

불임 클리닉의 “자연임신”: 자연의 경계를 재구성하는 생의학의 수사*

강지연**

1. 들어가며

인류 역사에서 오랫동안 임신은 인간의 힘이 개입할 수 없는 신비한 영역에 남아 있었다. 원치 않을 때 임신을 하지 않는 것과 아기를 갖고 싶을 때 임신하는 것, 이 두 가지 모두 개인의 욕망에 따라 자유롭게 선택할 수 있는 것은 아니었다. 재생산을 통제하려는 시도는 언제나 존재했음에도 불구하고, 그것을 가능하게 하는 적절한 수단이 없거나 조야했고, 있더라도 접근성이 제한되어 있었다. 이러한 상황을 획기적으로 변화시킨 첫 번째 전환점은 1960년대 효능 높은 피임 기술의 보급이다(도열 2010: 160). 안전한 피임약·피임기술이 개발되고 그에 대한 접근성도 높아짐에 따라 인간은, 특히 재생산의 가장 중요한 주체인 여

* 본고는 연구자의 석사논문(강지연 2011) 4장의 일부를 수정·보완한 것이다. 세심하고 생산적인 심사를 통해 보다 발전된 논의가 가능하게 해 주신 익명의 심사위원들께 감사드린다.

** 서울대학교 인류학과 석사

성은 원치 않는 임신을 통제할 수 있게 되었던 것이다.¹⁾ 두 번째 전환점은 바로 1978년 체외수정을 통한 출산에 성공한 것으로, 이후 빠르게 상용화된 보조생식기술(assisted reproductive technology)²⁾은 아기를 ‘만드는’ 문제에도 인간이 개입할 수 있게 하였다.

재생산에 대한 보조생식기술의 개입은 한국에서 “자연임신”이라는 신조어를 만들어내고 있다. 기술이 직접 사용되는 불임 클리닉뿐만 아니라 언론 매체에도 등장하기 시작한 이 복합어³⁾는 일견 어색하게 느껴지는데, 그간 임신은 그 자체로 자연의 영역으로 간주되어 왔으므로 앞에 ‘자연’이라는 수식어를 붙일 필요가 없었기 때문일 것이다. 그렇다면 자연임신이란 과연 무엇을 의미하며, 새로운 수식어가 갖는 효과는 무엇인가? 의학과 기술이 ‘인공적으로’ 개입되지 않은 임신을 자연임신이라 일컫는다고 생각하면 답은 간단하게 보이지만, ‘자연분만’이 언어사용 주체와 맥락에 따라 다르게 정의되듯이(정영보 2003), 자연임신 역시 다층적이고 유동적인 의미를 가지고 있으며, 그 속에서 자연과 인공의 경계가 재조정된다.

현재 이 단어가 가장 일상적으로 통용되는 공간은 바로 불임 클리닉이다. 이 곳에서 의사, 간호사, 환자는 대화를 나눌 때 끊임없이 자연임신에 대해서 이야기하는데, 대화 속에서 자연임신은 때로는 치료의 일환으로, 때로는 산과력의 일부로, 때로는 의료적 문제로 등장한다. 본 연구는 불임 클리닉을 하나의 문화적 세팅으로 파악하고 그 안에서 자

-
- 1) 물론 기술이 등장하였다고 해서 가족·종교·국가·사회적 통제없이 여성이 독자적으로 그것을 사용할 수 있도록 보장되는 것은 아니고, 피임 기술의 안전성 논란과 접근성 편향, 영구피임기술의 남용 문제도 여전히 해결되지 않은 것이 사실이지만(도열 2010: 159-191), 여기서는 피임 기술을 통해 개인이 재생산 통제를 할 수 있는 가능성이 발생하였다는 것을 강조하고자 한다.
 - 2) 생식에 인간이 개입할 수 있게 된 변화는 전례없는 일이었기 때문에 이 기술은 처음에 신생식기술(new reproductive technology)이라 불렸고, 어떤 학자들은 지금도 이 용어를 고수한다.
 - 3) “불임 환자도 자연임신 할 수 있다”, 파이낸셜뉴스 2012. 3. 19, “김한석 부부, 난임 극복 4년 만에 극적 ‘자연임신’”, 스타뉴스 2011. 12. 23. 등

연임신이 정의되는 맥락과 언어 속에 내포된 의미들을 추적함으로써, 자연임신과 보조생식기술의 관계, 그리고 더 나아가 자연과 기술의 관계를 고찰해보고자 한다.

2. 이론적 배경 및 선행연구 검토

보조생식기술은 에이즈를 제외하면 의료인류학에서 가장 주목받고 있는 단일 주제(Inhorn & Birenbaum-Carmeli 2008: 177)이다. 많은 학자들은 이 새로운 기술이 기존의 젠더 관계, 친족 및 가족, 계층화된 재생산(stratified reproduction) 등에 미치는 영향을 탐구했다. 특히 보조생식기술을 몸을 통해 직접적으로 수용하는 여성들의 경험을 드러내어 보임으로써 이들의 행위성을 밝히는 데 주력하는 한편(Becker & Nachtigall 1994; Franklin 1997; Modell 1998), 과학의 일부인 의료기술이 정치·종교·친족 등 문화적 영역과 상호 영향을 미치는 양상을 검토하였다(Inhorn 2004; Ragoné 1996; Thompson 2005).

한국에서는 주로 사회학, 여성학, 간호학, 행정학 등에서 연구가 진행되었다. 효과적인 간호 중재를 위해 불임 환자들이 겪는 신체적·심리적·경제적 고통을 파악(이운정 2004)하고 불임과 관련된 기초적인 통계 조사를 실시하여 불임 당사자들에게 필요한 정책을 제언(황나미 2003)하였으며, 기술을 신체로 직접 경험하는 불임 여성들에 대해 질적 연구를 수행(김선헌 2008; 하정옥 2008)하였다.

인류학 내의 논의와 한국의 연구 성과에서 그간 상대적으로 소홀하게 다루어진 측면은 첫째, 보조생식기술 및 불임에 관한 생의학 지식이 어떻게 생산되고 힘을 획득하는가, 그리하여 “어떤 바이오테크놀로지를 해답으로 보이게 만드는 문제설정(백영경·박연규 2008: 18)”은 어떻게 이루어지는가에 대한 답이다. 여성들에게 신체적·정신적으로 상당

한 부담을 지우는 것이 명백함에도 불구하고 불임 치료는 짧게는 몇 달, 길게는 수년간 지속된다. 이를 가능하게 하는 동인은 과연 무엇인가? 이에 대해 많은 연구들은 가족과의 갈등, 여성성 및 정상성에 대한 추구 등 불임 커플들에게 가해지는 사회·문화적 압박을 검토했다(김선혜 2008; 박용운 2004). 이러한 요인들은 실제로 불임 당사자들이 가장 큰 스트레스로 꼽는 것이며 연구자 역시 이를 부정하거나 과소평가할 생각은 전혀 없다. 다만 연구자는 불임 클리닉이라는 공간에서 의학 지식과 의료기술이 어떻게 힘을 획득하는가에 주목함으로써 불임 치료가 오랫동안 반복될 수 있는 동인 중 한 가지를 밝히고자 한다.

불임 클리닉이라는 공간에서 이루어지는 문화적 실천에 대한 연구는 몇 개의 작업을 제외하면 거의 이루어지지 않았다. 프랭클린은 치료 과정을 추적함으로써 시험관수정을 하기 위해 여성들의 일상이 완전히 재조직되고 기술을 체화하는 양상을 드러냈고(Franklin 1997), 톰슨은 오랜 기간 동안 불임 클리닉 내에서 현지조사를 수행함으로써, 이 곳이 끊임없이 유입되는 “새로운 것들(환자, 과학 지식, 법적 규제, 의료 기구, 의료진)”을 기존의 절차와 대상에 통합시키는 규범화(normalization)와 자연화(naturalization)를 핵심적인 규칙으로 갖는 공간임을 밝혔다(Thompson 2005).

기존의 연구들에서 뚜렷하게 드러나지 않은 것은 의사-환자 관계에 있어서 의사, 간호사, 생명공학 기술자 등 의료진의 역할이다. 이 행위자들은 배경 및 조연으로 처리되거나 여성의 내러티브 내에서만 등장하였으며, 혹은 이들이 환자와 상호작용하는 구체적인 양상은 주목받지 못하였다. 그러나 불임 치료가 장기간 지속되면서 의료진과 환자의 접촉 빈도 및 강도가 높다는 점, 또 임신에 실패할 때 의료진이 환자를 위로하고 새로운 치료로 이끈다는 점을 상기할 때 의료진의 역할은 매우 중요하다. 의료진은 단지 생의학에게 손을 빌려준 대리인이 아니라 기술의 또다른 행위자이자 사용자인 것이다. 본 연구는 이러한 문제의식

을 바탕으로 의료진에게도 주요 행위자의 지위를 부여하고 의료진과 환자의 상호작용을 추적함으로써 생의학적 지식이 생산되고 권위를 획득하는 사회적 과정을 밝히고자 한다. 특히 이러한 과정이 일어나는 바로 그 장소인 불임 클리닉을 하나의 낯선 문화적 세팅으로 간주하여 “대개 당연하게 여겨지는 과학적 행위의 낯선 측면을 생각하고자 한다” (Latour & Woolgar 1986).

본 연구는 의학과 과학 역시 사회적 행위의 산물이며 사회적 힘들에 의해 실재화되고 구성될 뿐만 아니라(Wright 1988: 300) “과학, 기술, 의학을 사회·문화의 핵심”(Casper & Koenig 1996: 528)으로 간주한다. 과학 지식의 프레임의 역사적 구성(라커 2000; 칸길렘 1996), 의학에 담지된 문화적 가치(Martin 1991; 손택 2002), 의학 지식의 권력 획득(푸코 2004), 생의학이 기반한 데카르트적 이분법(Scheper-Hughes & Lock 1987; Lock 2001) 등을 밝혀온 연구들과 같은 관점을 견지하는 것이다. 따라서 생의학의 발전 정도나 효능의 검토는 본 연구가 목적하는 바가 아니며 오히려 의학 지식을 병원 내 담화의 일부로서 다루었다. 본 연구에 등장하는 전문 용어 역시 그것의 권위를 인정하여 인용되었다기보다는 민족지적 연구가 진행된 문화적 세팅에서 내부자들이 사용하는 민속명칭으로서 인용된 것이다.

3. 연구방법

연구자는 2010년 8월부터 12월까지 약 4개월 동안 한국의 한 불임 클리닉(이후 “A 불임 클리닉”)에서 참여관찰을 실시하였다. 조사가 이루어진 병원은 역사, 규모, 환자 수, 시술 횟수 등 여러 측면에서 한국의 대표적인 대형 불임 클리닉 중 하나로 손꼽히는 곳으로, 1967년 의원급 산부인과로 출발하여 1989년에 시험관아기센터를 개설한 이후 불임 전

문병원으로 성공을 거두었다. 진료실, 수술실, 채취·이식실, X-ray 검사실, 연구실, 입원실 등을 갖추고 있으며, 조사 당시 총 7명의 의사를 비롯하여 간호사, 연구원, 접수원, 관리자 등 수십 명의 직원들이 근무하고 있었다.

