

비교불가문화연구의 인류학: 생의학과 한의학, 인식과 실천의 분지 읽기*

김태우**

본 논문은, 생의학 현장과 한의학 현장에서의 복수현지조사를 바탕으로, 두 의료에서 관찰되는 인식과 실천의 차이는 기준을 가진 비교로서는 제대로 드러낼 수 없음을 보이고자 하는 시도이다. 그를 통해 비교불가문화연구의 인류학을 예시해 보고자 한다. 생의학과 한의학의 분지의 양상은 의료인과 환자 사이 첫 대면에서부터, 상담, 그리고 효능에 대한 협상에 이르기까지 전면적이다. 분지의 조건들은 몸을 바라보는 관점, 그 관점을 바탕으로 한 진단과 치료 방법론, 그리고 효능을 구하는 방식에까지 다층적이다. 여기에 역사가 그 분지를 다차원으로 만든다. 본 논문에서 비교불가능성을 강조하는 것은 인류학적 연구가 추구하는 문화에 대한 이해를 포기하는 것은 아니다. 그것은 기준을 상정한 비교연구가 가져올 수 있는 특정 문화에 대한 규정, 예단을 넘어서기 위한 인류학적 고민의 결과물임을 강조하고자 한다.

〈주요개념〉: 비교문화연구, 비교불가능성, 생의학, 한의학, 의료인류학

* 본 연구가 가능할 수 있도록 진료 현장과 지식전수 현장을 공유해 주신 연구참여자분들께 깊이 감사드립니다. 건설적인 비평을 통해 본 논문이 더 나은 논문으로 마무리되게 해 주신 세 분의 심사위원께도 깊이 감사드립니다.

** 경희대학교 한의과대학 의사학교실 조교수

1. 들어가며

“비교문화연구”라는, 인류학의 빼놓을 수 없는 테마는, 기실 상당한 조심성이 내포된 표현이다. “비교문화연구”에서 “비교”는 특히 문제적이다. 비교(比較)는 곧잘 기준을 상정한다(한자의 뜻도 견줄 비(比), 견줄 교(較)다). 주지하다시피, 초기 인류학을 풍미했던 단선적 진화주의(unilineal evolutionism)는 기준을 설정한 대표적인 “비교”연구의 틀이었다. 당시 서구유럽 “문명”을 모든 인류문화가 도달해야 하는 예외 없는 발전의 단계로 삼고, 그를 기준으로 “미개”와 “야만” 사회를 규정했던 이 이론은, 인류학의 역사에서 기억되어야 할 “비교”연구 이론으로 남아 있다. 이후 단선적 진화주의에 대한 비판과 문화상대주의의 대두는 “비교문화연구”에 대한 조심성의 역사적 개시를 의미한다(Boas 1938).¹⁾ 일면, 인류학의 역사는 “비교”의 문제에 대한 비판과 성찰의 역사라고 할 수 있을 정도로, “비교”에 대한 논의는 인류학이라는 학제의 중심에 있다.

“비교”라는 이슈가 중요한 이유는, 무엇보다도 인류학은 비교의 구도를 가지고 있기 때문이다. 기본적으로 인류학에는 인류학자의 문화와 연구대상의 문화에 대한 비교가 기저에 존재한다. 인류학이 현지조사를 표방하지 않았다면, 인류학자가 직접 현지에 가지 않는다면 비교의 문제는 훨씬 경감되었을 것이다. 하지만 인류학은 인류학자라는 존재 자체를 중요한 틀거리로 하는 학제이다. 나고 자란 문화에의 노출로 이미 체화된 문화적 존재로서의 인류학자가, 타자의 문화를 바라보는 실천이 바로 현지조사라고 불리는 인류학의 방법론이다. 현장에서 문화연구를 한다는 것 자체에 이미 자문화라는 기준과 타문화라는 대상의 구도가 배태되어 있는 것이다. 그러므로 인류학의 “비교”에는 잣대를 상정한 “견준”의 그림자가 짙게 드리워져 있다. 자칫, 더 힘있는 문화를, 더 친숙한 문화를 기준으로 대상화된 타자를 양산할

1) 보아즈(Boas 1938)는 단선적 진화주의는 비교를 할 수 있는 데이터 자체가 부재했음을 지적하며 비교연구의 조심성에 대해 직접 언급하고 있다.

수 있는 위험이 인류학의 “비교문화연구”에는 상존한다(Herzfeld 2001).

기저에 깔려 있는 “비교”의 문제를 성찰하면서, 그 동안 인류학의 역사에서 다양한 개념들이 제안되어 왔다. 문화상대주의를 필두로, 그 논의의 역사의 와중에 우리는 ‘에믹(emic)/에틱(etic)’(Headland, Pike, and Harris 1990), ‘부분적 진실(partial truths)’(Clifford and Marcus 1986), ‘리플렉시비티(reflexivity)’(Salzman 2002), 그리고 최근의 ‘존재론(ontology)’(Kohn 2015) 등의 개념의 출현과 그에 관한 뜨거운 논쟁을 목도하게 된다. 필자가 주목하는 것은 위 개념들이 직간접적으로 지시하고 있는 문화의 비교불가능성(incommensurability)이다. 닿을 수 없는 외부자와 내부자의 간극[emic/etic], 부분적일 수밖에 없는 인류학적 현장연구의 특징[partial truths], 그리고 도정(道程)에 있는 인류학자의 위치성[reflexivity]이 확고한 기준 상정의 어려움을, 그리하여 기준 있는 비교연구의 불가능성을 시사하고 있다. 연구 대상의 비교정성과 연구자의 비교정성을 동시에 강조하는 최근의 존재론 이론은 비교불가능성을 또한 강조한다.²⁾

본 논문은 생의학과 한의학에서 관찰되는 인식과 실천의 차이를, 기준을 가진 비교로서는 제대로 드러낼 수 없음을 보이고자 하는 시도이다. 그를 통해 비교불가문화연구의 인류학을 예시해 보고자 한다. 여기서 비교불가능성은 하나의 의료체계를 기준으로 다른 의료체계를 “견주는” 비교에 대한 기각을 의미할 뿐만 아니라, 두 의료의 차이를 측정할 수 있는 공통된 기준 확보가 불가능함을 강조하기 위한 표현이다. 또한, 비교를 위한 공통된 기준 확보의 추구를 내려놓을 때 오히려 두 의료 모두에 대한 이해를 제고할 수 있다는 것을 지시하기 위한 표현이다.³⁾ 최근에 진행된 복수의 의료체계에

2) 최근의 존재론 이론을 이끄는 인류학자의 한 사람인 비베이로스 데 카스트로(Viveiros De Castro)는 이러한 기준 지을 수 없음 때문에 인류학적 연구의 최선은 비교가 아니라 번역이며, 그 번역 또한 다의성(equivocation)에 열려 있는 번역임을 강조한다(Viveiros De Castro 2004). 존재론 이론은, 어떤 문화의 규정에 의해 틀 지을 수 없는 열려 있는 존재론의 가능성을 강조하면서, 이를 바탕으로 정치의 문제를 다루고자 한다. 이러한 정치적 맥락에서 비베이로스 데 카스트로는, 인류학적 번역에 있어 규정되지 않는 다의성을 강조한다.

3) “비교불가능성(incommensurability)”은 토마스 쿤(2013[1962])의 『과학혁명의 구조』 이후 특히 중요한 개념으로 자리 잡아왔다. 쿤에게 있어 비교불가능성은 양립불가능성의 합

대한 인류학적 연구들은, 의료들의 인식과 실천의 분지를 병치(juxtaposition) 시키며 비교불가능성을 훌륭하게 드러내고 있다(Lakoff 2005; Langwick 2011; Farquhar and Zhang 2012). 그러므로써 병치시키고 있는 두 의료 모두에 대해 보다 깊은 이해가 가능함을 보이고 있다. 이러한 연구 성과 위에서 본 논문 또한, 한국의 생의학과 한의학에 대한 병치를 통해 두 의료의 차이를 펼쳐두고, 그 간극의 양태를 보임으로써 비교불가능성에 대해 논하고자 한다.

