

한의 진단의 추론형식과 실재성

박 경 모·최 승 훈·안 규 석*

1. 서 론

본 논문은 한의학의 진단개념을 분석하여, 한의진단의 추론형식과 진단의 실재성을 탐구하려는데 목적이 있다. “진단개념”은 인간과 인체의 病症을 의학적으로 해석하고 그에 따라 치료 방법을 제시하기 위해 사용되는 개념을 말한다. 예를 들어 “虛實”은 한의학의 二分的인 진단개념 중에 하나인데, 인체의 어떤 현상들은 “虛”와 “實”로 나누어 해석될 수 있고 그 해석의 결과로서 치료 방법이 제시될 수도 있다. 그런데 현대 한의학에는 이러한 “진단개념”과 관련된 몇가지의 이론적 문제들이 있다. 따라서 본 논문은 그 문제가 무엇인지 지적하고, 발생배경을 분석하였으며 더불어 그 해결방안을 모색하기 위해 이론적인 접근을 시도하였다.

1.1. 한의진단의 이론적 문제점

한의진단에서의 이론적 문제점들을 구체적으로 살펴보면 아래와 같다.

첫째, 한의학의 진단개념이 실재(reality)를 반영하는가의 문제이다. 환자의 실재를 반영하지 않는 진단개념은 환자의 치료에

유용하지 않으며 혼란만을 가져온다. 그렇다면 과연 虛證·氣虛證·腎陰虛證·太陽病 등과 같은 “진단 결과”¹⁾들이 실재적인 것을 지칭하는지는 문제가 될 수 있는데, 이러한 진단개념의 실재성 문제는 한의학의 질병관이나 인식틀과 연계지어 해석해야만 제대로 평가될 수 있다.

둘째, 한의학의 인체해석 방법은 타당한가의 문제이다. 이것은 오늘날에 한의학을 하는 주체자²⁾가 한의학적 질병관과 진단 방법을 합리적이고 타당한 것으로 납득할 수 있는지의 문제이다. 즉, 우리는 음양과 오행을 바탕으로 한 “氣血陰陽”·“精氣神”·“衛氣營血”·“臟象學”·“經絡學”등의 이론이 인간의 질병을 납득할 수 있는 방식으로 설명하는 것인지 평가해야만 한다.

셋째, 한의학의 진단개념 중에는 현대의 상식적인 지식이나 언어용법에 相衡하는 부분들이 있는데 이러한 것을 어떻게 이해해야 하는지에 대한 문제이다. 현대 한국 사회가 가지는 주된 언어³⁾와 지식은 한의

1) 진단과정의 결론으로서 즉, “진단명”을 의미한다.

2) 진단·치료를 하는 한의사와 그러한 치료를 받는 환자를 포함한 “한의학을 하는 사람”을 지칭함.

3) 어학적(linguistic)인 측면을 말하는 것

* 경희대학교 한의과대학 병리학교실

학 고유의 언어나 지식과 달라서, 한의학 특유의 용어인 血虛·衛氣 등은 현대의 상식적인 언어용법으로 완전히 환원될 수 없는 것이 사실이다.⁴⁾ 특히, 한의 장상학은 현재의 해부학적인 지식과 상충되어 보인다. 이러한 것이 어떤 맥락에서 발생하는 것이며, 해부학이 의학에서 어떤 의미를 가지는지를 통해서 분석해 볼 수 있을 것이다.

넷째, 病因論의 혼란이다. 현재 한의학에서 病因은 명확하게 정리되어 있지 않아서 질병 현상에 대한 선행원인을 지시하기도 하지만 한의학 전반에서 본다면 병인이 모두 그렇게만 이해할 수 있는 개념은 아니다. 또한, 이러한 개념의 多層性 내지는 重層性이 고려되지 않은 채로 위에서 지적한 한의학의 진단체계, 한의학의 질병관의 혼란과 맞물려 더욱 많은 혼란이 빚어지고 있으며 더구나 현대 한국사회의 특수성 속에서 더욱 심각하게 부각되고 있는 실정이다. 따라서, 본고는 한의학에서의 “병인”에 대한 여러 측면을 명확히 정리해야 할 것이다.

이러한 문제점을 본고에서는 한의진단의 추론형식을 분석함으로써 설명하고 그에 따라 야기되는 진단의 실재성 문제를 논구할 것이다.

이 아니고 각 사회가 가지는 문화의 표현 양식을 말하는 것임

- 4) 어떠한 전문분야의 용어를 설명을 자세히 하고 부가적인 설명을 붙여서 그 사회의 상식적인 언어로서 설명할 수 있다면 그 용어는 “상식적인 언어로 환원될 수 있다”고 말할 수 있는데, 이러한 환원가능성은 그 용어가 동시대의 문화와 동일한 문맥(context)을 가지고 있음을 나타낸다.

1.2. 본 논문의 방향

본 논문은 한의학의 진단을 史的 분석과 철학적 맥락에서의 개념 정리와 서양근대 의학과 비교의학적 분석을 통해 문제의 해결을 모색하고자 한다.

또한, 본고는 각 시기의 정통적인 의학(conventional medicine)을 다룬 의학전문가 집단을 그 대상으로 하며 인격화된 병인론적(personalistic etiology)⁵⁾ 의학은 제외하며, 의학의 시대적인 변화를 감안하여, 19세기 이전의 중국·한국·일본의 전통의학을 한의학이라고 하며, 17-18세기 서양의학에 의해서 부분적으로 영향받고 19-20세기의 서양근대의학과 공존하고 있는 중국·한국·일본의 전통의학을 현대 한의학이라고 한다. 또한, 1790년 경의 파리임상의학과(paris clinical school)를 전후해서 탄생한 서양의학을 서양근대의학이라고 하며, 서양근대의학과 본질적으로 다른 17세기 이전의 서양의학을 서양전근대의학이라고 한다.⁶⁾

-
- 5) 인격화된 병인론(personalistic etiology)이란 질병이 하늘의 별, 인간의 도덕적 타락에 의한 단죄, 타인의 저주에 의한 질병 등과 같은 병인론을 채택하고 있는 의학을 말한다.(George M. Foster & Barbara G. Anderson; 구분인 옮김. 『의료인류학』. 서울: 한울, 1994: 81-97 참고.) 이러한 병인론은 고대에서 현대에 이르기까지 대부분의 지역에서 주된 의학체계는 아닐지라도 오랫동안 지속되고 있다. 현재 한국에서도 실제 의료의 적지 않은 몫을 인격화된 병인론에 의한 의학이 담당하고 있다고 보아야 하며 모든 의학체계가 적던 많은 간에 암암리에 이러한 병인론을 포함하고 있다. 황상익. 『역사와 사회 속의 의학』. (『근대이전 서양의학의 기능적 질병관과 그 극복 과정』). 서울: 명경, 1995: 147-179 참고.)

본 논문은 진단개념에 대한 메타이론적 연구이면서, 두 의학체계의 인식틀에 대한 설명은 의학 내부적 지식을 소재로 하고 있다. 현대 많은 연구들이 하나의 폐쇄된 체계(closed system)를 대상으로 통시적인 인식틀의 변화과정을 탐구하는 시도를 해 왔었다. 과학철학이나 과학사 연구가 그러하고 서양 의학사의 일부 연구동향도 마찬가지였다.⁷⁾ 또한 이러한 시도는 인간의 인식, 지각, 인지의 틀을 밝힘으로써 현실 사회에 나름대로의 기여를 해 왔다. 그런데, 우리시대에 있어서는 공식적인 측면에서 두 폐쇄되었었던 체계가 만나고, 그 만남으로 인한 인식틀의 공존·변화·혼란 그리고 상호영향 등의 연구도 중요한 과제가 되고 있다.⁸⁾

또한 이러한 연구는 과학철학·인류학·언어학·심리학 등이 가지는 방법론들의 범주에서 이루어질 수 있으며, 반대로 현대 한의학은 이들 분야에 매우 좋은 소재가 될 수 있을 것인데, 본 논문이 다루는 “한의학의 진단개념”에 대한 연구도 부가적으로 이러한 의미를 지닐 수 있을 것이다.⁹⁾

2. 한의진단과 관련된 몇 가지 문제

의학은 인체와 질병에 대한 해석과 이해의 과정이며, 실천의 과정이라고 말할 수 있다. 그런데 그 과정이 유일하게 하나이며 절대적인 것이라고 말할 수는 없을 것이다. 질병이란 구체적인 사례를 통해 드러나기 마련이고 이것을 인지하는 의사들의 시선은 언제나 선형적으로 규정되기 때문에 질병은 언제나 얼마간은 서로 다른 모습으로 드러나기 마련이다.¹⁰⁾ 즉, 의사들이 선형적으로 어떤 사선을 가지는가에 따라 질병은 항상 다르게 규정되어질 수 있으며, 그러한 규정은 각각 나름대로의 당위성을 가질 수 있다.

그러나 우리는 종종 의학을 인체에 대한 일련의 해석과정으로 생각하지 않고 인체에 대한 명백한 사실(fact)을 기술(description)하는 것이라고 생각하곤 한다. 이것은 “보편적인 인식틀로서 인체라는 보편적인 대상을 해석한다”는 전제를 가지고 있기 때문인데, 이것은 “보편성”이라는 것 자체가 시대적, 문화적인 맥락 속에서 항상 변화해가는 것이지 절대적인 것은 아니라는 점을 간과한 것이다. 즉, 여러 의학체계들이 각자의 합리성과 일관성을 보유하고 각자의 눈으로 세계를 구성해 나왔음을 전제해야만 될 것이다.

이와 함께 주의해야 할 점은 인식틀에 대한 “평가의 문제”이다. “의학자들의 의

6) 한의학과 현대 한의학 사이에는 본질적인 변화는 없으나 한의학을 하는 주체자의 인식에 변화가 있기 때문에 나누어 지칭하는 것이며, 서양전근대의학과 서양근대의학에는 본질적인 변화가 있어 나누어 지칭하는 것이다.