연구자는 병원 원장의 허락을 받아 접수대, 초진 상담실, 진료실, 채취·이식실, 연구실 및 정액 처리실을 차례로 돌아볼 수 있었고, 각 공간에서 최소 1주일, 길게는 한 달 이상을 머물렀다. 접수대에서는 병원을 방문하는 환자들, 병원의 일과, 각 진료실별 특성 등에 대해 개괄적으로 파악하였고, 초진 상담실에서 환자들이 병원을 찾게 된 배경, 불임 및 불임 치료에 대한 인식, 불임 치료 경험 등에 대해 조사하였다. 한편 7명의 의사 중 5명이 진료실 참관을 허락하였는데, 각 진료실에서 의료실천의 구체적 양상과 그 과정에서 이루어지는 의사-환자 커뮤니케이션을 관찰하였고, 여기서 모은 자료가 본 연구의 주요 자료가 되었다. 채취·이식실에서는 시험관수정의 중요한 부분인 난자 채취 및 배아 이식 과정에서 이루어지는 의료진-실험실 연구원들 간의 협업과 수술 의례를 조사하였으며, 연구실에서는 연구원들이 생식세포 처리와 수정, 배양을 위한 과학적 행위들을 실천하는 동안 어떻게 생명에 대한 의미를 연루시키는지 살펴보았다.

조사 기간 동안 의료진들과 틈틈이 비공식적 면접을 하는 한편, 조사 막바지인 11월부터는 따로 시간과 장소를 마련하여 공식적 면접을 실시하였다. 환자들은 직접적인 접촉을 삼갔는데 이는 병원이라는 공간적 특성에서 기인한 것이다. 병원은 환자들이 치유를 목적으로 찾아오는 공간이므로 연구를 할 때 가장 중요한 것이 연구자의 조사가 그 목적을 해하지 않는 것이었다. 특히 불임이 지극히 사적인 문제로 받아들여진다는 점을 고려할 때 연구자의 사소한 개입도 환자의 치유를 방해할 가능성이 매우 높았다. 따라서 연구자는 병원 측에서 권한 한 가운을 입고 공간의 일부로 녹아들어갔으며, 의료진과 환자가 상호작용할

때면 그것을 조금 떨어진 곳에서 관찰하고 어떠한 상황에서도 개입하지 않았다. 또한, 많을 때는 하루에 400여 명의 환자가 방문하는 대형 병원에서 환자 개개인에게 녹음에 대한 동의서를 받는 것은 사실상 불가능하였을 뿐만 아니라 그것은 연구 자체를 사실상 포기해야 하는 것이었으므로, 병원 내의 의사-환자 간 의사소통은 연구자의 속기로 기록되었고 그 중 개인을 특정할 수 있는 정보는 아예 기록하지 않았다.⁴⁾

마지막으로 불임을 다루어 온 신문보도와 불임 클리닉의 홍보 책자를 분석하는 한편, 영국의 BBC Science에서 제작하고 한국방송 KBS에서 “인체대탐험”이라는 제목으로 방영된 바 있는 다큐멘터리 “The Human Body: An Everyday Miracle”을 참고자료로 삼아 대중 매체에서 재현되는 임신과 출산의 메커니즘에 관해 분석하였다.

4. 한국의 불임 치료 현황

한국에서는 전통적으로 신비한 힘을 가진 초월적 존재가 아기를 짐지해준다고 생각하였기 때문에 임신을 원하는 사람들은 산신, 천신 등 종교적 대상에게 치성을 드리거나 아들 낳은 집의 금줄 훔쳐오기, 임신에 도움이 된다고 알려진 음식을 챙겨먹기 등의 기자실천(祈子實踐)을 행했다(홍순례 2002). 서양 의학이 도입된 이후에는 기계론적 신체관에 입각하여 불임이 생식기관의 문제로 설명되기 시작하였다.⁵⁾ 다만 생식기관의 기형을 교정하거나 염증을 치료하는 것 외에는 병원에서 달리 해줄 수 있는 치료법이 존재하지 않았기 때문에 불임을 병원에서 관리

4) 연구자는 예비조사의 단계에서 서울대학교 생명윤리심의위원회(IRB)에 문의한 결과 개인정보를 수집하지 않는다면 연구 동의서를 받을 필요가 없다는 답변을 받은 바 있다.

5) 예컨대 1928년 11월 15일자 조선일보에는 생식세포 수정 과정을 불임의 원인으로 설명하는 기사가 게재되었다(“불임증은 어떻게 낫치나”, 『조선일보』, 1928. 11. 15-11. 17.)

하게 된 것은 아니었으며 여전히 임신을 위한 실천은 종교, 비방(秘方), 다른 여성으로의 대체에 기대고 있었다.

한국에서 생의학이 불임의 지배적 의료체계가 되기 시작한 것은 1985년 시험관수정 출산에 성공한 이후로 보인다. 1990년대 초부터는 시험관수정으로 유명한 병원을 소개하면서 불임은 질병이므로 망설이지 말고 병원을 찾아가라는 기사가 등장하기 시작하였다.⁶⁾ 흥미로운 것은, 기술이 상용화되는 과정에서 생명윤리 논쟁이 촉발되어 일찍부터 국가가 보조생식기술을 관리해 온 영국·미국 등과 달리, 한국의 경우 그것이 정부의 지원도 제재도 없이 성장하였다는 사실이다(하정옥 2006: 62-64). 이러한 특성은 한국의 인구학적 문제와 관련이 깊은데, 1960년대 이후 경제발전을 위해 출산율을 낮추는 것이 당면 과제였으므로 정부는 불임과 보조생식기술에 무관심하였으며 국가가 개입해야 할 문제가 아니라 개인의 사적 영역으로 간주하였다. 이러한 이유로 1990년대 중반까지도 ‘불임’이라는 단어가 공공보건 정책에 등장한 것은 불임 치료(infertility treatment)가 아닌 영구피임수술(sterilization)을 가리키기 위해서였다.

그러나 2000년대 본격적으로 사회적 문제로 등장한 저출산 현상은 ‘불임’의 제1표제어를 바꾸어놓았고 불임 치료와 보조생식기술은 인구 문제를 해결하기 위한 정책 중 하나로 인식되었다. 2006년부터 정부는 “불임부부 지원사업(이하 ‘지원사업’)”을 통해 일정 소득 계층 이하의 불임 부부들에게 시험관수정 시술비를 지원하기 시작하였으며 사업의 대상 및 범위는 계속 확대되어 2012년 현재 시험관수정은 물론이고 인공수정까지 지원을 받을 수 있다.⁷⁾ 그 영향으로 불임 관련 총진료비와 진료 인원은 크게 증가하였는데, 2001년 43억원으로 집계된 불임 관련

6) 예컨대 “불임/1년내 「결실」 없으면 즉시검진.” 『국민일보』, 1992. 3. 20.

7) 2012년 현재 전국가구 월평균소득 150%이하인 법적 혼인상태의 부부에게 시험관수정은 1회 180만원씩 총 3회까지(4회는 100만원까지), 인공수정은 1회 50만원씩 총 3회까지 지원한다.

총진료비는 2006년 140억원, 2010년 203억원으로 증가하였고, 진료 인원 역시 2001년 5만 8천 명, 2006년 14만 8천 명, 2010년 18만 4천 명으로 증가하였다(김선혜 2008: 35; 건강보험심사평가원 보도자료).⁸⁾

5. 불임 치료의 구체적 양상

1) 환자되기

생의학에서 불임은 ‘부부가 피임하지 않고 정상적인 성생활을 했을 때 1년이 지나도 임신이 되지 않는 것’(대한산부인과학회 2010[2008]: 457)으로 정의된다. 불임은 흔히 질병이라는 단어가 연상시키는 암이나 감기와는 유별되는 속성이 있다. 첫째, 의학적 정의에는 명시되어 있지 않지만 불임의 핵심적인 조건은 바로 아기를 갖고자 하는 의도이다. 예컨대 난소를 절제했다 하더라도 당사자가 아기를 가질 의도가 없으면 그 사람은 불임이 아니다. 둘째, 불임은 1년이라는 임의적 기간을 기준으로 정의된다. 셋째, 이것은 생명이나 신체적 건강을 위협하는 질병이라기보다는, 결혼한 부부는 자녀를 낳는다는 정상성을 위배한 문제이다. 마지막으로, 불임은 질병의 주체가 “부부”인, 두 사람 사이의 문제이다. 마지막 특성은 불임 환자가 과연 누구인가라는 질문을 제기한다. 불임 환자는 부부인가, 여성인가, 혹은 남성인가? 이에 대해 답하고 나서야 이후의 논의를 진행할 수 있을 것이므로, 먼저 불임 클리닉에서 누가 어떻게 환자로 인식되는지 살펴보고자 한다.

A 불임 클리닉을 처음 방문하면 여성들은 초진환자 인터뷰지를 작성하고 간호사와의 상담을 통해 담당의를 배정받으며, 플라스틱으로 된 진료카드를 발급받음으로써 불임 환자로 등록된다. 그런데 이 진료카드

8) http://www.hira.or.kr/dummy.do?pgmid=HIRAA020041000000&cmsurl=/cms/notice/02/1208237_13390.html

에는 부부의 이름이 함께 기재되어 있고 환자 번호도 두 명에게 각각 발급된다. 두 사람이 함께 등록되어 있는 한 장의 진료카드는 불임이 파트너십의 문제임을 강조하는 상징물이며, 불임을 여성만의 책임으로 돌리던 인식을 전환시키는 역할을 한다.

그러나 모든 파트너십이 인정받는 것은 아닌데, 건강보험과 지원사업은 법적으로 혼인한 지 1년 이상 된 부부에 한하여 적용되고, 또 정부의 지원과 별개로 이 병원에서는 혼인한 부부가 아니면 인공수정과 시험관수정을 시술해주지 않는다. 처음부터 이러한 방침을 세운 것은 아니지만 “문제”가 자꾸 생겨서 병원 내 생명윤리위원회가 결정한 사항으로⁹⁾ 이 완고한 방침은 A 불임 클리닉의 의료진들이 자랑스럽게 생각하는 것 중 하나이다.

요컨대 환자가 될 수 있는 자격은 법적인 부부에 한정되며 이들에게는 한 장의 진료카드가 발급됨으로써 불임을 함께 극복하도록 요구받는다. 적어도 절차적 측면에서는 불임 환자란 곧 혼인한 부부이다. 그러나 진료실의 실천적 차원에서는 오직 여성만이 환자로 인식되고 있으며 이러한 인식은 의료진뿐만 아니라 불임 당사자들도 모두 공유하고 있는 것으로 보인다. 첫째, 부부의 이름으로 발급받은 진료카드를 접수할 수 있는 주체는 여성뿐이며, 둘째, 불임 원인이 남성 쪽에 있어 남편이 진료 예약을 하는 경우 그는 “부인의 이름h”로 표기된다(여기서 ‘h’는 물론 ‘husband’의 h이다). 셋째, 의료진은 여성을 호칭할 때는 “본인”이나 “환자분”이라는 말을 사용하는 반면, 남성은 언제나 “남편분”으로 불리며, 이것은 불임의 원인이 남성에게 있다고 밝혀진 부부라 해도 마찬가지이다. 즉, 불임 클리닉에서 환자는 사실상 법적인 부부 중 아내를 지칭한다.

환자로 등록된 여성들은 내원 당일 검진 및 각종 검사를 받음으로써

9) “문제”의 예로 A 불임 클리닉의 한 접수원은 이혼 소송이 채 끝나지 않은 사람이 새로운 파트너와 시험관수정 시술을 하러 온 사례를 들었다.

바로 불임 치료를 시작하게 된다. 치료는 크게 “자연임신”, 인공수정, 시험관수정¹⁰⁾으로 나뉘는데, 어느 것이든 여성의 생리주기를 따라 치료가 진행되므로 약 한 달이 소요되는 것은 동일하나 각 치료법에 따라서 난포기에 복용하는 호르몬제와 용량, 배란기의 시술방식 등이 달라진다.¹¹⁾

2) “자연임신”

불임 클리닉에서 “자연임신”은 “배란일 잡아 임신시도하기”, “초음파보고 임신시도하기”, “자연주기” 등으로도 불리는 치료법으로, 난포기의 초음파 검사를 통해 의사가 배란일을 예측하여 “난포가 거의 다 자랐으니 모 일과 모 일에 임신 시도를 해보라”고 알려주는 것이 구체적인 방법이다. 경우에 따라서 배란유도제를 복용하기도 한다.

