업무 구분	%
1	중독 예방 캠페인 및 교육	88.4
2	중독 조기 선별 및 단기 개입 서비스	94.7
3	알코올 중독자 위기 개입 서비스	94.7
4	알코올 중독자 사례관리	98.9
5	알코올 중독자 대상 재활 프로그램	74.7
6	지역사회 중독 관리 연계 체계 구축(네트워킹)	77.9
7	중독 고위험군 관리 및 이동 상담	81.1
8	알코올 중독자 가족 사례관리	89.5
9	알코올 중독자 가족 대상 교육 및 프로그램	49.5
10	노숙인 등 취약계층 알코올 중독 사례관리 사업	25.3
11	가정법원 및 보호관찰소 상담 위탁 프로그램	51.6
12	치료명령제 대상자 치료 프로그램	34.7
13	직업재활 프로그램	23.2
14	기타 중독자(인터넷 중독, 도박 중독, 마약 중독, 니코틴 중독 대상 사례관리)	73.7
15	지역 진단 및 기획, 연구 조사 사업	38.9
16	회계 및 행정 업무	66.3

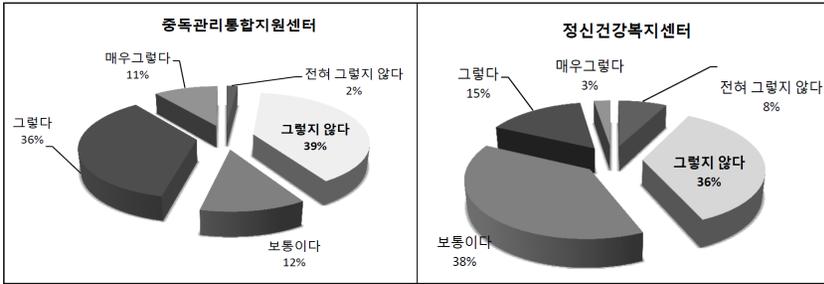
주: 이 외에도 영유아 스마트폰 중독 예방 교육, 보건소 업무, 홍보, 특화사업, 직원 교육, 후원자 발굴 및 관리, 지역 자원 발굴, 인터넷과 몰입 사용군 단기 개입 프로그램 등이 있음.

자료: 본 연구에서 실시한 중독회복 지원 서비스 제공자 대상 설문조사 자료를 분석한 결과임.

중독관리통합지원센터 실무자들이 가장 중요하다고 생각하는 업무 1순위로 가장 많은 응답이 나타난 것은 응답자 중에서 ‘알코올 중독자 사례관리’(응답자 100명 중 49명, 49.0%)와 ‘중독 예방 캠페인 및 교육’(응답자 61명 중 19명, 31.1%)이었다. 또 업무 순위 중 세 번째로 높은 1순위는 회계 및 행정업무로 응답자 39명 중 15명(38.5%)이 응답하였다.

실무자들을 대상으로 본인이 중요하다고 생각하는 업무에 많은 시간을 투자하고 있는지에 대해 질문한 결과, 중독관리통합지원센터 실무자들의 경우 ‘그렇다’고 응답한 비율이 46.5%, ‘그렇지 않다’고 응답한 비율이 41.3%로 나타났다. 정신건강복지센터 실무자들의 경우에는 ‘그렇다’고 응답한 비율은 18.0%인 데 반해 ‘그렇지 않다’고 응답한 비율은 43.6%였다.

[그림 5-3] 중요하다고 생각하는 업무에 많은 시간을 투자하고 있는지 여부



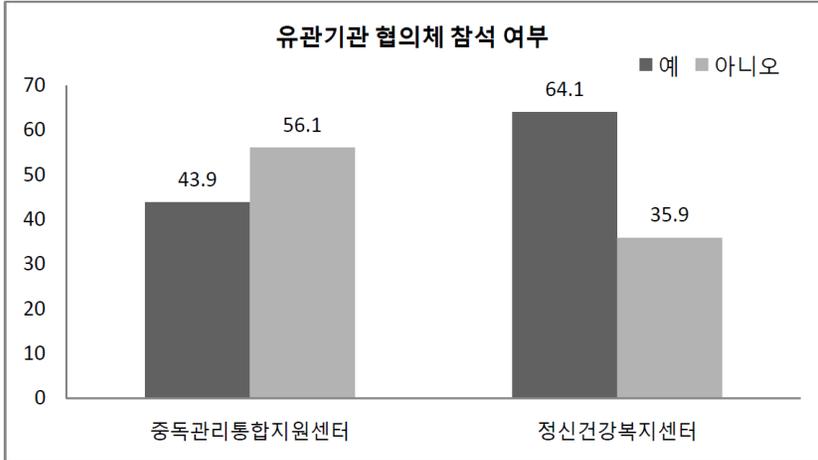
자료: 본 연구에서 실시한 중독회복 지원 서비스 제공자 대상 설문조사 자료를 분석한 결과임.

### 3. 지역사회 유관 자원과의 네트워크

중독관리통합지원센터와 정신건강복지센터가 알코올 중독에 대한 상담 및 중재, 재활을 위해 연계를 맺고 있는 지역사회 유관 자원들을 살펴본 결과, 중독관리통합지원센터와 정신건강복지센터는 의료기관(실무자의 48.4%), 동주민센터와 시·군·구청(실무자의 32.6%), 정신건강복지센터(실무자의 13.7%), 사회복지관(실무자의 11.6%), 자활후견기관(실무자의 10.5%)과 주로 협력하고 있는 것으로 나타났다. 그리고 알코올 중독자의 직업재활을 위해서 중독관리통합지원센터와 정신건강복지센터는 지역자활센터, 고용지원센터, 읍·면·동 및 시·군·구청 통합사례 관리자와 주로 협력하고 있는 것으로 나타났다.

또한 실무자들은 알코올 중독 회복 지원을 위해 지역사회 내 유관 기관으로 구성되어 있는 협의체에 참석하고 있는지를 묻은 결과, 중독관리통합지원센터의 43.9%가 참석하고 있다고 응답하였고, 정신건강복지센터의 64.1%가 참석하고 있다고 응답하였다. 협의체는 중독관리통합지원센터와 정신건강복지센터 모두 대부분 지역사회보장 협의체였고, 이외에 중독관리통합지원센터 협의체, 통합사례회의, 실무자 협의체 등으로 나타났다.

[그림 5-4] 알코올 중독 회복 지원을 위해 지역사회 내 유관기관 협의체에 참석하는지 여부



자료: 본 연구에서 실시한 중독회복 지원 서비스 제공자 대상 설문조사 자료를 분석한 결과임.

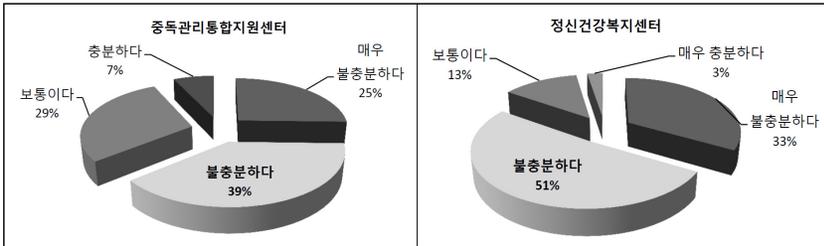
#### 4. 중독 회복 지원 서비스 제공 자원의 충분성

본 연구에서 실시한 조사에 참여한 중독관리통합지원센터 및 정신건강복지센터 응답자들은 ‘회복’을 신체적, 정신적으로 긍정적이고 건강한 상황, 잃어버린 것을 되찾는 것, 술로 인해 외면했던 것들을 재탐색하고 내 삶에 중요한 목적을 찾아가는 여정, 알코올 문제가 일상생활 및 사회생활에 영향을 미치지 않으며, 단주유지를 통해 건강한 사회인으로서 직업 혹은 가정을 유지하는 것, 단주를 통한 신체적 정신적 회복과 그로 인한 온전한 생활, 중독을 야기한 물질에 의존하지 않고, 본인이 바라는 대로 사는 것, 본인이 행한 일에 책임감을 가지는 삶, 개인의 자존감을 회복시켜 나가는 과정 등으로 인식하고 있었다.

이러한 회복을 지원하기 위한 현재의 지역사회 내 알코올 중독 예방 및 관리를 위한 자원이 충분하다고 생각하는지를 묻은 결과, 중독관리통합

지원센터 실무자들은 불충분하다는 응답이 64.0%였으며, 정신건강복지센터 실무자들은 84.6%가 불충분하다고 응답하였다.

[그림 5-5] 지역사회 내 알코올 중독 예방 및 관리를 위한 자원의 충분 여부



자료: 본 연구에서 실시한 중독회복 지원 서비스 제공자 대상 설문조사 자료를 분석한 결과임.

알코올 중독 예방 및 관리를 위한 자원이 불충분할 경우, 어떤 자원이 확충되어야 한다고 생각하는지에 대한 질문에는 지역 내 입원 가능한 병원, 재활 및 자활시설, 임시보호시설 등 세분화된 다양한 시설이 필요하다고 응답하였으며, 중독자를 위한 사회복지시설, 거주시설(생활시설), 직업재활시설, 중독자 회복 시설, 공동 입소 시설, 중독자가 퇴원 후 이용할 수 있는 주간재활시설과 주거시설, 중간집, 생활서비스 지원 시설, 생활시설, 문화 또는 여가 지원 시설, 중독센터, 보호작업장, 그룹홈, 알코올상담센터 및 알코올 중독 전문치료병원, 중독통합관리지원센터, 노숙인 시설, 노숙인 치료병원(정신건강의학과 입원병실이 있는 병원 및 중독 전문병원) 등이 필요하다고 응답하였다. 그러나 무엇보다도 예산과 인력의 확충이 필요함을 지적하였다.

### 제3절 중독 회복 지원 서비스 제공자가 가지는 사회연결망

중독자들이 가지는 욕구는 다양하며, 이들의 성공적인 회복을 지원하자면 이들이 가지는 다양한 욕구에 대한 대응을 효과적으로 하는 것이 필요하다. 즉, 중독 회복을 위한 통합적인 서비스를 제공하는 것이 필요하다. 하지만 앞서 제2장에서 살펴본 것처럼 한 기관에서 다양한 서비스를 제공하기는 어렵기 때문에 최근의 통합적 서비스에 대한 논의는 주로 지역사회 자원 간 협력, 연계, 조정에 기반한 서비스 제공을 강조하고 있다.

중독 회복 지원 서비스는 중독자들이 가지는 욕구의 다양성에 따라 다르게 나타난다. 중독 예방 교육, 중독 문제 조기 발견 및 개입, 위기/응급 개입을 포함하는 고위험군에 대한 치료 및 개입, 중독자 대상 사례관리, 직업재활 및 사회재활, 기타 복지 및 돌봄 욕구에 대한 대응 등 중독 회복 지원 서비스는 다양하다. 일반적으로 중독자 대상 사례관리는 중독관리통합지원센터의 주요한 기능이며, 앞서 제2장에서 살펴본 것처럼 국내 중독 회복 지원 관련 연구에서는 중독자 대상 사례관리를 중독관리통합지원센터의 필수 기능이나 역할이라고 강조하고 있다(노성원 외, 2017). 즉, 사례관리의 경우 지역사회 유관 자원의 사회 연결망에 기반한 서비스 제공을 필요로 하지 않는다. 하지만 그 외 중독에 대한 예방 교육, 중독 문제에 대한 상담, 중재 등을 위한 의뢰, 위기/응급 개입 등 치료, 직업재활 및 사회재활, 기타 복지 및 돌봄 욕구에 대한 대응은 지역사회 유관자원과의 협력, 연계 조정을 필요로 한다.

따라서 본 절은 중독 회복 지원 서비스 제공자, 중독관리통합지원센터와 정신건강복지센터가 가지는 서비스 유형별 사회연결망을 분석하여 제시하였다. 크게 중독 예방 교육, 중독 문제 상담, 중재 등을 위한 사례 의뢰, 위기/응급 개입 등 치료 연계, 직업 재활 및 사회 재활을 위한 연계,

기타 복지 및 돌봄 욕구에 대한 대응 지원으로 구분하여 제시하였다.<sup>11)</sup>

다만 본 연구에서는 위에서 언급한 서비스 유형이 측정된 방식에 따라 사회연결망 분석을 달리하여 그 결과를 제시하였다. 우선 중독 예방 교육, 중독 문제 상담, 중재 등을 위한 사례 의뢰의 경우, 조사 대상인 중독 관리통합지원센터와 정신건강복지센터 실무자 간 편차가 없다는 자문회의 결과를 따라, 기관 조사 방식으로 진행하였다. 나머지 서비스 유형의 경우 동일 센터 내 실무자 간 편차가 존재한다는 의견에 따라 개인 단위로 조사했다. 따라서 기관 단위로 조사된 중독 예방 교육과 중독 문제 상담, 중재 등을 위한 사례 의뢰의 경우 1 모드 방식으로 기관들이 서로 어떻게 연결되어 있는지에 초점을 두고 분석한 결과를 제시하였다. 그리고 나머지 서비스 유형들인 위기/응급 개입 등 치료 연계, 직업 재활 및 사회 재활을 위한 연계, 기타 복지 및 돌봄 욕구에 대한 대응 지원의 경우 역시 개인 단위 조사 내용에 따라 1 모드 방식으로 기관들이 서로 어떻게 연결되어 있는지를 파악하였다.

## 1. 중독 문제에 대한 예방 교육

중독관리통합지원센터와 정신건강복지센터에서 알코올 중독 예방을 위한 교육, 캠페인 활동을 위해 연계를 맺고 있는 연결망을 살펴본 결과, 중독관리통합지원센터<sup>1,12)</sup> 대학교, 사회복지관, 고등학교, 교도소, 군부

11) 본 연구에서 실시한 조사 설계 시, 중독에 대한 예방 교육이나 중독 문제 조기 개입을 위한 사례 의뢰의 경우 기관 내 실무자 간 편차가 거의 존재하지 않는다는 자문 결과에 따라 이 두 가지 유형의 경우 기관 단위로 사회연결망 분석을 실시하여 그 결과값을 제시하였음. 하지만 위기/응급 개입 등 치료 연계, 직업재활 및 사회재활을 위한 연계, 기타 복지 및 돌봄 욕구에 대한 대응 지원의 경우 기관 내 실무자 간 편차가 존재할 수 있다는 자문 결과에 따라 이 세 가지 유형의 경우 개인 단위로 사회연결망 분석을 실시하여 그 결과값을 제시하였음.

12) 중독관리통합지원센터<sup>1</sup>은 본 조사에 참여한 중독관리통합지원센터를 의미하며, 중독관

대, 보호관찰소, 지역아동센터, 지역자활센터 등 다양하였다. 각 연결망들의 중앙성<sup>13)</sup>을 살펴본 결과 연결중심성(degree centrality)<sup>14)</sup>은 중독관리통합지원센터1이 가장 높았으며, 인접중심성(closeness centrality)<sup>15)</sup>은 교도소와 보호관찰소가 가장 높았다. 또 매개중심성(betweenness centrality)<sup>16)</sup>은 지역자활센터와 보호관찰소 차례로 높았다.

〈표 5-7〉 알코올 중독 예방을 위해 연계를 맺고 있는 연결망

기관명	연결중심성 degree	인접중심성 closeness	매개중심성 betweenness
가정법원	14	11.8723	19.9245
건강가정지원센터	17	17.4375	14.7406
경로당/노인회관/마을회관	22	14.1266	7.4902
경찰서	14	9.8761	10.9968
경찰서/파출소	14	11.8723	19.9245
고등학교	29	10.3333	7.2738
고용복지센터	5	9.7043	4.3002
교도소	28	17.7143	24.3646
교육청	7	9.1475	7.2633
군부대	28	9.9643	3.8528

리통합지원센터2는 본 조사에 참여한 중독관리통합지원센터나 정신건강복지센터 실무자가 서비스 제공을 위해 연계를 맺고 있다고 응답한 중독관리통합지원센터를 의미함. 예를 들어 A구의 중독관리통합지원센터가 B구의 중독관리통합지원센터와 연계를 맺고 있다고 할 때, A구의 중독관리통합지원센터는 '중독관리통합지원센터1', B구의 중독관리통합지원센터는 '중독관리통합지원센터2'로 표기되었음. 이는 본 연구의 다른 조사 대상인 '정신건강복지센터'에도 동일하게 적용됨.

- 13) 연결중심성(degree centrality): 중앙에 위치한 정도, 중앙성을 재는 방법은 연결망에서 한 노드가 얼마나 많은 다른 노드들과 연결되는지, 또는 한 노드가 다른 모든 노드들에 도달하려면 몇 단계나 필요한지 등이다(김용학, 사회연결망 분석, 박영사, p. 117).
- 14) 연결된 노드 수를 의미하는 연결 정도(김용학, 사회연결망 분석, 박영사, p. 119).
- 15) 인접중심성(closeness centrality): 연결망 전체 구조를 반영하여 한 점의 중앙성을 측정하는 대표 지표다(김용학, 사회연결망 분석, 박영사, p. 121).
- 16) 매개중심성(betweenness centrality): 한 노드가 연결망 내의 다른 점들 사이에 위치하는 정도, 최단 경로 위에 위치하면 할수록 그 노드 사이의 중앙성은 높아진다. 즉 다른 노드들 사이에서 매개 역할을 하는 정도를 측정하는 지표다(김용학, 사회연결망 분석, 박영사, p. 123).