7) 황상익, 『역사와 사회 속의 의학』, 『의학사 연구동향』, 서울: 명경, 1995: 99~113.

8) 의료 인류학 같은 분야에서 이러한 문제에 관한 의료적인 측면에 대한 연구가 진행되고 있다.

9) 따라서 이 논문은 한의학 이론과 직접적으로 관련되어 있으면서도 한편으로는 의학철학적 연구라고 말할 수 있다.

10) Michel Foucault, 『The Birth of the Clinic』, New York: Vintage Books, 1973; 홍성민 옮김, 『임상의학의 탄생』, 서울: 인간사랑, 1993 : 42. (일부 수정 인용)

학적 사고나 행위" 자체와 "이에 대한 그들 자신의 평가"는 구별되어야만 한다. 실제로 과학자나 의학자 집단의 사고 양식은 그 사고양식에 대한 자기 스스로의 평가들과 일관되게 부합하지 않은 경우들이 많은데, 그것은 전자는 의학적 범주에 들어가며, 후자는 철학적 범주에 들어간다는 사실과 무관하지 않다. 즉, 의학자들이 자기 자신이 행하고 있는 의학에 대한 철학적 분석을 항상 올바르게 하지는 않는다는 것이다.

이러한 경우는 한의학에서도 많이 찾아볼 수 있다. 예를 들어 陰陽에 대한 기술을 보면 "음"과 "양"을 마치 구체적 대상인 것처럼 기술하고 있지만, 음양에 대한 先人들의 용례를 현재의 입장에서 보면 실은 음양은 사물의 해석을 위한 도구 개념으로 쓰인 경우가 많다. 또한 한의학의 臟象의 틀인 五臟의 한의학적 病機 서술도 마치 인체 내부에 肝·心·脾·肺·腎이 존재하여 우리가 보고 만질 수 있는 구체물을 지칭하는 것처럼 보인다. 그러나 우리는 "선인들의 臟에 대한 이러한 표면적 기술 방법"과 "실제 선인들이 肝이나 心같은 단어를 사용하면서 자신도 모르게 지칭하고자 했던 것"은 다를 수도 있음을 고려해야 한다.

따라서 본 논문은 "한의학적 문제"를 해석할 수 있는 몇가지 틀을 제시함으로써 해결의 실마리를 찾을 것이다.

2.1. 관찰가능성

우리가 어떤 용어를 구사할 때 우리는 그 용어가 관찰 가능한 대상을 지칭하는지 아니면 추상개념인지를 항상 미리 전제하지는 않으며 대개의 경우는 그러한 전제없이도 전달하고자 하는 내용에 아무런 지장

을 주지 않는다. 그러나 기술하는 대상의 속성에 관한한 암암리에 잘못된 전제를 가지는 경우도 많다. 그래서 추상적인 개념을 구체적인 사물로 인식하는 경우가 종종 있는데 예를 들어서 "인생의 무게가 어깨를 짓누른다"라는 언명을 본다면, "인생"은 분명 추상적인 개념인데도 이 언명에서는 "인생"이 마치 구체적인 대상처럼 사용되어서 물질의 기본 성질인 "무게"를 가지는 것으로 서술되고 있다. 우리는 이러한 修辭法을 "비유"라고 하는데, 이것은 인생을 "물질적인 것"이라고 전제하는 것은 아니며, 이러한 표현을 한 사람이 인생을 물질적인 것이라고 생각해야만 가능한 표현도 아닌 것이다.

한의학에서는 이러한 오류가 생길 여지가 상당히 많다. 왜냐하면 한의학은 유사성(similarity)의 원칙에 따라 사물을 이해하고 기술하는 방식¹¹⁾을 많이 취하고 있어 추상개념의 속성을 표현하기 위하여 구체대상물과 비교하거나, 여러 구체대상물의 공통된 속성을 선험적 틀인 陰陽五行(이미 추상화된)으로 표현하는 경우가 많기 때문이다.

따라서, 한의학의 진단개념을 분석할 때 우리는 "관찰 가능성(visibility)"의 개념을 도입할 필요성이 있다. 왜냐하면 관찰가능성은 추상개념과 구체대상을 구분하는 기준이 될 수 있기 때문이다. 여기에서 관찰가능하다는 의미는 그 대상을 感官을 통해 지각할 수 있음을 말하며,¹²⁾ 또한 현재까

11) 유비추리(analogical reasoning)

12) 본 논문은 관찰 가능성을 존재론과 결부시켜 주장하는 것은 아니다. 존재론을 "관찰가능한 것"의 영역에서만 다루게 되면 물리주의(materialism)를 벗어난 논의는 불가능하기 때문이다.

지 관찰된 경험이 있는지의 여부보다는 그 원천적 가능성에 따라 평가한다. 예를 들어 어떤 세포의 구성물은 육안으로 관찰할 수 없지만 만약 그 세포 구성물이 관찰 가능한 대상이라면 현미경을 통해서라도 관찰할 수 있을 것이다. 이때 그 세포의 구성물은 아직 관찰된 적은 없더라도 “관찰 가능한 대상”이라고 말할 수 있다. 이러한 관찰가능성은 구체와 추상에 대한 개념과 연결된다.¹³⁾

그런데, 한의학에서 보면, 症狀은 원칙적으로 관찰 가능한 것들이다. 發熱 盜汗 등은 인체에서 구체적으로 의사나 환자에 의해 관찰가능한 사실이며, 통증이나 불편함 같은 주관적인 증상도 환자가 느끼는 관찰 가능한 심적 사건이다. 또한 “房勞過多”와 같은 것도 관찰 가능한 사건에 대한 기술이다. 반면에 “陰”이나 “陽”은 관찰 불가능

한 대상이며 오직 구체적 대상에 대한 일련의 분석적 사유과정을 통해서만 인식할 수 있는 추상개념이다.

대개 구체적인 대상의 기술이 현상 (phenomenon)을 기술한 것이라면 그 구체적 대상에 대한 추상적 개념은 분석을 통해 도출된 현상의 본질(essential)을 표현하는 경우가 많다.¹⁴⁾ 한의학의 진단명도 인식대상(증상정보)에 대한 인식과정(진단)의 결과¹⁵⁾라고 볼 때, (증상들은 관찰가능한 대상이지만) 한의학의 진단명과 진단개념이 지칭하는 대상이 “관찰 가능한 것”인

13) “구체(concrete)”는 명백히 지각 가능하고 파악이 가능한 대상을 말하며, “추상(abstract)”은 “구체”에 대한 감각적인 인식으로부터 이성적인 인식으로 이행할 때 생기는 산물이다. 즉, 추상 과정은 일련의 분석적 사유 과정을 통해서 구체적인 대상의 어떤 일정한 특성이나 속성 및 관계는 도외시키고 또 다른 어떤 특징이나 속성 및 관계는 본질적인 것으로 부각시키는 과정이다. 그래서 이러한 과정의 결과로 대상의 본질적인 측면·특징·속성 및 현상을 반영하는 개념이 형성된다. 따라서 물질적인 대상·역사적인 사건·사물의 변화 과정 등은 모두 “구체적”인 것이다. 반면에 모든 개념은 感官으로 知覺할 수 없는 것이며 “추상적”인 것이다. 구체와 추상의 범주에서 볼 때 모든 인식의 출발점은 구체적인 것, 즉 여러 성질과 관계를 가진 감각적으로 지각할 수 있는 객체이다. (한국철학사상연구회 편역, 『철학사사전』, 서울: 동녘, 1990: 368-369. 참고)

14) 본질(Wesen)은 어떤 사물·체계·과정에 필연적으로 귀속되는 내적이고 일반적이며 불변적인 규정들의 총체이다. 반면에 현상(Erscheinung)은 어떤 사물·체계·과정이 지닌 외적이고 개별적이며 가변적이고 우연적인 속성들의 총체이다. 따라서 본질은 현상 속에서 표현된다. 본질과 현상이라는 범주는 인식의 과정에서 중요한 개념이다. 과학적 인식의 과정은 현상의 분석으로부터 출발하여 사물·체계·과정의 본질을 파헤치는 것, 즉, 본질을 그 법칙성 속에서 파악하는 것이다. 또한, 본질은 전적으로 인식가능하다. 그러나, 그것은 감각적 지각을 통해서만 파악될 수 없고 이론적 사유를 매개로 하여 밝혀진다. 따라서 현상(Erscheinung)은 감각을 통해 우리에게 직접 주어지는 객관적으로 실재하는 대상과 과정을 반영하는 철학 개념이며 본질은 필연적으로 “추상”이다. 하지만, 그 차이가 다르기 때문에 모든 추상을 현상의 본질이라고 말할 수는 없다. (한국철학사상연구회 편역, 160-161·398.)

15) 여기에서는 어떤 증상이나 사건을 인식 대상으로 삼고, 그 증상에 이름을 붙이는 것을 인식과정으로 삼는 지각 과정(perceptive process)에 대해서 언급하는 것이 아니고 사건에 대한 인간의 해석과 납득의 과정인 추론과정(inference)을 말하는 것이다.

지, “관찰 가능한 것이 아닌지” 구별되어야 할 것이다. 만약, 그것들이 관찰 불가능한 것을 기술하는 것이라면 그것은 구체적인 것이 아니고 추상적인 개념이 될 것이다.¹⁶⁾

2.2. 질병관 : 존재(entity)와 현상(phenomenon)

질병관은 여러 관점에서 파악할 수 있다. 병인론적 파악도 있을 수 있고 건강과 질병, 정상과 비정상의 관점에서의 파악도 있을 수 있다. 본 절에서는 각 의학체계가 질병(disease)을 존재(entity)로 파악하는지 아니면 현상(phenomenon)으로 파악하는지에 따라 나누어 논술하겠다.