생리가 규칙적이라면 배란일을 예측하기란 사실 어렵지 않다. 예컨대 28일마다 생리를 하는 여성의 경우 28일의 절반, 즉 생리 시작 후 14일 전후가 배란기이다. 따라서 “자연임신”으로 명명되는 불임 치료는 배란일 예측 그 자체가 목표라기보다는, 초음파로 난포의 성숙도를 지

10) 불임 치료의 시술명은 사실 그 자체로 매우 흥미롭다. 인공수정은 수정을 인공적으로 시켜주는 것이 아니고 시험관수정 역시 시험관과 큰 상관이 없다. 그렇다면 이것이 왜 “인공수정”과 “시험관수정”으로 명명되었으며 그 이름의 효과는 무엇인가를 생각해보아야 할 것이다. 예컨대 여성주의적 관점에서 시험관수정의 이름은 배아를 착상시켜 태아를 임신하는 어머니의 존재를 비가시화시킨다는 비판을 받은 바 있다 (Franklin 1997). 마찬가지로 불임 클리닉에서 불리는 이름인 “자연임신” 역시 이 시술이 왜 자연임신이라 불리는가를 고찰하고 이름의 정치성을 환기시키고자 하는데, 이는 뒤에서 다루게 될 것이다. 다만 인공수정과 시험관수정과 달리 자연임신은 계속 그 의미가 변화하므로 시술명으로서의 자연임신에 한정하여 따옴표를 붙였다.

11) 생리학 설명모델에 따르면 여성의 생리주기는 첫째, 난소에서 난포가 자라는 난포기, 난포로부터 난자가 배출되는 배란기, 남은 난포가 점점 작아지는 동시에 자궁내막이 자궁으로부터 떨어져 나오는 황체기로 나누어진다(서울대학교의과대학 산부인과학과 실 1999 참조). 임신을 하기 위해서는 생식세포가 배란기에 수정되어야 하므로 불임 치료는 여성의 생리주기를 따라 진행된다. 난포기에는 초음파를 통해 난포의 크기 및 개수, 성숙도, 자궁내막 상태 등을 검사하는 동시에 난포를 키우기 위한 호르몬제를 복용·투여한다.

속적으로 관찰함으로써 배란 예정일보다 일찍, 혹은 늦게 배란이 될 때 보다 효과적으로 대처하도록 돕는 것이 주안점이라 할 수 있다. 그러나 사실 배란일이 예상을 빗나갈 때 의학이 해줄 수 있는 일은 그다지 많지 않다. 배란이 예정일보다 늦어지는 경우에는 내원 날짜를 다시 잡고, 반대로 이미 배란된 경우에는 환자에게 이를 알리고 당일 한 번 더 부부 관계를 해 볼 것을 권유하거나 최종 관계일을 확인하여 적절한 시기에 관계를 가졌다고 안심시켜 주는 것이 의사가 할 수 있는 일이다.

따라서 “자연임신”은 고도의 전문 지식이 적용되는 치료법은 아니라 할 수 있다. 그럼에도 불구하고 의사가 환자에게 따라야 할 지시를 처음으로 내리는 순간이라는 점에서 중요한 의미가 있다.¹²⁾ 의사의 지시사항은 다음과 같은 것들이다.

“여기 보면 배란된 거 보이죠? 부부관계는 일요일이랑 화요일에 하세요.”
“너무 부부관계를 안 하는 건 좋지 않아요. 3-4일에 한 번씩은 하세요.”

이와 같이 성관계를 해야 하는 날짜와 빈도가 의사에 의해 구체적으로 ‘처방’됨으로서 성관계 역시 치료의 일부이자 시술의 한 유형으로 편입된다. 18-19세기 서구에서 누구와(동성이나 어린 아이는 금지된다) 어떻게(소위 정상위로) 섹스하도록 사법당국과 의학이 끊임없이 “섹스의 진실”을 산출해낸 것과 같이(푸코 2004), 불임 클리닉에서는 언제, 그리고 얼마나 자주 부부관계를 해야 하는가가 불임의 ‘치료’로 등장하는 것이다. 진료실에서 의사와 상담할 때 많은 환자들은 의사가 배란일로 지정해준 날 이외에는 부부관계를 하지 않게 되었다거나 발기부전, 성욕 감퇴 등을 경험하였다고 호소한다. 이들에게 배란일 이외의 날에

12) 물론 이전에 불임 여부를 검사할 때도 의사는 환자에게 지시를 내리지만 그것이 임신과 직결되는 것은 아니다. 반면 “자연임신”에서의 지시는 “이렇게 하면 임신이 된다” 혹은 “이렇게 하면 임신이 되지 않는다”에 관한 것이므로 그 무게감이 달라진다.

갖는 성관계는 “무의미한 것”이 되어 부부관계의 목적은 오직 생식만이 남는다.

3) 인공수정

인공수정은 배란유도 인공수정과 과배란 인공수정, 두 종류가 있다. 전자는 배란유도제를 복용하면서 인공수정 시술을 받는 것이고 후자는 고용량의 호르몬 주사를 맞음으로써 배란되는 난자의 개수를 늘린 후 시술을 받는 것이다. 과배란 인공수정은 과배란유도제인 자가 주사를 매일 맞는다는 점에서 배란유도 인공수정보다 몸에 무리가 더 많이 가므로 배란유도 인공수정에서 시작하여 과배란 인공수정으로 넘어가는 것이 일반적이다.

구체적인 시술 방법은 다음과 같다. 배란 예정일에 부부가 모두 병원을 방문하는데, 채취한 정자를 처리하기까지 시간이 걸리는데다가 이른 아침에 내원한 뒤 바로 출근하면 직장 생활에 차질을 빚지 않으므로 대개 남성이 더 일찍 병원에 온다. 무정자증 등 정자에 문제가 있는 경우에는 고환내정자추출술 등의 수술을 통해 정모세포를 바로 직접 채취하지만, 대부분은 수음법을 통해 정자를 얻는다. 인공수정 및 시험관수정을 전담하는 접수대에 와서 남성이 신분을 확인시키면 간호사는 환자(아내), 담당의, 그리고 남성의 이름이 적힌 종이 봉투에 플라스틱 용기를 담아 건네준다. 접수대 안쪽의 방 중 하나를 지정받아 들어가면 그곳에는 TV, 소파, 탁자와 함께 수음을 도울 ‘영상 자료’들이 구비되어 있다. 정자의 ‘채취’가 끝나면 방 맞은 편의 선반에 플라스틱 용기를 올려두고 벨을 누른다. 남성이 나간 뒤 연구원은 용기를 회수한다. 남성의 정자 채취는 불임 당사자들과 의료진 사이에 접촉이 최소화된 절차이다. 한편 여성은 초음파 검진으로 배란기임을 확인한 뒤 채취·이식실에 올라가고 그곳에서 의료진은 처리된 정액을 질을 통해 넣어준다.

인공수정의 핵심은 성교를 대신하는 기술이라는 점이다. 다음의 사례를 보자.

[사례 1] 2010. 8. 19. 초진 상담실¹³⁾

이 부부는 불임 검사에서 아무런 이상이 발견되지 않았다. “자연임신”은 시도해 본 적이 없으나 서로 다른 지방에 거주하여 2주에 한 번 정도만 만날 수 있는 주말부부이므로 어차피 부부관계를 할 시간이 나지 않기 때문에 인공수정을 원한다고 말했다.

[사례 2] 2010. 10. 1. <가> 진료실

이 부부는 2004년에 결혼했고 그 동안 피임한 적은 없지만 부인이 성교통이 있어서 “밤을 제대로 보낸 적이 없다.”

위의 두 사례 모두 성관계를 통해 임신할 의사가 없었고 바로 인공수정에 들어갔다. 의학적 정의에 따르면 불임은 부부가 피임하지 않고 정상적인 성생활을 했을 때 1년이 지나도 임신이 되지 않는 것이다. 그러나 [사례 1]과 [사례 2]는 진단을 성립시킬 수 있는 조건인 ‘정상적인 성생활’을 만족시키지 않았음에도 불구하고 인공수정을 받음으로써 치료를 시작하였고 환자가 되었다. 즉, 불임 클리닉에서 불임은 ‘아기를 가질 욕망이 있고 성관계를 통해 노력하였으나 아기가 생기지 않음’에서 ‘아기를 가질 욕망이 있으나 아기가 생기지 않음’으로 재정의됨으로써 기술이 성교를 대신하는 것까지 치료에 포함되는 것이다.

4) 시험관수정

시험관수정은 체외에서 난자와 정자를 수정시킨 뒤 수정란을 다시 여성의 자궁 안에 넣어 착상시키는 것으로, 기술 개입도가 가장 크고

13) 각 사례는 날짜와 장소를 표기하였고 진료실은 <가>부터 <마>까지 번호를 매겨 구분하였다.

신체적 고통도 증가하며 비용도 가장 많이 든다. 시험관수정도 자연주기 시험관수정, 장기요법, 단기요법 등 여러 종류가 있으나 어느 것을 선택하든지 채취와 이식의 과정은 동일하며 호르몬을 어떻게 조절하느냐의 차이만 있다. 자연주기 시험관은 과배란유도제를 쓰지 않고 평소의 생리주기에 맞춰서 배란된 난자를 채취하는 시술이고 장기·단기요법은 과배란유도제를 투여하여 난자의 개수를 늘린다. 신체에 대한 기술의 개입도가 낮은 것부터 시작하여 높은 것으로 이동하였던 인공수정과 달리, 시험관수정은 일반적으로 과배란유도제를 쓴다. 자연주기 시험관수정은 과배란유도제의 부작용을 겪지 않는다는 점에서 여성의 재생산 건강을 보호할 수 있는 보조생식기술로 언급되기도 하지만(예컨대 김경례 2010), 이 시술을 선택하는 환자는 거의 없고 의사도 추천하지 않는다. 난자를 여러 개 키우면 수정될 확률을 높일 수 있고 냉동배아를 만들어 둘 수도 있기 때문이다.

난포기와 정액 채취까지 과배란 인공수정과 동일하고 여기에 난자 채취와 배아 이식 과정이 더해진다. 배란 예정일에 남편이 정자를 “받아 놓고” 나면 환자는 시험관수정센터로 안내되어 수술복으로 갈아입은 뒤 자신의 이름이 불리면 채취실로 간다. 시술 침대와 초음파, 각종 수술 도구가 놓여 있는 채취실 천장에는 커다란 아기 천사의 그림이 그려져 있고, 왼편 벽에는 환자에게 난자와 배아를 보여주기 위한 용도인 대형 모니터가 걸려 있다. 시술 침대에 누운 환자는 아기, 난자, 배아의 이미지에 둘러싸이는 셈이다. 의사가 채취실로 올라오면 비로소 시술이 시작된다. 환자는 침대에 누워 쇠석위¹⁴⁾를 취한다. 의사는 질 내부를 소독하고 국소마취 주사를 놓은 뒤 수술 장갑을 세척한다. 무균 콘돔을 씌운 초음파경을 소독한 뒤 질 안으로 넣고 초음파 화면을 보면서 “니들(needle)”을 난소로 찔러 넣는다. 난포마다 일일이 니들을 찔러 넣어

14) 누워서 무릎을 굽히고 허벅다리를 벌린 자세.