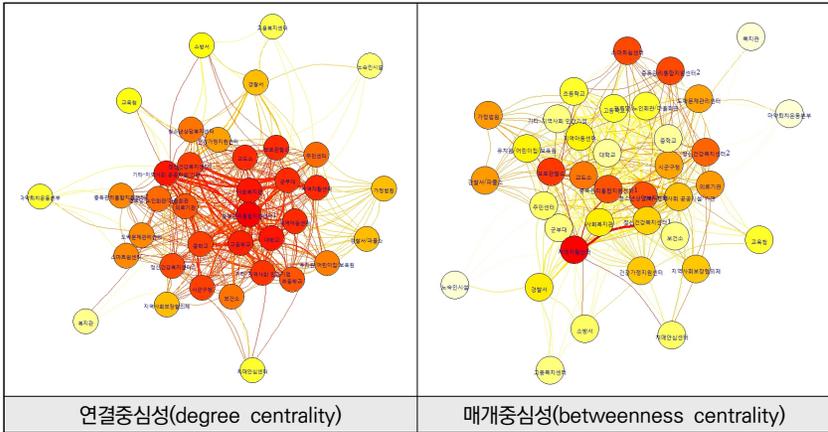
192 사회연결망 기반의 중독 회복 지원 방안

기관명	연결중심성 degree	인접중심성 closeness	매개중심성 betweenness
기타-지역사회 공공시설/기관	30	9.7895	15.9511
기타-지역사회 민간기업	27	11.2727	3.9511
노숙인시설	4	7.6438	1.3089
대학교	30	9.2231	2.7639
도박문제관리센터	19	13.2857	18.9706
동주민센터	22	15.0811	5.1232
마약퇴치운동본부	6	8.4545	0.7818
보건소	21	14.4935	4.0943
보호관찰소	28	17.7143	31.4960
복지관	3	7.9149	0.9854
사회복지관	30	11.3878	11.4445
소방서	8	14.3077	5.0204
스마트쉼센터	19	13.6098	29.3709
시군구청	26	14.8800	19.4022
유치원/어린이집/보육원	20	13.9500	9.6359
의료기관	24	14.8800	20.3352
정신건강복지센터1	26	10.1455	13.8839
정신건강복지센터2	25	14.6842	25.9871
중독관리통합지원센터1	32	9.4576	27.5872
중독관리통합지원센터2	19	13.6098	29.3709
중학교	26	10.7308	3.0739
지역사회보장협의체	14	12.6818	15.3638
지역아동센터	28	13.7778	10.0998
지역자활센터	28	14.6842	37.1987
청소년상담복지센터	21	16.4118	27.6060
초등학교	24	13.7778	7.0903
치매안심센터	6	8.9280	5.1586

주: 중독관리통합지원센터1은 한 중독관리통합지원센터에서 다른 중독관리통합지원센터로의 연계를 의미하며, 중독관리통합지원센터2는 정신건강복지센터에서 중독관리통합지원센터로의 연계를 의미함. 또 정신건강복지센터1은 한 정신건강복지센터에서 다른 정신건강복지센터로의 연계를 의미하며, 정신건강복지센터2는 중독관리통합지원센터에서 정신건강복지센터로의 연계를 의미함.(이후 표에도 적용됨)

자료: 본 연구에서 실시한 중독회복 지원 서비스 제공자 대상 설문조사 자료를 분석한 결과임.

[그림 5-6] 알코올 중독 예방을 위한 연결망



자료: 본 연구에서 실시한 중독회복 지원 서비스 제공자 대상 설문조사 자료를 분석한 결과임.

## 2. 중독 문제 상담 및 중재를 위한 사례 의뢰

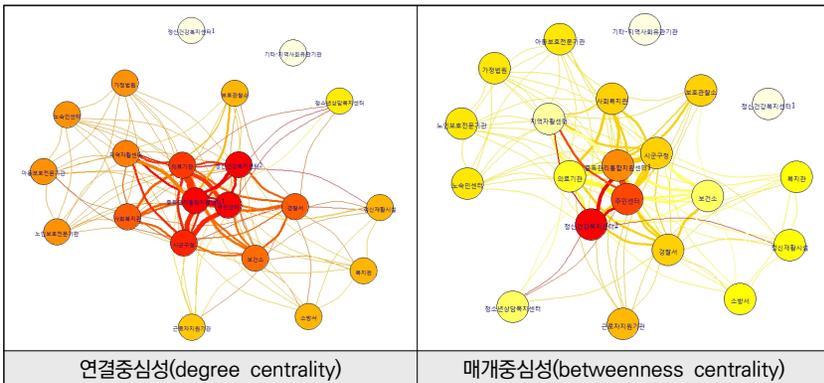
지역사회에서 중독관리통합지원센터와 정신건강복지센터로 알코올 중독에 대한 상담, 중재, 재활을 위해 사례를 의뢰하는 연결망을 살펴본 결과, 정신건강복지센터2, 동주민센터, 중독관리통합지원센터1, 시·군·구청, 의료기관, 경찰서, 사회복지관 등으로 다양하였다. 각 연결망들의 중앙성을 살펴본 결과 연결중심성은 정신건강복지센터1과 동주민센터, 중독관리통합지원센터1이 가장 높았으며, 정신건강복지센터2와 보호관찰소가 가장 높았다. 매개중심성은 정신건강복지센터2, 동주민센터, 중독관리통합지원센터1에서 가장 높았다. 즉 사회연결망은 정신건강복지센터2, 동주민센터, 중독관리통합지원센터, 시·군·구청, 의료기관으로부터의 상담, 중재를 위한 사례 의뢰 건수가 높게 나타나, 사례 의뢰에서 매개성은 정신건강복지센터2와 동주민센터, 중독관리통합지원센터에게서 높아 이들 기관이 사례 의뢰에서의 매개 역할을 한다고 볼 수 있다.

<표 5-8> 알코올 중독에 대한 상담, 중재 재활 연결망

	기관명	연결중심성 degree	인접중심성 closeness	매개중심성 betweenness
1	가정법원	10	0.4502	5.4135
2	경찰서	13	0.4494	6.4225
3	근로복지위원회	7	0.4473	6.8528
4	기타-지역사회유관기관	0	0.0476	0.0000
5	노숙인센터	10	0.4502	5.4135
6	노인보호전문기관	10	0.4502	5.4135
7	동주민센터	18	0.4403	12.2753
8	보건소	12	0.4444	2.0306
9	보호관찰소	8	0.4509	5.9295
10	복지관	8	0.4416	3.7095
11	사회복지관	13	0.4494	5.7230
12	소방서	8	0.4416	3.7095
13	시군구청	16	0.4416	6.3040
14	아동보호전문기관	10	0.4502	5.4135
15	의료기관	15	0.4348	2.7286
16	정신건강복지센터1	0	0.0476	0.0000
17	정신건강복지센터2	18	0.4509	15.2297
18	정신재활시설	8	0.4416	3.7095
19	중독관리통합지원센터1	18	0.4321	8.9952
20	지역자활센터	11	0.4444	1.4062
21	청소년상담복지센터	5	0.4396	2.3766

자료: 본 연구에서 실시한 중독회복 지원 서비스 제공자 대상 설문조사 자료를 분석한 결과임.

[그림 5-7] 알코올 중독 상담, 중재 재활 연결망



자료: 본 연구에서 실시한 중독회복 지원 서비스 제공자 대상 설문조사 자료를 분석한 결과임.

지역사회에서 중독관리통합지원센터와 정신건강복지센터로 사례를 의뢰하는 사회연결망을 위처럼 전체 사례 의뢰 수로 볼 수도 있지만 실제로 중독관리통합지원센터나 정신건강복지센터의 등록회원으로 이어진 사례 수로 사회연결망을 볼 수도 있다. 중독관리통합지원센터와 정신건강복지센터의 등록회원으로 이어진 경우의 사회연결망을 살펴본 결과, 중독관리통합지원센터1, 의료기관, 사회복지관, 시·군·구청, 정신건강복지센터2, 동주민센터, 지역자활센터 등으로 다양하였다.

각 연결망들의 중앙성을 살펴본 결과 연결중심성은 중독관리통합지원센터1과 의료기관이 높았으며, 인접중심성은 정신건강복지센터2와 사회복지관에서 높았다. 매개중심성은 의료기관이 가장 높았으며, 그다음으로 정신건강복지센터2에서 높게 나타났다. 즉, 의료기관과 정신건강복지센터2의 매개성이 높다는 것은 이들 기관에서 의뢰한 사례들이 정신건강복지센터나 중독관리통합지원센터의 등록회원으로 이어지는 경우가 많다는 것을 의미한다. 이는 의료기관 및 정신건강복지센터의 서비스 대상자들의 중독 문제가 다른 지역사회 유관 자원들에서 의뢰되는 사례들보다 심해 등록회원으로 이어지고 있다는 것을 의미하기도 한다.

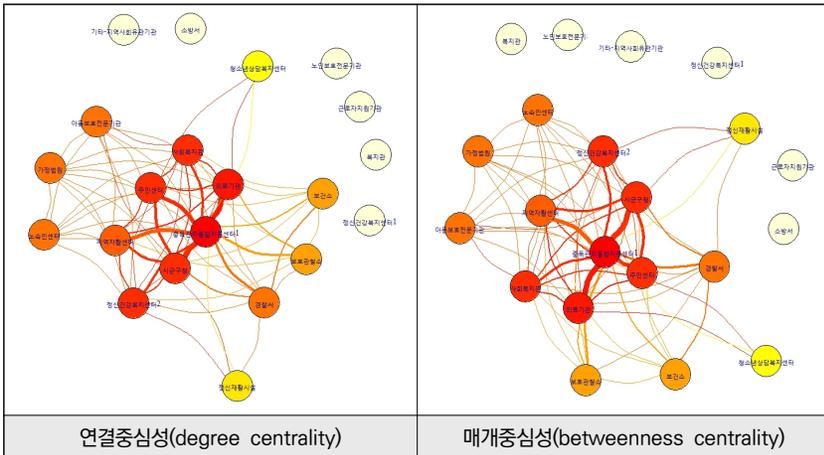
〈표 5-9〉 알코올 중독에 대한 상담, 중재 재활이 등록회원으로 이어지는 연결망

	기관명	연결중심성 degree	인접중심성 closeness	매개중심성 betweenness
1	가정법원	9	0.1566	4.5883
2	경찰서	9	0.1566	3.4505
3	근로자지원기관	0	0.0476	0.0000
4	기타-지역사회유관기관	0	0.0476	0.0000
5	노숙인센터	9	0.1566	4.5883
6	노인보호전문기관	0	0.0476	0.0000
7	동주민센터	12	0.1564	5.6540
8	보건소	7	0.1566	2.9243

	기관명	연결중심성 degree	인접중심성 closeness	매개중심성 betweenness
9	보호관찰소	7	0.1563	1.7595
10	복지관	0	0.0476	0.0000
11	사회복지관	12	0.1568	4.4903
12	소방서	0	0.0476	0.0000
13	시군구청	12	0.1560	3.2976
14	아동보호전문기관	9	0.1566	4.5883
15	의료기관	13	0.1565	7.2968
16	정신건강복지센터1	0	0.0476	0.0000
17	정신건강복지센터2	12	0.1570	6.7170
18	정신재활시설	4	0.1550	2.1538
19	중독관리통합지원센터1	14	0.1550	3.6635
20	지역자활센터	10	0.1562	1.2308
21	청소년상담복지센터	3	0.1549	0.6250

자료: 본 연구에서 실시한 중독회복 지원 서비스 제공자 대상 설문조사 자료를 분석한 결과임.

[그림 5-8] 알코올 중독에 대한 상담, 중재 재활이 등록회원으로 이어지는 연결망



자료: 본 연구에서 실시한 중독회복 지원 서비스 제공자 대상 설문조사 자료를 분석한 결과임.

### 3. 위기/응급 개입 및 치료 연계

중독관리통합지원센터와 정신건강복지센터에서 위기/응급 개입 및 치료를 위해 연계를 맺고 있는 연결망을 살펴본 결과, 의료기관, 경찰서, 보건소, 정신건강복지센터2와 주로 연계를 맺고 있는 것으로 나타났다. 응급 개입 및 치료를 위한 연계이다 보니 의료기관의 연결중심성(degree centrality)이 가장 높았으며, 인접중심성(closeness centrality)은 보호관찰소가 가장 높았다. 또한 도박문제 관리센터와 아동보호전문기관도 높게 나타나 알코올 중독과 폭력 및 범죄, 타(他) 중독 문제와의 연관성을 엿볼 수 있었다. 또한 매개중심성(betweenness centrality) 역시 보호관찰소가 가장 높게 나타났다. 그 외 지역사회 내 공공 기관 및 시설의 경우 매개 중심성이 높게 나타나 지역사회 내 공공 기관 및 시설과 중독관리통합지원센터 혹은 정신건강복지센터가 알코올 중독자를 대상으로 한 위기/응급 개입 및 치료 연계에 함께하고 있음을 알 수 있었다.

〈표 5-10〉 알코올 중독 위기/응급 개입 및 치료를 위해 연계를 맺고 있는 연결망

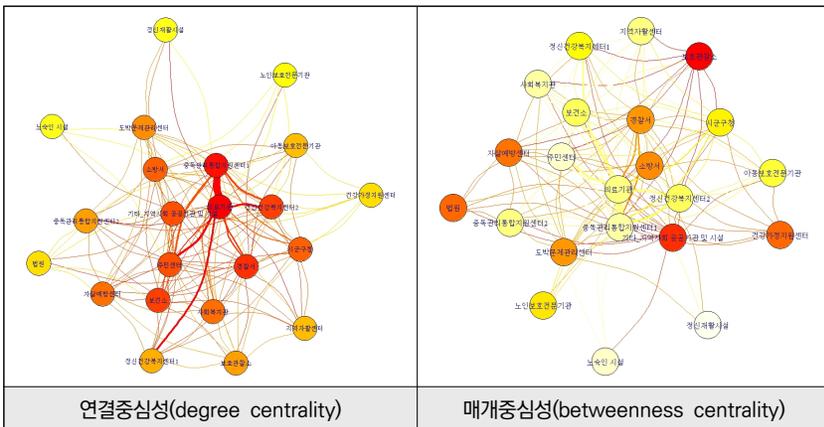
	기관명	연결중심성 degree	인접중심성 closeness	매개중심성 betweenness
1	건강가정지원센터	7	17.5000	20.3545
2	경찰서	18	22.0161	16.1870
3	기타_지역사회 공공기관 및 시설	16	44.0323	24.9313
4	노숙인 시설	4	43.3333	0.5167
5	노인보호전문기관	5	15.9649	8.8266
6	도박문제관리센터	12	58.0851	16.1556
7	동주민센터	16	16.3473	0.5152
8	법원	7	18.8276	19.5458
9	보건소	17	26.5049	4.4417
10	보호관찰소	11	60.6667	29.3165
11	사회복지관	14	27.8571	1.7652

	기관명	연결중심성 degree	인접중심성 closeness	매개중심성 betweenness
12	소방서	15	37.3973	16.7810
13	시군구청	15	30.0000	8.4676
14	아동보호전문기관	9	53.5294	4.5667
15	의료기관	21	8.9216	2.5782
16	자살예방센터	14	49.6364	19.1029
17	정신건강복지센터1	10	31.3793	6.9747
18	정신건강복지센터2	17	20.5263	3.6984
19	정신재활시설	4	39.0000	0.2857
20	중독관리통합지원센터1	20	9.3814	2.4873
21	중독관리통합지원센터2	11	46.2712	3.2080
22	지역자활센터	9	52.5000	2.8711

주: 중독관리통합지원센터1은 한 중독관리통합지원센터에서 다른 중독관리통합지원센터로의 연계를 의미하며, 중독관리통합지원센터2는 정신건강복지센터에서 중독관리통합지원센터로의 연계를 의미함. 또 정신건강복지센터1은 한 정신건강복지센터에서 다른 정신건강복지센터로의 연계를 의미하며, 정신건강복지센터2는 중독관리통합지원센터에서 정신건강복지센터로의 연계를 의미함.(이후 표에도 적용됨)

자료: 본 연구에서 실시한 중독회복 지원 서비스 제공자 대상 설문조사 자료를 분석한 결과임.

[그림 5-9] 알코올 중독 위기/응급 개입 및 치료를 위한 연결망



자료: 본 연구에서 실시한 중독회복 지원 서비스 제공자 대상 설문조사 자료를 분석한 결과임.