본 논문에서 자주 언급될 “분지(分枝)”는 최소한의 접점에서부터 본 연구가 논의를 시작하고 있음을 지시한다. 문화들의 차이의 양상은 비교가 불가할 정도의 다측면의 현상이지만, 병치시킬 수 있는 최소한의 접점 자체가 부재하는 것은 아니다. 공유된 접점으로부터 시작한다는 것은 또한 비교불가능성을 보이기 위한 하나의 방법론이기도 하다. 인류 문화들이 공유하고 있는 접점에서부터 시작하지만, 예상을 뛰어넘는 분지의 간극은 비교불가능성을 가시화시킨다. 의료의 예를 들면, 그 천차만별의 다양성에도 불구하고, 모든 문화에는 몸에 대한 의료적 관점이 존재하며 그를 통해 고통과 질병으로부터 벗어나게 하려는 실천이 존재한다는 접점이 있다. 공유된 접점에서 시작하지만, 각각의 의료가 보이는 분지의 기울기는 급격하고, 양상은 다차원적이다. 먼저, 의료적 개입의 대상인 몸이라는 존재 자체의 다의성에서부터 분지의 간극은 분명하다. 세계와 분리된 개별성을 강조하는 생의학의 몸(Lock and Nguyen 2010), 내외의 기 흐름에 열려 있는 동아시아 의학의 몸(Farquhar 1994), 그리고 다른 차원의 외부(예를 들면, 사람에게 해를 가하는 다른 세계의 존재)에까지 열려 있는 아프리카 의학의 몸(Langwick

의가 상당히 농후하다. 그것을 바탕으로 패러다임의 전환이 가능하기 때문이다. 본 논문에서 사용하는 비교불가능성의 개념은 쿤의 사용 방식과 다소 차이가 있다. 과학사에 있어 혁명적 변화를 논하는 쿤과 달리, 복수의 문화(또는 복수의 의료)에 대한 이해의 문제를 논의하는 본 논문에서는 오히려 “병존”을 전제로 하고 있다. “공약불가능성”이라는 용어를 사용하지 않고 “비교불가능성”이라는 용어를 사용한 이유도 이러한 맥락이다. 공약이 불가함은 패러다임의 전환을 내정하고 있지만, 문화들 사이의 비교나 비교불가의 이슈에 대한 논의는 패러다임 전환의 문제와는 거리가 있기 때문이다. 또한, 인류학의 핵심 테마 중 하나인 비교연구에 대한 질문 던지기를 수행하는 본 논문에서는 비교불가능성이 더 적절한 용어일 것이다.

2011)이, 몸에 대한 관점의 분지에 대한 한 예시를 제공한다. 여기에 분지된 몸을 바라보는 각 의료의 인식과 그 인식을 바탕으로 한 다양한 진단과 치료의 방식들은, 분지의 양상을 다측면으로 만든다. 또한 역사의 전개 속 각 의료의 변화는 그 분지를 다차원적으로 만든다. 점점에서부터 시작하여 분지의 전개를 따라가다 보면, 곤잘 기준을 상정한 비교로는 가늠될 수 없는 간극을 목도하게 된다. 본 논문은 생의학과 한의학에 대한 병치를 통해 이러한 비교불가의 분지를 보이고자 한다.

쿠리야마(Kuriyama 1999)의 고대 서양의학⁴⁾과 중국의학에 대한 논의는 점점과 분지의 틀을 가진 연구를 예시한다.⁵⁾ 책의 초두에서 그는 “어디에서나 항상 동일한 보편적 실재(everywhere the same, universal reality)”라고 할 수 있는 인간 몸이라는 점점에서 논의를 시작하고 있다(ibid.: 8). 그 점점 위에서 전개되는 동서의학의 분지를 “촉감의 방식들,” “바라봄의 방식들,” “존재의 방식들”이라는 주제 하에 여러 측면에서 다루고 있다. 일례로 “촉감의 방식들”에서는, 근현대 서양의학의 대두 이전에 서구에서도 중요한 진단의 방식이었던 맥진을 동아시아의 그것과 병치시키고 있다. 공히 손목에 손가락을 얹고 있지만, 서양의학과 동아시아의학에서 보고자 했던 것은 달랐다. 또한 보려고 하는 방식도 달랐다. 손목의 박동을 이해하기 위해 서양의학에서는 해부학적 전제 위에서 심장과 동맥의 관계에 천착했다. 동아시아에서는 맥의 진동이 드러내는 기혈(氣血)의 양태에 주목했다. 선명성을 가진 언어에 각 박동의 정의를 담으려 했던 서양의학과, 각각의 맥이 어떤 식으로 경험되는지에 주목했던 동아시아의학에서는 의서에서의 표현 또한 분명한 분지를 보인다. 쿠리야마의 논의는 본 연구가 시도하고자 하는 당대

4) 본 논문에서는 근대 이후 서양의학을 지칭할 때 생의학(biomedicine)이라는 용어를 사용하고자 한다. 생명과학(bio-science), 생명공학(bio-technology)과의 접목이 두드러진 지금 서양의학의 특징을 지시하기 위해서이다. 이러한 특징이 가시적이지 않은 근대 이전의 서양의학을 지칭할 때는 그대로 서양의학이라는 용어를 사용하고자 한다.

5) 쿠리야마는 본인의 책 제목(The Expressiveness of the Body and the Divergence of Greek and Chinese Medicine)에서 분지(Divergence)라는 표현을 사용하고 있다. 본 논문의 제목에서 사용된 분지라는 표현은 쿠리야마의 책 제목에서 영향을 받은 것임을 밝힌다.

생의학과 한의학의 분지 논의에 훌륭한 모델을 제공하고 있다. 문헌 자료를 통한 쿠리아마의 연구 성과에 더해, 본 논문에서는 현지조사 자료를 통해 지금 생의학과 한의학의 분지에 대해 논하고자 한다. 의료 현장의 실천과 행위자들의 상호작용이라는 구체성과 현재성을 통해, 쿠리아마의 역사적 연구와는 또 다른 분지의 양상들을, 그리고 양상들이 드러내는 비교불가능성을 본 논문은 보이고자 한다.

본 논문에서 강조하는 비교불가능성은, 하지만, 인류학적 연구가 추구하는 문화에 대한 이해를 포기하는 것이 아님을 필자는 강조하고자 한다. 그것은 기준을 상정한 비교연구가 가져올 수 있는 특정 문화에 대한 규정, 예단을 넘어서기 위한 인류학적 고민의 결과물임을 분명히 하고자 한다. 또한 비교불가능성은 관계되어 있는 복수의 문화 모두를 제대로 드러내기 위한 인류학적 방법론에 관한 것임을, 본 논문은 생의학과 한의학의 분지에 대한 예시를 통해 보이고자 한다.

본 논문은 필자가 진행한 생의학 현장과 한의학 현장에 대한 복수현지조사를 바탕으로 한다. 생의학에 대한 현장연구는 2009년에서 2010년까지 서울의 모 종합병원 당뇨센터에서 진행되었다. 한의학에 대한 현지조사는 보다 장기간에 걸쳐 진행되었다. 먼저 2007년에서부터 2010년까지, 한의학의 임상 현장, 한의학 지식 전수 현장에서 집중적인 현지조사를 수행하였다. 그리고 2011년부터 현재까지의 기간에는 평일의 일부 시간과 주말을 이용해서, 이전의 집중 조사기간에 비해서는 다소 단속적으로 현지조사가 진행되었다. 그럼에도 불구하고 이 기간에 진행된 현지조사 자료들은 본 논문에 적지 않은 기여를 하였다. 특히, 2015년 초부터 본 논문을 쓰고 있는 지금까지 진행하고 있는 지리산에서의 현지조사는 본 논문의 논의에 중요한 역할을 하였다. 한의학의 고전인 『황제내경』을 공부하는 한의사들의 모임에 참여하여 매 주말 숙식을 같이한 현장 경험이 본 논문에서 논의하는 한의학과 생의학의 분지를 논의하는 데 중요한 자료를 제공하였다.⁶⁾

6) 지리산 현지조사에서 필자는 “도제제(apprenticeship)”의 방법론을 사용하여, 전통 지식과 실천을 직접 경험하고 체화하는 방식을 통해 연구를 진행하고자 하였다. 필자 외에는 모

두 의료 현장에서 진행한 현지조사 기간 차이가, 일면 두 의료의 분지를 허용한다. “우리의 시선을 상시적 가시성의 세계로 이끄는”(Foucault 1994: x) 생의학 현장의 언어와, 실체가 없고 모호하게 느껴지는 한의학 현장의 언어를 요해하는 데 걸리는 시간의 차이가, 현지조사 기간의 분지로 나타났다. 근대적 “가시성”의 언어에 익숙한 필자의 체화된 관점을, 한의학 예단을 위한 기준으로 사용하지 않게 된 것은 한의학에 대한 장기간 현지조사의 중요한 수확이었다.

2. 생의학과 한의학의 분지

1) 한국의 생의학, 한국의 한의학

생의학과 한의학의 분지를 본격적으로 논하기 전에, 본 논문에서 논의하는 두 의료는 어떤 의료인가에 대해서 분명히 할 필요가 있다. 의료에 대한 인류학적 연구들은 그 의료체계가 존재하는 사회의 역사적, 정치적, 제도적 조건이 의료 실천(practice)에 고스란히 체화되어 특징적으로 존재한다는 것을 보여주고 있다(Lock 1990; Hsu 1999; Scheid 2002; Lakoff 2005; Sunder Rajan 2006; Zhan 2009; Dumit 2012). 이러한 논의를 바탕으로, 본 논문에서 논의하는 두 의료는 지금 한국 사회의 역사적, 정치적, 제도적 맥락 속에 있는 한의학과 생의학임을 강조하고자 한다.