난포액과 난자를 빨아들여야 하므로 난포가 많이 자랄수록 니들에 여러 번 찔려야 한다. 채취를 마치면 의사는 수술용 장갑을 벗고 질을 소독한다. 환자의 자궁과 방광이 인접했던 경우에는 요도에 관을 삽입하여 혈뇨가 나오는지 확인하기도 한다. 환자는 이동식 침대로 옮겨져서 약 두 시간 정도 회복실에서 머문 뒤 귀가한다.

한편 난자와 정자는 연구실에서 수정된다. 수정 방법은 “컨벤션(convention)”과 “미세수정”이 있는데, 전자는 생식세포들을 한 “디쉬”에 두어 그 안에서 수정되도록 하는 것이고, “익시(ICSI, Intra Cytoplasmic Sperm Injection)”라고도 불리는 미세수정은 연구원이 정자를 난자에 직접 찔러 넣어서 수정을 시켜주는 것이다. 배아 배양은 3일 혹은 5일이 걸린다.

환자는 배아 이식을 위해 다시 내원한다. 이식은 니들로 난소를 찌르는 과정이 없기 때문에 채취만큼 고통스러운 작업은 분명 아니다. 채취 때와 마찬가지로 초음파 검사와 소독을 마치면 의사가 차트를 보고 채취한 난자 수, 수정된 배아 수, 배아의 질을 알려준다. 모니터에는 배아가 담겨 있는 디쉬의 라벨, 즉 배아의 ‘주인’인 환자와 남편의 이름이 클로즈업된다. 이름이 맞는지 환자가 확인하면 이번에는 디쉬 속의 배아가 화면에 잡힌다. 디쉬에서 부유하던 배아는 관 모양의 기구인 “카테터” 속으로 -상당히 극적으로- 빨려들어 간다. 의사는 이 카테터를 견네받아 자궁 내에 배아를 이식한 뒤, 초음파를 보며 “이식이 아주 잘 됐어요” 하고 말한다. 환자는 회복실로 이동하고 의사는 이식한 배아의 상태와 개수를 차트에 기입한다. 이것으로 시험관수정의 채취와 이식이 모두 끝난 것이다.

이상 시험관수정의 채취와 이식 과정을 비교적 상세하게 기술한 이유는 이것이 결코 간단한 작업이 아님을 강조하기 위해서이다. 불임 클리닉에서 시험관수정을 홍보할 때 채취와 이식은 자세하게 설명되지 않거나 마치 간단한 과정인 것처럼 설명되지만 실상은 마취를 하고 굵은

직경의 주사바늘이 몸의 일부를 뚫고 들어와 해집는, 거의 수술에 가까운 것이다. 따라서 채취라는 용어를 다시 검토할 필요가 있다. 과학 용어 역시 결코 가치중립적이지 않음은 이미 주지된 사실이고(Martin 1991; Longino 1987), 문제는 과학 용어가 어떤 가치를 담고 있는가이다. 채취는 영어로 ‘retrieval’, ‘pick-up’인데, 이는 난자를 여성의 몸에서부터 마치 원래 그것이 마땅히 있었어야 하는 장소(의사·과학자의 손)로 회수되었다거나 혹은 마치 땅에 있는 식물을 줍듯 얻는다는 뉘앙스를 전달한다. 한국어 ‘채취’ 역시 난자를 빼내는 과정의 고통스러움과 어려움을 은닉한다.¹⁵⁾ 보조생식기술에 대한 여성의 경험을 고찰한 인류학자 사라 프랭클린은 의학 용어의 정치적 성격을 고려하여 난자 채취를 ‘수술(operation)’로 간주하고 난자 ‘흡입(aspiration)’이라고 쓰고 있다(Franklin 1997).

6. 비효율적인 자연

불임 치료는 상술한 시술법 중 하나를 택해 그것을 반복하는 것이 아니라 “자연임신”에서 인공수정, 그리고 시험관수정으로 향하는 방향성을 띠고 있으며, 시험관수정으로 넘어간 환자가 인공수정이나 “자연임신”으로 돌아오는 경우는 거의 없다.¹⁶⁾ 시술 1회에 약 한 달이 소요되므로 “자연임신”에서 출발하여 시험관수정까지 넘어가기까지는 몇 달의 시간이 걸린다. 그리고 그 시간은 곧 여러 번의 치료가 실패로 돌아갔음을 의미한다. 실패를 마주하는 순간마다 의사와 환자¹⁷⁾는 치료를

15) 환자들이 몸시 힘들어하고 가급적 최소화하고 싶어 하는 과정이 바로 난자 채취로, A 불임 클리닉 화장실의 낙서판에는 채취의 고통을 호소하는 글을 자주 볼 수 있다.

16) 물론 한동안 불임 치료를 중단했거나 불임 당사자의 몸 상태에 따라 이전의 시술을 다시 받는 경우도 있지만 그것은 시험관수정을 하면서 든 신체적·정신적·경제적 고통을 잠시 경감시킨다는 의미가 강하다.

17) 물론 이러한 결정은 불임 당사자인 부부가 함께 결정을 내리는 것이나, 여기에서는

계속 이어갈 것인지, 혹은 아기 갖기를 포기할 것인지, 만약 치료를 이어간다면 새로운 시술법으로 넘어갈 것인지 아니면 이전의 방식을 다시 시도해 볼 것인지 결정해야 한다. 대부분의 경우 다음 주기를 시작하기로 결정하는데, 프랭클린은 불임 치료 중단을 결정하기 어렵게 되는 여성들의 심리를 고찰하며 이 기술을 “희망의 기술”이라 명명한 바 있다(1997). 그런데 이 결정은 전적으로 독립적이고 자율적인 환자의 결정이라기보다는 의사의 설득이 중요한 역할을 한다. 의사는 환자에게 실패의 원인을 납득시키고 다음에는 성공할 것이라는 확신을 제공해야 하며, 필요한 경우 시술법을 바꿔볼 것을 설득해야 한다. 따라서 보조생식 기술을 다시 “설득의 기술”이라 할 수 있을 것이다.

의료진의 설득 담화에서 두드러지는 전략은 자연에 대한 레토릭을 적절하게 구사하는 것이다. 다음에서 의료진이 환자를 설득하는 담화 속에서 임신의 범주가 자연임신이라는 하위범주를 통해 새롭게 분화되는 양상과 그 효과에 대해 의사-환자 간 의사소통을 중심으로 살펴볼도록 할 것이다.

1) '원래' 어려운 임신

불임 클리닉을 방문한 환자들은 바로 초진 상담실에서 자연임신이라는 용어와 용례를 접하게 되는데 이 순간 임신의 하위범주가 처음으로 생성된다. 불임 클리닉에는 임신의 당연함에 대한 기대가 빗나가게 된 사람들이 찾아오므로 여기서 임신은 더 이상 자연스러운 일이 아니며, 따라서 ‘자연적인 임신’과 ‘인공적인 임신’을 구분하게 된다. 병원을 찾지 않고 이루어진 임신은 이곳에서 자연임신이라 구별되어 불린다. 흥미로운 사실은 기존의 기의(자연적인 임신)와 기표(임신)는 그대로 놔

진료실에서 만나게 되는 의사와 환자의 관계를 고찰하고자 하므로 ‘환자’로 한정시켰다.

든 채 새로 생성된 하위 범주(인공적인 임신)를 추가하는 형식인 ‘임신/인공임신’으로 구분되는 것이 아니라, 오히려 원기표에 새로운 하위 범주를 기의로써 부속시키고 원기의에 새로운 기표를 부여하는 언어실천이 이루어진다는 점인데, 이에 대해 뒤에서 다시 논의할 것이다.

새로 생성된 자연임신은 의학의 개입 없이 이루어진 임신이라는 점 외에도 의료진에 의해 인식되는 몇 가지 속성을 갖는다. 예컨대 다음 두 간호사의 대화에서 그 속성은 압축적으로 드러난다.

[사례 3] 2010. 8. 17. 두 간호사의 대화

간호사 A: (사람들이 병원에) 빨리 와야 되는데……. 애도 한 명만 낳고 안 낳을 거야?

나йд도 있구…….

간호사 B: [아는 사람을 언급하며] (그 사람은) 자궁내막증 수술하고 뭐 하고 **노력**했잖아.

그래서 개는 바로 자연임신했어. (강조는 연구자)

위의 대화에서 임신이 되기를 마냥 기다리고 있을 것이 아니라 병원에 빨리 와서 임신을 방해하는 각종 요소를 제거하도록 “노력”해야 한다고 간호사들이 말한 바와 같이, 불임 클리닉에서 임신은 더 이상 생애 주기의 정상적인 사건이 아니라 언제든지 부부의 기대를 배반할 수 있는 위험을 가지고 있으므로 계획한 것보다 늦어지면 바로 노력을 기울여서 성취해야 하는 과업으로 인식된다. 그 노력은 당연히 불임 클리닉의 도움을 받는 것이다.

이와 같이 인식되는 이유는 불임 클리닉에서 임신은 ‘원래’ 일어날 확률이 낮은 사건으로 간주되기 때문이다. 이것은 생의학이 임신 및 출산에 대해 갖는 기본적인 인식에 따른 것으로, 생의학이 파악한 임신은 수많은 장애물로 가득 찬 과정이다. 영국의 방송국 BBC에서 제작된 다큐멘터리 “The Human Body: An Everyday Miracle”은 이러한 인식

을 대표적으로 드러내는 자료이다. 불임 전문가들에 의해 기획·제작된 이 다큐멘터리는 많은 나라에 수출되었으며 한국에서는 한국방송 KBS가 “인체 대탐험”이라는 제목으로 방영한 바 있다. 임신을 준비 중인 여성과 초산부가 시청할 것이 권장되는 자료로써 임신부들의 인터넷 커뮤니티에 꾸준히 올라온다.

이 다큐멘터리에 의하면 임신은 “일종의 싸움”이고 “복잡하고 어려운 일”이다. 왜냐하면 그것은 (1) 일 년에 총 30일 정도에 불과한 배란기에 (2) 건강한 난자가 배란되어 (3) 건강한 정자가 (4) 체내에 들어온 정액을 침입자로 간주하여 공격하는 질 내벽의 산성을 이겨내면서 나팔관까지 거슬러 올라가야 하며, (5) 난자가 배란된 지 24시간 이내에 만나서 수정된 후 (6) 착상하여 무사히 세포가 발달해야 하는 과업이기 때문이다. 게다가 5억 마리의 정자 중 대부분은 한 시간 이내에 ‘사망’하고 고작 수천 마리만 살아남아 나팔관까지 이동하며, 수정된 세포의 절반만이 계속 진행되어 임신에 이를 수 있다. 프랭클린이 지적한 바와 같이, 이처럼 임신을 일련의 장애물 넘기로 파악하는 견해는 어머니의 몸과 탄생하는 아기를 신비화하여 출생 그 자체를 일종의 경이로운 기적으로 표상하는 동시에 다른 한편으로는 수태 과정이 애초에 “잘못 디자인된 것”처럼 여겨지게 만든다(Franklin 1997: 188-189).

바로 이러한 생의학적 관점에 기반하여 의사들은 모든 충분조건 — 여성의 나이, 정확한 배란일, 건강한 생식세포, 자궁 등 — 이 갖추어져도 임신은 일어나기 어렵다고 설명한다. “제대로 정자랑 난자가 만나게 중요한데, 그런 확률이 원래 10%가량”이라는 것이다. 따라서 여성들이 병원에 빨리 와서 임신을 방해하는 각종 요소를 제거하는 노력을 기울여야 한다는 주장이 가능해진다.

그런데 자궁내막증, 막힌 나팔관, 자궁의 혹 등과 같은 방해 요소를 제거하는 것은 사실 불임 클리닉에서 목표로 하는 것이 아니다. 왜냐하면 그렇게 임신 가능한 몸을 만들어 자연임신을 시도하는 것은 비효율

적인 것으로 간주되기 때문이다.