#### 4. 직업재활

중독관리통합지원센터와 정신건강복지센터에서 알코올 중독자의 직업 재활을 위해 연계를 맺고 있는 연결망을 살펴본 결과, 지역의 지역자활센터 및 고용지원센터와 주로 연계를 맺고 있는 것으로 나타났다. 연결중심성(degree centrality)이 높은 기관은 중독관리통합지원센터1과 지역자활센터였으며, 인접중심성(closeness centrality)은 사회적기업과 정신재활시설이 높았다. 또한 매개중심성(betweenness centrality) 역시 중독관리통합지원센터1과 지역자활센터가 높게 나타났다. 지역사회 자원 간 연계를 볼 때, 중독관리통합지원센터와 정신건강복지센터 모두 중독자의 직업재활을 위해 지역자활센터와 고용지원센터로 중독자를 연계하고, 이들 기관을 통해 지역 내 다양한 직업훈련 기관 혹은 직업으로 연계되고 있음을 알 수 있었다.

〈표 5-11〉 알코올 중독자의 직업재활을 위해 연계를 맺고 있는 연결망

	기관명	연결중심성 degree	인접중심성 closeness	매개중심성 betweenness
1	고용지원센터	9	10.9286	32.7500
2	교육청 등 관내 학교	3	14.8750	2.8333
3	기타-민간 기관 및 시설	3	16.4769	0.0000
4	노숙인시설	4	12.3103	3.5000
5	노숙인일자리센터	2	14.0921	1.0833
6	노인일자리센터	2	14.0921	0.0833
7	보호작업장	2	11.1563	0.0000
8	사회복지관	6	15.3000	4.4167
9	사회적 기업	3	18.4655	12.4167
10	시군구청	5	13.9091	2.7500
11	여성새로일하기센터	3	12.9036	16.5000
12	일자리창출지원센터	1	8.8512	0.0000
13	정신건강복지센터1	5	17.2742	3.3333

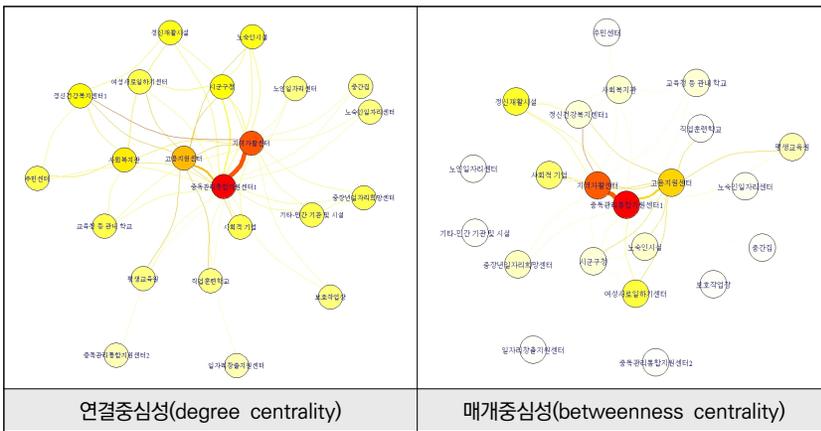
200 사회연결망 기반의 중독 회복 지원 방안

	기관명	연결중심성 degree	인접중심성 closeness	매개중심성 betweenness
14	정신재활시설	4	18.4655	18.0833
15	주민센터	3	9.2328	0.0000
16	중간집	2	14.0921	0.0833
17	중독관리통합지원센터1	20	13.2222	88.8333
18	중독관리통합지원센터2	1	7.5957	0.0000
19	중장년일자리희망센터	3	14.4730	5.2500
20	지역자활센터	15	8.0526	65.3333
21	직업훈련학교	2	9.9167	0.0000
22	평생교육원	2	12.0337	6.5000

주: 중독관리통합지원센터1은 한 중독관리통합지원센터에서 다른 중독관리통합지원센터로의 연계를 의미하며, 중독관리통합지원센터2는 정신건강복지센터에서 중독관리통합지원센터로의 연계를 의미함. 또 정신건강복지센터1은 한 정신건강복지센터에서 다른 정신건강복지센터로의 연계를 의미하며, 정신건강복지센터2는 중독관리통합지원센터에서 정신건강복지센터로의 연계를 의미함.(이후 표에도 적용됨)

자료: 본 연구에서 실시한 중독회복 지원 서비스 제공자 대상 설문조사 자료를 분석한 결과임.

[그림 5-10] 알코올 중독자의 직업재활을 위한 연결망



자료: 본 연구에서 실시한 중독회복 지원 서비스 제공자 대상 설문조사 자료를 분석한 결과임.

## 5. 그 외 복지 돌봄

중독관리통합지원센터와 정신건강복지센터가 앞서 살펴본 위기/응급 개입 및 치료, 직업재활 외에 알코올 중독자가 가지고 있는 다양한 수요에 대응하고 지원하기 위해 연계를 맺고 있는 연결망을 살펴본 결과, 동주민센터와 시군구청, 의료기관, 사회복지관 및 지역사회 공공기관 및 시설들과 주로 연계를 맺고 있는 것으로 나타났다. 연결중심성(degree centrality)이 가장 높은 기관은 중독관리통합지원센터1이며, 인접중심성(closeness centrality)은 지역사회 민간기업과 치매지원센터가 높았다. 또한 매개중심성(betweenness centrality)이 높은 기관은 보건소와 중독관리통합지원센터1로 나타났으며, 보건소와 중독관리통합지원센터가 지역사회 내 다양한 자원들을 알코올 중독자들을 대상으로 연계해 주는 매개자의 역할을 하고 있는 것으로 나타났다. 그 외에 의료기관, 정신건강복지센터, 치매지원센터, 노인보호전문기관도 지역사회 내 자원들을 이어주는 매개자의 역할을 하고 있음을 알 수 있었다.

〈표 5-12〉 그 외 알코올 중독자가 가지는 복지 및 돌봄 욕구를 지원하기 위해 연계를 맺고 있는 연결망

	기관명	연결중심성 degree	인접중심성 closeness	매개중심성 betweenness
1	가정/가족 상담 기관	7	27.9765	3.5000
2	가정법률상담소	3	10.9083	4.0000
3	가정법원	5	12.7849	22.0000
4	건강가정지원센터	12	35.4925	12.5000
5	경찰서	10	37.1563	7.5000
6	고용지원센터	3	11.9497	1.5000
7	기타 지역사회 공공기관 및 시설	23	20.6783	15.0000
8	기타 지역사회 민간기업	9	41.7193	16.5000
9	노숙인시설	10	30.8831	10.5000
10	노인보호전문기관	7	17.4853	27.5000
11	다문화센터	1	9.7061	0.0000
12	도박문제관리센터	6	12.3854	7.0000

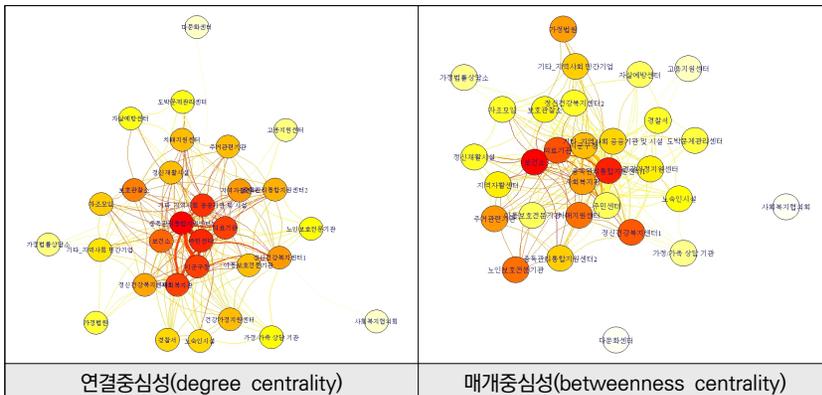
202 사회연결망 기반의 중독 회복 지원 방안

	기관명	연결중심성 degree	인접중심성 closeness	매개중심성 betweenness
13	보건소	19	30.1013	42.0000
14	보호관찰소	17	29.7250	11.0000
15	사회복지관	22	16.0676	21.5000
16	사회복지협의회	1	22.8654	0.0000
17	시군구청	22	13.2849	18.0000
18	아동보호전문기관	12	32.1351	6.0000
19	의료기관	22	25.0316	32.5000
20	자살예방센터	6	12.3854	5.5000
21	자조모임	11	30.4872	8.0000
22	정신건강복지센터1	15	31.2895	31.0000
23	정신건강복지센터2	14	29.3580	8.5000
24	정신재활시설	12	36.0303	8.5000
25	주거관리기관	12	40.3051	23.0000
26	주민센터	24	9.0763	6.0000
27	중독관리통합지원센터1	27	10.9585	38.0000
28	중독관리통합지원센터2	13	40.3051	15.5000
29	지역자활센터	15	32.5753	12.5000
30	치매지원센터	12	41.0000	27.5000

주: 중독관리통합지원센터1은 한 중독관리통합지원센터에서 다른 중독관리통합지원센터로의 연계를 의미하며, 중독관리통합지원센터2는 정신건강복지센터에서 중독관리통합지원센터로의 연계를 의미함. 또 정신건강복지센터1은 한 정신건강복지센터에서 다른 정신건강복지센터로의 연계를 의미하며, 정신건강복지센터2는 중독관리통합지원센터에서 정신건강복지센터로의 연계를 의미함.(이후 표에도 적용됨)

자료: 본 연구에서 실시한 중독회복 지원 서비스 제공자 대상 설문조사 자료를 분석한 결과임.

[그림 5-11] 알코올 중독자의 복지 및 돌봄 욕구를 지원하기 위한 연결망



자료: 본 연구에서 실시한 중독회복 지원 서비스 제공자 대상 설문조사 자료를 분석한 결과임.

## 제4절 소결

본 장은 중독관리통합지원센터 실무자와 더불어 기초 자치단체에 설치되어 운영 중인 정신건강복지센터 실무자들이 가지는 사회연결망 분석을 통해 알코올 중독 회복 지원 현황을 살펴보았다. 그 결과들을 유형별로 정리해 보면, 중독 문제 예방 교육은 주로 지역사회 내 정신건강 서비스 제공 자원들이라기보다 지역사회 내 초·중·고등학교, 군부대, 지역아동센터, 지역자활센터 등 지역사회 공공시설들을 중심으로 이루어지고 있다는 것을 알 수 있었다.

그리고 중독관리통합지원센터나 정신건강복지센터로 사례를 의뢰하는 기관들의 경우, 시·군·구청이나 동주민센터, 보호관찰소 등을 통한 사례 의뢰가 많기는 하나 실제 등록회원으로 이어져 사례관리를 받게 되는 사례들은 주로 의료기관이나 정신건강복지센터로부터 의뢰된 경우라는 것을 알 수 있었다.

또한 알코올 중독 사례에 대한 위기/응급 개입 및 치료 연계에서는 의료기관이 주축이 되고 있으나 보호관찰소, 도박문제관리센터, 아동보호 전문기관과의 연계가 높게 나타나, 알코올 중독과 폭력 및 범죄, 타(他) 중독 문제에 대응하는 기관들과의 연계도 높음을 알 수 있었다.

그리고 알코올 중독자 직업재활(직업훈련, 교육, 취업 지원, 직업 알선 등)을 위한 연계에서는 지역자활센터와 고용지원센터가 연계의 중심으로 나타났다. 이들 지역자활센터와 고용지원센터는 알코올 중독자의 직업재활을 위해 다른 기관들에 연계해 주는 매개자로서의 역할도 하고 있음을 알 수 있었다.

마지막으로 알코올 중독 회복 지원 서비스 제공자의 치료나 직업재활 이외 알코올 중독자의 회복을 위한 연계에서는 시·군·구청과 동주민센터

가 주요한 기관으로 나타났다. 또한 중독관리통합지원센터와 보건소의 경우 지역사회 내 다양한 자원들을 알코올 중독자들을 대상으로 연계해주는 매개자의 역할을 하고 있는 것으로 나타났다.

이러한 결과는 지역사회 내에서 중독 회복 지원 서비스를 제공하는 주축인 중독관리통합지원센터와 정신건강복지센터가 다양한 지역사회 자원들과 관계 맺기를 하고 있다는 점을 보여 주며, 서비스 유형별로 다른 지역사회 자원들과 관계를 맺고 있다는 것을 알려준다. 하지만 이렇게 중독관리통합지원센터와 정신건강복지센터가 맺고 있는 자원들에 대해 각 자원들이 인식하는 만족 정도가 어떠한지를 파악하기는 제한적이므로, 본 연구를 통해 중독 회복 지원 사회연결망들이 잘 꾸려져 진행되고 있다고 이야기하기 어렵다. 즉, 본 장에서 살펴본 중독 회복 지원 서비스 제공자의 사회연결망 분석은, 현재 지역사회 내에서 중독관리통합지원센터와 정신건강복지센터가 여러 자원들과 중독 회복 지원 서비스를 제공하는 연결망 현황을 제시해 주기는 하지만, 중독 회복 지원 서비스 제공자의 사회연결망 수준과 정도를 평가하기에는 제한적이다. 따라서 이에 대한 연구들을 추가적으로 진행할 필요가 있다.

제 6 장

## 사회연결망 기반 중독 회복 지원 방안

제1절 연구 결과 요약

제2절 사회연결망 기반 중독 회복 지원 방안

제3절 연구의 함의 및 기대 효과



# 6

## 사회연결망 기반 중독 회복 << 지원 방안

### 제1절 연구 결과 요약

#### 1. 중독자와 보호자가 가지는 사회연결망 분석 결과 요약

본 연구는 사회연결망 기반의 중독 회복 지원 방안을 마련하는 데 목적이 있다. 연구 목적을 위해 17명의 성인 남성 알코올 중독 회복자로부터 중독 및 회복 과정에 대한 경험을 일대일로 면접하고 내용분석과 주제분석을 통해 유의미한 주제를 도출하였다. 인터뷰 내용을 바탕으로 중독, 회복의 여섯 가지 영역에서 중독자의 사회연결망 의미를 탐색하였다.

중독자와 보호자 질적면담에서 나타난 중독자의 특성 및 중독자가 가지는 사회연결망을 살핀 결과, 중독자들은 중독이 되는 과정과 회복이 되는 과정에서 가족, 직장 동료, 치료기관, 지역사회기관, 동료 중독자들로부터 다양한 영향을 받는 것으로 나타난다.

중독 진입 과정에서는 아동기 가족 내 음주력과 갈등 상황에서 출발하여, 또래 관계, 부모나 교사 등 감독자가 없는 상태, 음주가 필수적으로 여겨지는 직장생활 등이 언급되었다. 곧 중독 진입 단계에서 중독자들은 주로 사회연결망을 유지하거나 확대하는 도구로 음주를 하고 있었다.

이와는 달리 중독 진행 과정에서 중독자는 가정, 직장, 그리고 자신으로부터 멀어지는, 즉 사회연결망들이 축소되는 과정을 공통적으로 경험하였다. 일상생활과 술이 엉키면서 가정과 직장생활이 어려워지고, 이러한 경험들이 축적되면서 자의든 타의든 직장, 가정, 지역사회와 단절되어

가는 경험을 하고 있었다. 그 결과 일부 중독자에게서는 자신과도 단절되는 극단적인 경험까지 나타나기도 했다.

중독 진행 과정에서 축소된 혹은 단절된 사회연결망은 치료에 입문하면서부터 다시금 확장되기 시작하였다. 치료기관에서 만난 동료 중독자, 중독관리통합지원센터나 정신건강복지센터 실무자, 회복에 지지적인 가족, 의료진, 회복자 등으로 사회연결망이 확대되면서 회복으로의 전환점을 경험하거나 회복을 유지하는 경험을 할 수 있었다.

이러한 연구 결과는 결과적으로 선행연구들에서 보고하는 중독자의 중독 과정 및 회복 과정에서 만나는 사회연결망의 특성과 변화를 재확인시켜 주고 있다. 연구를 진행하는 과정에서 면담한 다수의 중독자들은 중독으로 이르는 과정 및 현재까지의 경험들을 공유하면서 그들이 맺은 다양한 관계들 속에서 자신을 인식하고, 자신의 회복을 유지하는 과정에서 자신이 가지고 있는 관계들의 중요성을 인식하며, 이 관계들을 유지하고 싶어 하는 모습들을 보였다. 따라서 중독자들의 중독 경험을 이해하고 회복으로의 전환 및 회복 유지를 위해서는 본 연구에서 나타난 다양한 경험들을 바탕으로 정책 제언들을 도출할 필요가 있다.

## 2. 중독 회복 지원 서비스 제공자가 가지는 사회연결망 분석 결과 요약

앞서 살펴본 것처럼, 서비스 제공자들이 가지는 사회연결망은 지역사회 내 유관 자원들과의 원활한 협력 및 서비스 연결을 통해 중독자와 가족이 가지고 있는 다양한 욕구에 적절히 대응하여 보다 통합된 서비스를 제공하는 데 도움을 줄 수 있다.