본 논문이 주시하는 한의학은 중국의 중의학과 다르며, 일본의 캠포의학과도 다르다. 대만의 중국의학과도 차별화된다. 모두 동아시아의학이라는 범주로 묶일 수 있겠지만, 각 국가 경계 안의 동아시아의학은 각각의 정치 사회 맥락 속에서 각각의 차별성을 가지고 있다.⁷⁾ 무엇보다도 동아시아의학

두 한의사로 구성되어 있는 모임이었지만, 필자는 예외적인 관찰자라기보다는 또 한 명의 배우는 사람으로서 그 모임에 참여하였다. 지리산 현지조사의 방법론에 대해서는 별도의 논문에서 다루고자 한다.

7) 물론 공유되는 내용들도 있다. 공히 『황제내경』, 『상한론』 등 동아시아 의학고전을 중요한 문헌으로 삼고, 기(氣), 음양(陰陽), 오행(五行) 등 핵심 개념을 공유한다. 하지만 고

내부의 차이는, 국민국가라는 근대유럽의 국가 모델이 동아시아에 이식되면서 더 확연해졌다. 특히, 국민국가들의 근대의료체계 정립에 대한 공통된 열망이 각 국가에서 동아시아의학의 존재방식을 규정하는 강력한 힘이 되고 있다(Porter 1994). 공통된 열망이지만, 그 열망의 분출은 각 국민국가에서 상이하여 동아시아의학의 존재방식은 각각의 지역에서 상이하게 나타났다. 사회주의 국가 건설의 외중에 체계를 잡은 중국의 중의학에서는(Scheid 2002),⁸⁾ 집산화의 논리를 담지한 중의학병원이 전통의료 전달의 주요기관으로 자리 잡았으며, 그 국가관리 하의 중의학병원에서 다수의 중의사가 모여서 진료를 한다(Shao 1999). 한 명의 한의사가 운영하는 개별 한의원이 주요 의료전달 기관인 한국의 한의학은 중국 중의학의 존재방식과 많은 차이를 보이며, 이러한 존재 방식이 체화되어 있는 내부의 실천이 가시적인 차이를 드러낸다. 또한, 동아시아 국민국가에서 추구하는 서양의학과 동아시아의학의 병존 방식은 동아시아의학의 존립 자체에까지 영향을 미치면서, 각 동아시아의학의 당대 존재방식을 차별화시키고 있다. 급격한 서구화의 기치 속에서 폐지에 가까운 제한을 받은 일본의 동아시아의학에는, 중의학병원이나 한방병원 같은 형태의 동아시아의학 전문 병원이 존재하지 않으며 한국의 한의원과 유사한 캠포 클리닉 또한 서양의학 의대를 졸업한 의사들에 의해 운영이 되고 있다. 이러한 동아시아의학의 다양성 속에서 각각의 동아시아의학은 각각의 특징을 보이면서 존재하고 있다.

본 논문에서 논하는 한국의 생의학 또한 여타의 생의학과 차이가 있다.

전을 공유한다는 것의 의미에 대해서도 짚어 볼 필요가 있다. 고전에 대한 다양한 해석의 여지가 열려 있는 동아시아 전통에서 같은 책을 공유한다는 자체는 결정적 유사성이 아닐 수 있다. 어떻게 해석하는가에 따라, 또한 그 해석의 전통이 어떻게 자리 잡았는가에 따라, 여기서도 분지가 존재한다. 개념을 공유하는 것도 마찬가지다. 기, 음양, 오행 등의 동아시아 개념들에는 해석의 다양한 가능성이 열려 있다. 예를 들면, 한국의 대표적 의서라고 할 수 있는 『동의보감』과 『동의수세보원』에서도 그 차이를 찾아볼 수 있다. 『동의보감』의 음양이 일시적인 현상의 양태를 곧잘 지시한다면, 태양인 태음인 등을 지칭할 때 『동의수세보원』에서 사용되는 음양은 유학에 바탕을 둔 존재의 방식에 대한 표현이라고 할 수 있다.

- 8) 지금 중국의 중의학 체계를 이해하기 위해서는 1949년 이후의 사회주의 국가 건설 외중의 변화에 주목해야겠지만, 1949년 이전 국민국가의 체계를 세우기 위한 시도들도 연결성의 관점에서 짚어 볼 필요가 있다. 이에 관해서는 Lei(2014) 참조.

19세기 의료인식의 표준화(Foucault 1994) 이후 전 세계적인 표준화를 성취하였지만, 생의학 역시 각 사회의 정치, 제도, 문화에 의해 각각의 방식으로 각각의 국민국가에서 존재한다. 전 국민의료보험의 영국과 사보험 위주의 미국은 생의학 진료실천에서 차이가 난다. 약물광고가 처방전이 필요 없는 약품에만 허용되는 한국과 전문의약품의 일반인 대상 광고가 허용되는 미국에서(Dumit 2012) 약물에 관한 그 구성원들의 문화는 상이하다. 빅 파이브로 지칭되는 거대 종합병원에 대한 쓸림이 뚜렷한 한국과 NHS(National Health Service) 체계 속 주치의제도가 있는 영국에서 환자들의 의료추구실천은 차이가 날 수 밖에 없다.

본 연구는 생의학과 한의학의 한국사회에서의 존재 방식을 최대한 반영하기 위하여, 생의학의 경우 종합병원의 현장자료를, 그리고 한의학의 경우 개별 한의원에서 수집한 현장자료를 주로 사용하고자 한다. 종합병원의 자료는 당뇨센터라는 특정 질병 치료 클리닉에서 수집된 데이터들이다. 만성병이 강조되고 있는 지금 생의학의 방향성을 고려할 때(Greene 2007; Herzberg 2009; Dumit 2012; Aronowitz 2015) 당뇨센터에서의 현장자료는 당대 생의학의 중요한 한 방향성을 드러낼 것이며, 그러한 방향성이 한국 사회의 생의학 현장에서 어떻게 나타나는지 보여줄 것이다. 한의학의 관점과 진료의 다양성을 조금이라도 드러내기 위해, 필자가 조사한 다양한 학과 자료 중, 본 논문에서는 두 학과(동의보감학과와 황제내경학과)의 자료를 주로 사용하였다. 지금 한국의 한의학에는 진료의 방식을 공유하는 한의사 단체인 다양한 학과(동의보감학과, 사상의학학과, 황제내경학과, 상한론학과, 사암침학과, 체질침학과, 내경침학과 등), 다수의 워크숍, 강의, 한의원 네트워크 등을 통해 매우 다양한 관점과 방법론이 공존한다. 이러한 다양성을 다 포괄할 수는 없지만, 두 학과에서 조사한 자료를 사용하여 한의학 다양성의 양태를 조금이라도 드러내고자 하였다.

앞에서 언급한 바와 같이, 본 논문은 두 의료의 분지를 이야기하지만, 분지를 드러내기 위해서 최소한의 접점으로부터 시작하고자 한다. 한국의 생의학과 한의학, 두 의료현장에서의 현지조사 자료 중 본 연구가 접점으로

삼고, 병치시키고자 하는 것은 의료인과 환자 사이의 상호작용이다. 의료가 성립하기 위한 이러한 최소한의 접점을 시작으로 생의학과 한의학의 분지를 고찰해 보려한다.⁹⁾ 현지조사 자료 중 필자가 주로 인용하고 있는 부분은 그러한 접점에서 관찰되는 일상적 모습과 대화이다. 하지만, 인류학적 현장 연구들이 암묵적으로, 혹은 명시적으로 드러내듯이 일상적 상호작용은 결코 사소하지 않다(Farquhar 2002). 내부에 각 문화의 세계관과 역사가 공명하고 있기 때문에, 결코 가볍지 않은 인류학적 시선의 응시 대상이다. 본 논문은 생의학과 한의학의 현장을 인류학적 시선으로 바라보며, 내재해 있는 동서의 세계관과 인간관 그리고 그러한 관점들의 역사적 발현을 읽어내는 작업을 시도해 보고자 한다.

2) 첫 대면

생의학과 한의학의 분지는 환자가 진료실에 들어서는 순간부터 목격된다. 의료인/환자, 이 의료현장의 주된 행위자들의 상호작용이 개시되는 순간부터 중요한 참여관찰의 지점이 부상하는 것이다. 필자가 현지조사를 진행한 종합병원 당뇨센터에서는 환자가 외래진료실을 들어오는 첫 대면의 순간, 대부분의 경우, 모니터를 보고 있는 의사의 모습이 관찰되었다.¹⁰⁾ 이외는 달리, 한의학의 의료현장에서는 한의사가 진료실로 들어서는 환자를 바라보고 있는 모습을 볼 수 있다. 사소한 차이인 것 같지만, 환자/의료인 첫 만남

9) 의료인/환자 상호작용이라는 접점을 바탕으로 두 의학 분지의 궤적을 짚어 보는 것이 가능한 것은 한국사회 의료체계의 특징 때문이기도 하다. 두 의료 체계가 병존하는 한국 사회에서 생의학과 한의학은 가시적인 공통점이 있다. 의학교육 기간(6년제 의대/한의대, 4년제 의학전문대학원/한의학전문대학원)의 공통점과 의원, 종합병원, 대학병원 등의 의료전달 기관의 공통점이 그 예들이다. 이러한 공통점 위에서 의사와 한의사는 비교적 유사한 사회적 권위를 가지며, 또한 병렬적인 의료전달 기관의 체계 위에서 한국 사람들은 때로는 오전에는 병원, 오후에는 한의원을 방문하는 흥미로운 의료추구실천을 보이기도 한다. 이러한 접점이 본 논문의 논의를 또한 가능하게 하였다.