첫째, 질병을 존재로서 파악하는 의학은 인체라는 존재와는 독립적으로 “질병”의 존재가 있다는 시각을 가지고 있다.¹⁷⁾ 이러한 질병관은 서양근대의학의 탄생과정에서 좀 더 명시적으로 나타난다. 파도바 대학의 해부학 교수 모르가니(Giovanni Battista Morgagni, 1682-1771)는 1761년

에 『질병의 자리와 원인에 대한 해부학적 연구(The Seats and Causes of Diseases Investigated by Anatomy)』라는 논문에서 해부학적 병변의 위치와 특성을 이해해야만 질병과 그 질병의 증상에 대한 정확한 象을 얻을 수 있다고 주장하면서, 임상적 증상과 실제 시체해부 소견의 비교결과를 증거로서 제시하였다.¹⁸⁾ 또한 파리 임상의 학파의 초기 인물인 비샤(Marie-Francois-Xavier Bichat, 1771-1802)는, 모르가니가 육안해부학적인 소견에 관심을 둔 것에 비하여, 그의 저서 『막에 대한 연구』에서 인체의 각 기관(organ)이 조직(tissue)이라는 더 작은 단위로 분석될 수 있으며 질병은 “병리조직”이라는 자기 공간(space)을 가진다고 생각하였다. 이러한 두 예는 서양 근대의학이 질병을 하나의 “해부병리학적 공간”으로 이해하고 있음을 보여주는 초기의 것들이다.¹⁹⁾ 이러한 생각은 더 나아가 19세기 중엽에 비르호(Rudolf Virchow, 1821-1902)등에 의해 세포가 질병의 장소로 규정되었다.²⁰⁾ 즉, 해부학적 소견이 절

16) 대개 상식적인 언어용법에서는 “추상적이다”라는 표현은 “관념적이다”라는 표현과 함께 “실제적(actual)이지 못하고 쓸모없는 방식이다”라는 뉘앙스를 가지고 있다. 반면에 “구체적이다”라는 말은 좋은 의미를 가지는 경우가 많다. 그러나, 이러한 것은 “추상”과 “구체”라는 개념에 가치평가를 부여하여 생긴 편견이며, 본 논문에서는 명확한 의사전달을 위해 상정한 개념일 뿐 가치평가를 하고 있지 않다. 예를 들어, 관찰 가능성과 실제성(actuality)은 필연적인 관계를 가지고 있지 않다. 이러한 맥락은 “관찰 가능성”과 “관찰 불가능성”이나 “본질”과 “현상”의 개념에도 마찬가지이다.

17) 이러한 질병관을 “본체론적 질병관”이라고도 한다.

18) 이종찬, 『서양의학과 보건의 역사』, 서울: 명경, 1995: 239.

황상익, 『역사와 사회 속의 의학』, 「근대이전 서양의학의 기능적 질병관과 그 극복과정」, 서울: 명경, 1995: 169.

19) 이종찬, 위약책, 261.

20) 이러한 사고방식은 질병을 존재로서 여기는 것이며 다른 면에서는 증상이라는 현상을 관찰가능한 인체 내부기관으로 환원시키려는 시도이다. 이와는 반대로 질병에 대한 본체론(entity)적 시각을 가지고 있으면서도 그 질병의 본체를 관찰 불가능한 대상으로 규정 짓고 있는 의학도 있다. 동종요법의학(homeopathy)이 그것인데, 이 의학의 창시자인 하네만(Samuel Hahnemann, 1755-1843)은 질병을 증상의 총합(Disease is totality of symptom)이라

병 그 자체라고 생각하였으며 질병이 존재하는 공간을 더 정확히 규정하기 위해 조직·세포 등으로 미시화하여 보았으며, 이러한 맥락에서 세균학도 발전하게 되었다.

이러한 본체론적 질병관은 증상에 대한 시각에도 변화를 가져왔다. 예를 들어 18세기까지만 해도 체열(fever)은 질병 그 자체로 인식되었지 지금처럼 증상으로 인식되지는 않고 있으나, 브루세이(Francois-Joseph-Victor Broussais, 1772~1838)는 체열이 신체 내의 원인적인 자기 공간 없이는 나타나지 않는다고 주장하였다. 즉, 체열 자체는 질병이 아니고 증상이며 그 증상의 원인 공간이 인체 내에 존재한다고 생각한 것이다. 이것은 증상과 질병은 다른 것이며, 증상이 질병에 의해서 나타나는 이차적인 현상²¹⁾이라는 사고에서만 나올 수 있는 것이다. 즉, 질병을 증상의 기저에 있는 실질(substrate that underlies)²²⁾로 보고 기관이나 조직, 세포와 그 외 관찰가능한 영역에서 그 존재를 찾고 있는 것이다.

또, 이러한 본체론적 질병관은 18세기 중반의 서양근대의학적 질병분류의 문제에서도 그 변모를 살필 수가 있다. 이 시기 서양근대의학의 질병 분류는 -언뜻 보던 한의학과 유사하게- 증상을 통한 분류였음에도, 두 가지 면에서 한의학과는 다른 관점에서 출발하고 있는데 그 출발점은 실

증주의적 사고 방식과 함께 본체론적 질병관이었다.

그것은 첫째 관찰 가능한 대상만을 통하여 분류한다는 원칙이다. 아직 병리해부학적 성과가 미흡하였던 18세기에는 여전히 질병의 원인적인 공간, 즉 병리해부조직에 의한 분류는 불가능하였다. 즉, 이들은 이미 본체론적 시각은 가지고 있었음에도 질병분류에 구체적인 병리해부학적 소견을 이용할 수는 없었던 것이었고²³⁾ 그 당시에 관찰할 수 있었던 유일한 정보, 즉 증상만을 통해 질병분류를 시도할 수 밖에 없었던 것이었다. 만약, 이 당시 본체론적인 질병관을 가진 이들이 관찰하지도 않은 가상의 원인을 기초로 질병을 분류했다면, 그것은 서양전근대의학과 마찬가지로 검증되지 않은 추론을 하는 것이며, 직접 관찰되지 않는 상상적인 실체를 원인으로 상정해야만 했을 것이다. 그러나, 이것은 그들의 신념에 어긋나는 것이었다. 따라서 전근대의학에서 근대의학으로의 과도기에서 그들은 이러한 방법을 택하지 않았고, 또 본체론적인 시각을 가졌음에도 증상을 통해 분류할 수밖에 없다는 딜레마 때문에 병리해부학적 연구는 반드시 필요한 것이었다.²⁴⁾

둘째는 18세기 서양의학의 질병분류가 동식물 분류학이나 광물 분류학에서 기원하고 있다는 사실이다. 그런데 문제는 동물이나 식물·광물은 실제에서 각 개체가 가시적으로 독립성을 띠고 있으나 질병은

고 주장하면서도 실제 병태에서 증상의 총합(totality of symptom)이 모두 나타나지 않는다고 말하였다. 그리고 증상의 총합에 대한 원인적인 존재로 miasm을 들고 있다.

21) Lester S. King; 이흥규 옮김. 『의사들의 생각』, 서울: 고려의학, 1994: 74에서 재인용.

22) 앞의 책, 30.

23) 병리해부학적 소견은 질병의 본체들 의미학과 동시에 원인을 의미하였고, 그 시대 상황에서는 "관찰가능하지만 관찰되지 않는 것"들이었다.

24) 이러한 시각의 변화와 이에 따라 비가시적인 것이 가시적인 것으로 변화된 사건을 푸코는 서구 근대의학이 탄생한 기점이라고 말한다.

분명 동물이나 식물의 존재양상과는 다른 양태를 가지고 있다는 점이다. 따라서 이러한 질병분류는 애초에 불완전함을 내포하고 있었다. 하지만, 어쨌든 본체론적 질병관이 형성되는데는 기여하게 되었다. 즉 질병이 동물이나 식물처럼 각각 독립된 개체로 표현될 수 있고, 이들처럼 種을 가질 수 있다고 믿게된 것이다.

이상으로 서양근대의학의 탄생과정을 통해 본체론적 질병관을 살펴보았는데, 본체론적 질병관과는 다르게 두번째의 현상론적 질병관은 질병을 인체에 발생한 하나의 사건 즉 현상(phenomenon)으로 보는 시각이다. 즉, 질병을 “인체의 특정한 상태”를 일컫는 것으로 보는 것이다.

현상론적 질병관은 한의학에서 살펴볼 수 있다. 예를 들어 한의학의 대표적인 진단개념인 陰과 陽은 환자의 상태를 분류하기 위한 도구개념으로 사용되고 있다. 왜냐하면, 陰과 陽은 상대적이어서 비교를 통해서만 음과 양이 성립하며, 陰과 陽 중 어느 하나만으로는 성립 가능하지 않은 속성을 가지고 있기 때문이다. 이러한 속성은 존재(entity)의 속성과는 양립할 수가 없는 것이다. 이러한 이유로 陰과 陽을 질병의 본체(entity)를 나타내는 가설적인 존재라고 보는 시각²⁵⁾은 인정될 수 없다.