본 연구에서는 중독관리통합지원센터 실무자와 더불어 기초지방자치단체에 설치되어 운영 중인 정신건강복지센터 실무자들이 가지는 사회연

결망 분석을 통해 알코올 중독 회복 지원 현황을 살펴보았다. 그 결과들을 정리해 보면, 중독관리통합지원센터와 정신건강복지센터가 중독 회복 지원을 위해 관계를 맺고 있는 자원들로 시·군·구청, 동주민센터, 의료기관, 경찰서와 소방서, 사회복지관, 초중고등학교, 교정시설, 지역자활센터 등 다양하게 나타났다. 앞 장에서 정리한 것처럼 지역사회 내에서 중독 회복 지원 서비스를 제공하는 중독관리통합지원센터와 정신건강복지센터가 다양한 지역사회 자원들과 관계 맺기를 하고 있으며, 서비스 유형 별로 다른 지역사회 자원들과 관계를 맺고 있다는 것을 알려준다.

하지만 앞서 언급한 것처럼 본 연구에서 파악한바, 서비스 제공자가 가지는 사회연결망에서 그 성격과 특성을 파악하기에는 제한적이다. 연계는 되고 있지만 그 연계가 제대로 되고 있는 것인지를 파악하기 어려우며, 각 관계성에 대해 서비스 제공자들은 어떻게 인식하고 있는지를 알아 내기는 어렵다.

실제로 현장에서 보면 자원 간 연계는 공식적인 문서나 절차 등을 통해 사례들을 의뢰하고, 서비스들을 연계하는 방식들을 활용하고 있다. 이러한 연계 방식이 부정적인 것은 아니지만 실무자 간 인적 네트워킹, 이른바 관계 맺기를 통해 서비스 연계와 사례 의뢰의 용이성과 효과성이 높게 나타난다는 기존 연구들을 고려해 볼 때(전진아 외, 2017), 연계의 특성을 파악하는 추가적인 연구들이 필요해 보인다.

또한 중독 회복 지원 서비스 제공자가 가지는 사회연결망 분석 결과는 비어 있는 서비스 유형을 역으로 제시하고 있기도 하다. 앞서 언급한 것처럼 중독관리통합지원센터와 정신건강복지센터가 다양한 자원들과 연계를 맺고 있기는 하나, 중독자의 재활과 관련한 영역의 경우 연계를 맺고 있지 않다고 응답한 기관들이 절반 정도로 나타나 직업재활 영역에서 사회연결망이 다른 영역에 비해 작은 것을 알 수 있었다. 직업재활에 대

한 욕구가 낮게 나타날 수도 있으며, 직업재활을 위한 서비스를 연계할 기관이 없거나 서비스를 제공하는 기관을 잘 알지 못할 수도 있기 때문에 이 영역과 관련한 추가적인 분석 이후 직업재활 서비스 연계 구축 혹은 강화를 위한 제언들이 도출될 수 있을 것으로 보인다.

## 제2절 사회연결망 기반 중독 회복 지원 방안

본 절은 연구 결과를 바탕으로 사회연결망 기반 중독 회복 지원 방안을 제시하였다. 사회연결망에 기반을 두고 중독자와 보호자를 대상으로 한 중독 회복 지원 방안과 더불어 서비스 제공자 및 서비스 제공 체계와 관련한 방안도 함께 고려하여 제시하였다. 또한 사회연결망에 기반을 둔 중독 회복 지원 방안은 아니지만 연구 과정에서 나타난 전반적인 중독 회복 지원을 위한 과제들 역시 함께 제시하였다.

### 1. '자신과 마주하기' 강화를 위한 프로그램

앞서 본 연구에서는 중독 회복자들이 중독에 이르는 과정에서 사회 및 가족과의 단절뿐만 아니라 자신과의 단절도 경험하는 것으로 나타났다. 자신과의 단절이 아닌 자신과 마주하고 자신과 연결되는 것이 사회연결망 기반 중독 회복 지원의 첫걸음이 되어야 한다. 그럼 자신과의 단절이 아닌 자신과의 연결은 어떻게 가능하며 어떠한 지원들이 있어야 할 것인가?

자신과의 연결은 자신을 마주하는 경험에서부터 시작한다. 우선 자신과 마주하는 것은 현재 단주모임(AA) 등 알코올 중독 회복을 위한 자조모임을 통해 경험할 수 있다. 자조모임에서는 자신이 원할 때 자발적으로

자신의 경험을 다른 중독자들과 공유하는 방식으로 모임이 이루어지고 있으며, 회원이 자신의 경험을 공유했을 때, 그에 대한 비판을 하기보다 그 경험을 공유해 준 회원에게 감사를 표하는 방식으로 진행된다. 회복모임, 자조모임 등은 자신의 경험을 공유하는 것뿐 아니라 다른 회복자의 경험을 통해 자신의 경험을 반추하는 기회를 제공하기도 한다.

또한 자신과의 연결은 자신과 비슷한 중독 및 중독 회복 경험을 해 온 회복자 상담가를 통해 경험할 수도 있다. 현재 서울시에서 활동하는 중독 회복자 상담가들은 중독자 및 보호자들을 대상으로 중독의 경험, 중독 회복의 경험을 공유하는 활동들을 하고 있다. 중독자 보호자 인터뷰에서 상당수의 보호자들은 중독으로부터 과연 회복이 될 수 있는 것인지에 대한 무력감을 호소하며 중독에서 회복된 사람들을 통해 희망을 얻고 싶다는 언급들을 많이 했다. 회복자 상담가들은 중독자들이 치료에 입문하는 과정에서 같은 아픔을 경험한 중독자들의 이쁨이 치료에 대한 심리적 장벽을 낮추는 역할을 할 수 있으며, 또한 다른 중독자를 도움으로써 본인이 알코올 중독자였다는 사실에 회복자 상담가 스스로가 경각심을 가지고 회복을 유지하는 데도 도움을 받을 수 있다고 말한다. 즉, 회복자 상담가는 중독 회복자들을 대상으로 일자리를 제공하고, 중독자를 대상으로 중독 회복 지원 서비스를 제공하고, 스스로의 회복을 도모하는 기회가 되는 등 긍정적인 기능이 많다는 얘기다. 현재의 제한적인 중독 회복 지원 서비스 인프라를 고려해 볼 때 회복자 상담가들을 양성하고 활용하는 방안이 함께 강구될 필요가 있다.

## 2. 중독 예방 및 회복 지원을 위한 교육 강화

중독 예방 및 회복 지원을 위해서는 교육을 강화할 필요가 있다. 교육은 일반 국민을 대상으로 한 중독 예방 교육과 더불어 중독 환자 및 보호자를 대상으로 한 중독 회복 지원 교육으로 크게 구분할 수 있으며, 두 영역 모두 강화할 필요가 있다.

본 연구 과정에 참여한 다양한 중독 회복자, 보호자, 서비스 제공자들은 한결같이 한국의 음주문화 개선을 언급하였다. 한국사회 전반에 걸친 관대한 음주문화, 높은 주류 접근성으로 비롯된 문제점들을 다수가 지적하였다. 즉, 중독 예방 및 관리에 대한 대중의 인식을 제고하고 중독 및 회복에 대한 정보를 제공할 필요가 있다.

구체적으로 보면, 한국의 음주에 관대한 문화, 스트레스를 술로 푸는 것이 정당화되는 풍토에 어떻게 접근할 것인지에 대한 고민과 더불어 술을 쉽게 구할 수 있는 환경, 곧, 주류 접근성을 어떻게 관리할 것인지도 함께 고민해야 할 문제다. 외국의 경우 공공장소를 금주구역으로 지정하고 규제하고 있지만, 한국의 경우 술에 관대한 문화, 스트레스를 술로 푸는 것이 큰 문제로 받아들여지지 않는 형편이다. 다수의 국가에서 실시하고 있는 공공장소에서의 음주 제한, 주류 판매 시간 규제, 음주 광고나 마케팅 행위 규제 등 주류 접근성을 제한하는 것에 대한 국민의 인식을 파악하고 공감대를 확산하는 노력 역시 필요하다. 그리고 거시적으로 학교, 지역사회, 직장 등의 음주문화를 개선하는 노력이 꾸준히 이루어져야 한다. 문화는 개인을 둘러싸고 있는 다양한 체계에 전생애에 걸쳐 영향을 미친다. 사회 전반에 퍼져 있는 음주에 대한 관대함은 우리 주변에 늘 존재하는 알코올 중독을 인식하지 못하게 만들고 있다. 거시적 차원에서 문화를 개선하기 위해서는 예방과 치료, 캠페인이 융합된 국가 차원의 장기

계획 수립과 실행이 요구된다.

일반 국민의 절주와 중독 예방에 도움을 줄 중독 경험에 대한 내용뿐 아니라 중독 환자들이나 보호자들이 회복 의지를 다질 수 있도록 하는 회복 경험을 다룬 내용이 담긴 캠페인 등이 메스미디어를 통해 이루어져야 한다. 이와 더불어 중독 환자의 보호자 대상 가족교육 역시 강화되어야 한다. 본 연구에서 살펴본 것처럼 가족은 중독 및 중독 회복 지원 과정에서 중요한 몫을 한다. 중독 환자의 보호자 대상 가족교육을 통해 중독 환자를 치료 및 개입 세팅으로 유도할 수 있도록 해야 한다. 본 연구 과정에서 중독자 및 보호자 면담에서 중독관리통합지원센터나 정신건강복지센터의 가족교육을 통해 알코올 중독자를 치료 및 개입 세팅으로 끌어들이는 사례들을 상당수 발견할 수 있었다. 가족교육을 통한 치료 및 개입 세팅으로 알코올 중독자를 끌어들이기 위해서는 중독 예방 및 관리에 대한 대중 인식 제고, 정보제공 노력 역시 병행되어야 한다. 또한 중독관리통합지원센터나 정신건강복지센터의 프로그램과 더불어 가족 자조모임인 단주모임에 대한 정보제공과 중독 환자의 보호자들끼리 자조모임을 꾸려 운영하는 것 역시 방안일 수 있다.

### 3. 중독 예방 및 회복 지원을 위한 인프라 강화

중독 예방과 회복 지원을 위한 인프라는 크게 물리적 인프라인 중독관리통합지원센터와 정신재활시설의 확충과 더불어 실제 서비스를 제공할 인력의 양적, 질적 수준 제고, 그리고 치료 세팅에서의 회복 지원 역량 강화로 구분하여 살펴보았다. 본 연구에서 사회연결망 기반 중독 회복 지원 방안을 이야기하면서 인프라 강화 방안을 동시에 제시하는 이유는, 중독 예방 및 회복에 충분하고 적절한 서비스를 제공해야 하는데, 그러자면 서

비스를 제공하는 기관, 인력 혹은 예산과 같은 인프라가 구축되어 있어야 가능하기 때문이다. 본 연구과정에서 만난 다수의 중독 예방 및 회복 지원 서비스 제공자들은 서비스를 제공하거나 다른 자원들과 연계하고 싶어도 서비스를 제공할, 혹은 연계할 기관이 없다는 점을 강조하였다. 따라서 본 연구에서는 중독 예방 및 회복 지원을 위한 인프라 강화 방안을 제시하였다.

### 가. 중독관리통합지원센터 및 정신재활시설 확대

우선 중독 회복 지원의 물리적 인프라인 중독관리통합지원센터 및 정신재활 시설의 확충이 필요하다. 의료기관 입원 치료에 집중되어 있는 현 치료체계는 알코올 중독자들이 건강한 사회인으로 성장할 수 있는 기회를 차단하고 있다. 치료의 연속선상에서 지역사회 내에서 회복을 도모할 수 있는 지역사회 단위의 체계가 제한적이어서 중독자들은 병원 퇴원 후 술을 다시 마시는 것이 두려워 안전한 병원생활을 선호하는 경향을 보이기도 하였다.

현재 한국의 중독관리통합지원센터는 49곳이 설치·운영 중이며, 정신재활시설 중 중독재활시설은 전국에 4곳에 불과하다. 사회복지 전달체계인 읍·면·동 주민센터 중심의 찾아가는 보건복지 사업과 시·군·구청 중심의 희망복지지원단 사업에서 고난도 사례로 가장 많이 등장하는 사례들이 바로 중독 사례들이다. 하지만 제한적인 인프라를 가지고 있는 중독 체계에서는 이에 효과적으로 대응하기가 불가능하다.

인프라 확대는 전국 모든 기초자치단체에 중독관리통합지원센터가 설치·운영되는 것을 목표로 하는 것이 아니다. 지역별 중독 환자 규모를 고려한 설치 기준을 구체화하고 필수 설치지역을 선정하여 단계적으로 확

대해 나가는 방식이 필요하다. 구체적으로 살펴보면, 앞장에서 살펴본 시·군·구 단위 중독자 규모와 중독 예방 및 회복 지원 인프라 규모를 활용한 유형화 분석 결과 등을 활용하여 우선 설치 지역 및 기준을 구체화하는 것이 필요하다. 예를 들어 클러스터 분석결과, 일부 클러스터의 경우 알코올 중독자 수 및 알코올 중독으로 인한 사망자 수도 높으나 알코올 중독 예방 및 회복 지원 인프라가 제한적인 지역들이 존재하고 있다. 기존 보건복지부에서 제시하는 인구 20만 명 이상인 지역에 1곳을 설치한다는 기준보다는 지역별 알코올 중독자의 규모와 중독 사망자 수 등을 고려하고 이 규모가 높은 지역의 30%, 50%, 혹은 70% 수준의 지역에 중독 관리통합지원센터를 설치하는 것을 5~10년의 장기 목표로 설정하는 등의 방식을 고려해 볼 만하다.

또한 주간재활 프로그램과 주거를 제공하는 정신재활시설 역시 확충할 필요가 있다. 현재 대다수의 정신재활시설은 중증 정신질환자를 대상으로 운영되고 있으며, 알코올 중독자들을 대상으로 한 시설은 전무한 상황에서 중독재활시설 확충은 필수적이다. 이와 동시에 현재 일부 시·도에 설치되어 있는 중독관리통합지원센터의 기능을 정신재활시설로 전환하는 방식 역시 고려해 볼 만하다.

## 나. 중독 회복 지원 인력 확충 및 역량 강화

물리적 확대는 단지 시설뿐이 아니다. 실제 중독 예방 및 회복 지원 서비스를 제공할 인력들이 확충되어야 하며, 이들의 역량 역시 강화할 필요가 있다. 우선 중독 예방 및 관리 서비스 제공 인력이 갖추어져야 한다. 현재 4~5명 규모의 중독관리통합지원센터의 인력으로 각 자치 시·군·구의 중독 예방 및 관리 서비스를 제공하기에는 역부족이다. 즉, 중독관리

통합지원센터의 인력을 확대하는 것이 필요하다.

앞서 언급한 물리적 인프라 확대와 관련하여 현재 상황에서 단기간에 중독관리통합지원센터를 확충하기는 어렵다. 다수 지역에서 정신건강복지센터를 통한 중독 예방 및 회복 지원 서비스를 제공하고 있는 상황을 고려해 볼 때는 정신건강복지센터 내 중독 예방 및 관리서비스를 제공하는 전담 인력으로 1인을 배치하는 방식을 제안한다. 이 경우, 기존 연구들이 제시한 것처럼(이해국 외, 2012) 정신건강복지센터에서는 2차 예방의 역할을 가져가고, 보건소, 자활후견기관 등 지역사회 유관 자원들이 1차 예방의 역할을 하는 것으로 기능을 분리하는 논의가 병행되어야 한다. 이와 관련하여 서울시가 최근 진행하는 것처럼 지역사회 기반 유관 자원에서 발견되는 사례들에 대한 초기 사정을 실시하고 중독관리통합지원센터 혹은 정신건강복지센터에 사례를 연계하는 업무를 수행하는 정신건강서비스 코디네이터를 양성하고 보건소에 이 인력을 배치하는 방식도 고려해 볼 만하다. 이는 최근 찾아가는 복지서비스들이 강화되면서 지역사회 내 정신건강 문제를 가지고 있는 사례들이 다수 발견되고 있으며, 이들을 대상으로 초기 사정을 실시하고 치료 혹은 상담서비스로의 연계를 현재 정신건강복지센터와 중독관리통합지원센터의 인력 수준으로는 감당하기 어렵기 때문이다. 이 경우 정신건강서비스 코디네이터 대상 교육 및 훈련은 광역정신건강복지센터에서 수행할 수 있을 것으로 보인다.

그 외에도 앞서 잠시 언급한 것처럼 서울시의 중독 회복 지원상담가 양성 및 활용 모형을 기반으로 한 지역 모형을 개발하고 확대하는 노력들이 필요하다. 서울시처럼 상담가 교육과 훈련은 각 광역 정신건강복지센터에서 수행하되, 대전과 광주와 같이 광역 내 다수의 기초지자체에 중독관리통합지원센터가 설치되어 있는 경우, 중독관리통합지원센터에서 교육 및 훈련 역할을 할 수 있을 것이다. 이렇게 양성된 인력을 활용하는 것

과 관련해서는 서울시처럼 광역에서 상담가를 자치구에 할당하여 배치하고 활동비를 지원하는 방식이 있을 수 있으며, 각 지자체의 정신건강복지센터나 중독관리통합지원센터에서 직접 고용하여 활동을 하는 방식이 있을 수 있다.