10) 환자 중에는 그야말로 의사와 첫 대면하는 초진환자도 있었고, 만성병 관리를 위해 다시 병원을 내원하여 의사와 그날의 첫 대면을 하는 재진환자도 있었다. 하지만 초진, 재진의 차이에 상관없이 의사의 시선은 일정하게 모니터로 향하고 있었다.

의 장면은 서양의학과 한의학의 분지를 흥미롭게 형용한다.

서양의학 진료실에서 의사의 시선이 모니터에 가 있는 것은 진료실 밖에서 진행된 진단의 결과를 보고 있기 때문에, 혹은 보아야 하기 때문이다. 각종 진단기계가 측정한 수치들이, 또는 영상 자료가 모니터를 통해서 제공되고, 그를 바탕으로 상담부터 처방까지 해야 하기 때문에 환자가 진료실에 들어서는 순간부터 의사는 모니터를 보고 있는 것이다. 종합병원 외래 진료실에서 환자 한 명에 할애 되는 시간이 충분하지 않다는 사실은 이 첫 대면의 순간을 의사가 모니터를 보아야하는 상황으로 만든다. 서울의 유명 병원 중의 하나인 필자의 생의학 현지는 모여드는 환자 때문에 대기실은 항상 만원이었다. 많아야 십 분 정도의 시간 안에 상담에서부터 처방을 다 마쳐야하기 때문에 환자가 들어서는 순간부터 모니터에 떠있는 자료에 대한 분석이 시작되어야 한다.

한의학 현장에서, 한의사의 시선이 진료실로 들어서는 환자에게 가게 되는 것은, 한의사들이 환자들을 대하는 인간적인 방식과는 크게 관계가 없다. 그보다는 한의학에서는 진료실 밖에서 진단이 따로 진행되지 않는다는 사실과 깊은 연관이 있다. 진료실 밖에서 진단이 일어나는 생의학과 진료실 밖에서는 진단이 일어나지 않는 한의학의 차이는 두 의료체계의 비교불가능성에 관한 중요한 테마다.

두 의료현장에서 관찰되는 첫 상호작용의 분지는, 달리 표현하면, 서양의학에서는 의사가 없는 곳에서도 진단이 일어나는 데 반해, 한의학에서는 한의사가 없는 곳에서는 진단이 진행되지 않는다는 사실에 기인한다. 이러한 분지의 이유는 두 의학이 상정하고 있는 진단의 대상에 분명한 차이가 있기 때문이다. 주지하다시피 서양의학에서의 진단은 몸의 물질적 측면을 주로 다룬다. 만성병의 진단과 치료의 대상이 되는 혈중 콜레스테롤, 혈중 글루코스, 혹은 치매의 진단/치치의 대상으로 알려진 베타아밀로이드 등이 모두 우리 몸에서 발견되는 측정 가능한 물질들이다. 흥미롭게도 정신질환을 다루는 경우에도, 서양의학에서는 세로토닌, 도파민 같은 물질적 측면에 대한 처치를 통해 의료적 개입이 이루어진다. 종합병원 당뇨센터에서 진행된 필

자의 현지조사에서는 주로 혈당, 당화혈색소, 콜레스테롤, 몸무게, 체지방 등 수치화 될 수 있는 몸의 측면이 진료실 대화의 주를 이루고 있었다.

생의학과는 달리 한의학에서는 몸의 물질적 측면을 강조하지 않는다. 한의학 현장에서 한의사가 주시하는 것은 환자와 대면했을 때 드러나는 얼굴 색이나 얼굴빛, 목소리의 색조 및 강약, 그리고 손목의 박동처를 짚었을 때 드러나는 맥 등이다. 진단에서 물질적 측면을 강조하는 생의학과 분지가 일어나는 장면이다. 한의학적 시선이 주목하는 인간 존재의 측면들은 진단기계로 측정하기가 용이하지 않다. 사실, 한의학에서 네 가지 진단[四診]의 방식이라고 하는 망문문질(보고 아는 진단[望], 들어서 아는 진단[聞], 물어서 [환자의 답변을 통해서] 아는 진단[問], 촉감을 통해서 아는 진단[切])은 사람이 사람을 대면했을 때 상대를 알아가는 방식을 의학적으로 구체화한 것이다.¹¹⁾¹²⁾ 한의학 현장에서, 한의사가 있는 곳에서 진단이 일어나는 것은 한의학에서 여전히 대면을 통해 상대를 알아가는 방식을 강조하고 있기 때문이다. 사람의 지각과 인지 능력을 극대화하는 진단의 과정을 통해 (Farquhar 1994; 김태우 2012) 결국 한의학이 보고자하는 것은 환자 몸에서 드러나는 기(氣)의 치우침의 양태라고 할 수 있다. 한의학에서 바라보는 사람은 기가 진동하는 존재이다. 그 진동의 떨림이 가진 방향성, 떨림의 양상을 통해 환자의 상태를 파악하고자 하는 것이 한의학의 진단이다. 기(氣)적 존재인 사람(의료인)이 기(氣)적 존재인 사람(환자)을 알아가는 방식을 취하기 때문에 환자가 진료실에 들어서는 순간은 중요한 진단의 순간이다. 이러한 한의학 진단의 전제 때문에 진료실에 들어서는 환자에게 한의사의 눈길이 있는 것은 당연한 응대의 방식이다. 환자에게서 드러나는 기의 상황을 강조하는 한의학에서는, 글루코스, 콜레스테롤, 베타아밀로이드 등 생체물질을 측정하는 진단기계보다는, 그 기를 읽을 수 있는 사람이 여전히 중요하

11) 과학화 담론의 등장 이후 한의학에서도 진단의 대상을 기계로 측정해보려는 노력들이 있어 왔다. 하지만 여전히 사람의 인지를 강조하는 진단이 주를 이루고 있다.

12) 본 논문의 후반부에서 구체화되었지만, 한의학 진단으로서의 바라봄, 목소리 듣기, 맥 짚기 등은 경험의 정도에 따라 사람들 사이에 차이가 난다. 사람이 사람을 알아가는 일상적 과정인 것 같지만, 그 속에 의학적 앎의 과정이 내재해 있다.

다. 신체의 물질적 측면을 측정하여 진단하는 생의학에서는 그 측정된 수치
의 자료들과 그에 대한 분석이 중요하다. 생의학과 한의학 진료실에서, 첫
대면의 순간 환자 의료인 사이 상호작용이 분지하는 이유이다.

3) 상담

의료인/환자 첫 대면의 순간에 관찰되는 장면의 상이함은, 지금까지 논의
한 바와 같이, 생의학과 한의학이 가진 몸에 대한, 혹은 인간 존재에 대한
관점의 분지에 기인한다고 할 수 있다. 의료인과 환자가 주고받는 진료실에
서의 첫 대화에서도 두 의료체계의 분지가 분명하게 드러난다. 생의학 진료
실에서는, 진료실 밖에서 행해진 진단에 대한 본격적인 대화가 처음부터 시
작된다.

의사: 혈당이 좀 올라가셨어요.

혹은,

의사: 105나왔네, 저번보다 좀 떨어졌네요. 저번엔 110이었었죠?¹³⁾

의사는 조금은 단도직입적으로 혈당 수치를 언급하며 본론으로 바로 들
어가기를 중용한다. 대화의 내용을 들여다보면, 지난 번 내원했을 때와 이번
내원 시 혈당측정치의 차이가 대화내용의 주를 이룬다는 것을 확인할 수
있다.

의사: 평균혈당을 재면 ... 8점대 9점대 해야 되는데 11점대가 넘었어요.

혹은, ‘평균혈당’이라고 통상 환자들에게 말하는 당화혈색소의 변화 추이
를 가지고 대화가 시작되기도 한다. 진료실에서의 대화에 익숙한 재진환자
들은 먼저 수치에 대한 이야기를 꺼내며 대화를 주도하기도 한다.

13) 여기서 제시된 의사의 언급들은 다른 시간대에, 다른 환자를 대상으로 한 대화 내용들이
다. 전형적인 첫 대화를 보여주기 위해 발췌하여 제시하였다.

환자: (진료실에 들어와, 환자용 의자에 앉으며) 오늘 당이 좀 안 좋은 거 같아요.

의사: 왜요? 뭐 드셨어요?

환자: 술 좀 마셔가지구요.