더 구체적으로 살펴본다면 이러한 음양

적 분류에서 기원한 寒證·熱證·表證·裏證 등은 寒熱이나 表裏의 속성이 인체의 특정한 증상들의 속성과 유사하다고 유추될 때에, 그 환자의 상태를 지칭하기 위해서 사용되고 있음을 통해서 쉽게 확인해 볼 수 있다. 예를 들어, 발열이 있는 환자의 상태는 “熱”이라고 표현할수 있는 것이 그것이다. 그런데, 우리는 설명이나 이해에 쉽도록 비유(metaphor)를 통해 “寒”이나 “熱”이라는 구체물이 인체에 침입하거나, 질병이 表부위나 裡부위에 있는 것으로 상정하기도 하는 것이고 이러한 표현방식은 일종의 비유(metaphor)일 뿐이며 존재론적 질병관을 나타내는 것은 아니다. 따라서 寒熱이나 表裏는 진단구조 상 동일한 의미구조를 가지고 있는 것이며, 寒熱은 구체물로서(病邪), 表裏는 부위로서(病位) 서로 다른 의미구조를 가지는 것처럼 보이는 것은 비유적인 표현 때문이다. 이러한 것은 각 表裏·寒熱證의 정의에서 쉽게 드러나며, 진단구조 상에서 寒과 熱, 表와 裡가 검증가능한 성격의 진단개념이 아니고, 일종의 설명 방법임을 고려한다면 더욱 명확해진다.²⁶⁾(「3. 한의 진단의 추론형식」참고)

이러한 현상론적 질병관은 五行적인 분류에서도 본질적으로 동일하게 적용되고 있다. 다만, 陰陽에 비해서 즉 木·火·土·金·水는 그 단어가 애초에 자연대상에서 시작한 것처럼, 肝心脾肺腎도 애초에 인체 내부에서 발견할 수 있는 구체물[臟器]에

25) 이러한 시각은 전근대의학이나 동종요법 의학과 마찬가지로 한의학도 음양을 원인 즉, 질병의 본체로 평가하고 그것을 상상된 가설적인 존재라고 보는 시각이다. 그러나, 이러한 시각은 본체론적 질병관·인과성 그리고 원인을 질병의 본질로 보는 전제가 필요하나 한의학은 이러한 것을 하나도 취하고 있지 않다.(「3. 한의 진단의 추론형식」참고)

26) 임상에서 表證이라고 규정되는 질환에 특정 처방이 효능이 있는지는 검증가능하나, 왜 환자의 특정 상태를 表證이라고 하는지는 검증가능성을 가지지 못한다. 본체론적 시각에서는 이러한 진단개념이 “원인”으로 상정되며 검증가능성을 가지게 된다.

서 시작하였다는 점에서 더욱 혼란을 야기할 여지가 있다. 그러나 실제로 五行에 대한 용례들을 살펴보면 陰陽과 마찬가지로 五行도 각 行이 상호 독립적이지 못하며, 인체의 현상을 설명하기 위한 도구개념임을 뚜렷이 알 수 있다. 결국 五行은 자연계를 유기적으로 해석하기 위해 선택적으로 주어진 기준이며, 실제 五行이 “존재”로서 발견되는 것은 아니다. 이러한 특징은 五臟과 六腑의 臟象學에서도 그대로 적용된다. 단지, 대상은 자연계의 현상에서 인체의 증상으로 바뀌었고, 분류기준은 五行 대신 五臟과 이것에 배속되는 六腑·五體·五官·五神·五志·五液 등으로 바뀌었을 뿐이다.(『3. 한의 진단의 추론형식』참고)

마지막으로, 현상론적 질병관에서의 중요한 점은 증상이 본체론에서처럼 질병의 2차적인 것이 아니며, 증상 자체가 질병의 전부라는 점이다.²⁷⁾ 결국 현상론적 질병관에서는 환자에게서 관찰가능한 현상들 그 자체를 질병으로서 생각하여 그 현상들을 해석하는 시도 속에서 질병의 본질을 이해하고자 하였으며, 본체론적 질병관처럼 그 현상을 발현케 하는 별도의 다른 것을 추구하지 않았다.²⁸⁾ 이런 의미에서 현상론적 질병관은 한의학의 추론 형식을 밝히는데 아주 중요한 역할을 한다.

27) 이러한 의미에서 “현상론적 질병관”의 현상은 본체 또는 존재의 대립적인 의미로 쓰인 것이 아니다. “현상론적 질병관”에서 “현상”은 존재가능한 모든 것을 의미하게 된다. 또한, 여기에서 증상은 인체에서 관찰가능한 정보들을 일컫는 확대된 의미이다.

28) 실제로 질병을 존재로서 받아들이는 데는 몇가지 난점이 있다.(Lester S. King; 이홍규 옮김. 『의사들의 생각』. 위의 책 174 참고.)

2.3. 병인론(etiology)과 인체해석

“인체의 질병을 이해한다”는 언명은 하나의 의학체계 내에서도 여러 다른 의미를 함축하고 있는데, 본 절에서는 “질병의 이해”를 “병인론”과 “인체해석”으로 나누어 논술한다.

“병인론(etiology)”이란 질병을 일으키는 인자(factor)가 무엇인지를 밝히는 것으로 “왜 질병이 일어나는가?”의 문제를 말한다. 이러한 질문에는 房勞過多·七情이나 風寒 등의 대답이 있을 수도 있고 外傷·세균감염·영양부족·생활환경 열악 등의 대답이 있을 수도 있다.²⁹⁾ 결국, 이것은 하필이면 그환자에게 그 질환이 왜 발생했는지에 대한 필연성을 요구하는 질문이다. 이에 대한 대답은 명백히(심적 사건을 포함한) 관찰가능한 것들을 통하여 가능하다.³⁰⁾

두번째로 “인체해석”은 “그 질병은 무엇인가?”에 대한 질문이다. 이에 대한 대답은 진단명으로 표현된다. 즉, 환자는 어떠한 상태에 있고, (본체론적 질병관이라면) 그 질병이 어디에 존재하며, 어떠한 속성을 가지고 있는지의 문제이다. 이에 대한 답으로는 “脾氣虛證”·“陰虛證”·“桂枝湯證”·“風寒證” 등과 같은 대답이 있을 수도 있고 “장티푸스”·“용혈성 빈혈”·“신장 결석”·“삼근경색”·“악성 간종양” 등의 대답이 있을 수 있다. 즉, 이러한 질문은 의사에게 있어서는 “어떻게 치료해야 하는가”의 문제와 동일한 것이다.

이러한 두 차원의 질문은 각 의학체계의

29) 서양근대의학의 관점에서의 속발성 병인에 대해서는 후술.

30) 인격화된 병인론은 관찰가능한 것 외에도 추리를 하지만 본 논문은 서론에서 밝힌 것처럼 인격화된 병인론적 의학체계는 제외하고 있다.

특성에 따라 서로 다른 연관성을 가진다. 우선 서양근대의학의 경우에서, “어떤 환자가 간암이 있는데 그것이 폐암에 의해서 전이 되었으며, 그 폐암은 과도한 흡연이 원인이었다”고 가정하자. 서양근대의학적 사고로 볼 때 이 환자는 간암과 폐암이라는 두 개의 질병을 “가지고” 있는 것이며, “병인론”적 해석으로는 볼 때 폐암은 ‘흡연과도’가 원인이며, 간암은 “폐암”이 원인(속발성 병인)이 되어 서로 인과적 순서를 가지고 있다. 그러나 이 환자에 대한 ‘인체해석’의 과정에는 다른 측면이 있다. 즉, 간의 악성 종양은 암세포들의 유기적인 덩어리로서 간 부위 동통·소화기 증상·복부 팽만·출혈·황달 등의 증상에 대한 원인이라고 간주되어지며, 또한 폐암도 또 다른 여러 증상들의 원인으로 간주되어진다. 결국 “인체해석”에서는 “간암”이나 “폐암”이 제반 증상들의 원인으로 간주되면서도 “병인론”적으로는 폐암과 간암 자체가 다시 인과관계를 맺는 이중적 인과고리를 형성하고 있다. 즉, 폐암은 “병인론”과 “인체해석” 두 측면에서 다른 형태의 “원인”이 되고 있는 것이다.

이처럼 “병인론”과 “인체의 해석”이 연속성을 가지면서 “원인”이라는 개념이 이중적으로 사용되는 이유는 서양근대의학이 병인론과 더불어 “인체해석”에도 인과본적 방법론을 택하고 있으며, “인체해석”에 따른 “진단명”이 항상 관찰가능한 형태를 띠고 있어 “병인론”과 상호 영향 가능한 동일 場에 있는데에서 기인한다. 즉, 폐암은 의미구조 속에서는 이중의 의미를 가지고 있는 것이다. 이러한 서양근대의학의 특성은 일견 이론적 단순성을 획득한 것처럼 보이지만 실제로는 개념적 혼란의 가능성도 내포하고 있다.

이러한 것은 “장티푸스”의 경우에서도 볼 수 있다. 티푸스균이 腸에 있다는 사실은 “병인”과 “인체 해석”을 동시에 나타내고 있다. 그러나 엄밀히 말하면 “장티푸스”는 티푸스균이라는 병인의 의미와 동시에 인체의 증상도 포괄한 “진단명”으로서의 의미를 가질 수도 있는 것이다. 즉, 질문이 무엇인가에 따라 동일한 용어는 “병인”일 수도 있고 “진단명”일 수도 있고 그 의미도 달라지게 된다.