#### 다. 치료 세팅의 중독 회복 지원 역량 강화

또한 일반 국민, 중독 환자의 보호자뿐 아니라 중독 환자 당사자를 대상으로 한 교육 역시 필요하다. 특히 의료기관 입원 중독 환자의 보호자 대상 교육 기회들이 강화되어야 한다. 즉, 치료 ‘없는’ 치료기관의 대대적인 개선노력이 요구된다. 가족들이 중독자의 분노와 협박, 회유를 견디고 알코올 중독 치료를 위해 강제 입원을 결정했는데 정작 치료를 책임져야 할 치료기관에 치료가 없었다는 연구 참여자들의 증언은 매우 의미심장하다. 중독자 치료를 위한 가족의 노력을 수포로 만드는 것이기 때문이다. 중독자들이 강제 입원을 했을 때 제대로 된 치료를 받지 못한다면 가족에 대한 분노는 더욱 커질 수밖에 없다. 연구 참여자 중 여러 기관의 프로그램을 살펴보고 그 내용이 좋아서 기관서비스를 이용하기 시작했다는 중독자도 있었다. 따라서 현재 운영되고 있는 알코올 중독 전문기관의 치료 프로그램을 대대적으로 점검하고 표준화된 치료시스템을 만들어 알코올 중독 전문치료기관에서 효과적이고 신뢰할 수 있는 치료서비스가 제공될 수 있도록 해야 한다.

구체적으로 보면, 일부 의료기관에서 중독에 대한 이해, 회복 과정에 대한 이해와 관련한 교육을 받은 경험을 단주의 계기로 언급하는 당사자와 보호자가 상당수 있었던 것과 관련하여, 의료기관 입원 환자를 대상으로 중독 관리 및 금주, 회복 과정에 대한 교육들이 강화되어야 한다. 의료

기관에서의 교육은 의료기관 내 의료진을 통해 가능하기도 하지만 정신건강복지센터나 중독관리통합지원센터의 실무자가 의료기관을 방문하여 교육을 진행할 수도 있을 것이다. 본 연구에서 나타난 사례처럼 일부 환자들은 퇴원 후 자신들에게 교육을 제공한 정신건강복지센터나 중독관리통합지원센터를 방문하여 지속적인 서비스를 받기도 한다. 그리고 교육 이외에도 의료기관 퇴원 때 지역 내 중독 예방 및 관리 서비스 제공 기관에 대한 정보들을 제공하고, 의료기관에 정보 제공에 대한 수가를 적용하는 방식들도 함께 고민해 볼 만하다.

## 라. 방문 방식의 중독 회복 지원

본 연구에서 반복적으로 언급되는 것처럼 중독자와 보호자가 가지는 네트워크는 제한적일 수밖에 없으며, 중독 예방 및 회복 지원을 받을 수 있는 자원들에 대한 인지도가 낮은 상황을 고려해 볼 때, 기존의 기관 내 상담 방식이 아닌 찾아가는, 또는 방문 방식(outreach)의 중독 회복 지원 방안 역시 고민해 볼 수 있다.

이미 광주광역시의 경우 임대아파트 단지 내 설치되어 있는 사회복지관에 열린마음상담센터를 설치하고 인력을 파견하여 취약계층의 중독 및 정신건강 문제를 관리하는 사업들을 진행하고 있다. 임대아파트 단지에 있고, 사회복지관 내에 설치되어 있으며, 취약계층을 대상으로 서비스를 제공하다 보니 지역사회 내 동사무소나 시·군·구청과도 밀접한 연계를 맺으면서 보건복지 통합서비스를 수행한다는 장점도 가지고 있다. 물론 지역마다 가지고 있는 인프라가 다르기 때문에 광주광역시의 모형과 같은 방식을 다른 지역에서 그대로 적용하기는 어렵다. 하지만 보건소의 방문간호팀처럼 취약계층이 거주하는 지역을 주기적으로 방문해 중독 예방

교육 및 홍보, 간단한 정신건강 문제에 대한 스크리닝 및 상담 등을 실시하는 방식을 고려해 볼 수 있을 것이다. 물론 이런 방식의 지원을 하자면 인력 확충이 필수적이다.

그 외에도 2016년 관계부처 합동으로 발표된 정신건강종합대책에서도 제시된 것처럼 마음건강버스를 더욱 확대하는 것 역시 필요하다. 지역주민을 대상으로 중독 및 정신건강 문제에 대한 예방 교육, 스크리닝 및 간단한 상담 등의 역할을 하는 마음건강버스를 확충하고, 이를 통해 중독 예방 및 회복 지원 서비스로의 접근성을 개선하는 것 역시 방안일 수 있다.

#### 4. 중독 예방 및 회복 지원 강화를 위한 사회연결망

알코올 중독 치료기관뿐만 아니라 다양한 지역사회 기관들이 알코올 중독자에 관심을 가지고 치료로 연계될 수 있는 네트워크를 구축할 수 있도록 지원할 필요가 있다. 연구 결과를 보면 중독자들은 지역사회의 동사무소, 어린이집, 지역 대학병원 등을 통해 치료기관을 소개받아 치료에 입문하고 있었다. 물론 지역사회에 의한 치료 연계는 강제 치료가 될 수는 없다. 그러나 본 연구에서 어린이집 원장이 알코올 중독자로 하여금 알코올 중독센터 개소식에 도움이 필요하니 한번 가 달라고 부탁하며 기관 방문을 유도한 것은 지역사회에서 충분히 유연한 방법으로 중독자들을 치료에 연계할 수 있음을 보여주는 사례다. 가족에 의한 강제 입원 치료에 반감을 가질 수밖에 없는 구조를 계속 방치하기보다 지역사회 곳곳에 연결망을 구축하여 상시로 치료기관의 정보를 제공할 수 있다면 알코올 중독자들이 도움이 필요하다고 생각할 때 좀 더 쉽게 치료기관을 방문하는 데 기여할 수 있을 것이다.

중독 회복자의 연대감을 활용하는 프로그램 확대가 요구된다. 단주모

임 등의 중독자 자조모임은 알코올 중독 회복에 효과가 있다는 것이 많은 경험적 연구로 확인되어 왔다. 연구 참여자 중 현재 회복자 상담가로 활동하는 중독 회복자가 몇몇 있었다. 이들 중에는 회복자 상담가로 일하면서 도움을 줬던 중독자가 함께 회복자 상담가로 활동하고 있기도 하다. 면접 과정에서도 지속적으로 언급되고 있는 것이 중독 회복자의 역할이었다. 이들은 자신들의 경험을 통해 중독자들을 돕고 있고 이들의 진정성은 많은 공감을 불러일으킨다. 하지만 재정 지원 부족으로 회복자 상담가는 매우 소수로 운영되고 있다. 회복자 상담가 제도는 단순한 일자리 제공의 의미만 있는 것이 아니다. 중독자들이 치료에 입문하는 과정에서 같은 아픔을 경험한 중독자들의 이끄는 치료에 대한 심리적 장벽을 낮추는 구실을 한다. 또한 회복자 상담가는 다른 중독자를 도움으로써 본인이 알코올 중독자라는 사실에 경각심을 가지고 회복을 유지하는 데도 도움을 받을 수 있다.

### 제3절 연구의 함의 및 기대 효과

본 연구는 여러 중독 중 알코올 중독에 초점을 두고 중독자와 보호자, 서비스 제공자가 가지는 사회연결망 현황을 질적·양적 조사를 통해 분석한 결과를 제시하였으며, 그 결과를 기반으로 한 중독 회복 지원 방안을 앞 절에서 제시하였다. 연구 결과가 가지는 함의는 다음과 같다. 우선 본 연구는, 비록 중독 환자와 중독관리통합지원센터 및 정신건강복지센터 실무자에게 초점을 두고 제시하기는 하였으나, 사회연결망에 대한 본 연구의 분석 결과 다른 정신건강 문제에도 확대 적용이 가능하다. 일부 기존 연구들에서 살펴본 것처럼(전진아 외, 2017; 서미경과 김정남, 2004),

정신건강 문제를 지닌 사람들이 가지고 있는 사회연결망은 매우 제한적이며, 특히 중증 정신질환 문제를 안고 있는 당사자와 가족들의 경우 의료기관 입퇴원을 반복하는 과정에서 이들이 알고 이용하는 공식적인 네트워크들은 제한적이다. 즉, 중독자뿐 아니라 정신건강 문제를 경험하고 있는 상당수 사람들은 자신의 정신건강 문제를 노출하는 것을 두려워할 뿐 아니라(국립정신건강센터, 2017), 정신건강 문제로 서비스를 받는 것에 부정적인 인식(전진아 외, 2017)을 가지고 있기 때문에, 이들이 가지는 연결망은 작을 수밖에 없다. 따라서 본 연구에서 제안하는 중독 회복 지원 방안들, 특히 자신과 마주하는 기회를 제공하고, 다양한 방식을 활용한 교육과 홍보들을 통한 치료 및 개입 세팅으로의 유도, 자조모임 강화 및 회복자 상담가로서의 활동 등의 방식들은 정신건강 문제를 겪고 있는 상당수의 사람들에게도 확대 적용이 가능할 것으로 보인다.

또한 본 연구는 최근 논의되고 있는 커뮤니티 케어와 관련해서도 함의를 제공하고 있다. 그동안 지역사회에서는 다양한 보건 및 복지서비스 제공 주체들 간 네트워크를 구성하여 지역주민의 복합적 수요에 대응하고자 하는 정책적 노력들을 지속해 왔다. 이 과정에서 중독관리통합지원센터와 정신건강복지센터는 그 일원으로 참가해 왔다. 비록 본 연구에서는 중독관리통합지원센터와 알코올 중독 예방 및 관리 프로그램을 제공하는 정신건강복지센터를 중심으로 연구를 진행하기는 했지만, 이들이 지역사회 유관자원들과 서비스 유형별로 맺고 있는 연계 수준을 파악하고 그 결과를 제시하였다. 그 결과 본 연구에서는 이미 중독관리통합지원센터나 정신건강복지센터가 시·군·구청이나 읍·면·동 주민센터와 밀접한 연계를 가지고 중독자를 대상으로 다양한 서비스를 제공하고 있음을 보여 주고 있다. 실제로 시·군·구청과 읍·면·동 주민센터의 경우, 중독 예방 및 교육, 위기/응급 개입, 치료, 재활 및 기타 복지서비스 제공 모두에서 중

독관리통합지원센터와 정신건강복지센터의 주요 네트워크로 제시되고 있다.

하지만 본 연구과정에서 만난 상당수의 시·군·구청, 읍·면·동 주민센터의 통합사례관리자들의 경우 중독, 특히 알코올 중독 문제 대응에 대한 지역사회의 수요는 높으나 제한적인 인프라로 인해 이에 효과적으로 대응하기 어려운 문제를 지적하였다. 지역사회에서 부각되는 중독 문제에 대해 기존 인프라가 제한된 시설, 인력 등의 문제로 적절히 대응하지 못하기 때문에 지역사회 내 인력들 간 관계가 소원해지는 결과를 부르기도 하며, 이는 단지 중독 문제에만 해당하는 것이 아니며 중증 정신질환자 사례관리에서도 종종 나타나는 현상이기도 하다(전진아 외, 2017). 이런 문제는 결과적으로 앞서 정책제언에서 제시한 것처럼 중독 예방 및 회복 지원을 위한 인프라 강화가 수반되지 않으면 해결되기 어려운 구조이다.

다양한 연구 방법을 활용하여 연구를 진행하고 위에서 제시한 정책적 및 실천적 함의를 가지기는 하지만, 본 연구는 다음과 같은 제한점을 가지고 있기도 하다. 우선 본 연구는 다양한 중독 유형에 대해 포괄적으로 살펴보지 못했다는 점에서 한계를 가진다. 알코올 중독자가 가지는 문제와 약물 중독자가 가지는 문제, 그리고 최근 부각되고 있는 게임 과몰입이나 스마트폰 과의존 위험군이 가지는 문제의 특성은 다를 수 있으며, 이들이 맺고 있는 사회연결망의 특성과 구조는 다를 수 있다. 따라서 향후 연구에서는 보다 다양한 중독 문제 유형을 고려할 필요가 있다.

또한 본 연구는 알코올 중독 중에서도 남성 알코올 중독자들을 대상으로 이들의 사회연결망을 파악하는 데 초점을 두고 있다는 점에서 한계를 가진다. 다수의 연구에서 언급하듯이(채숙희, 2005; 박정임과 이경아, 2008), 남성 알코올 중독자와 여성 알코올 중독자는 다른 특성을 보인다. 중독에 이르는 과정의 경험, 중독에서 회복에 이르는 과정의 경험에서도

다르게 나타난다. 본 연구는 중독자들을 대상으로 한 질적면담을 실시하기 위해 지역의 중독관리통합지원센터의 협조를 얻어 중독자들을 면담하는 방식으로 진행되었고, 지역의 중독관리통합지원센터의 상당수 회원들은 남성이 대부분이어서 본 연구는 남성 알코올 중독자에 초점을 두고 연구를 진행하였다. 일부 여성 알코올 중독자를 만나고 면담하기도 하였으나, 그 사례가 적어 이들의 경험에서 공통점 혹은 수렴된 결과들을 얻을 수가 없어 본 연구에서는 제외하였다. 기존 연구들이 남녀 중독자간 차이를 설명하고 있기 때문에 향후 연구에서는 여성 중독자들의 경험들을 포함하거나 여성 중독자들에게 초점을 두고 이들의 경험을 파악하는 것이 필요하다.



## 참고문헌 <<

- 관계부처합동. (2016.6.25.). 행복한 삶, 건강한 사회를 위한 정신건강종합대책.
- 광주광역시·전남대학교병원.(2018). 2012-2017 광주정신보건시범사업 보고서  
국립정신건강센터. (2017). 대국민 정신건강지식 및 태도조사.
- 김남희. (2015). 약물사용자의 치료서비스 이용 의도에 관한 연구: 건강서비스이  
용행동모형과 계획행동이론의 적용 (Doctoral dissertation, 서울대학교  
대학원).
- 김미령. (2005). 탈북자의 적응스트레스와 사회적 지지가 우울성향에 미치는 영  
향. 한국사회복지학, 57(1), 193-217.
- 김옥일. (2008). 교육행정정보화 정책네트워크 구조 변화에 관한 연구: 사회연결  
망 분석의 적용. 행정논총, 46(2), 255-279.
- 김용학. (2006). 사회연결망 분석. 서울: 박영사.
- 김인숙. (2016). 사회복지연구에서 질적방법과 분석. 아산재단 연구총서 제405  
집. 서울: 집문당.
- 김자영, 김두섭. (2013). 주관적 계층의식과 사회자본이 기부행위에 미치는 영  
향. 보건사회연구, 33(2), 401-430.
- 김재우. (2015). 사회적 지지와 연결망 배태. 한국사회학, 49(1), 43-76.
- 김준홍. (2010). 사회적 자본, 신체활동 그리고 주관적 건강: 구조방정식 모형 검  
증을 통한 정책의 근거 모색. 보건과 사회과학, 제28집, 61-90.
- 노성원 외. (2017). 중독관리 통합지원센터 서비스 전달체계 모형 개발, 정신건  
강기술개발사업단, 한양대학교산학협력단
- 박경은, 최성일, 정명희. (2007). 지역사회 가족지원서비스 기관 실태 및 연계방  
안 연구, 경기도가족여성개발원
- 박은주. (2010). 알코올 중독자의 회복에 영향을 미치는 심리사회적 요인에 관한  
연구. (대구대학교 석사학위논문)
- 박정임, 이경아. (2008). 여성 알코올의존자의 재활경험에 관한 연구. 정신보건  
과 사회사업, 30, 199-238.