의사: 121... 나쁘진 않으신데요. 약주 많이 하셨어요?

환자: 예.

한의원에서의 한의사, 환자 간의 첫 대화는 병원에서의 그것과는 차이가 난다. 재진환자라고 하더라도 처음부터 본론으로 들어가지 않으려는 행위자들의 의지가 관찰된다.

한의사: 오랜만에 오셨네요...오늘은 어떻게 도와드릴까요?

환자: 며칠 전부터, 제가...

재진이라고 하더라도, 한의원에서는 이미 정해져 있는 주제가 없기 때문에 본론으로 바로 들어갈 수 없다. 주제를 잡아가는 과정이 요구된다.¹⁴⁾

생의학과 한의학 현장에서의 상이한 대화의 양상은 두 의학의 분지를 흥미롭게 드러낸다. 무엇보다도 강조해야 할 것은 생의학병원 진료실에서의 대화와 한의원 진료실에서의 대화는, 내용의 다양성에서 상당한 차이가 관찰된다는 것이다. 대화의 시작에서부터 대화의 마지막까지 병원 당뇨센터에서는 당뇨관련 수치들(혈당수치, 당화혈색소 수치, 몸무게 수치, 콜레스테롤 수치 등)이 대화의 중심에 있다.¹⁵⁾ 반면에 한의원에서는, 지난 번 내원 때 피부 문제에 대한 상담을 하다가, 이번 내원에서는 생리불순에 대한 대화를 하기도 한다. 이러한 분지는 진료과목이 세분화되어 있는 생의학과, 전통적으로 진료과목의 분과에 방점이 없었던 한의학의 차이에 기인하지만, 그 내용에 대해서는 인식론적 측면에서 구체적으로 짚어 볼 필요가 있다.

14) 만성통증 등 정해진 주제가 일정 기간 지속되는 경우가 한의원에서도 관찰된다. 하지만 생의학의 경우처럼 수치에 관한 주제가 항상 정해져 있는 것은 아니다.

15) 수치를 강조하는 경향은 필자가 현지조사를 진행한 당뇨센터의 특징이기도 한다. 하지만, 생의학의 수치화는 당대 생의학의 방향성을 지시하는 주목할 만한 현상이다. 이에 관해서는 본 논문의 뒷부분에서 좀 더 구체적으로 논의될 것이다.

생의학은 몸의 특정 부분에 대한 강조를 통해 의학적 대상을 확보하려는 경향이 분명한 의학이다. 서양의학의 분과 자체가 신체에 대한 해부학적 공간화를 통해 의학적 대상을 확보하려는 방향성(Foucault 1994)의 결과물이다.¹⁶⁾ 여기에 더해서, 의학적 대상 확보의 방향이 몸의 더 깊은 내부로 향하고 있는 것이 지금 생의학의 지향이다. 『임상의학의 탄생』에서 논의하고 있는 병리해부학의 해부학적 공간뿐만 아니라, 단백질, 효소, 신경전달물질, 그리고 DNA까지 세분화의 경향이 뚜렷하다.¹⁷⁾ 강조되어야 할 것은, 19세기 병리해부학의 탄생에서부터 지금의 유전자의학에 이르기까지, 서양의학의 눈부신 변화의 와중에서도, 변화 없이 면면히 흐르고 있는 것은 확실한 의학적 대상을 확보하기 위한 노력이다. 이 지향을 통해 “객관적”으로 파악할 수 있는 대상을 선별하는 것이 생의학의 변함없는 테마인 것이다. 근현대 서양의학 역사에 관한 영향력 있는 학자인 로젠버그(Rosenberg 2007)는 이러한 지향을 통해서 “존재론적으로 실재하고, 확실하게 구체적인 질병 독립체들(entities)의 존재를 상정한 것이 [진료를] 조직하는 원칙을 구성하며, 그 원칙을 바탕으로 임상적 결정이 이성적으로 이루어지도록”(ibid.: 15)하는 것이 지금 생의학의 방향성이라고 단언한다. 이러한 일관된 방향성을 통해서, 해부학적 장기 및 병원균에서부터 콜레스테롤 등 생체물질, 세로토닌 등의 신경전달물질, 그리고 DNA에 이르기까지 의학적 진단과 치료의 대상을 확보해 나간 것이 근현대 생의학의 역사라고 할 수 있다.

객관적으로 파악 가능한 “질병 독립체”에 대한 생의학의 지향은, 그러한 지향이 없는 비생의학 의료체계와 분명한 분지를 보인다. 생의학과 아프리카 전통의학의 비교불가능성을 논하고 있는 랑위크(Langwick 2011)의 에스노그래피는 생의학의 말라리아와 그에 상응한다고 간주되는 전통의학의

-
- 16) 한의학에서도 인간의 몸을 몸통과 사지, 몸을 상중하(상초(上焦), 중초(中焦), 하초(下焦))로 나누기도 하지만, 세분화의 경향을 강조하지는 않는다. 오히려 전술한 바와 같이 몸 전체에서 기가 진동하는 양태가 주된 관심의 대상이다.
- 17) 니콜라스 로즈(Nikolas Rose 2007)는 클리니컬 게이즈(clinical gaze) 대신 분자물리 게이즈(molecular gaze)를 제안하며, 이러한 변화가 새로운 시대의 도래를 지시한다고 주장한다.

데제데제(*degedege*)와의 분지의 간극을 드러내고 있다. 생의학은 말라리아 병원균을 확정함으로써 진단을 하고 객관성을 확보한다. 아프리카 전통의학에서 다루는 악귀나 질투는, 가시적인¹⁸⁾ 말라리아의 “질병 독립체”로부터 분명한 분지를 보인다. 객관적으로 파악할 수 있는 질병 독립체에 대한 지향은 같은 서양의료 내에서도 분지를 드러낸다. 라코프(Lacoff 2005)는 DSM(The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)을 바탕으로 표준화된 약물치료를 추구하는 정신의학과, 환자 개인의 개별성과 주체성을 강조하며 상담치료를 주로 하는 정신분석학 사이의 분지를 드러내면서, 같은 서구의 의료체계 사이에서도 존재하는 비교불가능성을 훌륭하게 예시하고 있다.

위 생의학의 현장에서 주를 이루는 수치에 대한 대화는 이러한 인식론적, 그리고 역사적 배경을 가지고 있다. 당뇨병이라는 질병현상을 객관적으로 파악할 수 있는 질병 독립체를 찾으려 했고, 지금 생의학이 주목하고 있는 것이 바로 혈중 글루코스의 양 혹은 당화혈색소의 비율인 것이다. 이러한 “독립체”들은 수치화 가능한 의료의 대상이기 때문에 객관에 대한 지향을 가진 생의학의 입장에서는 특히 매력적인 대상이다. 생의학의 이러한 지향을 확인할 수 있는 특히 흥미로운 부분은 수치가 생활에 선행하는 경향성이다.

생의학 현장의 대화에서는 수치라는 기준을 가지고 상담을 진행하면서 생활에서의 문제점을 찾아가고 있는 것을 목격할 수 있었다. 지난 번 내원 때보다 혈당이나 당화혈색소 수치가 높아졌다면, 그 이유를 생활에서 찾는 것이다.

의사: 오늘 270이에요. 그리고 평균혈당 7.2%. 나빠지셨어요. [여기서 270은 혈중 글루코스의 양을, 평균혈당 7.2%는 당화혈색소 비율을 말한다]

환자: 7.2%?

의사: 왜 이렇게 나빠지셨어요.

18) 랑위크의 에스노그래피에 따르면 탄자니아의 생의학 클리닉에서는 피 속의 말라리아 원충을 현미경으로 찾아내어, 말 그대로 질병을 가시화하고 확진한다.

그리고 이어서 나빠진 이유를 환자의 생활에서 찾아나가는 상담이 진행 된다.

지난 번 내원 때만큼 혈당이나 당화혈색소 수치가 높아지지 않았다면 상담 시간도 짧아진다. 의사는 “4주 뒤에 오시면 됩니다.”라는 상담 종료를 뜻하는 선언을 갑자기 고하기도 한다.¹⁹⁾ 생의학 현장에서는 환자가 생활에서 경험하는 증상과 건강문제는 수치만큼 강조되지 않는다. 수치가 잘 관리 될 경우 환자가 증상을 호소하더라도 부차적인 것으로 치부될 때가 있다. 하지만 환자의 호소가 중요시되지 않는 상황에 대해, 생의학은 ‘비인간적이다,’ 혹은 ‘환원적인 의학이다’라고 한마디로 단정한다면, 생의학의 일면만 본 것이라고 할 수 있다. 지금까지의 논의가 드러내듯이, 그러한 상황은 객관적으로 파악 가능한 의료적 대상을 강조하는 생의학의 방향성과 같이 언급되어야 한다. 생의학의 방향성이, 예를 들면, 첨단 과학 기술과 접목되는 성과를 이루었다면, 환자의 주관적 증상에 대한 경시는, 그러한 성과에 수반 될 수 있는 부(副)작용의 일면이라고 할 수 있다. 마찬가지로, 한의원에서 환자의 증상에 관심을 가지는 것을 한의학의 인간적인 측면이라고 말할 수는 없다. 생의학으로부터 분지하는 인식과 그를 바탕으로 한 의료 실천이 주된 이유이다. 한의사와 여성 20대 대학생과의 대화를 예로 들어 보자.