한의학의 경우는 한의 진단명의 추상성만 이해하면 비교적 두 구분은 뚜렷해진다. “인체해석”의 결과 즉 “진단명”은 순수하게 증상에 대한 요약과 그 증상들간의 상호관계를 규정짓고 있으나 관찰가능한 속성을 가지고 있지는 않다. 반면에 병인론적인 해석은 房勞過多·七情·風寒처럼 명백히 관찰가능한 사건들이다. 또한, 두 경우에는 추론 방식도 다르게 된다. 따라서 風寒처럼 “인체해석”에서나 “병인론”에 동일하게 쓰이는 용어도 용어자체가 다른 의미를 가진다. 즉 “병인”으로서 風寒은 바람과 추위와 같은 구체적 사건을 의미하나 “인체해석”으로서의 風寒證은 유비추리를 통한 인체상태의 표현이다.³¹⁾(「2.4. 인체해석: 인과성과 유사성」 과 「3. 한의 진단의 추론형식」 참고)

31) “장티푸스”와 “풍한”은 경우가 다르다. 장티푸스의 경우는 실제 가리키는 대상이라는 점에서는 동일한데 그 가리키는 대상이 맥락에 따라 의미가 달라지는 경우이고, 풍한의 경우는 그 가리키는 대상 자체가 다르다. 즉, 하나는 구체적인 대상이며 하나는 추상적인 대상이다. 따라서 본 논문은 병인으로 사용될 때는 “風寒”이라고 하며 진단명으로 사용할 때는 “風寒證”이라고 다르게 표기하였다.(『한의진단명과 진단요건의 표준화 연구(1)』 참고)

이처럼 두 의학체계에서 “병인론”과 “인체해석”의 관계가 서로 다른 것은 각각의 설명체계와 추론 방식이 다르기 때문이다. 그런데, 이와 같이 “병인론”과 “인체해석”으로 나누어 질병을 이해하는 것은 한의 진단을 이해하는데도 중요한 관건이 될 뿐만 아니라 전반적인 의학체계의 이해와 개념정리에 중요한 의의를 가진다. 실제 이들의 각각의 연구분야도 나뉘어져 있다고 보아야 한다. 현대 서양의학에서 “병인론”은 주로 역학(疫學)에서 다룬다면 “인체해석”은 병리학에서 다룬다.³²⁾ 그리고 이러한 것은 한의학에서도 마찬가지일 수 있다. “房勞過多”가 인체에 어떤 병증을 유발하고 어떤 진단명과 상관성을 가지는지를 연구하는 것과 “脾氣虛證”과 같은 특정 진단명이 어떤 증상들에 의해서 어떤 규칙을 가지고 규정되는지를 연구하는 것은 그 분야가 다른 것이다.

2.4. 인체해석 : 인과성(causality)과 유사성(similarity)

“인과추리”와 “유비추리”는 현상을 이해하고 그 본질을 알고자 하는 인간의 추론 방법이다. 본 절은 위에서 이미 언급한 “인체해석”을 그 추론 방법에 따라 “인과성”과 “유사성”으로 나누어 분석한다.

2.4.1. 인과성

인과성은 객관적 실재의 한 현상이 특정

한 조건 아래서 필연적으로 원인이 되어, 그 결과로 다른 현상을 낳는 것을 반영하는 철학적 범주이다.³³⁾ 따라서 결과란 인과관계 속에서 시간적으로 선행하는 하나의 다른 사건 즉, 원인에 의해서 필연적으로 초래되는 사건을 지칭하게 된다. 인과적 사고 형식 내에서는 객관적으로 실재하는 모든 현상들은 그 무엇인가로부터 결과된 것이며 또, 다른 연관성 속에서는 그 자체가 다시 원인이 되기 마련이다. 그렇기 때문에 결과는 원인과 절대적으로 대립하는 것이 아니고 상호 관계 속에 놓여 있는 것이다.

본 논문에서 언급하는 인과성은 두 가지의 전제를 가지고 있다. 첫째, “원인”과 “결과”는 구체적인 물질, 사건, 또는 과정이다. 즉, “원인”과 “결과”는 추상물이 아니며 관찰가능한 것이다. 둘째, 인과성은 시간성 속에서 정의된다. 따라서 어떠한 추론이 “인과추리”이기 위해서는 위의 두 가지 전제가 충족되어야 한다.³⁴⁾ 이러한

33) 인과성은 필연성과 동일하지 않다, 모든 인과 관련은 물론 필연적인 성격을 갖는다. 즉, 원인은 결과를 필연적으로 낳는다. 그러나, 모든 필연적인 관련이 다 인과적인 관련인 것은 아니다. 즉 모든 필연적 관계를 인과적만으로 해석할 수는 없는 것이고 유비추리에 의해서도 인과성에서 획득할 수 있었던 같은 종류의 필연성은 획득되어 질 수 있다. 또한 인과성은 법칙성과도 동일하지 않다. 따라서 모든 법칙이 그 내용상 인과관계를 포함해야 하는 것도 아니다. (『철학소사전』, 위의 책, 291 수정인용.)

34) 이러한 정의는 칸트에 의해서 명확히 언급되고 있다. 칸트는 모든 현상은 오직 시간 속에서만 범주와 직관이 매개될 수 있으며, 원인을 결과를 시간 속에서 “결과”로 규정하는 것이지 단지

32) 이미 언급한 것처럼 서양의학에서의 원인의 개념도 엄밀히 말하면 병인론적 원인과 인체해석차원에서 증상이 발현하는 원인 공간으로서의 원인은 다르다고 할 수 있다. 그러나 이것이 명확하게 구분되고 있지는 않는 듯 하다.

인과성의 전제는 현재의 서양근대의학 전통 속에서 그대로 적용되고 있다. 즉, 인체에 동시적으로 나타나는 증상들간의 관계성보다는 그 증상들에 대한 원인을 탐구하기 시작하였고, 그 원인이 바로 서양근대의학적 시각에서는 질병의 본질이었다. 따라서 질병의 본질 탐구는 바로 원인의 탐구였으며 그 원인은 관찰 가능한 것이어야만 하였다.

이러한 시각은 서양근대의학의 질병관이나 병리해부학적인 특징, 실증주의 등의 특성과 맞물려서 강력한 해석력을 발휘하였고, 이것이 절대 진리로 통하는 길이라고 생각한 시대도 있었다.

그런데 인과추론은 몇 가지 문제를 가지고 있다. 첫째는 인과적 해석은 사건의 "과정"에 대한 기술이며 두 사건 사이에 필연성을 제공한다는 점과 관련되어 있다. 따라서 인과적 해석은 사건의 "시간적 과정"에 대해서 뛰어나다. 그러나, 원인과 결과는 사건의 과정 속에서 어떤 요소와 다른 요소의 관계성을 나타내기 위하여 붙이는 상대적인 명칭이며 어떠한 요소라도 원인이면서 동시에 결과이기 마련이다. 즉, 각 요소들은 사건의 전체적 구도 속에서 동질적인 위치를 가지고 있는 것이다. 따라서, 인과적 해석을 통해 어떤 현상에 대한 본질(여기서는 원인)을 추구할 때는 그 본질(원인)은 항상 또 다른 원인에 대한

현상이 될 뿐으로 "본질"이 비본질적인 것이 되버리는 모순을 안고 있다.

둘째는 이미 설정된 원인과 결과의 과정을 다시 세분하면 다른 원인과 결과의 과정이 개입될 수 있다는 점이다. 예를 들어 흡연과 폐암 사이의 인과적 해석은 절대적인 것이 될 수 없는데 왜냐하면 어떤 사람은 흡연과 폐암의 인과성을 수증할 수도 있지만 어떤 사람은 수증하지 않고 흡연과 폐암 중간의 과정에 대한 설명을 요구할 수도 있기 때문이다. 이때에는 흡연과 폐암이라는 두 사건 사이에서 "니코틴의 화학작용"이라든지 "폐 조직의 변화상" 등의 다른 여러 사건을 찾아내어 설명할 수 있고 거기에 다시 연쇄적인 인과관계를 적용시킬 수 있을 것이다. 그러나, 이것은 결국 무한적인 과정의 일부가 될 뿐이기 때문에 절대 궁극적인 설명이 될 수는 없다.

이처럼 어떤 하나의 인과관계는 그 앞뒤로도 끝없이 인과적 관계가 줄이어 있고, 그 인과관계 중간에도 무한대의 공간이 놓여있게 된다. 따라서 어떠한 인과적 해석도 궁극적이지 못하고 본질적인 성격이 결여되게 되는 것이다. 결국 인과성은 사건을 납득하는데 상대적인 필연성을 제공하는 하나의 "강력한 틀"일 뿐이며, 원래 자연이 인과적이고 "인과성"은 실재한다고 말할 순 없다.³⁵⁾

2.4.2. 유사성

構想 중에서 선행할 수도 있는(또는 전혀 지각할 수 없는) 그 무엇으로 규정하는 것이 아니라고 하였다. 또한 칸트는 "인과성의 법칙에 따르는 시간적인 繼起의 原則"에서 "모든 변화는 원인과 결과의 연결 법칙에 따라서 일어난다"고 하였다. 이것은 칸트가 모든 현상을 인과성 속에서 규정한다는 의미이다.

35) "인과성"의 개념은 오직 관찰가능한 영역의 정보를 증가시키는 유용한 방법론적인 원리 또는 이론 구성 과정에서 생산적으로 적용되는 자기 발견법이라고 말할 수 있으며(반 프라센), 인과적 해석은 인간들의 언어적 규약일 뿐이다.(데이비드 흄)

인간이 이성을 가지면서 가지게 된 인식 방법으로 유비추리는 인과추리만큼이나 유래가 깊다.

“아날로지는 상대적인 유사성이다. 類比推理는 보통 표적 세트와 기본 세트라고 불리는 두 개의 관계(또는 과정이나 사건) 세트 사이의 상응 관계들을 同定하고 해결해 나가는 과정을 말한다. 예를 들어 “원자의 구조는 태양계의 구조와 유사하다”는 명제에 대해서 생각해 보자. 이 명제를 이해하는 데는 추리하는 사람이 원자(표적)와 태양계(기본)의 상응에 대한 의미 있는 세트를 도출해 내어야 한다. 즉, 원자의 핵과 태양, 전자와 행성 간의 관계를 설정해야만 한다.”³⁶⁾

한의학적 인체해석은 주로 유비추리에 의하여 기술되고 있다. 한의학의 기본틀을 규정짓는 음양과 오행도 역시 유사성에 의해서 운용되는 도구이다. 음양과 오행의 기본적 개념은 처음에는 자연계에서 비롯되었지만 이후에는 선험적 범주로서 사용되어져, 자연계에서 새로운 사건이나 지식이 나타나면 그것들이 어떠한 속성을 가지고 있는지 분석하고서, 음양과 오행의 범주 중 그것들과 유사한 속성을 가진 곳에 배속하였다.