- 보건복지부. (2017). 2017 정신건강사업안내
- 보건복지부. (2018). 2018 정신건강사업안내
- 보건복지부·질병관리본부. (2016). 지역건강통계 한눈에 보기
- 서미경, 김정남. (2004). 지각된 낙인이 정신장애인의 삶의 만족과 자아존중감에 미치는 영향. 한국사회복지학, 56(4), 173-194.
- 손지현. (2016). 지역사회복지네트워크 효과성에 관한 연구: 지역사회복지네트워크 참여자들의 인식을 중심으로. 사회복지정책, 43(2), 215-239.
- 송경옥. (2010). 한국어판 정신건강회복척도(MHRM-K)의 신뢰도와 타당도 평가. 정신보건과 사회사업, 34(4), 154-188.
- 양수, 박호란, 송경애, 김남초, 조선진, 문정순. (2003). 고등학생의 음주실태. 정신간호학회지, 12(3), 319-328.
- 이동수, 정명숙. (2007). 청소년의 음주행위에 미치는 영향요인 분석-광주, 전남 지역 고등학생을 대상으로. 사회복지정책, 31, 125-148.
- 이윤정. (2016). 알코올 중독 입원환자의 회복에 영향을 미치는 요인에 관한 연구. (대구대학교 석사학위논문)
- 이해국 외. (2012). 국가 중독예방관리 정책 및 서비스 전달체계 개발 연구. 보건복지부·가톨릭대학교 산학협력단
- 이해국, 이명수, 기선완, 최삼욱, 조근호, 박애란, 정인원, 김석범, 이정태, 권용실 (2007). 알코올 중독에 대한 포괄적 치료 체계의 개발 - 서울시 알코올 액션플랜을 중심으로 -. 사회정신의학, 12(2), 57-67.
- 이해국, 최원석, 백종우, 이강준, 나경세, 정한용. (2014). 2030 정신건강의학과 의 미래보고서. J Korean Neuropsychiatr Assoc, 53(2), 75-86.
- 장연진. (2013). 사회복지조직의 특성과 네트워크 수준이 조직효과성에 미치는 영향-여성복지조직의 자원확보능력을 중심으로. 사회복지연구, 44(3), 147-175.
- 전진아, 이난희, 김진호. (2017). 정신건강증진사업의 현황과 최근의 정책적 변화. 보건복지포럼 통권 제246, 51-63.
- 전진아, 전민경, 이난희, 최지희. (2016). 경기도 정신건강증진체계 발전방안 연

- 구. 경기도, 한국보건사회연구원.
- 전진아, 전민경, 홍선미, 전준희, 이용주, 오미애, 이난희, 김진호. (2017). 지역 사회 정신건강서비스 연계 현황과 개선 과제, 한국보건사회연구원
- 정재현. (2018). 노숙인의 알코올 사용장애 회복경험에 관한 현상학적 연구. (부산대학교 석사학위논문)
- 조근호, 권도훈, 김대진, 김선민, 김한오, 노성원, 박애란, 서정석, 신성만, 신재정, 유채영, 윤명숙, 이계성, 이해국, 전영민, 전용준, 차진경, 채숙희, 최삼욱, 한우상 (2011). 중독 재활 총론. 서울: 학지사.
- 주영준. (2009). 사회적 지지와 연결망이 건강에 미치는 영향. 한국사회학회 사회학대회 논문집, 1003-1011.
- 채숙희. (2005). 알코올 의존의 재발을 예측하는 심리적 요인. (전남대학교 박사학위논문).
- 천덕희. (2010). AA를 통해 회복중인 알코올 중독자들의 경험에 관한 연구. (송실대학교 박사학위논문)
- 천의영. (2010). 노인의 사회 연결망 유형과 건강상태와의 관련성. 대한간호학회지, 40(1), 88-98.
- Adams, N., & Grieder, D. M. (2004). Treatment planning for person-centered care: the road to mental health and addiction recovery. USA: Elsevier Academic Press.
- American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5. Arlington, Va.: APA.
- Australian Institute of Health and Welfare. (2014). Health expenditure Australia 2012-13. Canberra: AIHW.
- Battjes, R. J., Gordon, M. S., O'Grady, K. E., Kinlock, T. W., & Carswell, M. A. (2003). Factors that predict adolescent motivation for substance abuse treatment. Journal of Substance Abuse Treatment, 24(3), 221-232.

- Bogdan, R.C. and Biklen, S.K. (2007) *Qualitative Research for Education: An Introduction to Theory and Methods*. 5th Edition, Allyn & Bacon, Boston.
- Bonney, S., & Stickley, T. (2008). Recovery and mental health: A review of the British literature. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 15, 140-153.
- Carlson, R. G., Sexton, R., Wang, J., Falck, R., Leukefeld, C. G., & Booth, B. M. (2010). Predictors of substance abuse treatment entry among rural illicit stimulant users in Ohio, Arkansas, and Kentucky. *Substance Abuse*, 31(1), 1-7.
- Cobb, S. (1976). 1976" Social support as a moderator of life stress." *Psychosomatic Medicine* 38: 300-314.
- White, W. L. (2007). Addiction recovery: Its definition and conceptual boundaries. *Journal of substance abuse treatment*, 33(3), 229-241.
- Laudet, A. B. (2007). What does recovery mean to you? Lessons from the recovery experience for research and practice. *Journal of substance abuse treatment*, 33(3), 243-256.
- American Society of Addiction Medicine. (1982) Public statement on the state of recovery. Board of Directors.
- Wilson, B. (1958). The next frontier: Emotional sobriety. *AA Grapevine*, 2-5.
- el-Guebaly, N. (2012). The meanings of recovery from addiction: Evolution and promises. *Journal of Addiction Medicine*, 6(1), 1-9.
- Alcoholics Anonymous. (1939). *The Story of How More Than One Hundred Men Have Recovered From Alcoholism*. New York City: Works Publishing Company.
- Galanter, M. J. J. o. S. A. T. (2007). Spirituality and recovery in 12-step

- programs: An empirical model. 33(3), 265-272.
- Slade, M. (2009). *Personal recovery and mental illness: A guide for mental health professionals*: Cambridge University Press.
- Adeponle, A., Whitley, R., Kirmayer, L. J. J. R. o. p. w. m. i. P., & perspectives, r. (2012). Cultural contexts and constructions of recovery. 109-132.
- Coleman, J. S. (1988). Social capital in the creation of human capital. *American journal of sociology*, 94, S95-S120.
- Collins, D., & Lapsley, H. M. (2008). The costs of tobacco, alcohol and illicit drug abuse to Australian society in 2004/05 (pp. 41-47). Canberra: Department of Health and Ageing.
- Cook, C. C. H. (1988). The Minnesota model in the management of drug and alcohol dependency: Miracle, method or myth? Part I. The philosophy and the programme. *British Journal of Addiction*, 83(6), 625-634.
- Deegan, P. E. (1988). Recovery: The lived experience of rehabilitation. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 11(4), 11-19.
- Fields, R. (1998). *Drugs in perspective: A personalized look at substance use and abuse* (3rd ed.). Boston: MCGraw-Hill.
- Fisher, G. I., & Harrison, T. (2009). *Substance abuse: Information for school counselors, social workers, therapists, and counselors*. USA: Allyn & Bacon.
- Fleury, M. J., & Mercier, C. (2002). Integrated local networks as a model for organizing mental health services. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 30(1), 55-73.
- Hinson, J. A., & Swanson, J. L. (1993). Willingness to seek help as a function of self-disclosure and problem severity. *Journal of*

Counseling & Development, 71(4), 465-470.

<https://maitra.public.iastate.edu/stat501/lectures/ModelBasedClustering.pdf>

Kelly, D. (2010). Student learning in an international setting. *New Directions for Higher Education*, 2010(150), 97-107.

Kelly, M.(2010). The role of theory in qualitative health research, *Family Practice* 27(3), 285-290.

Litt, M. D., Kadden, R. M., Kabela-Cormier, E., & Petry, N. (2007). Changing network support for drinking: Initial findings from the Network Support Project. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(4), 542-555.

MacDonald EM, Luxmoore M, Pica S, Tanti C, Blackman JM, Catford N, Stockton P. (2004). Social networks of people with dual diagnosis: the quantity and quality of relationships at different stages of substance use treatment. *Community Ment Health J.* 40(5), 451-64

Meisel, M. K., Clifton, A. D., MacKillop, J., & Goodie, A. S. (2015). A social network analysis approach to alcohol use and co-occurring addictive behavior in young adults. *Addictive behaviors*, 51, 72-79.

Miller, W. R. (2007). *중독과 동기면담 - Enhancing motivation for change in substance abuse treatment* (조성희, 신수경, 역.). 서울: 시그마프레스. (Original work published 1999)

Mojtabai, R., Olfson, M., & Mechanic, D. (2002). Perceived need and help-seeking in adults with mood, anxiety, or substance use disorders. *Archives of General Psychiatry*, 59(1), 77-84.

Mowbray, O., Quinn, A., & Cranford, J. A. (2014). Social networks and alcohol use disorders: findings from a nationally representative

- sample. *The American journal of drug and alcohol abuse*, 40(3), 181-186.
- National Institute on Drug Abuse (2012). *Principles of drug addiction treatment: A research-based guide* (3rd ed.). NIH Publication No. 12-4180. US: NIDA.
- Oliver, C. (1991). Network relations and loss of organizational autonomy. *Human Relations*, 44(9), 943-961.
- Onken, S. J., Craig, C. M., Ridgway, P., Ralph, R. O., & Cook, J. A. (2007). An analysis of the definitions and elements of recovery: A review of the literature. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 31(1), 9-22.
- Oser, C. B., Leukefeld, C. G., Tindall, M. S., Garrity, T. F., Carlson, R. G., Falck, R., Wang, J., & Booth, B. M. (2010). Rural drug users: Factors associated with substance abuse treatment utilization. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 55(4), 567-586.
- Pescosolido, B. A., & Boyer, C. A. (2010). Understanding the context and dynamic social processes of mental health treatment. In T. L. Scheid & T. N. Brown (Eds.), *A handbook for the study of mental health: Social contexts, theories, and systems* (pp. 420-438). NY: Cambridge University Press.
- Provan, K. G., & Milward, H. B. (1995). A preliminary theory of interorganizational network effectiveness: A comparative study of four community mental health systems. *Administrative science quarterly*, 40(1), 1-33.
- Provan, K. G., Isett, K. R., & Milward, H. B. (2004). Cooperation and compromise: A network response to conflicting institutional pressures in community mental health. *Nonprofit and voluntary*

- sector quarterly, 33(3), 489-514.
- Putnam, R. D. (Ed.). (2004). *Democracies in flux: The evolution of social capital in contemporary society*. Oxford University Press, USA.
- Ralph, R. O. (2000). Recovery. *Psychiatric Rehabilitation Skills*, 4(3), 480-517.
- Rawson, R. A., Obert, J. L., McCann, M. J., Smith, D. P., & Ling, W. (1990). Neurobehavioral treatment for cocaine dependency. *Journal of Psychoactive Drugs*, 22(2), 159-171.
- Rickwood, D., Deane, F. P., Wilson, C. J., & Ciarrochi, J. (2005). Young people's help-seeking for mental health problems. *Advances in Mental Health*, 4(3, Supplement), 218-251.
- Ritter, A., Chalmers, J., & Berends, L. (2015). Health expenditure on alcohol and other drug treatment in Australia (2012/2013). *Drug and alcohol review*, 34(4), 397-403.
- Ritter, Al., Berends, L., Chalmers, J., Hull, P., Lancaster, K., & Gomez, M. (2014). *New Horizons: The review of alcohol and other drug treatment services in Australia*, Drug Policy Modelling Program, National Drug and Alcohol Research Centre, UNSW.
- Shen, L., Assanangkornchai, S., Liu, W., Cai, L., Li, F., Tang, S., ... & Chongsuvivatwong, V. (2018). Influence of social network on drug use among clients of methadone maintenance treatment centers in Kunming, China. *PloS one*, 13(7), e0200105.
- Slade, T., Johnston, A., Oakley Browne, M. A., Andrews, G., & Whiteford, H. (2009a). 2007 National Survey of Mental Health and Wellbeing: methods and key findings. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 43(7), 594-605.
- Steering Committee for the Review of Government Service Provision.

- (2014). Report on Government Services 2014. Canberra: Productivity Commission.
- Stevens, E., Jason, L. A., Ram, D., & Light, J. (2015). Investigating social support and network relationships in substance use disorder recovery. *Substance abuse*, 36(4), 396-399.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration (2018). National Registry of Evidence-based Programs and Practices (NREPP), <https://www.samhsa.gov/nrepp>.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration.(2012). SAMHSA's working definition of recovery
- The Department of Health and Human Services, Program Guidelines: Alcohol and other Drugs. (2018). <https://www2.health.vic.gov.au/alcohol-and-drugs/aod-service-standards-guidelines/aod-program-guidelines>.
- U.S. Department of Veterans Affairs (2015). Management of Substance Use Disorder (SUD), <https://www.healthquality.va.gov/guidelines/mh/sud>
- Valente, T. W., Gallaher, P., & Mouttapa, M. (2004). Using social networks to understand and prevent substance use: A transdisciplinary perspective. *Substance use & misuse*, 39(10-12), 1685-1712.
- WHO. (1994). *Lexicon of alcohol and drug terms*. Geneva: WHO. Retrieved from <http://apps.who.int/iris/handle/10665/39461>
- WHO. (1998). WHO Expert Committee on drug dependence: Thirtieth report. WHO technical report series, No. 873, Geneva: WHO. Retrieved from [http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO\\_TRS\\_873.pdf](http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_873.pdf)
- WHO. (2003). WHO Expert Committee on drug dependence: Thirtieth report. WHO technical report series, No. 915, Geneva: WHO. Retrieved from [http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO\\_TRS\\_915.pdf](http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_915.pdf)

WHO. (2012). Global Health Risks: Global patterns of health risk

Williamson, O. E. (1985). The economic institutions of capitalism.  
Firms, markets, CHINA SOCIAL SCIENCES PUBLISHING HOUSE  
CHENGCHENG BOOKS Lill.

Windle, M. (2000). Parental, sibling, and peer influences on adolescent  
substance use and alcohol problems. Applied Developmental  
Science, 4(2), 98-110.

[www.public.iastate.edu/~maitra/stat501/lectures/ModelBasedClustering.pdf](http://www.public.iastate.edu/~maitra/stat501/lectures/ModelBasedClustering.pdf)

## 부록 1. 클러스터별 지역

클러스터 1				클러스터 2			
번호	지역	번호	지역	번호	지역	번호	지역
1	세종 세종시	41	충남 아산시	1	서울 서초구	6	경기 부천시
2	서울 종로구	42	충남 금산군	2	서울 강남구	7	경기 고양시
3	서울 중구	43	충남 홍성군	3	서울 송파구	8	경기 용인시
4	서울 용산구	44	전북 김제시	4	경기 수원시	9	충북 청주시
5	서울 성동구	45	전남 순천시	5	경기 성남시	10	경남 창원시
6	서울 광진구	46	전남 나주시				
7	서울 동대문구	47	전남 곡성군				
8	서울 중랑구	48	전남 강진군				
9	서울 성북구	49	전남 진도군				
10	서울 강북구	50	경남 양산시				
11	서울 서대문구	51	제주 제주시				
12	서울 마포구						
13	서울 양천구						
14	서울 강서구						
15	서울 금천구						
16	서울 영등포구						
17	서울 동작구						
18	서울 관악구						
19	서울 강동구						
20	부산 동구						
21	부산 영도구						
22	대구 남구						
23	인천 남동구						
24	광주 동구						
25	대전 중구						
26	경기 동두천시						
27	경기 시흥시						
28	경기 군포시						
29	경기 의왕시						
30	경기 안성시						
31	경기 광주시						
32	강원 춘천시						
33	강원 삼척시						
34	강원 횡성군						
35	강원 영월군						
36	강원 인제군						
37	충북 충주시						
38	충북 제천시						
39	충북 단양군						
40	충남 보령시						

클러스터 3					
번호	지역	번호	지역	지역	번호
1	서울 노원구	14	울산 남구		
2	서울 구로구	15	경기 의정부시		
3	부산 부산진구	16	경기 안양시		
4	부산 해운대구	17	경기 평택시		
5	대구 동구	18	경기 안산시		
6	대구 북구	19	경기 남양주시		
7	대구 수성구	20	경기 화성시		
8	대구 달서구	21	강원 원주시		
9	인천 남구	22	충남 천안시		
10	인천 부평구	23	전북 전주시		
11	인천 서구	24	경북 포항시		
12	광주 북구	25	경남 진주시		
13	대전 서구	26	경남 김해시		

236 사회연결망 기반의 중독 회복 지원 방안

클러스터 4				클러스터 6 (계속)			
번호	지역	번호	지역	번호	지역	번호	지역
1	서울 도봉구	24	경기 오산시	9	인천 옹진군	49	전남 담양군
2	서울 은평구	25	경기 파주시	10	울산 동구	50	전남 구례군
3	부산 동래구	26	경기 이천시	11	울산 북구	51	전남 고흥군
4	부산 남구	27	경기 김포시	12	경기 과천시	52	전남 보성군
5	부산 북구	28	경기 양주시	13	경기 구리시	53	전남 화순군
6	부산 사하구	29	강원 강릉시	14	경기 하남시	54	전남 장흥군
7	부산 금정구	30	충북 음성군	15	경기 여주시	55	전남 영암군
8	부산 연제구	31	충남 공주시	16	경기 연천군	56	전남 무안군
9	부산 수영구	32	전북 군산시	17	경기 가평군	57	전남 영광군
10	부산 사상구	33	전북 익산시	18	경기 양평군	58	전남 완도군
11	대구 서구	34	전남 목포시	19	강원 동해시	59	전남 신안군
12	대구 달성군	35	전남 여수시	20	강원 태백시	60	경북 영주시
13	인천 연수구	36	경북 경주시	21	강원 속초시	61	경북 상주시
14	인천 계양구	37	경북 김천시	22	강원 홍천군	62	경북 문경시
15	광주 서구	38	경북 안동시	23	강원 정선군	63	경북 군위군
16	광주 남구	39	경북 구미시	24	강원 철원군	64	경북 의성군
17	광주 광산구	40	경북 영천시	25	강원 화천군	65	경북 청송군
18	대전 동구	41	경북 경산시	26	강원 양구군	66	경북 영덕군
19	대전 유성구	42	경북 칠곡군	27	강원 양양군	67	경북 청도군
20	대전 대덕구	43	경남 사천시	28	충북 보은군	68	경북 고령군
21	울산 중구	44	경남 거제시	29	충북 옥천군	69	경북 성주군
22	울산 울주군	45	제주 서귀포시	30	충북 영동군	70	경북 예천군
23	경기 광명시			31	충북 진천군	71	경북 봉화군
				32	충남 제천시	72	경북 울진군
				33	충남 당진시	73	경북 울릉군
				34	충남 서천군	74	경남 통영시
				35	충남 청양군	75	경남 밀양시
				36	충남 예산군	76	경남 의령군
				37	충남 태안군	77	경남 함안군
				38	전북 정읍시	78	경남 창녕군
				39	전북 남원시	79	경남 고성군
				40	전북 완주군	80	경남 남해군
				41	전북 진안군	81	경남 하동군
				42	전북 무주군	82	경남 함양군
				43	전북 장수군	83	경남 거창군
				44	전북 임실군	84	경남 합천군
				45	전북 순창군		
				46	전북 고창군		
				47	전북 부안군		
				48	전남 광양시		