한의사: 요즘 대변이 어떤데요?

환자: 대변.. 요즘.. 3~4일에 한 번씩.

한의사: 아...

환자: 잘 안 나와서...

한의사: 학교생활은 좀 어때요? 지금 방학 중이라 알바합니까?

환자: 아뇨.. 집에서.. 쉬고 있습니다.

한의사: 집에서 뭐하는데요?

환자: 네.. 그냥 쉬고 있습니다.

한의사: 쉬는 것도 좋죠... 긴장을 합니까?

19) 이러한 장면은 한국 생의학의 특징적인 장면이라고 할 수 있다. 서울의 종합병원으로 환자들이 쏠리는 상황에서 의료인들은 환자들과의 상담 시간을 조절하기 위해 상당한 주의를 기울이고 있었다.

환자: 전혀요. 학교 일도 없는데...

한의사: 아니면 식사가 불규칙합니까?

환자: 네 좀 불규칙한 것 같아요. 늦게 일어나고 늦게 자고...

생리불순으로 한의원을 찾은 대학생과의 대화를 통해서 순조롭지 못한 몸의 상태에 원인이 되는 생활에서의 요인을 파악하려 하고 있다. 한의학에는 수치와 같은 매개가 없기 때문에 한의사는 묻고 답하는 과정에 많은 시간을 할애한다. 대면을 통해 직접 환자의 몸 상태를, 또한 그 원인을 파악해야 하기 때문에 상담이 구체적이고, 충분한 시간이 요구된다. 생의학 현장에서 수치가 생활에 선행하는 장면은 그만큼 생의학에서 객관적으로 파악 가능한 진단의 자료가 우선시 된다는 것으로 해석할 수 있다. 객관적으로 파악한, 그리하여 수치화된 글루코스의 양이, 당화된 혈색소의 비율이 중심에 있는 것이다.

생의학과 한의학의 분지를 위해 여기서 언급해야 할 것은 객관을 강조하는 생의학과 그렇지 않은 한의학 사이에 앎의 방식은 차이가 난다는 것이다. 바라봄을 예로 들면, 객관적으로 파악 가능한 질병 독립체가 없기 때문에, 한의학 현장에서의 봄은 생의학 현장에서의 봄과 다르다. 질병 현상에 대한 객관적 파악의 지향은, 의료현상을 누구나 똑같이 본다는, 혹은 보아야 한다는 방향성으로 생의학 현장에서는 나타난다. 지금의 생의학과 점점 더 많이 진단 기계에 의존하고 있다는 사실이 이러한 방향성을 형용한다. 이와는 달리 한의학에서는 누구나 똑같이 본다는 것을 상정하지 않는다. 오히려 달리 봄을 실천한다. 지금 한국의 한의학에서 존재하는 수많은 학파가 달리 봄의 실천을 증명하고 있다. 각 학파에 스승과 제자라는 다른 지위의 구성원이 존재하는 것은, 달리 보는 능력의 차이에 기인한다. 제자는 스승과 같이 볼 수 있는 능력을 키우기 위해 스승으로부터 배운다. 이것이 한의학에서 시승 관계가 여전히 유효한 이유이다.

“우리 선생님은 척 보고 아시는데 왜 나한테는 그게 안 보일까.”

망진을 강조하는²⁰⁾ 동의보감학과에서 현지조사를 진행할 때 필자가 곧잘 들던 이야기이다. 화자인 한의사는, 위의 언급을 통해 본인이 스승의 한의원 에서 7년간 도제식교육을 받은 동기를 설명하고 있었다. 필자의 지리산 현지조사에서도 제자들은 스승의 봄의 경지에 이르기 위해 매주 먼 길을 달려서 지리산에 모인다.²¹⁾ 봄의 차이는 제자들이 본인의 한원에서 해결되지 않는 임상케이스들을 들고 와서 스승에게 물어볼 때 확연하게 드러난다. 스승은 제자가 환자에게서 본 것 중 놓친 것을 지적한다. 그것을 바탕으로 또한 처방을 수정한다. 본인이 보지 못한 것을 감탄사와 함께 반추하며 제자는 봄의 능력을 키워나가고 있었다.

글루코스나 콜레스테롤의 양을 정확히 파악하는, 그리하여 질병현상을 수치화하는 진단기계를 통해, 생의학은 누구나 동일하게 보고자 하는 객관의 지향을 실천한다. 관록있는 임상가와 초심자의 차이를 인정하는 한의학에서는 경지에 따라 달리 볼 수 있다는 것을 인정하며, 달리 볼 수 있는 눈을 가지려 한다(Farquhar 1994; Kuriyama 1999; 김태우 2012). 객관성이거나 그 확보를 위한 수치는 생의학과 한의학이 대상 몸과 관계 맺는 방식의 분지를 잘 드러낸다. 생의학은 대상 몸과 거리를 유지하려 한다. 객관은 그러한 거리두기의 방식이다. 거리를 두고 누구나 받아들일 수 있는 수치를 끄집어낸다. 수치화 할 수 있는 대상들이 중요해지는 대목이다. 이와 달리 한의학에서는 대상 몸에 더 접근하려 한다. 보고, 듣고, 물어보고, 촉감해서 더 접근하려 한다. 한의학과 생의학의 분지는 환자의 몸과 관계 맺는 방식에서도 분명하게 드러난다.

20) 한의학의 각 학파에는 망진을 강조하는 학파, 문진을 강조하는 학파, 맥진을 강조하는 학파, 혹은 복진을 강조하는 학파 등 진단에서 강조점이 다른 경우가 곧잘 관찰된다. 이것은 학파현상이 두드러진 한국한의학의 특징적인 모습이라고 할 수 있다.

21) 지리산 공부모임의 구성원들은 전국에 흩어져 있다. 주말 동안 지리산(주로 합양의 모임 장소)에 모여 『황제내경』을 공부하고, 함께 지리산 등산로를 오르며, 『황제내경』의 논의에 대해 고찰한다(동아시아의학에서는 인간의 존재 양상과 세계의 존재 방식이 일맥상통하다고 보기 때문에 일출/일몰, 사계의 변화를 통해 몸에 대한 공부가 가능하다). 서울에 있는 한의사들의 경우 모임 참석을 위해 편도 네 시간 이상을 이동해야 한다.

4) 효능

의사: 혈당이... 공복이 126, 식사 후 148.

환자: 많이 좋아졌죠?

의사: 예... 저번에는 막 300넘어가고 그러셨죠.

환자: 예.

의사: 처음에 진단 받으실 때... 지금은 한 126, 148 이리니까...

생의학 당뇨센터에서는 정상범위 안에 수치가 존재하면 효능이 성취된다. 혹은 목표치를 유지하고 있으면 효능이 있는 것이다. 여기서 목표치는 정상 범위에 들지는 않지만, 의사와 환자가 목표를 가지고 관리하는 수치를 말한다. 혈당이 공복에 250인 환자가, 정상범위(~125)는 아니지만 135를 유지한다면 그에 대한 생의학의 개입이 효능을 가진다고 말한다. 정상범위이든 목표치를 유지하든, 지금 생의학 만성병의 효능은 특정 수치의 범위 안에 드는 것으로 판별된다. 이러한 맥락에서, 이제 생의학 만성병 치료에서는 효능이 “있다”라고 하기 보다는 효능이 “유지된다”라고 하는 것이 보다 적절한 표현이 될 것이다. 치료보다는 관리가 목적이기 때문에 이제 생의학 만성병의 효능은, 정상치(혹은, 목표치)의 범주 안에 포함되기도 하고 벗어나기도 하는 흐름 속에서, 유지되기도 하고 유지되지 못하기도 하는 현상이다.

지금 생의학의 효능 개념을 이해하기 위해서는 생의학의 역사적 변화에 대해 주목할 필요가 있다. 의학과 의료인류학의 최근 연구들은 리스크와 수치를 강조하는 경향이 지금의 생의학에서 특히 두드러진다고 주장한다 (Greene 2007; Lock and Nguyen 2010; Dumit 2012; Aronowitz 2015). 만성병의 효능에 대한 이러한 생의학의 관점은, 생의학 내에서도 기존의 효능 개념과 차이가 난다. 의료사학자 아로노위츠(Aronowitz 2015)는 *Risky Medicine*에서, 리스크를 강조하며 새로운 효능 개념의 시대가 도래했다고 주장한다. 이러한 흐름은 19세기까지 서양의학에 영향을 미쳤던 사체액설의 논리와 또한, 그 이후 질병의 자연사를 강조하고 이에 대한 개입을 의료의 역할로 자리매김한 근대서양의학과도 차별화된다고 그는 주장한다. 질병 자

체보다는 질병의 위험이 강조되는 의료담론의 새로운 시대를 우리는 맞이하고 있는 것이다. 위 생의학 현장에서 목격되는 장면들은, 질병 위험(리스크)에 대한 관리를 통해 수치를 “유지”하는 새로운 효능 개념의 출현을 묘사하고 있다.