즉, 모든 사물과 사건은 선험적으로 주어진 음양과 오행의 틀 속에서 그 구조나 속성의 유사성을 찾고 분류하는 과정을 통해 이해되었다. 이러한 유비추리의 사고형

태는 시간적으로 동시에 나타나는 사건들의 묶음들-예를 들어 인체에 총체적으로 나타나는 증상-의 속성을 포괄적으로 규정짓는데는 강력한 해석력을 가지고 있다. 한의학은 이러한 과정을 통해 현상의 이해하였고, 그 본질은 음양과 오행으로 표현되거나 또는 (그에 귀속되어 있으면서 개별적인 지식을 포함하고 있는) 五臟·衛氣·營血·經絡 등의 용어에 의해서 표현되었다. 이때 음양, 오행이나 오장, 위기영혈, 경락 등은 각각의 속성을 대표하는 추상적 개념인 것이다. (『3.1. 證과 추상개념』참고)

이러한 유비추리도 몇가지 문제점을 가지고 있다. 첫째로 유비추리는 동시적으로 나타나는 사건의 총체적 속성을 규정짓는 탁월한 인식방법인데 반하여 시간적으로 선후하는 사건의 과정에는 별다른 해석력을 가지고 있지 못하다.

둘째, 유비추리는 자의성이 상당히 많아서 가끔 자체적인 모순을 가지기도 한다. 이러한 경우는 대개 단순히 속성 또는 구조의 유사성만을 가지고 추리할 때 많이 발생한다. 예를 들어 “원인과 결과”·“내부와 외부”는 그 구조가 이분적이라는 점에서 유사하다. 그러나, 원인과 결과 사이의 관계성과 내부와 외부사이의 관계성을 고려하지 않으면 자연스럽게 내부에는 원인이 있고, 외부에는 결과가 있다고 결론지어 버릴 수 있다. 그러나, 반드시 원인과 결과가 위치 상 내·외의 구분을 지킬 필요는 없는 것이다. 이러한 것은 단순히 구조의 유사성에만 주의를 기울여 각 비교 대상의 다른 속성을 무시하기 때문에 생기는 오류이다.

이러한 오류는 한의학에서도 종종 발견된다. 예를 들어보자. 장부는 表裏관계를 가지고 있으며, 또 장부는 陰經과 陽經으

36) Denise Dellarosa Cummins. 『Analogical Reasoning』. V. S. Ramachandran. 『Encyclopedia of Human Behavior』. California: Academic Press, Inc, 1994: 125-130.

로 배속된다. 이러한 연속적 추리에서 음경은 裏이고 양경은 表라는 관계가 자연스럽게 이루어진다. 이러한 관계설정이 나름대로의 지식을 포함하고 있겠지만, 애초에 장부와 표리의 관계 속에서는 표리는 안과 밖이라는 위치관계를 전제로 하고 있었는데, 표리와 음양경락의 관계는 장부를 매개로 연결되었기 때문에 여기에서도 표리가 위치의 의미로 사용된다면 그것은 기존의 우리 지식과 모순을 일으키게 된다. 즉, 음경과 양경은 둘 다 인체의 상대적인 表부위에 있는 것이다. 이러한 오류는 표리·장부·음양경락이 각각 비교되는 대상에 따라 그 의미와 구조가 변화되기 때문에 생기는 점을 고려하지 않았기 때문에 생기는 것이다.

유비추리를 할 때는 이러한 점들을 경계해야 할 것이다. 만약 아무런 원칙없이 행하여지고 나름대로의 타당성을 가지고 있지 못하면 “귀에 걸면 귀걸이, 코에 걸면 코걸이”라는 평가가 기다리고 있게 된다. 이러한 오류가 쉽게 이루어지는 대표적인 도구개념 중 하나로 體用을 들 수 있다. 어쨌든 유비추리 방식은 어느 정도 형식화되어야 할 필요가 있다.³⁷⁾

이상으로 서양근대의학과 한의학의 인체 해석에 대한 방법론을 인과성과 유사성을 통하여 분석하였다. 그러나, 사실은 인과성과 유사성이 각각 서양근대의학과 한의학의 방법론에 일대일로 대응되는 배타적인 관계가 아니라 서로 혼재되어 있으면서, 다만 인과성과 유사성이 두 의학의 특징을 대변하고 있다고 하는 것이 옳은 표현일 것이다.³⁸⁾

37) 그러한 형식화의 노력이 일부에서 이루어지고 있는데 한의학에 도입되지는 않고 있다.

이상으로 몇 가지 개념들 즉, 관찰가능성, 존재와 현상으로서의 질병관, 병인론과 인체해석, 인과성과 유사성에 의한 인체해석 등에 대해서 논술했다. 이것을 표로 간략하게 정리하면 (표-1)과 같다.

(표-1) 2장의 개념요약

	한의학	서양근대의학
질병관	현상론적 질병관	본체론적 질병관
병인론	인과추리	인과추리
인체해석	유비추리	인과추리
진단개념	관찰불가능(추상개념)	관찰가능(구체)
증상	질병 그 자체	질병을 반영하는 이차적 현상

3. 한의 진단의 추론형식

본 논문에서 일반적으로 언급하는 “한의 학의 진단”은 “辨證”을 말하며 “진단명”은 “證名”을 의미한다. 또한, 변증은 (위에서 언급한 것처럼) “병인론”과 관계된 것이 아니고 “인체해석”과 관계되어 있음을 염두에 두고 개별증이 실제 임상에서 도출되는 과정을 개념적으로 정리해 보면 다음과 같다.

첫째, 환자의 증상들을 四診을 통해서 획득한다.³⁹⁾

38) 서양과 동양이 모두 여러 분야에서 인과적 해석과 유비추리를 고대부터 사용해 왔다.

39) 본고에서 증상은 다소 확대된 의미를 포함하고 있다. 예를 들어 환자의 성격·얼굴의 모양이나 색깔·체형 등도 증상이라고 지칭한다. 따라서 증상이라는 표현보다는 획득된 “정보”라고 표현하는 것이 더 옳을 것이다.

둘째, 이미 한의사의 지식 체계에는 -그가 인식하든 인식하지 않든- 한의학적인 질병의 개념과 각 개별증에 대한 정의가 존재하고 있다.

셋째, 한의학의 이론체계를 이용하여 획득된 증상들의 개별적인 의미와 증상들간의 상호관계를 평가한다.

넷째, 한의사는 증상의 평가 결과와 그의 지식체계를 결합하여 진단명인 “證”을 도출하게 되는 것이다.

이러한 과정은 도식화된 것이며, 실제에서는 네 개의 과정이 거의 동시에 진행된다고 할 수 있다. 일상적인 증례의 경우는 이 과정이 환자의 증상과 이미 한의사가 가지고 있는 證에 대한 지식체계를 단순하게 연결·평가함으로써 이루어진다. 하지만, 드문 증례나 개별증의 정의 안에 포함되어 있지 않은 증상들이 나타나는 환자의 경우는 약간 다른 과정을 거친다. 즉, 애초에 개별증들이 정의되던 초기 과정을 다시 반복하게 되어, 임상현장에서 바로 한의학 지식체계를 통한 유비추리로 證名을 도출한다. 이러한 두 과정을 통해서 원칙적으로 모든 환자를 진단할 수 있게 된다.⁴⁰⁾

3.1. 證과 추상개념

일반적인 개별증의 정의 방식은 위의 (표-2)와 같은데 여기서 간과해서는 않되

40) 개별증에 대한 정의는 위에서 본 것과 같은 구체적인 증상들로 이루어지기도 하였지만 개별증에 대한 포괄적인 이미지도 포함되어 있다. 따라서 구체적인 개별증의 정의에서 찾아볼 수 없는 증례(症例)라고 할 지라도 개별증의 이미지와 그 증례가 가진 이미지의 유사성으로서 그 증례를 동정(identification)한다.

(표-2) 개별증의 정의

A證 : 음허증(陰虛證)

主症 : a₁ 五心煩熱 a₂ 咽燥口乾

a₃ 舌紅(a₃₁) 少苔(a₃₂) 無苔(a₃₃)

a₄ 脈細數

次症 : a₅ 午後升火 a₆ 便結(a₆₁) 尿短赤(a₆₂)

a₇ 盜汗

진단요건

主症 3항과 次症 1항이 구비되면 확진

는 아주 중요한 점이 있다. 그것은 陰虛證이라는 진단명과 그에 해당하는 증상들간의 관계인데, 그들의 관계맺음은 검증에 의한 것이 아니다. 왜냐하면 이들의 정의 과정은 검증가능한 성격이 아니기 때문이다. 陰虛證이라는 진단명이 가리키는 의미는 결국 증상들의 상관조합에 대한 추상적이고 포괄적 의미일뿐, “陰虛證”이라는 구체 사건이 있어 “증상들의 출현”이라는 구체 사건들과의 관계를 검증할 수 있는 성질의 것은 아니기 때문이다. 예를 들어, “脾氣虛證”라는 證名은 “脾의 氣가 不足”한 것에 대한 관찰로부터 명명된 것이 아니며, 환자의 증상들로부터 유도된 것임은 한의학의 진단 과정이나 개별증의 정의를 살펴보면 명백하게 알 수 있다. 결국, 증상은 항상 관찰가능한 것이나 證名에 쓰인 진단개념은 관찰가능하지 않다고 말할 수 있다.⁴¹⁾ 즉, 證名은 증상이라는 정보를 통해서 도출된 추상개념으로서, 환자 상태의 본질을 말하고 있는 것이다.

41) 여기서 관찰가능성이 없다는 의미는 그 당시의 기술부족이나 사회여건상 관찰할 수 없었다는 것이 아니고, 추상개념이기 때문에 원칙적으로 관찰가능성이 “없다”는 의미이다.