클러스터 5					
번호	지역	번호	지역	번호	지역
1	경기 포천시	8	충남 부여군		
2	강원 평창군	9	전남 해남군		
3	강원 고성군	10	전남 함평군		
4	충북 괴산군	11	전남 장성군		
5	충북 증평군	12	경북 영양군		
6	충남 서산시	13	경남 산청군		
7	충남 논산시				

클러스터 6					
번호	지역	번호	지역	지역	번호
1	부산 중구	5	대구 중구		
2	부산 서구	6	인천 중구		
3	부산 강서구	7	인천 동구		
4	부산 기장군	8	인천 강화군		

## 부록 2. 알코올 중독자 일반적 특성(2016년)

(단위: %)

구분	항정신성의약품 사용으로 인한 정신 및 행동장애(F10-F19)		알코올사용장애(F10)	
	수	비율	수	비율
전체				
계	78,142	100.0	72,237	100.0
성별				
남성	64,179	82.1	61,334	84.9
여성	13,963	17.9	10,903	15.1
연령(1)				
19-29세	2,454	3.1	1,798	2.5
30-39세	6,799	8.7	5,881	8.1
40-49세	18,309	23.4	16,945	23.5
50-59세	27,432	35.1	26,134	36.2
60-69세	15,401	19.7	14,749	20.4
70세 이상	7,747	9.9	6,730	9.3
연령(2)				
65세 미만	64,707	82.8	60,094	83.2
65세 이상	13,435	17.2	12,143	16.8
가입 유형				
건강보험	51,575	66.0	46,558	64.5
의료급여	26,567	34.0	25,679	35.5
외래				
계	39,543	50.6	37,420	51.8
연간 평균 내원일수(일)	7		7	
성별				
남성	32,121	41.1	30,560	42.3
여성	7,422	9.5	6,860	9.5
연령(1)				
19-29세	1,058	1.4	909	1.3
30-39세	3,945	5.0	3,614	5.0
40-49세	10,361	13.3	9,758	13.5
50-59세	14,076	18.0	13,506	18.7
60-69세	6,947	8.9	6,678	9.2
70세 이상	3,156	4.0	2,955	4.1
연령(2)				
65세 미만	33,975	43.5	32,151	44.5
65세 이상	5,568	7.1	5,269	7.3
가입 유형				
건강보험	25,195	32.2	23,527	32.6
의료급여	14,348	18.4	13,893	19.2

238 사회연결망 기반의 중독 회복 지원 방안

구분	항정신성의약품 사용으로 인한 정신 및 행동장애(F10-F19)		알코올사용장애(F10)	
	수	비율	수	비율
입원				
계	51,767	66.2	47,732	66.1
연간 평균 입원일수(일)	121	0.2	130	0.2
성별				
남성	43,180	55.3	41,746	57.8
여성	8,587	11.0	5,986	8.3
연령(1)				
19-29세	1,613	2.1	1,071	1.5
30-39세	4,001	5.1	3,364	4.7
40-49세	11,822	15.1	10,994	15.2
50-59세	18,540	23.7	17,751	24.6
60-69세	10,563	13.5	10,151	14.1
70세 이상	5,228	6.7	4,401	6.1
연령(2)				
65세 미만	42,654	54.6	39,630	54.9
65세 이상	9,113	11.7	8,102	11.2
가입 유형				
건강보험	32,928	42.1	29,402	40.7
의료급여	18,839	24.1	18,330	25.4

자료: 본 연구에서 실시한 2016년 국민건강보험공단의 진료정보를 분석한 결과임.



1. 다음은 귀하에 대한 기본정보를 묻는 문항입니다. 각 문항에 대해 응답해 주십시오.

1. 성별	<input type="checkbox"/> ① 남 <input type="checkbox"/> ② 여	2. 연령대	<input type="checkbox"/> ① 20대 <input type="checkbox"/> ② 30대 <input type="checkbox"/> ③ 40대 <input type="checkbox"/> ④ 50대 이상
3. 전공	<input type="checkbox"/> ① 간호 <input type="checkbox"/> ② 사회복지 <input type="checkbox"/> ③ 임상심리 <input type="checkbox"/> ④ 의사 <input type="checkbox"/> ⑤ 기타(        )	4. 정신보건 전문요원	<input type="checkbox"/> ① 예 <input type="checkbox"/> ② 아니요
5. 정신건강 분야 총 근무기간	(        )년 (        )월	6. 중독분야 총 근무기간	(        )년 (        )월
7. 현 기관 근무기간	(        )년 (        )월	8. 근무 형태	<input type="checkbox"/> ① 상근 <input type="checkbox"/> ② 비상근 <input type="checkbox"/> ③기타(        )
9. 사례관리 대상자 수 (현재 기준)	① 전체 사례 (        )명 ② 알코올 중독 (        )명	10. 현재 근무하시는 기관의 총 인력수 (비상근 포함)	(        )명

2. 다음은 귀하가 중독관리통합지원센터에서 하시는 사업에 대한 내용을 묻는 문항들입니다.

2-1. 다음은 귀하가 중독관리통합지원센터에서 담당하시는 업무를 알아보기 위한 내용입니다.

다음의 사업에서 귀하가 하시는 업무에 해당하는 곳에 체크해 주십시오. 그리고 현재 하고 계시는 업무 중 일주일 중 가장 많은 시간을 투자하고 있는 업무를 우선순위로 3순위까지 응답해주세요.

구분	업무구분	수행 업무		많은 시간을 투자하는 업무순위 (3순위까지)
		① 예	② 아니요	
1	중독 예방 캠페인 및 교육			
2	중독 조기 선별 및 단기개입 서비스			
3	알코올 중독자 위기개입 서비스			
4	알코올 중독자 사례관리			
5	알코올 중독자 대상 재활프로그램			
6	지역사회 중독 관리 연계 체계 구축(네트워킹)			
7	중독 고위험군 관리 및 이동 상담			
8	알코올 중독자 가족 사례관리			
9	알코올 중독자 가족 대상 교육 및 프로그램			
10	노숙인 등 취약계층 알코올 중독 사례관리 사업			
11	가정 법원 및 보호관찰소 상담 위탁 프로그램			

구분	업무구분	수행 업무		많은 시간을 투자하는 업무순위 (3순위까지)
		① 예	② 아니요	
12	치료명령제 대상자 치료 프로그램			
13	직업재활 프로그램			
14	기타 중독자(인터넷 중독, 도박 중독, 마약 중독, 니코틴 중독 대상 사례관리)			
15	지역 진단 및 기획, 연구 조사 사업			
16	회계 및 행정 업무			
17	기타( )			

2-2. 위에서 귀하가 현재 하고 있다고 응답하신 업무 중 귀하가 중요하다고 생각하는 업무는 어떠한 것들입니까? 우선순위 3순위로 응답해 주십시오.

구분	업무 내용
1순위	
2순위	
3순위	

2-3. 귀하가 중요하다고 생각하는 업무에 많은 시간을 투자하고 있다고 생각하십니까?

- ① 전혀 그렇지 않다(☞2-5로 이동)  
 ② 그렇지 않다(☞2-5로 이동)  
 ③ 보통이다                       ④ 그렇다                       ⑤ 매우 그렇다

2-4. 귀하가 중요하다고 생각하는 업무에 많은 시간을 투자하지 못하는 이유는 무엇입니까?

---



---



---



---

3. 귀하가 생각하시는 중독에서의 ‘회복’은 무엇입니까?

---



---



---

4. 알코올 중독 예방 및 관리를 위한 지역사회 자원 연계

※ 다음은 알코올 중독 예방 및 관리를 위한 활동별로 귀하가 현재 연계를 맺고 있는 유관 기관 및 시설, 단체를 묻는 문항입니다. 즉, 다양한 중독 분야 중 알코올 중독 예방 및 관리를 위해 귀하가 가지고 있는 연계 자원에 대해 묻는 문항입니다. 중독관리통합지원센터와 공식적으로 협력체계(예: MOU 등)를 맺고 있지 않은 경우에도 귀하가 현재 협력하고 있는, 접촉하고 있는 기관, 시설, 단체 등을 언급해 주십시오.

※ 알코올 중독 예방 및 관리를 위한 지역사회 자원 연계와 관련하여 본 설문은 다음과 같이 크게 3개의 유형으로 구분되며, 세부적으로는 5가지 영역과 관련하여 연계를 맺고 있는 자원을 묻고자 합니다.

구분	세부 영역	응답자
알코올 중독 예방 및 교육	알코올 중독 예방을 위한 교육, 캠페인 활동을 위해 연계를 맺고 있는 기관 및 시설, 단체	센터장 혹은 상임팀장
알코올 중독 사례 의뢰	알코올 중독으로부터의 회복을 위해 중독관리통합지원센터로 상담, 중재, 재활을 위한 사례를 의뢰하는 기관 및 시설, 단체	센터장 혹은 상임팀장
사례관리	알코올 중독 사례에 대한 위기/응급 개입 및 치료 연계를 위해 연계를 맺고 있는 기관 및 시설, 단체	센터 실무자 전원
	알코올 중독자 직업재활(직업훈련, 교육, 취업지원, 직업알선 등)을 위해 연계를 맺고 있는 기관 및 시설, 단체	센터 실무자 전원
	치료나 직업재활 이외 알코올 중독자의 회복 지원을위해 연계를 맺고 있는 기관 및 시설, 단체	센터 실무자 전원

**4-1. (센터장 혹은 상임팀장 응답) 귀 기관에서 알코올 중독 예방을 위한 교육, 캠페인 활동을 위해 연계를 맺고 있는 기관 및 시설, 단체는 어떠한 곳들입니까?**

※ 주의: 교차로, 신문, 지하철, 버스 광고와 같은 홍보성 사업은 제외합니다. 여러 기관들과 연합사업을 하는 경우 개별 기관별로 응답해주시기 바랍니다.

※ 첫 연계 경로:

- ① 연계기관에서 중독관리통합지원센터로 교육, 캠페인 의뢰
- ② 중독관리통합지원센터에서 연계기관 대상 교육, 캠페인을 먼저 제안
- ③ 기타( \_\_\_\_\_ )

구분	기 관 명	교육 대상	최근 1년간 교육, 캠페인 횟수(회)	첫 연계 경로
(예시)	세종 초등학교 외 초등학교 10개소 (예시)	학생	20	1
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

【기관명 예시】	세종초등학교	세종자활센터	세종사회복지관
	조치원초등학교	세종시청 사례관리자	세종노숙인쉼터
	세종중학교	보람동주민센터 사례관리자	

**4-2. (센터장 혹은 상임팀장 응답) 귀 기관으로 알코올 중독에 대한 상담, 중재, 재활을 위해 사례를 의뢰하는 기관 및 시설, 단체는 어떠한 곳들입니까?**

※ 의료기관으로부터의 퇴원사실통지를 통해 사례들이 중독관리통합지원센터로 의뢰되는 경우, 최근 1년간 의뢰된 사례수에는 퇴원사실통지를 의료기관으로부터 받은 사례 수로 응답해 주시기 바랍니다.

구분	기 관 명	최근 1년간 의뢰된 사례 수(명)	최근 1년간 등록회원으로 이어진 사례 수(명)
(예시)	세종자활후견기관(예시)	3	2
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

【기관명 예시】	세종자활후견기관	세종시청 통합사례관리자	세종노숙인쉼터
	세종정신건강복지센터	보람동주민센터 사례관리자	세종정신병원
	법무부	세종사회복지관	세종아동보호전문기관

**4-3. (모두 응답) 귀하가 알코올 중독 사례에 대한 위기/응급 개입 및 치료 연계를 위해 연계를 맺고 있는 기관 및 시설, 단체는 어떠한 곳들입니까?**

※ **최근 1년간 접촉 빈도**

: 1=매일, 2=2-3회/주, 3=주 1회, 4=월 2~3회, 5=월 1회, 6=연 3~4회, 7=연 1~2회, 8=연 1회 미만

※ **첫 연계 경로:** ① 인터넷 검색, 직접 전화 등 자신이 직접 발굴,

② 관련 유관기관 담당자에게 확인(전화 혹은 이메일, 대면 등),

③ 업무인수인계 자료 활용, ④ 시군청 등에서 발간하는 지역사회 자원현황 집 활용 ⑤ 기타( )

※ **연계 만족도:** ① 매우 불만족, ② 불만족, ③ 보통, ④ 만족 ⑤ 매우 만족

구분	기 관 명	접촉 빈도	최근 1년간 치료 연계 건수(건)	최근 1년간 치료 연계 실인원(명)	첫 연계 경로	연계 만족도	연계 불만족 이유
(예시)	세종정신과 의원(예시)	5	10	6	3	4	
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							

<b>【기관명 예시】</b>	세종정신과의원	세종정신건강복지센터	세종사회복지관
	세종내과	세종시청 사례관리자	세종노숙인쉼터
	세종정신병원	보람동주민센터 사례관리자	세종시보건소





5. 귀하는 알코올 중독 회복 지원을 위해 지역사회 내 유관기관으로 구성되어있는 협의체(예: 지역사회보장협의체, 지역사회보장실무협의체, 지역단위 통합사례 회의, 사회복지협의회 등)에 참석하고 계십니까?

※ 귀 기관에서 누군가 참석하고 있으나, 귀하는 직접적으로 참석하고 있지 않으 시다면, '아니요'로 응답해 주십시오.

① 예    ② 아니요(이유: \_\_\_\_\_)

5-1. 참석하고 계시는 협의체는 무엇이며, 얼마나 자주 참석하십니까? 그리고 참석하시는 협의체가 중독 회복 지원에 얼마나 효과적이라고 생각하십니까?

※ **접촉빈도**: 1=매일, 2=2~3회/주, 3= 주 1회, 4= 월 2~3회, 5=월 1회, 6=연 3~4회, 7=연 1~2회, 8=연 1회 미만

※ **효과성에 대한 인식**:

① 매우 낮음, ② 낮음, ③ 보통, ④ 높음 ⑤ 매우 높음

구분	협의체명	접촉 빈도	효과성에 대한 인식	효과성에 대한 인식이 낮은 이유
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

6. 귀하는 귀하가 근무하시는 지역에 알코올 중독 예방 및 관리를 위한 자원이 충분하다고 생각하십니까?

- ① 매우 불충분하다      ② 불충분하다      ③ 보통이다  
④ 충분하다      ⑤ 매우 충분하다

6-1. '매우 불충분하다' 및 '불충분하다'고 응답하신 경우, 알코올 중독 예방 및 관리를 위해 어떠한 자원이 지역 내 확대 혹은 확충되어야 한다고 생각하십니까? 구체적으로 기술해 주십시오.

---

---

---

---

---

7. 귀하는 알코올 중독자 회복 지원을 위해 지역사회 의뢰 및 협력, 자원 연계 시에 가장 어려운 점은 무엇이라고 생각하십니까? 자유롭게 기술해 주십시오.

---

---

---

---

(예) ① 공공기관으로서의 행정력 부재 ② 지역사회 유관기관의 알코올 중독 및 회복 과정에 대한 이해 부족 ③ 알코올 중독 사례 의뢰 및 협력에 대한 필요성 인식 부족 ④ 중독자에 대한 부담과 개입의 어려움 ⑤ 전문가 및 개입 자원의 부족)

8. 귀하는 알코올 중독자 회복 지원을 위해 지역사회 자원 연계를 활성화하기 위해서는 다음 중 어떤 노력들이 우선적으로 필요한지 우선순위대로 3순위를 응답해주시시오.

구분	내용	우선순위
1	예산 증액	
2	인력 충원	
3	담당자 보수교육을 통한 전문성 향상	
4	정기적인 네트워크 회의 진행	
5	각 기관별 역할의 명확성 확보	
6	시장/군수/의원/공무원 등의 중독 정책에 대한 마인드 활성화	
7	지역 특성에 맞는 지원	
8	기타1(_____)	
9	기타2(_____)	
10	기타3(_____)	

☺ 응답해 주셔서 감사합니다. ☺



1. 귀 기관에서는 알코올 중독 예방 및 관리를 위한 활동을 하고 계십니까?