[사례 4] 2010. 8. 16. 초진 상담실

이 환자는 다른 병원에서 나팔관이 막혀 있다는 진단을 받은 뒤 A 불임 클리닉을 찾아왔다.

환자: (다른 병원에서) 나팔관이 막혔다고 그래서 막힌 걸 뚫어서 자연임신 시도를 해 볼 수도 있고, 아니면 다시 막히거나 잘 안되면 시험관(수정) 하자고 그러더라고요.

간호사: 나팔관 뚫어서 시도하는 게 (자연임신이) 잘 안되는 경우가 많고, 된다 해도 자궁 외임신이 될 가능성이 높아요. 고생만 하고 안되는 경우가 많으니깐 시험관을 해 보는 게 나을 거예요.

[사례 5] 2010. 9. 13. <마> 진료실

만 34세의 초진 환자에게 한 의사는 다음과 같이 설명하였다.

의사: 나이는 35세가 가장 중요해요. 그 이후에는 임신율이 떨어지거든요. 건강한 임신을 위해서라도 올해 내로 임신하시는 게 중요하겠네요. 제일 중요한 건 난관이 뚫려 있느냐인데 이게 막혔으면 난자랑 정자가 만날 길이 없어요. 난관 조영술을 일단 해 보셔야겠어요. 난관 조영술은 조영액을 씌우려서 그 압력으로 퍼져가는 걸 보는 거예요. 근데 난관이 뚫려 있어도 나이가 있으시니까 시험관(수정)을 하시는 게 좋을 거예요. 자연임신은 이 나이대에 (성공률) 5%밖에 안돼요. 자연임신은 20대 부부도 삼십 몇 프로밖에 안돼요.

위의 사례에서 간호사와 의사는 문제를 교정해서 임신 가능한 몸을 만들어 자연임신을 시도하는 것에 대해 회의적인 태도를 취하고 있다. 나팔관을 뚫는 수술을 한다 해도 “고생만 하고 잘 안 되는 경우가 많고”, 모든 검사 결과가 정상이라 해도 임신이 저절로 될 확률은 대단히 낮기 때문에 굳이 임신을 가로막는 요소를 바로잡을 필요 없이 바로 시험관 수정을 권유하는 것이다. 따라서 불임 치료 초기에 행하는 여러 검사는 문제를 파악하여 그것을 교정하는 것이 목적이었다기보다는 “자연임신”의 단계를 거칠지, 혹은 건너뛰고 시험관수정으로 바로 들어갈지를 결정하기 위함이었음을 알 수 있다. 불임 치료가 불임을 ‘치료’하지 않는 역설적 상황이 초래된 것이다. 이와 같은 속성 때문에 불임 클리닉의

의료실천을 ‘치료’로 볼 수 없으며 차라리 ‘처치’라고 불러야 한다는 견해도 있다(김경례 2010; 하정옥 2006).

이와 같이 의료진들이 생의학적 관점에 따라 자연임신을 장애물로 가득 찬, 그래서 일어나기 어려운 사건으로 간주함은 명백하다. 그러나 흥미로운 것은 피임의 실패율을 고려하는 상황에서의 논리이다.

[사례 6] 2010. 9. 29. <가> 진료실

환자: 저, 궁금한 게 있는데, 신랑을 만난 지 10년이 됐는데 체외사정에 콘돔을 했다 해도 이제까지 한 번도 임신이 안된 건 이상한 거죠?

의사: 네, 체외사정은 실패율이 **10%**나 되거든요. (강조는 연구자)

[사례 6]의 환자는 체외사정과 콘돔으로 피임을 해오긴 했지만 그래도 10년 동안 임신이 한 번도 안 되었던 것이 이상하지 않느냐고 의사에게 물었다. 콘돔과 체외사정이라는 이중피임법은 상당히 안정적인 피임법이라 볼 수 있음에도 불구하고 의사는 체외사정의 실패율이 10%이고 이것은 매우 높은 확률이라는 뉘앙스로 대답하였다. 사실 체외사정 자체는 실패할 확률이 높은 피임법이므로 피임이라는 목적만 놓고 보았을 때 의사의 진술은 타당하다. 그러나 중요한 것은 자연임신의 확률이 낮다는 것과 피임의 실패율이 높다는 두 주장은 상충될 수밖에 없다는 사실이다. 임신을 위해 일부러 배란일을 맞춰 성관계를 해도 아기가 생기는 것이 어렵다면, 피임을 해왔다 할지라도 한 번쯤은 임신이 되었어야 마땅하다는 진술은 모순되는 것이다. 자연임신의 30%대의 성공률은 높지 않은 것으로([사례 5]), 반면 체외사정의 실패율 10%는 충분히 높은 것으로 설명되는 것은 곧 확률의 숫자가 상황맥락에 따라 전용됨을 의미한다.

불임 치료의 첫 단계인 “자연임신”은 배란유도제를 복용하여 안정적인 배란을 도모하고 비교적 정확하게 배란일을 예측하여 성관계를 가진다는 점에서 임신의 여러 장애물 중 몇 가지를 의학의 개입에 의해 제거

한 것으로 인식된다. 따라서 병원에 오지 않은 채 이루어진 임신과 “자연임신”은 모두 동일한 이름으로 불리지만, 초음파 검사나 배란유도제 복용 등의 의료 개입이 있었으므로 후자는 ‘치료’로 받아들여진다는 점에서 차이가 있다. 자연이 수식어로 사용될 때 그것은 인위적 개입이 없었음을 암묵적으로 주장하고 있다는 점을 고려한다면, 과연 “자연임신”이라는 이름은 무엇을 전달하기 위해 어울리지 않는 수식어를 달게 되었는가?

의사 A: (“자연임신”은) 당연히 치료지!

그거로 임신이, 정상적인 사람이라면 그렇게 해서 임신이 많이 되니까.

연구자: 이 방법으로 임신이 됐으면 자연임신인가요?

의사 A: 그건 자연임신이지. (2010. 11. 23. 의사 A 인터뷰)

의사 A 씨의 진술에서 알 수 있듯이 모종의 독립변인과 종속변인의 관계가 인정된다는 점에서 “자연임신”은 명백히 치료의 범주로 분류된다. 그러나 동시에 여성과 남성의 성행위 결과로 임신이 되었다면 그것은 자연적으로 발생한 임신으로 간주된다. 즉, “자연임신”은 ‘치료’이되 ‘자연적인’ 임신인 것이다. 혼란스러운 이름속의 ‘자연’은 성교의 결과라는 의미를 담고 있다.

한편, 이것이 명백한 치료이긴 하나, 의학의 개입없이 발생하는 임신에 대한 인식은 “자연임신”에서도 그대로 이어지므로 환자들은 이 시술에 대한 기대치를 낮출 것을 요구받는다.

[사례 7] 2010. 9. 10. <나> 진료실

이 환자는 배란유도제(클로미펜)를 먹으며 “자연임신”을 준비 중이다. 난포 성숙도를 확인하러 내원하였다.

의사: (난포가) 잘 자랐어요. 난포가 터지기 직전이에요. 22밀리미터구요.

환자: 여러 번 전에도 클로미펜 먹고 (시술)했는데 잘 안 터졌어요. 2.9(센

티미터)까지 자라는 것도 봤어요.

의사: 걱정하지 마세요. 그런 건 걱정하지 마세요. 난포가 터졌는데도 쪼그라들지 않고 체액이 차는 경우도 있고 초음파만으로는 잘 알기가 어려워요. 자연주기(“자연임신”)는 아무리 정확한 날짜여도 확률이 20%밖에 안돼요. 그런 거에 신경쓰는 게 오히려 나빠요.

위의 대화에서 의사는 배란일 직전이므로 부부관계를 시도할 때가 임박했음을 고지하였다. 그러나 환자는 의사의 주장에 근거가 되는 ‘22밀리미터’에 의혹을 제기하였는데, 이전 치료에서 난포가 29밀리미터까지 계속 자라는 것을 경험해보았기 때문에 아직 배란일이 아닐 수 있다는 것이었다. 의사가 보기에 이는 불필요한 걱정이었다. 그 이유는 첫째, 초음파만으로는 난포가 자라는 중인지 혹은 이미 배란되고 남은 자리에 체액이 찬 건지 정확하게 구분하기 힘들기 때문이고, 둘째, 배란일을 아무리 정확히 잡는다 해도 “자연임신”의 확률은 애초에 20%에 불과하기 때문이다. “자연임신”이 성공한다면 그것은 운이 좋았던 것이고 사실은 안 될 확률이 더 높으므로 큰 기대는 하지 말아야 한다는 것이 의사의 언설에 내포된 메시지이다.

이러한 이유로 “자연임신”은 장기간 시도되지는 않으며, 두세 번 실패하면 의사들은 인공수정으로 넘어갈 것을 권유한다. 인공수정은 “성관계 대신 정자를 밀도 높게 처리해서 넣어주는 것”이고 “난자로 가는 과정을 좀 편하게 해주는 것”으로 설명된다. 즉, 생의학적 관점에서 인공수정은 임신의 수많은 장애물들 중 수정 전까지의 장애물을 의료적 개입을 통해 제거(안정적 배란, 비교적 정확한 배란일 예측, 건강한 정자, 난자를 만나기까지의 여정이 단축됨)하는 기술이므로 자연임신 - 의학적 개입이 전혀 없었던 임신이든 불임 치료의 첫 단계로서의 “자연임신”이든 - 보다 효율적으로 간주되는 것이다.

다시 인공수정이 여러 차례 실패를 반복하면 의사들은 시험관수정으로의 단계이행을 권유한다.¹⁸⁾ 인공수정은 임신의 장애물 중 정자의

여정 단축까지 해결한 기술로 인식되어왔기 때문에 이제 환자가 왜 임신이 되지 않는가를 설명할 수 있는 요인은 수정과 착상으로 전환된다.

[사례 8] 2010. 10. 6. <다> 진료실

인공수정 실패 후 부부가 다시 내원하였다.

의사: 생리가 오늘 7일째면 끝났겠네요. 시술은 21일에 했고 예정일은 4일이었는데……. 과배란이어서 한 달 쉬셔야 하고, (정부의) 2차 지원이셨잖아요? 그러니까 다음에 한 번 더 해보죠.

남편: 근데 원인이라도 좀…….

의사: 원인은 어차피 시험관(수정)으로 넘어가기 전까지는 못 찾아요. 시험관(수정) 가 봐야 착상이 안 되는 건지 수정이 안 되는 건지 알 수 있거든요. 수정이 안 될 수도 있고 착상이 안 될 수도 있고, 혹은 착상이 돼도 순간 떨어지면서 실패생리를 할 수도 있어요. 검사로는 찾을 수가 없어요.

위의 사례에서 의사는 정부의 지원이 1회 남았으므로 인공수정을 한 번 더 시도해볼 것을 권유하는 한편, 임신이 안 되는 원인이 수정, 혹은 착상인데 이것은 시험관수정의 단계로 넘어가야 확인할 수 있다고 설명하였다. 흥미로운 것은 이 설명에 따르면 시험관수정은 불임의 치료법인 동시에 원인을 찾을 수 있는 진단법이라는 점이다. 연구실의 디쉬 위에 놓인 생식세포가 배아로 배양되지 못한다면 그때는 생식세포의 질이 문제인 반면, 질 좋은 배아로 배양되어 자궁에 이식했음에도 불구하고 임신이 되지 않는다면 그것은 착상, 즉 자궁이 문제임을 알 수 있게 된다는 것이다. 이러한 관점은 특히 불임 검사에서 아무런 이상이 발견되지 않았음에도 불구하고 인공수정이 계속 실패할 때, 원인이라도 알고 싶은 환자들이 시험관수정으로 넘어가게 되는 데 결정적으로 작용한다.