구체적인 것은 그것이 지각(知覺)될 수 있는 대상이거나 적어도 지각될 가능성이 있어야 한다. 만약 “陰虛”가 지각 가능한 것이라고 가정한다면 그것은 인체 내에서 동정(同定)되어야만 한다. 또, “陰虛”를 “陰이라는 물질이 不足”한 사건으로 본다면 결국 “陰”은 “구체적인 것”이어야 한다. 그러나, “陰”은 음양론에서 파생하였으며 원래의 어원은 “어두움”이다.⁴²⁾ “陰”이란 단어는 “인체 내의 물질”이라기 보다 비유를 통해서 “인체 내에 있다고 상정되어지는 추상적인 대상”이다. 즉, “陰”은 하나의 구체적인 대상이 아니고 추상적인 대상인 것이다.

“脾氣虛”의 경우도 마찬가지이다. “脾氣”가 인체 장기 중의 하나인 脾臟의 氣를 가리킨다면 “脾氣”는 명백하게 구체적인 사물이다. 그렇다면 최소한 “脾氣虛”를 유추할 만한 -현재 우리가 한의학적으로 알고 있는- “脾氣”의 기능이나 또는 “脾”의 기능에 대한 구체적인 관찰이 있어야 한다. 그러나 그러한 검증은 이루어지지 않았다. 이러한 검증들이 이루어지지 않은 것은 한의학자들의 무능력함 때문도 아니고 인체 해부에 대한 禁忌 때문도 아니다. 그것은 “脾氣”가 애초에 구체적인 대상이 아니고 추상적인 개념이기 때문이다. “脾”와 “脾氣”는 五行이나 陰陽의 연역적인 이론과 실제 인체 내의 구체물인 “脾臟”에 대한 소박한 관찰의 의미 연장(inference)에서 이루어진 “추상적인 개념”이다. 또한 “傷寒證”이나 “傷風證”의 경우도 “추위”이나 “바람”이라는 자연계의 현상을 인체의 증상과 유추하여 만들어진 추상개념이다.⁴³⁾

42) “陰 闇也”(許慎 編選; 殷玉裁 注. 『說文解字注』, 서울: 대성문화사 영인, 1990: 731.)

따라서, “脾氣”의 구체적 물질로서의 검증은 원천적으로 불가능한 것이다.

결국, “陰虛證”·“脾氣虛證”·“傷風證” 등과 같은 個別證名들은 “추상개념”이라고 말할 수 있다. 한의학에서 진단의 과정은 일련의 분석적인 사유를 증상이라는 현상들에 적용하여 그 현상들의 본질을 하나의 추상개념으로서 추출해내는 과정이다. 즉, 證과 증상들간의 관계는 본질과 현상의 관계이며, “個別證”은 한의학 체계 내에서 환자의 “본질”을 의미한다. 따라서 證은 해부학적 사실(인체 내부 기관에 대한 소견)에 대해서 말하는 것이 아니고 증상에 대해서 말하는 것임을 알 수 있다. 이러한 맥락에서 볼 때 병기도 역시 추상적 과정이다. 왜냐하면 병기는 증상들이 추상적인 개념인 證으로 어떻게 요약되는지에 대한 타당한 설명을 하려고 노력하는 것이기 때문이다.⁴⁴⁾

즉, 證은 한의학을 하는 주체자들의 증상의 상관조합에 대한 합의이다.⁴⁵⁾ 그렇다

43) 비록 “바람”을 많이 맞았기 때문에 한의학의 진단 개념인 “傷風證”이 생겼더라도 우리는 病因에 의거하여 명명한 “傷風”과 “증상”에 의거한 “傷風”을 구분해야만 한다. 그리고 현재의 진단이 “증상”의 관찰을 통해서 이루어지는 한 “傷風證”의 “風”은 추상개념이다.(『2.3병인론과 인체해석』과 『3.1 證과 추상개념』, 참고) 여기에서 주의할 점은 본 논문이 “인체해석”의 과정과 “병인론”의 과정을 분리하고 있으며, 辨證의 과정은 “인체해석”의 과정이라는 점이다.

44) 證과 病機는 동일한 개념이란 주장도 있으니 참고 바란다.(成謙智, 『證, 病機和辨證論治的概念及相互關係』, 『北京中醫學院學報』, 1987: 10(4): 6-9.)

45) 여기서 주의할 점은 증상과 證의 관계가 검증가능하지 않다는 것이 한의

면 그 합의의 형태는 어떠한가? 각 증상들은 “陰이 不足”하다는 일단의 이미지에 부합되는 것들이다. 때에 따라서는 증상간의 “관계”가 “陰의 不足”이라는 이미지를 나타낼 수 있다. 이처럼 증상들이 “陰虛”라는 이미지와 유사하기 때문에 그 증상들의 상관조합을 “陰虛證”이라고 부르는 것이다. 그런데 아무 증상이나 “陰虛”라는 이미지와의 유사성을 비교하는 것은 아니다. 앞 장에서도 언급한 것처럼 속성들의 유사성은 “귀에 걸면 귀걸이 코에 걸면 코걸이”라고 말할 수 있을 만큼 임의성이 강하다. 그런데 한의진단은 환자들에게서 정적인 상관성(positive correlation)을 가지고 나타나는 증상들의 묶음에 대해서만을 정의의 대상으로 하기 때문에 그러한 임의성을 제거할 수 있는 것이다.

결국 한의학을 하는 주체자들의 합의는 항상 환자들의 일정한 패턴 양상-상관성이 본질인-이라는 실재 사건에 근거하고 있는 것이다.⁴⁶⁾ 이것이 바로 진단개념은 추상개념이지만 실재성(reality)을 확보할 수 있는 실마리를 제공하는 것이다.(「4.1.

학의 임상적 효용성과는 아무런 관계가 없다는 사실이다. 證과 치료처방과의 임상적 유효성은 검증가능한 것이며 그것이 한의학의 임상적 효용성을 측정하는 도구가 되는 것이다. 이것은 서양근대의학에서도 마찬가지로 적용된다. 증상과 해부학적인 소견 사이는 이론적으로 검증가능한 관계이다. 그러나 이것이 서양근대의학의 임상적 유효성을 확보해주는 것은 아니다. 즉, 진단과정의 검증가능성에 대한 언급은 그 과정을 이해하기 위한 방법이며 여기에서 임상적 유효성을 이끌어낼 근거는 없다.

46) 박경모·최승훈, 「증(證)의 수학적 연구 방법론」, 『동의병리학회지』, 1994; 9: 209-238.

진단의 실재성」 참고)

3.2. 證의 추론 형식과 질병관

2장과 함께 위 절의 논의를 통해 한의학의 진단은 주로 유비추리를 이용하고 있음이 자연스럽게 도출된다. 이미 「2.4.인체해석」에서 언급한 바와 같이 인과관계는 “시간적으로 先後하고 있는 감각 가능한 구체현상들 중 하나가 다른 하나를 필연적으로 초래할 때” 이루어진다. 이러한 입장에서 볼 때 “證”은 인과성을 가지고 있지 않다. 왜냐하면 증상은 구체적인 현상이지만 證은 추상개념이며 따라서 증후(症候)와 證 사이에는 시간적인 선후 관계도 성립하고 있지 않다. 따라서, 한의학에서 증상들은 실재하는 인체 내장 기관과 인과관계를 가지고 있지 않으며 음양이나 오행과 같은 한의학의 연역적인 체계에 의해서 유비적으로 해석되고 있다.(「4.2. 해부학의 의미」 참고)

더불어 증상들간에도 인과관계는 고려되고 있지 않다. 왜냐하면 證을 도출하는 정보로서 증상들이 존재할 때 그 증상들은 동시 존재하는 것이며 시간적인 선후 관계는 고려되지 않기 때문이다.

결국 증상과 證의 관계는 “유사성에 의해서 해석된” 관계이지 “인과성에 의해서 해석된” 관계가 아니다. 하지만 현실에서는 “證”을 인체에 나타난 증상들의 원인으로 상징하여 구체적인 대상처럼 기술하는 경우가 많다. 이러한 서술은 옛 의서들에서도 종종 볼 수 있는데 그러나 이것은 비유적인 표현이며, 원천적으로는 인간의 언어체계가 대상에 대해 실재론적인 태도를 견지하기 때문에 생기는 불가피한 일이라고 이미 앞 장에서 논술했다. 특히 그 당시는 지금과 같이 두 의학체계가 비

교되는 시기도 아니었으며, 더구나 “구체와 추상”의 개념은 그 개념 자체가 현대에도 구개념으로서 채택하고 있는 것이며 그 당시에는 이러한 개념이 희박하였다. 따라서 그들은 원천적으로 검증불가능한 이론에 대해서도 (무의식적으로) 마치 검증가능한 이론처럼 記述하였던 것이다.⁴⁷⁾

위에서 계속 전개한 한의진단의 특성은 결국 한의학의 질병관에 의해서도 설명되어질 수 있다. 왜 한의학은 증상을 위주로 진단명을 도출하며, 왜 진단명은 추상개념인가에 대한 해답 중 하나는 한의학이 현상론적 질병관을 가지고 있기 때문이라는 점이다. 질병을 인체의 특정한 상태로 간주하면 인체가 질병 상태라고 하는 것을 해부나 인체 내부를 열어보는 의도적 행위 이외에 알 수 있는 방법은 오직 “증상”을 통해서이다. 따라서 이러한 체계에서 질병을 표현하고 이해한다는 것은 곧 증상들을

요약하고 그 증상이 무엇을 의미하는지를 이해하는 것이 진단의 과정이 되는 것이다.⁴⁸⁾

3.3. 證의 정의

이상에서 個別證의 구체적인 도출 과정과 특징을 알아보았는데 “證”의 형성 과정은 다음의 두 과정이 동시에 개입하여서 이루어진다고 볼 수 있다. 첫째는 여러 환자들에게 나타나는 무작위적이지 않은 증상들의 패턴(non-random pattern) 즉, 증상들의 상관 조합에 대한 사실을 경험적인 지식으로서 획득하는 과정이며,⁴⁹⁾ 둘째 과정은 연역적인 원칙이 이러한 관찰을 가능하게 하는 동시에 이러한 관찰을 해석해 주는 과정이다. 음양학설이나 오행학설, 외부 환경에 대한 인체의 반응에서 얻은 지식,⁵⁰⁾ 인체의 기능들이 연역적인 원칙의 역할을 하고 있다.