한의사: 지난번 약 드시고 어떠셨어요?

환자: 많이 괜찮아졌어요.

한의사: 오늘은 어디가 안 좋으셔서…

한의사: 잘 지갑니까? 약 다 먹었습니까?

환자: 네

한의사: (웃으며) 이제 무슨 약 드릴까요?

생의학의 만성병에 대한 효능과 달리, 한의학의 효능은 유지되는 것과는 거리가 멀다. 위 한의학 현장에서의 대화가 시사하는 바와 같이 과거의 병증과 새롭게 직면한 병증 사이의 마디가 가시적이다. 정상범위에 대한, 혹은 목표치에 대한 관리가 아니기 때문이다. 또한 한의학에서 효능과 생의학 만성병에서의 효능의 차이는 누가 그 효능을 평가하는가라는 문제에서도 분지가 드러난다. 위 생의학 현장과 한의학 현장의 대화가 드러내듯이 생의학의 경우 효능은 진단기계와 그 기계를 소유하고 있는 의료인들이 평가한다. 어젯밤 폭음으로 혈당이 높히 나왔을 거라는 환자의 예상이 빗나가는 장면과 (환자: “오늘 당이 좀 안 좋은 거 같아요”… 의사: “121. 나쁘진 않으신데요”), 의사의 동의를 구하는 위 대화에서 드러나듯이(환자: “많이 좋아졌죠?” 의사: “예”), 효능의 평가에 있어 환자의 참여 지분이 생의학에서는 제한적이다. 반면에 한의학 현장에서는 환자에게도 평가를 위한 지분이 충분히 주어져 있다. 약을 먹은, 또는 침을 맞은 환자가 그 의료적 개입의 효능을 평가하는 것이다. 위 대화와 같이, 증상의 호전에 대해 한의사는 묻고, 본인이 느낀 증상의 호전(혹은, 악화)에 대해 환자가 답하는 장면은 한의학 현장에서는 일상적으로 목격되는 장면이다. 한의사는 그 평가에 기대어, 과

거 병증에 대한 마무리를 확인하고, 대화 주제를 새롭게 정립하곤 한다(“오늘은 어디가 안 좋으셔서…” “이제 무슨 약 드릴까요?”).

두 의료체계에서 효능의 분지는 증상에 대한 강조의 차이로도 읽을 수 있다. 앞에서도 잠깐 언급한 바와 같이, 수치화된 리스크를 강조하는 최근 생의학의 경향은 환자의 증상에 대한 경시로 나타나고 있다. 효능의 평가에서도 환자가 느끼는 증상의 호전, 혹은 악화가 가지는 영향력은 축소되고 있다. 수치화된 리스크가 효능 평가의 중심에 있기 때문이다. 리스크 수치는, 객관적으로 파악될 수 있는 “질병 단위체”(당뇨병의 경우 혈중 글루코스 양), 그리고 그에 대한 간명한 재현(즉, 수치화)에 대한 생의학의 지향에 이상적으로 부합하지만, 주관적인 환자의 증상은 이런 생의학의 추가와 거리가 멀다. 최근 생의학의 “증상적 앓음(symptomatic illness)으로부터 리스크로의 관심의 전이는 증상 위주의 의료 대면 특유의 다양성을 단순화시키는 결과를 낳고 있다”(Aronowitz 2015: 18). 또한 그에 따라 효능에 대한 의료인과 환자 사이의 합의도 의료인 측에서 제시하는 수치 위주로 진행이 되고 있다. 이로부터 분지하는 한의학에서의 효능은, 환자가 자신의 증상에 대한 경감, 혹은 그로 인한 일상생활에서의 복귀로 평가된다. 예를 들면, 침 혹은 약 처방 후 통증의 경감, 시린 증상의 감소 등은 환자의 느낌에 의해 평가가 가능하다. 환자의 의견이 효능 평가에 주요 대목인 것이다.

효능을 유지하거나(생의학의 경우), 혹은 환자가 인정하는 효능의 지점에 이르는(한의학의 경우) 과정 또한 생의학과 한의학에서 분명한 분지를 보인다. 생의학에서 다루는 만성병 수치는 전 세계 공통이다. 지역, 국가를 불문하고, 예를 들면, 당뇨병의 정상범위는 표준화되어 있다. 혈당강하제, 인슐린 등 효능을 유지하는 방법도, 또한 표준화되어 있다. 하지만, 한의학에서는 환자의 증상이 다양하기 때문에 똑같은 병명이라고 하더라도 의료적 개입에는 다양한 접근이 있을 수 있다. 예를 들면, 지리산 공부의 스승은, 소리를 들어서 진단하는 문진(聞診)의 중요성을 설명하는 시간에, 같은 기침 감기 환자에 대한 차별화되는 접근을 강조하고 있었다.

똑같은 기침 감기 환자라고 하더라도 환자의 체격이 건장하고 기침 소리에 힘이 있을 때와 왜소한 체격에 힘없는 기침을 하는 환자의 경우, 처방이 달라져야 한다. 두 환자 모두에게 기침을 가라앉히는 길경 같은 약재가 필요하겠지만, 힘없는 기침을 하는 환자의 경우, 이미 에너지가 많이 소진된 상태이기 때문에 보(補)를 할 수 있는 약재를 더하여 환자의 몸이 감기를 이길 수 있도록 도와야 한다.

열이 나는 감기의 경우에도 다양한 해열의 방법을 사용해야 함을, 그 스승은 또한 강조하고 있었다.

감기 때문에 열이 올라 있을 때 그 열이 허열인지, 실열인지 체온계는 말해 주지 않는다. 여러분들이 직접 망문문절을 통해서 환자의 증상을 세분화해서 파악해야 한다. 실열일 때 얼굴이 붉고 그 열 때문에 힘들어 하는 상황을 여러분들이 직접 파악해야 한다. 허열일 경우 체온계는 올라간다고 하더라도 한의학에서는 전혀 다른 치료의 방식이 동원된다. 허열을 발생하게 하는 기의 막힘, 기의 부족 등을 파악하고 그것을 열어주거나, 기를 보태줌으로써 열을 내릴 수 있다. 하지만 실열의 경우에는 그 열 자체를 식혀주는 약을 써야 하는 경우이다. 허열의 경우에는 따뜻한 약을 쓸 수 있지만, 실열의 경우에 따뜻한 약은 위험할 수 있다. 그러므로 한의학에서는 해열제가 다양하게 존재한다.

동일한 열나는 감기에 대해 다양한 접근이 존재하는 이유는, 무엇보다도 한의학에서는 환자 개개인의 증상을 강조하기 때문이다. 이에 분지하는 생의학에서는 표준화된 해열제를 사용한다.²²⁾ 효능에 관련된 이러한 한의학과 생의학의 분지 또한 두 의학이 상정하는, 보고자하는 것의 분지와 깊은 연관이 있다. 즉, 서양의학은 객관적으로 파악 가능한 수치화된 체온에 방점을 두고 그 수치를 관리하는 방향으로 진행이 된다면, 한의학은 환자의 증상이 드러내는 기(氣)의 치우침의 양태를 주시하며 그 양태를 순조로운 상태로 돌리는 방향으로 진행이 되기 때문이다.

22) 생의학에도 열을 낮추는 메커니즘에 따라 다양한 약이 존재한다. 하지만, 그 각각의 약들은 모든 사람들에게 사용될 수 있다는 표준화의 전제를 가지고 있다.

3. 나가며

생의학과 한의학의 분지의 양상은 의료인과 환자 사이, 첫 대면에서부터 상담 그리고 효능의 협상에 이르기까지 전면적이다. 분지의 조건들은 몸을 바라보는 관점, 그 관점을 바탕으로 한 진단과 치료방법론, 그리고 효능을 구하는 방식에까지 다층적이다. 여기에 역사가 그 분지를 다차원으로 만든다. 객관적 질병 대상을 확보하려는 생의학의 추구는 수치화할 수 있는 리스크에 대한 강조로 이어졌다. 한의학은 환자에게서 드러나는 현상을 포착하면서 사람이 사람을 알아가는 의료적 삶의 방식을 강조한다. 그리하여 여전히 환자의 증상이 중요하며, 증상의 중시는, 생의학으로부터 분지하는 효능 평가로 나타난다. 이러한 복잡다기한 분지의 양상에서 공통된 기준을 가진 비교는 가능하지 않다.