뿐만 아니라 시험관수정은 비효율적으로 디자인된 자연임신의 문제

18) 의사 B 씨에 따르면 2010년부터 인공수정이 총 3회까지 정부의 지원을 받을 수 있게 된 이후, 서너 차례 시도 후 시험관수정으로 넘어가는 경우가 많아졌다.

를 해결할 수 있는 최적의 기술로 설명된다. 한 환자는 배란유도 인공수정을 4회, 과배란 인공수정을 1회 시도한 적이 있었는데 마지막 인공수정 후 6개월 만에 다시 병원을 찾았다. 의사는 다음과 같이 설명했다.

[사례 9] 2010. 10. 9. <다> 진료실

의사: 여러 번 인공수정을 해서 안 되면 어차피 방법은 인공수정이나 시험관(수정) 둘밖에 없으니까……. 큰 차이는 시험관은 수정까지 시켜줘서 성공률이 더 높구요, 난자가 남으면 냉동배아를 만들 수 있다는 거예요. 지금 상태에서 인공수정 한 번 더 해보시겠어요, 아니면 바로 시험관(수정) 해보시겠어요?

환자: 일단 인공수정을 한 번 더 하고…….

의사: 한 번 더 해보시겠어요? 그럼 과배란으로 할게요.

“수정까지 시켜주기 때문에 성공률이 더 높다”는 의사의 진술은 시험관수정의 우수성을 간결하게 정리한 것이다. 의료기술이 수정을 담당함으로써 건강한 생식세포 선별 및 수정이라는 장애물까지 제거되었으므로 이제 예측 불가능한 자연에 기댈 것은 착상밖에 없다.

이 기술의 효율성은 간단하게 확률로 재현된다. 임신 성공률, 즉 확률은 불임 클리닉에서 가장 중요한 설득의 기술 중 하나로, 특히 시험관수정으로 넘어갈 때 큰 힘을 발휘한다. 예컨대 시험관수정을 시작할 때 환자의 서명을 받는 동의서에는 자연임신의 성공률은 20%, 시험관수정은 40%라고 공식적으로 명시되어 있다. 이 정보에 따르면 두 시술법의 성공률은 두 배나 차이가 나는 것이다. 환자의 나이가 많을수록 그 격차는 벌어져서 안내되므로 의사가 노산이라 판단하는 경우에는 초진 환자라 해도 바로 시험관수정을 시작하도록 권유하는 근거로 쓰인다.

[사례 10] 2010. 10. 1. <가> 진료실

30대 후반의 초진 환자와 의사가 상담하였다.

의사: 두 번째는 나이가……. (임신 확률이) 30대 초반이 1이라고 하면 40대는 0.1이에요. 유산도 확률이 높아요. 자연주기를 고집하시면 낮은 확률을

반복하는 게 되세요. 시험관(수정)은 39세는 성공률이 21%예요. 근데 40세가 되면 9%로 툭 떨어져요. 빨리 확률이 있을 때 빨리 진행을 해서 임신하시는 게 나아요.

[사례 11] 2010. 9. 6. <나> 진료실

의사: 65년생이시네요. (중략) 아무리 건강하고 그래도 나이가 있으니까 난 소 기능은 나쁠 수밖에 없어요. 마흔 다섯이면 시험관(수정)도 5%예요.

환자: 자연 시도해보고 인공하면요?

의사: 허허, 시험관(수정)도 5%미만인데 인공(수정)은 더 낮죠.

한 번 치료받는 데 근 한 달이 소요되는 불임 치료를 위해 병원에 다니는 동안에도 시간은 계속 흐르고 있고 나이를 먹게 된다. 임신율은 그 사이에 계속 떨어지므로 30대와 40대의 가임력은 열 배나 차이가 나고, 39세와 40세, 단 일 년의 차이도 가임력을 두 배 이상 떨어지게 만든다는 것이다. 따라서 “자연주기를 고집하면 낮은 확률을 반복”하는 것이므로 시험관수정에 바로 들어가도록 [사례 10]의 의사는 권유하였다. 인공수정 역시 마찬가지로 이유로 나이 많은 이들에게는 추천되지 않는다([사례 11]). 이와 같이 “자연임신”, 인공수정, 시험관수정의 성공률 비교는 시험관수정을 가장 효과적이고 적합한 불임 치료법으로 자리매김하는 중요한 수사이며 단계이행의 방향성을 설정하는 근거이다.

환자의 나이, 산과력 등에 따라 다르지만 일반적으로 시험관수정의 성공률은 30%로 이야기된다. 이 30%라는 확률은 의료진에 의해 적극적으로 해석되어 또 다른 설득의 근거가 된다. ‘성공률’이라는 단어는 간단하고 명확해보이지만 사실은 대단히 모호한 것이다. 이에 대해 비판적으로 검토한 하정옥(2006; 2011)에 따르면, 성공률을 따지기 위해서는 모집단을 분모에 놓고 성공한 사례를 분자에 놓아야 하는데, 분모와 분자를 어떤 정보로 설정하는가에 따라 해석은 완전히 달라질 수 있다. 예컨대 매년 대한생식의학회가 발표하는 『한국의 보조생식기술의 현황』이나 정부가 발표하는 불임부부 지원사업의 통계의 경우, 분모에

는 시험관수정이 시술된 총 횟수가 들어간다. 한 사람이 여러 번의 시술을 받을 수 있으므로 이 통계에서는 몇 사람이 몇 번 만에 임신에 성공했는지는 알 수 없다. 분자 역시 출산, 임상적 임신(아기집 확인), 생화학적 임신(피검사 통과) 중 어느 것을 성공 사례로 간주하는가에 따라 성공률의 의미는 달라질 것이다.¹⁹⁾ 이처럼 성공률의 숫자를 도출하기 위해서는 몇 가지 사실들이 전제되어야 하지만, 불임 클리닉에서 제시되는 수치에는 이러한 정보가 포함되지 않으며, 오히려 확률 30%는 의료진에 의해 적극적으로 해석된다.

[사례 12] 2010. 10. 1. <가> 진료실

생리가 규칙적이고 인공수정을 2회 해 본 경험이 있는 초진 환자가 시험관수정에 들어가고자 의사와 상담하였다.

의사: 시험관(수정) 하고 싶으세요?

환자: 네

의사: 어떻게 하는지 아세요?

환자: 네, 대략?

의사: [시험관수정의 과정에 대해 설명한다] 73년생이라서 성공률은 1회에 30-35% 정도 돼요. 세 번 정도 하면 열 분 당 절반은 임신하세요.

[사례 13] 2010. 9. 11. <나> 진료실

시험관수정이 실패하고 냉동배아 이식을 준비중인 환자가 의사에게 말했다.

환자: (임신이) 자꾸 안 되니까…….

의사: 시험관(수정)이 한 번에 되면 얼마나 좋겠어요. 보통 보면 두세 번째엔 많이 되더라고요. 한 번 실패하셨으니까 다음번엔 잘 되실 거예요.

위의 사례들에서 시험관수정의 성공률 30%는 “세 번 하는 동안 절

19) 불임 치료과정에서 임신은 몇 단계의 검사를 “통과”함으로써 “획득”되는 양상을 띤다(강지연 2011: 51-55). 검사는 피검사를 통한 생화학적 임신, 아기집 확인을 통한 임상적 임신, 심장소리 확인으로 구성되는데, 예컨대 피검사를 통과해도 그것이 출산까지 가지 못할 수 있으므로 만약 생화학적 임신을 분자에 놓는다면 실제 출산에 이르는 성공률과는 상당한 차이가 날 것이다.

반은 임신에 성공한다”, “두세 번 안에 성공할 확률이 높다” 등으로 해석되었다(“자연임신”이나 인공수정의 확률이 이런 식으로 해석되는 경우를 적어도 연구자는 한 번도 볼 수 없었다). 이러한 해석이 전하는 메시지는 분명한데, 바로 환자에게 “다음에는 성공할 것이다”라는 확신을 제공하는 것이다.

한편 생식세포의 수정에 의학이 개입하는 시험관수정으로 넘어가면서 인공수정은 ‘자연임신의 장애물을 넘은 우수한 기술’이라는 지난 날의 ‘영광’을 뒤로 하고 자연임신의 범주로 재분류된다. 한 의사는 연구자에게 인공수정을 다음과 같이 설명하였다.

의사 A: 인공수정도 자연임신이지.

연구자: 그래요?

의사 A: 왜냐면 정자만 받아서 넣어주는데 안에서 다 수정되고 안에서 다 착상되는 거니까. 그것도 자연임신이지. 그거는 인위적으로 그냥 사람이 임신의 과정에서 도와주는 것뿐이지, 임신되는 건 자연임신이지. 시험관부터는 조작이 들어가는 거니까. 그거(시험관수정)는 체외에서 수정시켜서 넣어주는 거니까 시험관 시술은 이제 인위적인 거지만, 자연임신이 아니지만, 인공수정은 자연임신이라고 하는 거야.

연구자: (인공수정도) 몸 안에서 과배란 주사를 맞고 해도요?

의사 A: 그거는 이제 좀 성공률을 높이기 위해서 과배란 주사를 맞는 거니까, 임신은 자연, 임신은 임신이되 과학의 힘을 빌린 거지. (2010. 11. 23. 의사 A 인터뷰)

즉, 수정이 의학의 개입 없이 일어난다는 점에 근거하여 인공수정은 자연임신으로 재분류된다.

2) 몸으로의 귀인

그렇다면 임신의 장애물들을 가장 많이 제거한 것으로 여겨지는 시험관수정이 반복적으로 실패하는 경우에는 그 원인이 어떻게 설명되는

가? 한 의사는 보조생식기술에 대해 다음과 같은 견해를 밝혔다.

이게 되게 최신 기술이 아니에요. 이미 이십 년 전에 셋팅된 거고 아주 어려운 기술도 아니에요. 이제 한계에 다다른 기술인데 한계는 뭐냐면 노화한 난자랑 자궁내막의 병변 문제에 봉착한 거예요. (중략) 보통 (시험관수정)이 여섯 번 넘어가면 난자 공여나 대리모를 권유해요. (2010. 9. 8. 의사 C 인터뷰)

위의 진술에서 드러나는 것은 첫째, 보조생식기술은 과학적으로는 더 이상 보완할 (수 있는) 것이 없는 기술이고, 둘째, 그럼에도 불구하고 시험관수정이 실패하는 이유는 난자와 자궁내막이 노화해서인데 이것은 더 이상 교정이 불가능하므로, 셋째, 해결책은 노화하지 않은 난자나 자궁을 구해오는 것, 즉 신체의 대체라는 과거의 방법으로서의 회귀이다. 실제로 진료실에서 의사들이 언급하는 실패 요인은 모두 난자, 정자, 혹은 배아의 문제이며 이것은 시술에 들어가기 전부터 이미 전제된다.

[사례 14] 2010. 10. 6. <다> 진료실

과배란 인공수정이 실패한 후 시험관수정을 염두에 두고 있는 환자에게 의사가 설명하였다.

의사: (시험관수정의) 15%는 수정이 안돼요. 대부분은 난자나 배아가 나쁘죠. 그렇다고 몸에 들어있는 거니까 그 자체를 교정할 수는 없죠. 젊고 난자가 좋은 경우에는 40-50%는 성공해요. 근데 40대 이상은 난자가 떨어지고 이런 경우에는 10% 미만이에요.

[사례 15] 2010. 9. 6. <나> 진료실

시험관수정을 하였지만 임신이 안 된 환자에게 의사가 다음과 같이 설명하였다.

의사: 배아 질이 나쁜데 그 이유는 난자가 수는 많은데 난자 질(質)이 좀 떨어져요. 근데 교정되는 문제는 아니고 계속 시도를 해보는 수밖에 없어요.