- ① 예(☞2번 문항으로 이동)       ② 아니요(☞1-1 응답 후 조사 종료)

1-1. 귀 기관에서 알코올 중독 예방 및 관리를 위한 활동을 하고 계시지 않다면, 그 이유는 무엇입니까?

---



---



---

※ 2번 문항부터는 귀 기관의 알코올 중독 예방 및 관리를 위한 활동에 대해 여쭙고 있습니다. 응답은 귀 기관에서 알코올 중독 예방 및 관리를 위한 활동을 주로 하고 있는 실무자분께서 해주시면 됩니다. 만약, 귀 기관에서 알코올 중독 예방 및 관리를 위한 활동을 여러 실무자분이 하시고 계시다면, 한 분이 대표로 작성해 주시면 됩니다.

2. 다음은 귀하에 대한 기본정보를 묻는 문항입니다. 각 문항에 대해 응답해 주십시오.

※ 10번과 관련하여, 귀하가 중독 예방 및 관리 활동 이외에 중증정신질환자에 대한 사례관리 및 자살예방 사업 등 다른 업무를 병행하고 있다면 '아니요'로 체크해 주십시오.

1. 성별	<input type="checkbox"/> ① 남 <input type="checkbox"/> ② 여	2. 연령대	<input type="checkbox"/> ① 20대 <input type="checkbox"/> ② 30대 <input type="checkbox"/> ③ 40대 <input type="checkbox"/> ④ 50대 이상
3. 전공	<input type="checkbox"/> ① 간호 <input type="checkbox"/> ② 사회복지 <input type="checkbox"/> ③ 임상심리 <input type="checkbox"/> ④ 의사 <input type="checkbox"/> ⑤ 기타(        )	4. 정신보건 전문요원	<input type="checkbox"/> ① 예 <input type="checkbox"/> ② 아니요
5. 정신건강 분야 총 근무기간	(        )년 (        )월	6. 중독분야 총 근무기간	(        )년 (        )월
7. 현 기관 근무기간	(        )년 (        )월	8. 근무 형태	<input type="checkbox"/> ① 상근 <input type="checkbox"/> ② 비상근 <input type="checkbox"/> ③기타(        )
9. 사례관리 대상자 수 (현재 기준)	① 전체 사례 (        )명 ② 알코올 중독 (        )명	10. 중독 분야 전담 인력 여부	<input type="checkbox"/> ① 예 <input type="checkbox"/> ② 아니요
11. 현재 근무하시는 기관의 중독 분야 담당 인력 수	(        )명	12. 현재 근무하시는 기관의 총 인력수 (비상근 포함)	(        )명

3-1. 다음은 귀하가 정신건강복지센터에서 알코올 중독 예방 및 관리와 관련하여 담당하시는 업무를 알아보기 위한 내용입니다. 귀하가 알코올 중독 예방 및 관리를 위해 하시는 활동을 기입해 주십시오. 그리고 현재 하고 계시는 업무 중 일주일 중 가장 많은 시간을 투자하고 있는 업무를 우선순위로 3순위 까지 응답해주세요.

※ 업무와 관련해서 표 밑에 중독관리통합지원센터에서 하는 중독 예방 및 관리 업무들을 예시로 제시하였습니다.

※ 수행빈도의 단위를 주, 월, 년 단위로 제시해 놓았습니다. 해당하는 곳에 체크 해 주시면 됩니다. 예를 들어 알코올 중독자를 대상으로 주간프로그램을 매주 하신다면 '1회/주'로 체크해 주시면 됩니다.

구분	업무 구분	수행 빈도	많은 시간을 투자하는 업무순위 (3순위까지)
1		( )회/(주, 월, 년)	
2		( )회/(주, 월, 년)	
3		( )회/(주, 월, 년)	
4		( )회/(주, 월, 년)	
5		( )회/(주, 월, 년)	
6		( )회/(주, 월, 년)	
7		( )회/(주, 월, 년)	
8		( )회/(주, 월, 년)	
9		( )회/(주, 월, 년)	
10		( )회/(주, 월, 년)	

#### 업무 예시

- |  |   |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 중독 예방 캠페인 및 교육</li> <li>○ 중독 조기 선별 및 단계개입 서비스</li> <li>○ 알코올 중독자 위기개입 서비스</li> <li>○ 알코올 중독자 사례관리</li> <li>○ 알코올 중독자 대상 재활프로그램</li> <li>○ 지역사회 중독 관리 연계 체계 구축(네트워킹)</li> <li>○ 중독 고위험군 관리 및 이동 상담</li> <li>○ 알코올 중독자 가족 사례관리</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 알코올 중독자 가족 대상 교육 및 프로그램</li> <li>○ 노숙인 등 취약계층 알코올 중독 사례관리 사업</li> <li>○ 가정 법원 및 보호관찰소 상담 위탁 프로그램</li> <li>○ 치료명령제 대상자 치료 프로그램</li> <li>○ 직업재활 프로그램</li> <li>○ 기타 중독자(인터넷 중독, 도박 중독, 마약 중독, 니코틴 중독 대상 사례관리</li> <li>○ 지역 진단 및 기획, 연구 조사 사업</li> <li>○ 회계 및 행정 업무</li> </ul> |
|--|---|

3-2. 위에서 귀하가 현재 하고 있다고 응답하신 업무 중 귀하가 알코올 중독자의 회복 지원을 위해 중요하다고 생각하는 업무는 어떠한 것들입니까? 우선순위 3순위로 응답해 주십시오.

구분	업무 내용
1순위	
2순위	
3순위	

3-3. 귀하가 중요하다고 생각하는 업무에 많은 시간을 투자하고 있다고 생각하십니까?

- ① 전혀 그렇지 않다(↔2-5로 이동)  
 ② 그렇지 않다(↔2-5로 이동)  
 ③ 보통이다                       ④ 그렇다                       ⑤ 매우 그렇다

3-4. 귀하가 중요하다고 생각하는 업무에 많은 시간을 투자하지 못하는 이유는 무엇입니까?

---



---



---



---

4. 귀하가 생각하시는 중독에서의 '회복'은 무엇입니까?

---



---



---



---



---

## 5. 알코올 중독 예방 및 관리를 위한 지역사회 자원 연계

※ 다음은 알코올 중독 예방 및 관리를 위한 활동별로 귀하가 현재 연계를 맺고 있는 유관 기관 및 시설, 단체를 묻는 문항입니다. 즉, **다양한 중독 분야 중 알코올 중독 예방 및 관리를 위해 귀하가 가지고 있는 연계 자원에 대해 묻는 문항입니다.** 정신건강복지센터와 공식적으로 협력체계(예: MOU 등)를 맺고 있지 않은 경우에도 귀하가 현재 협력하고 있는, 접촉하고 있는 기관, 시설, 단체 등을 언급해 주십시오.

※ 알코올 중독 예방 및 관리를 위한 지역사회 자원 연계와 관련하여 본 설문은 다음과 같이 크게 3개의 유형으로 구분되며, 세부적으로는 5가지 영역과 관련하여 연계를 맺고 있는 자원을 묻고자 합니다.

구분	세부 영역
알코올 중독 예방 및 교육	알코올 중독 예방을 위한 교육, 캠페인 활동을 위해 연계를 맺고 있는 기관 및 시설, 단체
알코올 중독 사례 의뢰	알코올 중독으로부터의 회복을 위해 중독관리통합지원센터로 상담, 중재, 재활을 위한 사례를 의뢰하는 기관 및 시설, 단체
사례관리	알코올 중독 사례에 대한 위기/응급 개입 및 치료 연계를 위해 연계를 맺고 있는 기관 및 시설, 단체
	알코올 중독자 직업재활(직업훈련, 교육, 취업 지원, 직업 알선 등)을 위해 연계를 맺고 있는 기관 및 시설, 단체
	치료나 직업재활 이외 알코올 중독자의 회복 지원을위해 연계를 맺고 있는 기관 및 시설, 단체

5-1. 귀 기관에서 **알코올 중독 예방을 위한 교육, 캠페인 활동**을 위해 연계를 맺고 있는 기관 및 시설, 단체는 어떠한 곳들입니까?

※ 주의: 교차로, 신문, 지하철, 버스 광고와 같은 홍보성 사업은 제외합니다. 여러 기관들과 연합사업을 하는 경우 개별 기관별로 응답해주시기 바랍니다.

※ 첫 연계 경로:

- ① 연계기관에서 정신건강복지센터로 교육, 캠페인 의뢰
- ② 정신건강복지센터에서 연계기관 대상 교육, 캠페인을 먼저 제안
- ③ 기타( \_\_\_\_\_ )

구분	기 관 명	교육 대상	최근 1년간 교육, 캠페인 횟수(회)	첫 연계 경로
(예시)	세종 초등학교 외 초등학교 10개소 (예시)	학생	20	1
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

【기관명 예시】	세종초등학교	세종자활센터	세종사회복지관
	조치원초등학교	세종시청 사례관리자	세종노숙인쉼터
	세종중학교	보람동주민센터 사례관리자	

5-2. 귀 기관으로 알코올 중독에 대한 상담, 중재, 재활을 위해 사례를 의뢰하는 기관 및 시설, 단체는 어떠한 곳들입니까?

※ 의료기관으로부터의 퇴원사실통지를 통해 사례들이 정신건강복지센터로 의뢰되는 경우, 최근 1년간 의뢰된 사례 수에는 퇴원사실통지를 의료기관으로부터 받은 사례 수로 응답해 주시기 바랍니다.

구분	기 관 명	최근 1년간 의뢰된 사례 수(명)	최근 1년간 등록회원으로 이어진 사례 수(명)
(예시)	세종자활후견기관(예시)	3	2
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

【기관명 예시】	세종자활후견기관	세종시청 통합사례관리자	세종노숙인쉼터
	세종장애인복지관	보람동주민센터 사례관리자	세종정신병원
	법무부	세종사회복지관	세종아동보호전문기관

5-3. 귀 기관에서 **알코올 중독 사례에 대한 위기/응급 개입 및 치료 연계**를 위해  
연계를 맺고 있는 기관 및 시설, 단체는 어떠한 곳들입니까?

※ **최근 1년간 접촉 빈도**: 1=매일, 2=2-3회/주, 3=주 1회, 4=월 2~3회, 5=월 1회, 6=연 3~4회, 7=연 1~2회, 8=연 1회 미만

※ **첫 연계 경로**:

- ① 인터넷 검색, 직접 전화 등 자신이 직접 발굴, ② 관련 유관기관 담당자에게 확인(전화 혹은 이메일, 대면 등), ③ 업무인수인계 자료 활용,
- ④ 시군청 등에서 발간하는 지역사회 자원현황집 활용 ⑤ 기타(            )

※ **연계 만족도**: ① 매우 불만족, ② 불만족, ③ 보통, ④ 만족 ⑤ 매우 만족

구분	기 관 명	접촉 빈도	최근 1년간 치료 연계 건수(건)	최근 1년간 치료 연계 실인원(명)	첫 연계 경로	연계 만족도	연계 불만족 이유
(예시)	세종정신과 의원(예시)	5	10	6	3	4	
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							

<b>【기관명 예시】</b>	세종정신과의원	세종중독관리통합지원센터	세종사회복지관
	세종내과	세종시청 사례관리자	세종노숙인쉼터
	세종정신병원	보람동주민센터 사례관리자	세종시보건소

5-4. 귀 기관에서 **알코올 중독자 직업재활(직업훈련, 교육, 취업지원, 직업알선 등)**을 위해 연계를 맺고 있는 기관 및 시설, 단체는 어떠한 곳들입니까?

※ **최근 1년간 접촉 빈도:** 1=매일, 2=2-3회/주, 3=주 1회, 4=월 2~3회, 5=월 1회, 6=연 3~4회, 7=연 1~2회, 8=연 1회 미만

※ **첫 연계 경로:**

- ① 인터넷 검색, 직접 전화 등 자신이 직접 발굴, ② 관련 유관기관 담당자에게 확인(전화 혹은 이메일, 대면 등), ③ 업무인수인계 자료 활용, ④ 시군청 등에서 발간하는 지역사회 자원현황집 활용 ⑤ 기타( )

※ **연계 만족도:** ① 매우 불만족, ② 불만족, ③ 보통, ④ 만족 ⑤ 매우 만족

구분	기 관 명	접촉 빈도	최근 1년간 직업재활을 위해 연계한 건수(건)	최근 1년간 직업재활을 위해 연계한 실인원(명)	첫 연계 경로	연계 만족도	연계 불만족 이유
(예시)	세종자활센터(예시)	6	2		3	4	
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							

【기관명 예시】	세종자활센터	보람동주민센터	사례관리자	세종노숙인쉼터
	세종시청	사례관리자	세종사회복지관	세종정신재활시설
	세종정신병원	보람동주민센터	사례관리자	세종시보건소



6. 귀 기관은 알코올 중독 회복 지원을 위해 지역사회 내 유관기관으로 구성되어 있는 협의체

(예: 지역사회보장협의체, 지역사회보장실무협의체, 지역단위 통합사례회의, 사회복지협의회 등)에 참석하고 계십니까?

① 예     ② 아니요(이유: \_\_\_\_\_)

6-1. 참석하고 계시는 협의체는 무엇이며, 얼마나 자주 참석하십니까? 그리고 참석하시는 협의체가 중독 회복 지원에 얼마나 효과적이라고 생각하십니까?

※ 접촉빈도:

1=매일, 2=2~3회/주, 3=주 1회, 4=월 2~3회, 5=월 1회, 6=연 3~4회, 7=연 1~2회, 8=연 1회 미만

※ 효과성에 대한 인식:

① 매우 낮음, ② 낮음, ③ 보통, ④ 높음 ⑤ 매우 높음

구분	협의체명	접촉 빈도	효과성에 대한 인식	효과성에 대한 인식이 낮은 이유
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

7. 귀하는 귀하가 근무하시는 지역에 알코올 중독 예방 및 관리를 위한 자원이 충분하다고 생각하십니까?

- ① 매우 불충분하다      ② 불충분하다      ③ 보통이다  
④ 충분하다      ⑤ 매우 충분하다

7-1. '매우 불충분하다' 및 '불충분하다'고 응답하신 경우, 알코올 중독 예방 및 관리를 위해 어떠한 자원이 지역 내 확대 혹은 확충되어야 한다고 생각하십니까? 구체적으로 기술해 주십시오.

---

---

---

---

---

8. 귀하는 알코올 중독자 회복 지원을 위해 지역사회 의뢰 및 협력, 자원연계 시에 가장 어려운 점은 무엇이라고 생각하십니까? 자유롭게 기술해 주십시오.

---

---

---

---

(예) ① 공공기관으로서의 행정력 부재 ② 지역사회 유관기관의 알코올 중독 및 회복 과정에 대한 이해 부족 ③ 알코올 중독 사례 의뢰 및 협력에 대한 필요성 인식 부족 ④ 중독자에 대한 부담과 개입의 어려움 ⑤ 전문가 및 개입자원의 부족)

9. 귀하는 알코올 중독자 회복 지원을 위해 지역사회 자원 연계를 활성화하기 위해서는 다음 중 어떤 노력들이 우선적으로 필요한지 우선순위대로 3순위를 응답해주십시오.

구분	내용	우선순위
1	기초 정신건강복지센터의 예산 증액	
2	기초 정신건강복지센터 내 중독 담당 인력 총원	
3	담당자 보수교육을 통한 전문성 향상	
4	정기적인 네트워크 회의 진행	
5	각 기관별 역할의 명확성 확보	
6	시장/군수/의원/공무원 등의 중독 정책에 대한 마인드 활성화	
7	지역 특성에 맞는 지원	
8	기타1(_____)	
9	기타2(_____)	
10	기타3(_____)	

☺ 응답해 주셔서 감사합니다. ☺



## 간행물회원제 안내

### ▶ 회원에 대한 특전

- 본 연구원이 발행하는 판매용 보고서는 물론 「보건복지포럼」, 「보건사회연구」도 무료로 받아보실 수 있으며 일반 서점에서 구입할 수 없는 비매용 간행물은 실비로 제공합니다.
- 가입기간 중 회비가 인상되는 경우라도 추가 부담이 없습니다.

### ▶ 회원종류

- 전체간행물회원 : 120,000원
- 보건분야 간행물회원 : 75,000원
- 사회분야 간행물회원 : 75,000원
- 정기간행물회원 : 35,000원

### ▶ 가입방법

- 홈페이지([www.kihasa.re.kr](http://www.kihasa.re.kr)) - 발간자료 - 간행물구독안내

### ▶ 문의처

- (30147) 세종특별자치시 시청대로 370 세종국책연구단지 사회정책동 1~5F  
간행물 담당자 (Tel: 044-287-8157)

## KIHASA 도서 판매처

- |   |   |
|---|---|
| ■ 한국경제서적(총판) 737-7498   | ■ 교보문고(광화문점) 1544-1900  |
| ■ 영풍문고(종로점) 399-5600  | ■ 서울문고(종로점) 2198-2307   |
| ■ Yes24 <a href="http://www.yes24.com">http://www.yes24.com</a> | ■ 알라딘 <a href="http://www.aladdin.co.kr">http://www.aladdin.co.kr</a> |