생의학과 한의학의 철저한 분지를 병치시켜보면, ‘생의학은 환원적이다’거나 ‘한의학은 객관적이지 않다’라고 한마디로 단언할 수 없음을 알 수 있다. 분지되어 있는 두 체계 중 하나를 기준으로 잡고(예를 들면, 전인적 의학 그리고 객관적 의학), 다른 하나를 비교하여 위와 같이 선언한다면 이해를 돕기보다는 오해를 양산하기 쉽다. 분지를 병치시키는 본 연구의 방법론은 기준을 가진 비교의 문제점을 드러낸다. 특히, 그 기준들(예를 들면, 전인적, 객관적) 자체도, 이미 본질화되어 있는 문제적 기준일 수 있음을 시사한다. 그래서 기준으로서의 역할에 의문이 제기됨을 보여준다. 지금까지의 논의가 드러내듯이, 각 문화의 의료는 한마디로 규정할 수 없는 중층적 현상이다. 그 중층의 현상에서 하나의 특징을 탈배경화해서 “생의학은 비인간적이다”라고 선언하는 것은 부당하다. 또한 그 선언의 바탕에 “인간적인 한의학”이라는 또 하나의 탈배경화된 잣대가 전제되어 있다면, 두 의료를 한꺼번에 오해하는 지경에 빠지게 된다. 생의학과 한의학의 분지를 통해, 본 연구가 시도해 본 비교불가문화연구는 하지만, 두 의학이 서로를 이해할 수 없다는 것을 보이기 위한 것은 아니다. 오히려, 비교의 잣대를 기각함으로써, 또한

비교를 위한 공통 잣대 확보의 추구를 내려놓음으로써 서로에 대한 이해를 제고할 수 있다는 것을 보이고자 하였다.

“비교문화연구”라는 용어는, 비교연구가 가능하다(즉, 비교(가능)문화 연구라는) 전제가 깔려있는 인상을 준다. “비교문화연구”는 또한 문화들 사이의 거리가 비교 가능한 근거리에 있음을 시사하는 인상을 준다. 하지만, 지금까지 논의한 바와 같이, 인류학에서의 비교문화연구는 말처럼 용이하지는 않다. 비교문화연구에는 어려운 문제가 언제나 존재한다. 본 연구에서 사용한 “비교불가문화연구”라는 용어는 이러한 어려움, 때로는 불가할 수 있는 어려움을 지시하고자 사용되었다.

인류학은, 그 어떤 학제보다도, 소속 학제의 연구자에 대한 논의가 많은 학문이다. 서두에서 나열한 개념들[emic/etic, partial truths, reflexivity, ontology] 모두 현지조사의 현장에서 타문화를 접해야 하는 인류학자의 자세에 대한 논의들이다. 그러므로 일면, 인류학의 역사는 인류학자에 대한 논의의 역사라고 할 수 있다. 무엇보다도 비교문화연구의 역사가 인류학을 인류학자에 대한 학문으로 자리매김하게 하였다. 비교의 구도를 가진 현지조사에서, 기준을 상정한 비교를 우회하기 위한 쉽지 않은 노력 속에서, 인류학자에 대한 논의는 인류학의 핵심적 주제로 자리 잡아 왔다. 본 논문이 제기하는 비교불가능성 또한 이러한 자세와 노력의 연장선 위에 있음을 강조하고자 한다. 비교불가문화연구는 타문화에 대한 이해가 불가능함을 주장하는 것이 아니라, 복수의 문화(인류학자의 문화와 현지의 타문화를 포함하여)를 상시적으로 오고가며, 관계되어 있는 문화들 모두를 제대로 드러내기 위한 인류학적 자세에 관한 것임을 또한 강조하고자 한다.

논문접수일: 2016년 6월 10일, 논문심사일: 2016년 7월 2일, 게재확정일: 2016년 7월 10일

참고문헌

김태우

- 2012 “한의학 진단의 현상학과 근대적 시선 생경하게 하기,” 『한국문화인류학』 45(3): 199-231.

토마스 쿤

- 2013[1962] 『과학혁명의 구조』, 김명자·홍성욱 역, 서울: 까치.

Aronowitz, R.

- 2015 *Risky Medicine: Our Quest to Cure Fear and Uncertainty*, Chicago: University of Chicago Press.

Boas, F.

- 1938 *The Mind of Primitive Man (Revised Edition)*, New York: Macmillan Company.

Clifford, J. and G. Marcus(eds.)

- 1986 *Writing Culture: The Poetics and Politics of Ethnography*, Berkeley: University of California Press.

Dumit, J.

- 2012 *Drugs for Life: How Pharmaceutical Companies Define Our Health*, Durham: Duke University Press.

Farquhar, J.

- 1994 *Knowing Practice: The Clinical Encounter of Chinese Medicine*, Boulder: Westview Press.
2002 *Appetites: Food and Sex in Post-Socialist China*, Durham, NC: Duke University Press.

Farquhar, J. and Q. Zhang

- 2012 *Ten Thousand Things: Nurturing Life in Contemporary Beijing*, New York: Zone Books.

Foucault M.

- 1994 *The Birth of the Clinic: An Archaeology of Medical Perception*, New York: Vintage.

Greene, J.

- 2007 *Prescribing by Numbers: Drugs and the Definition of Disease*, Baltimore:

- Johns Hopkins University Press.
- Headland, T., K. Pike, and M. Harris(eds.)
1990 *Emics and Etics: The Insider/Outsider Debate*, Newbury Park, CA: Sage Publications.
- Herzberg, D.
2009 *Happy Pills in America: From Miltown to Prozac*, Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Herzfeld, M.
2001 *Anthropology: Theoretical Practice in Culture and Society*, Oxford: Blackwell.
- Hsu, E.
1999 *The Transmission of Chinese Medicine*, Cambridge: Cambridge University Press.
- Kohn, E.
2015 “Anthropology of Ontologies,” *Annual Reviews of Anthropology* 44: 311-327.
- Kuriyama, S.
1999 *The Expressiveness of the Body and the Divergence of Greek and Chinese Medicine*, New York: Zone Books.
- Lakoff, A.
2005 *Pharmaceutical Reason: Knowledge and Value in Global Psychiatry*, Cambridge: Cambridge University Press.
- Langwick, S.
2011 *Bodies, Politics and African Healing: The Matter of Maladies in Tanzania*, Bloomington: Indiana University Press.
- Lei, S.
2014 *Neither Donkey Nor Horse: Medicine in the Struggle over China's Modernity*, Chicago: University of Chicago Press.
- Lock, M.
1990 “Rationalization of Japanese Herbal Medication: The Hegemony of Orchestrated Pluralism,” *Human Organization* 49: 41-47.
- Lock, M. and V. Nguyen
2010 *An Anthropology of Biomedicine*, West Sussex: Wiley-Blackwell.

Porter, D.

1994 *The History of Public Health and the Modern State*, Atlanta: Rodopi.

Rose, N.

2007 *The Politics of Life Itself: Biomedicine, Power, and Subjectivity in the Twenty-First Century*, Princeton, NJ: Princeton University Press.

Rosenberg, C.

2007 *Our Present Complaint: American Medicine, Then and Now*, Baltimore: Johns Hopkins University Press.

Salzman, P.

2002 "On Reflexivity," *American Anthropologist* 104(3): 805-813.

Scheid, V.

2002 *Chinese Medicine in Contemporary China: Plurality and Synthesis*, Durham, NC: Duke University Press.

Shao, J.

1999 "'Hospitalizing' Traditional Chinese Medicine: Identity, Knowledge, and Reification," Ph.D Dissertation, University of Chicago.

Sunder Rajan, K.

2006 *Biocapital: The Constitution of Postgenomic Life*, Durham, NC: Duke University Press.

Viverios de Castro, E.

2004 "Perspectival Anthropology and the Method of Controlled Equivocation," *Tipiti* 2(1): 3-22.

Zhan, M.

2009 *Other-Worldly: Making Chinese Medicine through Transnational Frames*, Durham, NC: Duke University Press.

〈Key concepts〉: comparative study of cultures, incommensurability, biomedicine, Korean medicine, medical anthropology

Incommensurability of Cultures in Anthropology: Divergence of Biomedicine and Korean Medicine in Epistemology and Practice

Kim, Taewoo*

Drawing on the multi-sited fieldwork of biomedicine and Korean medicine in South Korea, this study attempts to show that the epistemological and practical divergence of the two medicines cannot be articulated with a comparative approach. In so doing, it aims to exemplify an anthropology of incommensurability. Biomedicine and Korean medicine thoroughly diverge from the first encounter of a practitioner and a patient, through a consulting session, to the negotiation of efficacy. The conditions of divergence are multi-layered by different medical perceptions, dissimilar diagnoses and therapies based on the perceptions, and the various ways of achieving efficacies. Historical trajectories of the two medicines make the divergence even multi-dimensional. With emphasis of incommensurability, this study does not attempt to give up understandings of other cultures. Rather, it aims to overcome the issues of comparative studies that tend to define other cultures with fixed criteria.

* Assistant Professor, Department of Medical History, College of Korean Medicine, Kyung Hee University.