환자: 이번에도 냉동은 없는 거죠?

의사: 이식한 배아도 (질이) 좀 떨어지는 거였어요.

시험관수정의 실패에 대해 [사례 14]와 [사례 15]의 의사들은 “난자의 질이 나빠서 배아의 질도 나쁘다”고 설명하였다. 그런데 그것은 “몸에 들어있는 것”이므로 의학의 책임은 아니라는 것이다. 흥미로운 것은 배이란 난자와 정자가 함께 수정된 결과물임에도 불구하고 어느 한 성(性)의 생식세포만이 문제로 지목되는 경향이 있다. 정액 검사에서 기준치에 미달되는 항목이 나온 경우를 제외하면 시험관수정의 실패 요인은 기본적으로 난자 때문이라고 간주된다. 정자에 우선적으로 혐의가 가지 않는 이유는 생식세포의 경제성에서 비롯된다. 난자와 달리 정자는 수천, 수백만 개를 얻어낼 수 있으므로 그 중 수정까지 간 ‘승리자’는 이상이 없었으리라고 가정하는 것이다. 특히 미세수정의 경우 의료진이 현미경으로 직접 보면서 하나를 골라내는 것이기 때문에 더욱 그러하게 여겨진다.

[사례 15]에서 언급된 냉동배아는 시험관수정의 이점 중 하나로 꼽힌다. 그런데 냉동배아가 나오는 여부는 적자생존의 관점에서 파악되는데, 즉 냉동이 되는 배아는 그만큼 배아의 “질이 뛰어나기” 때문에 냉동까지 가능했으리라고 사후적으로 추정된다. 배아의 질이 떨어지면 냉동을 시켜놓아도 “녹여봤자 못 쓴다.”

[사례 16] 2010. 9. 29. <가> 진료실

시험관수정을 준비 중인 환자가 냉동배아에 대해 질문하였다.

환자: 선생님, 그리고 질문이 있는데 왜 냉동은 40%고 그냥 시험관은 30%예요? 왜 냉동이 더 높아요?

의사: 냉동(배아)은 냉동이 될 정도로 생명력이 높은 배아예요. 그래서 시험관보다 40-50%로 확률이 더 높아요.

위의 사례에서 의사는 “생명력이 높은 배아”가 냉동을 이겨낼 수 있기 때문에 일반 시험관수정보다 냉동배아 이식의 성공률이 더 높다고 설명하였다. 이 진술에 따르면 시험관수정의 성공여부는 “배아의 생명

력”에 크게 기대고 있는 셈이다. 시험관수정의 우수성은 의학이 수정이라는 장애물을 제거하는 것이었으나, 이제 드러나는 것은 여전히 해결되지 않은 장애물이 버티고 있다는 사실이다. 수정이 되었다 해도 배아의 질이 높아야 무사히 착상될 수 있는데 이것은 의료기술이 해결할 수 없는 장애물이다.

또한 시험관수정에 의해 수정이 아니라 착상에 문제가 있다고 진단된다 하더라도 의사가 취할 수 있는 해결책은 그다지 많지 않다. 한 의사는 연구자에게 다음과 같이 설명하였다.

연구자: 보조생식기술의 확률이 낮는데…….

의사 D: 그렇게 낮지 않아. 그 정도면 충분하다고 보는 거지. 어차피 자궁 안에서 선택(selection)을 하는 거지. 엄마가 임신을 시켜줄 거냐 마느냐, 착상을 시켜 주냐 마냐, 이진 엄마가 알아서 하는 거지. (2010. 11. 16. 의사 D 인터뷰)

생의학적 관점에 따르면 착상은 모체가 “선택”하는 것이므로, 이 역시 의학이 해 줄 수 있는 일은 없다. 만약 생식세포에 문제가 발견되지 않았음에도 불구하고 시험관수정이 계속 실패한다면 그것은 자궁의 문제이므로 의사들은 대리모를 권유하게 될 것이다.

지금까지 분류된 총 네 가지의 임신, 즉 병원에 오지 않은 임신, “자연임신”, 인공수정, 시험관수정에 ‘자연’이 수식어로 붙게 되는 양상을 정리하면 다음과 같다. 가장 먼저 병원 방문 여부를 기준으로 병원에 오지 않은 임신과 나머지 세 시술법이 구분되며 전자는 자연임신으로 분류된다. 다음, 성교를 통해 임신을 도모하는 여부에 따라 초음파로 배란일을 받은 임신도 자연임신으로 분류된다. 마지막으로 수정에 의학이 개입되었는가에 따라 시험관수정을 제외한 나머지 세 임신 방법이 모두 자연임신으로 분류된다. 이상의 양상은 다음과 같은 점을 보여준다. 첫째, 자연스럽게 정상적인 생애사 일부로 인식되어 온 임신은 불임

클리닉에서 장애물로 가득 차 원래 일어나기 어려운 일로 인식되는 전환이 일어난다. 둘째, 자연의 문제를 해결하기 위해 의료기술이 개입하였으나 임신에 실패했을 때, 그 패인은 자연의 다른 문제로 귀인된다. 셋째, 그와 동시에 실패한 의료기술은 자연임신의 범주로 재조정된다. 이러한 과정에서 자연은 비효율성과 불확실성이라는 속성을 부여받는다.

7. 그래도 다시, 자연

1) 자연에 대한 믿음

기술이 자연에 비해 효율적이라는 생각이 불임 치료 전반을 관통하는 신념임은 분명하다. 문제는 자연으로 귀인되고 보조생식기술은 자연의 문제를 해결하는 열쇠로 등장한다. 불임 클리닉에서 자연은 기술에 의해 극복되어야 하는 대상이다. 그러나 이와 동시에 ‘그래도 자연적인 것이 좋다’는 가치 지향이 환자는 물론이고 의료진에게서도 발견된다. 그것은 특히 인공수정의 단계에서 잘 드러난다.

대부분의 환자들은 가급적 인공수정과 시험관수정까지 가지 않고 임신하기를 바란다. 새로운 단계에 들어갈 때마다 비용과 신체적 고통이 비례하기 때문이지만, 다른 한 편으로는 이러한 임신을 인공적인 임신, 더 나아가 비정상적인 임신으로 인식하여 이에 대한 거부감을 가지고 있기 때문이다. 환자들의 거부감은 불임 클리닉에서 임신에 대한 의학적 개입 유무를 임신/인공임신이 아니라 자연임신/임신의 명명을 통해 구분함으로써 인공이라는 단어를 최대한 감추거나 인공적인 방법이 자연적인 것과 차이가 없는 것으로 설명하도록 만든다. “자연임신”에서 인공수정으로 단계이행을 권유받은 많은 환자들은 보조생식기술에 대

한 거부감을 드러내면서 “이렇게까지는 하고 싶지 않다”고 말한다. 이 때 의사는 인공수정의 효율성(“정자를 처리하고 난자로 가는 길을 편하게 해준다”)을 거론하는 동시에 이제까지 해 온 “자연임신”과 큰 차이가 없음(“수정이 체내에서 일어난다”, “남편이 병원에 오는 것만 다르다”)을 강조함으로써 단계이행을 설득하는 것이다.

여기서 흥미로운 질문은 의사가 왜 인공수정을 받도록 환자를 설득하는가이다. 주지하듯 불임 클리닉에서 치료의 방향성은 이미 시험관수정으로 설정되어 있고, 인공수정은 수정과 착상을 모두 자연에 맡겨야 하기 때문에 시험관수정보다 비효율적인 기술로 간주되며, 시간이 흘러 가임율이 떨어지는 것에 대해 조바심을 느낌에도 불구하고, 의사가 이를 건너뛰라고 권하는 경우는 거의 없다. 오히려 환자가 시험관수정을 바로 시작하고 싶어 해도 의사가 만류하는 경우가 많다. 이처럼 인공수정이 불임 치료에 반드시 포함되는 명시적인 이유는, 시험관수정에 바로 들어가는 것이 -한 의사의 표현을 빌리면- “아쉬움을 남기기 때문”이다. 그 아쉬움은 비록 가장 효율적이나 경제적 부담과 신체적·정신적 고통이 가장 큰 시험관수정까지 가지 않고 임신하기를 기대하는 것에서 기인한다.

그러나 인공수정을 반드시 거치는 또 다른 이유는, 그것이 “자연수정”이기 때문이다. 비록 시험관수정의 우수성은 가장 질이 좋은 생식세포를 선별하여 수정까지 시켜주는 것에 있었으나, 의료진들은 긴급적 수정에 의학적 개입을 하지 않기를 바란다. 예컨대 연구실에서 수정 방식을 결정할 때 “가능한 한 자연수정이 되면” 미세조작을 하지 않는다.

미세조작은 아무리 주의를 해도 데미지가 0일 수는 없거든요. 최대한 피하는 것이 좋죠. (중략) 시험관을 처음 하는 케이스에는 절반은 컨벤션으로 하고 절반은 익시(미세조작)를 해요. (그 이유는) 정자가 좋았는데도 수정이 안 될 까봐요. (2010. 10. 13. 연구원 E 인터뷰)

컨벤션과 미세수정이라는 두 가지 수정 방식 중 하나를 택할 때 난자 상태, 환자의 나이, 이전 치료내역 등 여러 요인을 고려하지만, 연구원 E씨에 따르면 기본 원칙은 최대한 미세조작을 피하는 것이다. 난자의 원형질을 뚫고 정자를 직접 주입하는 미세조작은 “데미지가 0일 수는 없기” 때문이다. 그러나 “정자가 좋았는데도 (자연적으로) 수정이 안 될” 수 있기 때문에 처음 시험관수정을 시도하는 경우에는 일종의 보험으로써 미세조작을 절반 정도 한다는 것이다. 이와 같이 불임 치료는 자연이 비효율적이라고 간주하는 한편, 그래도 자연이 좋은 것이라는 양가적 가치를 지향하고 있으며, 이것은 환자를 설득할 때 맥락에 따라 변용되는 양상을 보인다.

2) 임신의 신비화

자연에 대한 기대는 시험관수정의 실패 요인이 난자·정자·배아로 회귀하는 것과 맞물려서 임신을 신비화시키기도 한다. 의사들은 시험관수정이 고도로 발전된 고기술(high-technology)이라고 생각하고 이를 환자에게 권유하면서도, 한편으로는 임신이 의과학의 힘을 벗어난 영역에 있다는 생각도 가지고 있다. 그것을 대표하는 언설은 “될 사람은 다 된다”이다.

[사례 17] 2010. 9. 6. <나> 진료실

환자: 인공(수정) 세 번 해 보고 안 되면 포기하려고 했는데…….

의사: 과배란 인공수정은 이제 시작인데요?

환자: 근데 시험관(수정)이 확률이 더 높고 정부 지원을 받으면 인공이랑 금액차이가 별로 없으면 (시험관수정으로 넘어가고 싶다)…….

의사: 금액도 차이가 나고 시험관도 확률이 40%예요. 한다고 다 되는 건 아니예요. 될 사람은 과배란 인공으로도 다 돼요. (강조는 연구자)

위의 사례에서 환자가 시험관수정으로 넘어가고 싶어 하자 의사는 비용 문제를 거론하는 한편 시험관수정의 확률 역시 40%에 ‘불과하다’는 뉘앙스로 될 사람은 인공수정으로도 다 임신에 성공하니 다시 한번 해 볼 것을 권유하였다. “될 사람은 다 된다”는 인식은 의료진들이 공유하고 있는데, 예컨대 난자가 “very poor” 등급이 나온 경우에는 수정 및 이식의 성공 확률이 거의 없다고 간주됨에도 불구하고 A 불임 클리닉의 의료진들은 일단 배아이식을 시도해본다. “very poor” 등급의 난자를 이식해도 임신이 되는 사람이 있기 때문이다. 물론 “될 사람”은 의사가 결정하는 것이 아니고 생의학도 아기가 태어나기 전까지는 그것이 누구인지 알 수 없다. 이로써 임신은 다시, 그리고 여전히, 인간의 힘을 벗어난 영역에 남아있게 된다.

8. 나가며

불임 클리닉에서 참여관찰을 수행하고 의료진들과 공식적·비공식적 면접을 하면서 연구자가 발견한 사실은 다음과 같다. 불임 치료는 크게 “자연임신”, 인공수정, 시험관수정의 세 단계로 이루어져 있어 치료가 실패할 때마다 의료진은 실패 원인을 설명하는 동시에 새로운 시술법을 시도해보도록 환자를 적극적으로 설득한다. 설득의 중요한 전략 중 하나는 ‘자연’이라는 수사를 어떻게 접합시키는가와 밀접한 관련이 있다. 인공수정이라는 일종의 고유명사화된 치료법을 제외하면, 불임 클리닉에는 ‘자연’은 있되 ‘인공’은 등장하지 않는다. 자연임신만이 끊임없이 생성될 따름이다. 가장 먼저 의학적 개입이 전혀 없는 임신을 자연임신이라고 구분짓고, 다음으로 성교를 통한 임신을 자연임신이라 부르며, 마지막으로 수정이 체내에서 일어난 임신을 자연임신으로 분류한다. 언젠가 ‘인공자궁’이 발명되어 태아가 열 달 동안 인큐베이터에서 자라는

기술이 생긴다면, 지금은 결코 ‘자연’을 수식어로 달지 않는 시험관수정 역시 자연임신이라 불리게 될지 모른다. 새로운 기술의 개입은 이전의 상태에 자연이라는 수사를 부여함으로써 스스로를 구별짓기 때문에 기술이 발전할수록 불임 클리닉에서는 역설적으로 자연임신이 늘어난다. 그렇다면 자연이 개척된 것이 문화라기보다는 오히려 기술에 의해 발명된 것이 자연이라 할 수 있을 것이다.

자연임신의 발명 및 범주의 재조정은 곧 문제를 자연으로 돌리고 기술이 그것을 해결하는 열쇠임을 주장하기 위한 것이다. 문제가 많은, 그래서 기술의 도움이 필요한 자연은 여성의 몸으로 표상된다. 남자가 신통치 않아서, 배아의 질이 나빠서, 자궁이 착상을 거부해서 시험관수정이 실패한 것으로 설명될 때 기술은 결함을 드러내지 않으며 따라서 생의학과 의료기술의 권위는 흔들리지 않는다.

그러나 동시에 자연에 대한 가치는 공존한다. 비록 시험관수정이 가장 발전한 임신방법으로 간주됨에도 불구하고 환자도, 그리고 의료진도, 할 수만 있다면 최대한 자연적인 방법으로 임신하고자 한다. 또한 의료기술은 수정의 장애물을 넘었다고 여겨지지만 시험관수정이 모든 이들에게 아기를 안겨주지는 않는다. 나이나 산과력 등의 경향성은 존재한다 할지라도 그것이 필요충분조건은 아니며, 누군가는 되고 누군가는 되지 않는다. 의료진들은 이러한 일들에 대해 “될 사람은 다 된다”고 말한다. 이제까지 임신의 장애물을 하나하나 제거했다고 믿어져 온 생의학과 보조생식기술은 잠시 흔들린다. 그리고 생의학이 수십 년 전에 폐기했던 임신과 불임의 운명론은 돌고 돌아 21세기의 불임 클리닉에서 다시 모습을 드러낸다.

논문접수일: 2012년 4월 15일, 논문심사일: 2012년 5월 24일, 게재확정일: 2012년 6월 29일

참고문헌

강지연

2011 “설득의 기술: 현대 한국 불임 클리닉에서의 치료의 수사학”, 서울대학교 석사학위논문.

김경례

2010 “난임여성의 경험을 통해서 본 생식기술”, 전남대학교 박사학위논문.

김선혜

2008 “‘불임치료산업’과 한국의 재생산 정치”, 연세대학교 석사학위논문.

대한산부인과학회

2010 『산부인과학: 지침과 개요』, 2판, 서울: 군자출판사.

도열, 레슬리

2010[1995] 『무엇이 여성을 병들게 하는가: 젠더와 건강의 정치경제학』, 김남순, 김동숙, 박은자 외 역, 서울: 한울아카데미.

라커, 토머스

2000[1990] 『섹스의 역사』, 이현정 역, 서울: 황금가지.

박용운

2004 “불임 여성의 몸을 통해 본 재생산 기술의 정치학: 시험관 아기 기술을 중심으로,” 『여성건강』 5(2): 45-70.

백영경, 박연규

2008 『프랑켄슈타인의 일상: 생명공학시대의 건강과 의료』, 서울: 민.

서울대학교의과대학 산부인과학교실

1999 『산부인과학』, 서울: 군자출판사.

손택, 수전

2002[1989] 『은유로서의 질병』, 이재원 역, 서울: 이후.

이윤정

2004 “남성 불임 배우자의 시험관 아기 시술 경험”, 경희대학교 석사학위논문.

정연보

2003 “‘출산문화’에 대한 여성학적 담론분석: 의료화와 자연 개념에 대한 비판”, 서울대학교 석사학위논문.

강길렘, 조르주

1996 『정상과 병리』, 이광래 역, 서울: 한길사.

푸코, 미셸

2004[1976] 『성의 역사 1: 앎의 의지』, 이규현 역, 파주: 나남.

하정옥

2006 “한국 생명의료기술의 전환에 관한 연구: 재생산기술로부터 생명공학기술로”, 서울대학교 박사학위논문.

2008 “정상성의 경계 재구성하기: 구술생애사로 살펴본 30대 여성의 불임 경험,” 『페미니즘연구』 8(2): 117-156.

2011 “<불임부부 지원사업>, 누구를 위한 무엇을 위한 정책인가?” 『한국여성학회 제1차 학술포럼』 pp. 24-40.

홍순례

2002 “기자신앙연구 :금기와 전승을 중심으로”, 중앙대학교 박사학위논문.

황나미

2003 “우리나라 불임현황과 정책과제,” 『보건복지포럼』 82: 88-97.

Becker, Gay and Robert D. Nachtigall

1994 ““Born to Be a Mother”: The Cultural Construction of Risk in Infertility Treatment in the U.S.,” *Social Science and Medicine* 39: 507-518.

Casper, Monica J. and Barbara A. Koenig

1996 “Reconfiguring Nature and Culture: Intersections of Medical Anthropology and Technoscience Studies,” *Medical Anthropology Quarterly* 10(4): 523-536.

Franklin, Sarah

1997 *Embodied Progress: A Cultural Account of Assisted Conception*, London: Routledge.

Inhorn, Marcia C.

2004 "Middle Eastern Masculinities in the Age of New Reproductive Technologies: Male Infertility and Stigma in Egypt and Lebanon," *Medical Anthropology Quarterly* 18(2): 162-182.

Inhorn, Marcia C. and Daphna Birenbaum-Carmeli

2008 "Assisted Reproductive Technologies and Culture Change," *Annual Review of Anthropology* 17: 177-96.

Latour, Bruno and Steve Woolgar

1986 *Laboratory Life: The Construction of Scientific Facts*, New Jersey: Princeton University Press.

Lock, Margaret

2001 "The Tempering of Medical Anthropology: Troubling Natural Categories," *Medical Anthropology Quarterly* 15(4): 478-492.

Longino, Helen E.

1987 "Can There Be Feminist Science?," in Evelyn Fox Keller and Helen E. Longino, eds., *Feminism and Science*, Oxford University Press. pp. 45-57.

Martin, Emily

1991 "The Egg And The Sperm: How Science Has Constructed A Romance Based On Stereotypical Male-Female Roles," *Journal Of Women In Culture And Society* 16(3): 2-18.

Modell, Judith

1998 "Last Chance Babies: Interpretations of Parenthood in an In Vitro Fertilization Program," *Medical Anthropology Quarterly* 3(2): 124-138.

Ragoné, Helena

1996 “Chasing the Blood Tie: Surrogate Mothers, Adoptive Mothers and Fathers,” *American Ethnology* 23: 352-365.

Scheper-Hughes, Nancy and Margaret M. Lock

1987 “The Mindful Body: A Prolegomenon to Future Work in Medical Anthropology,” *Medical Anthropology Quarterly* 1(1): 6-41.

Thompson, Charis

2005 *Making Parents: The Ontological Choreography of Reproductive Technologies*, MIT Press.

Wright, Peter W. G.

1988 “Babyhood: Social Construction of Infant Care as a Medical Problem in England in the Years around 1900,” in M. Lock and D. R. Gordon, eds, *Biomedicine Examined*, Dordrecht; Boston: Kluwer Academic Publishers. pp. 299-329.

<기타 자료>

“불임 환자도 자연임신 할 수 있다,” 파이낸셜뉴스. 2012. 3. 19.

“김한석 부부, 난임 극복 4년 만에 극적 '자연임신'," 스타뉴스. 2011. 12. 23.

“불임/1년내 「결실」 없으면 즉시검진,” 「국민일보」, 1992. 3. 20.

“불임증은 어떻게 낫치나,” 조선일보. 1928. 11. 15-11. 17.

건강보험심사평가원 보도자료 “아이는 낳고 싶은데 ‘불임부부’ 증가
(http://www.hira.or.kr/dummy.do?pgmid=HIRAA020041000000&cmsurl=/cms/notice/02/1208237_13390.html)

“The Human Body: An Everyday Miracle,” BBC Science.

〈Key concepts〉: Nature/Culture, Medical technology, Assisted Reproductive Technology, Doctor-Patient Relationship

“Natural Pregnancy” in Fertility Clinic: The Rhetoric For Constituting Boundary Between Nature and Culture

Kang, Jiyeon*

This paper examines the concepts of nature and culture in a clinical setting, focusing specifically on the tactical rhetoric of nature. Pregnancy has been regarded as a normal event in women’s lives and an event beyond the human intervention. However, the appearance of assisted reproductive technology has changed the meaning of nature in the context of pregnancy, while enabling people to consider different methods to become pregnant. For this study, I conducted participant observation in a fertility clinic in South Korea for four months in 2010. During my research, I interviewed the staff members formally and informally, while observing the medical practices and the interactions between staffs and patients.

As it is observed in the case study of the fertility clinic in South Korea, the category of natural pregnancy is altered when the new type of treatment is introduced. Nature is neither fixed nor exists

* M.A. in Anthropology, Seoul National University

in essence; the term is rather manipulated tactically by the medical professionals. In different steps, the meaning of natural pregnancy is sharply changed. If technological intervention fails at certain steps, doctors are requested to explain what the problem is. In this context, they tend to conceptualize the failing technological step as natural pregnancy, while problematizing the patient body as the cause. As a result, biomedicine and medical technology can avoid the charge of the failure, since the failure has nothing to do with human or technological intervention, but it is due to the mysterious design of nature. In short, biomedicine justifies its own explanatory power and authority by constituting different conceptual boundaries between nature and culture, and by shifting the responsibility on the failure of treatment.

Finally, despite nature is regarded as inferior to culture in the clinical discourse, all people in the clinic still prefer to natural pregnancy. Moreover, IVF does not enable all patients to have babies although it is believed to conquer the fertilization problem. Someone can become pregnant, but others cannot. The medical professionals say that those who are supposed to succeed will succeed. At this point, the faith that biomedicine has overcome the inferiority of nature waives, and the fatalism of infertility, which seemed to be abandoned by biomedicine, reappears in the 21 century's fertility clinics.