즉, 증상의 상관조합에 대한 경험적 지식과 연역적인 이론체계가 결합되면서 개별증이 정의될 수 있는 것이다. 이 과정에서 “증상에 대한 상관조합이라는 경험적인 지식”과 “연역적인 이론 체계”는 서로 상충할 경우도 있고 부합하는 경우도 생길텐

47) 이러한 점을 맥락에서 논자는 “옛 의서에는 진단개념을 구체대상으로 기술(記述)하였다”는 언명이나 “옛 의가는 진단개념을 구체대상으로 표현하였다”는 언명에 대해서 긍정한다. 그러나, 본 논문은 앞에서 언급한 것처럼 그러한 “이론에 대한 의가들 자신의 평가”를 다루는 것이 아니다. 또한 본 논문은 “의가들의 사고형태”에 대해서 “옛 의서에 있는 진단개념은 추상개념이다”는 언명과 “옛 의가가 사용한 진단개념은 추상개념이다”는 언명을 주장하는 것이다.

그런데도 옛 의가들은 진단개념을 구체적 대상으로 간주하였기 때문에 한의학의 진단개념은 “구체적 대상”이라고 주장하는 경우가 종종 있다. 이것은 “구체와 추상”이 한의학의 진단개념을 객체화해서 판단하기 위한 현대의 개념도구라는 점을 간과하고 있지 못한 것이기도 하다.

48) 「4.2 해부학의 의미」에서 증상과 해부학 지식의 차이 기술.

49) 박경모·최승훈. 앞의 논문, 209-238.

50) 이 외부 환경에 대한 인체의 반응은 일종의 因果性으로 생각할 수 있다. 실제로 한의학의 “병인론” 중 일부는 본 논문이 규정한 “인과관계”에 부합하는 “인과성”을 가지고 있다. 그렇다 하더라도 이것은 “辨證”에서의 인과성을 말하는 것이 아니고 환경과 인체가 마주치면서 생기는 “병인론적” 인과성을 말하는 것이다. 그런데 그에 의한 지식이 “인체 해석”과정에 연역적 지식으로 사용될 수도 있긴 하다.

데 이러한 부합과 대립 속에서 證은 현상을 더욱 잘 설명하는 본질이 되어 가는 것이다.⁵¹⁾

따라서 본 논문의 전지에서 證을 정의해 보면 “證은 증상의 상관조합⁵²⁾과 그에 대한 연역적인 해석에 의해서 규정 지워지며, 증상들을 인과성이 아닌 유사성에 의해서 해석하여 환자의 본질을 반영하는 추상개념”이라고 할 수 있다. 결국 證은 “환자에게서 나타나는 증상들에 대해 한의학적으로 납득할 수 있는 개념적인 요약”이다. 그런데 證을 표현하기 위해서 五臟六腑나 氣血·表裏·痰飲·瘀血 등 처럼 인체 기관이나 구체물을 지칭하는 단어를 사용함으로써 혼동을 가져오는 경우가 있다.⁵³⁾ 그러나, 실제로 證名에 사용되는 위의 용어들은 소박한 인체 내부 기관에 대한 지식에서 비롯되기는 하였지만, 이후에 이 용어들은 증의 형성과정에서 유비추리를 통해 생성된 전혀 다른 것일 뿐이다.

이러한 과정을 통해서 보면 한의학과 서양근대의학의 차이점은 명확해진다. 환자에게서 얻어내는 정보는 한의학이나 근대서양의학에 모두 “해석되어야만 하는 현상”이었던 것이다. 그러나, 그 해석의 방법

은 동일하지 않았다. 한의학의 경우 유비추리에 의해서 현상의 본질을 추구하였으며 서양근대의학의 경우 인과법칙에 근거하여 현상의 본질(원인)을 추구하였다. 그러한 결과로서 한의학은 證이라는 진단명을 가지게 되었으며 근대서양의학은 “원인에 근거한” 진단명을 가지게 되었다. 결국 한의학과 서양의학의 진단명은 치료원칙을 제시하고 환자를 규정짓는 것이라는 점에서는 동일하지만 본질적으로는 그 구조와 맥락을 달리하고 있다.

따라서 양 의학체계는 진단명을 도출하기 위해 필요한 정보들도 달라지게 된다. 근대서양의학은 인체내부현상이 중요해졌으며 한의학은 유비추리로 의미를 부여할 수 있는 증상들이 중요해졌다.⁵⁴⁾ 또한, 한의학이 실제 인체의 해부지식을 해석할 필요가 없는⁵⁵⁾ 반면에 서양의학은 인체 해부 지식과 인과관계를 규정지을수 없는 여러 증상들을 “무시”해야만 하고 있다. 더불어 정말 무시해서는 안되는 “성격”이나 “체형” 등과 같은 인체의 특성을 의학적인 판단에 적절히 사용하고 있지 못하고 있다.

4. 한의 진단의 실재성

현대 한의학은 자체적으로는 18-19세기 한의학의 특징을 그대로 간직하고 있는데 반해서 현대의 한의학에 내려지는 평가나

51) 이 과정은 특정 증거 이전에 지녔던 특정 가설에 대한 믿음의 정도로 새로 이용 가능하게 된 증거에 기초하여 수정하는 알고리즘이라고도 볼 수 있다.

52) 박경모·최승훈. 앞의 논문, 209-238. 『한의진단명과 진단요건의 표준화 연구』. 위의 보고서, 14-21 참고.

53) 이러한 혼동은 서양 해부학 지식이 들어오면서 더욱 문제가 되었다. 그 이전에는 한의학에서 진정한 의미의 해부학적 지식이 필요 없었고 실제로 이러한 진단개념은 추상개념으로 쓰이는 경우가 대부분이었기 때문에 혼동 역시 생겨나지 않았었다.

54) 각 증상들의 진단명에 대한 기여도에 따라 “결정 강도”와 “결정 빈도”의 개념을 도입할 수 있다. 여기에서 정보의 중요도는 이것들을 의미한다.(박경모·최승훈. 앞의 논문, 209-238 참고.)

55) 따라서 현재도 인체 해부지식을 해석하지 못하고 있다고 보아야 한다.

한의학을 하는 주체자의 의식은 변화되고 있다. 또 이러한 영향 속에서 한의학의 모습도 조금씩 변화된 것은 사실이다. 여기에는 긍정적인 발전과 함께 몇 가지 중요한 난점들이 표출되고 있는데 그 난점들은 서양근대 의학과 한의학의 질병관, 진단의 추론형식, 병인론과 인체해석의 혼동, 구체와 추상의 문제 등에서 기인하고 있다.

한의학 체계와 서양근대의학 체계도 물리적 점유공간은 동일하지만 여전히 독립적 체계로서 서로 다른 작용 속에서 존재하고 있다. 이와 유사한 예는 다른 곳에서도 많이 찾아볼 수 있다. 서양근대의학이 가장 보편적 의학이 된 현재에 전세계 대부분의 전통 의학자들은 서양근대의학의 의료 수단과 자신들의 의학을 결합시켜 적용하고 있다. 그들은 일부의 질병은 서양근대의학적 수단에 의지하고 일부는 전통 의학적 수단에 의지하고 있는데, 연구 결과 이 두 의학체계가 그들의 사고 속에서 공존하면서도 독립적으로 적용되고 있음이 밝혀졌다. 즉, 전통의학도 여전히 그들 고유의 사유 방식대로 운용되고 있음이 연구 결과 주장되고 있다.⁵⁶⁾ 사실 이러한 결과는 한의학의 예를 비추어 보아도 충분히 예측할 수 있는 것이긴 하다.

4.1. 진단의 실재성

앞 장에서 脾氣와 같은 진단개념은 구체적인 인체 장기를 지칭하지 않는 추상개념이라고 논증하였다. 그렇다면, 진단명으로서의 證은 무엇을 지칭하는가? 또 그 지칭대상은 어떻게 실재성이 확보되는가의 문제가 남는다.⁵⁷⁾

56) George M. Foster & Barbara G. Anderson; 구분인 옮김. 위의 책, 349-350.

어떤 의학 체계에서든지 개별적 증례(case)들을 일정한 원칙에 따라 모으고 분류하여 그 집단에 이름을 짓기 마련이다. 이런 분류 체계로서의 이름은-예를 들어 폐결핵·陽虛證 등-개별적 증례들을 지칭하는 것이 아니고 각 개별 케이스들의 공통된 본질을 지칭하는 보편자이다. 그런데, 이 보편자의 실재성을 묻는다면 그것은 실재론(realism)에 대한 철학적 논쟁으로 다시 환원되는 것이고 본 논문에서 다룰 주제는 아니다. 즉, 본 논문에서는 폐결핵이나 陽虛證이 보편자로서 실재⁵⁸⁾하는가, 아니면 단지 개념⁵⁹⁾이나 단어⁶⁰⁾인가의 문제를 다루지 않고, 그 보편자들의 집단이 지칭하는 개별자들이 어떻게 실재할 수 있는가의 문제를 다룬다. 즉, 여기에서는 보편자로서의 폐결핵이나 陽虛證을 탐구하는 것이 아니고, 폐결핵이라는 진단명을 가지는 개별 질환(환자), 陽虛證이라는 진단명을 가지는 개별환자(질환)가 실재할 수 있는지를 논술한다.⁶¹⁾

이 문제는 각 의학체계에는 진단명을 어떻게 정의하는가의 문제와 직결된다. 예를 들어, 병원에 들어오는 환자를 순서대로 A·B·C로 연달아 이름 붙여 그것을 진단명으로 삼는 의학체계가 있다면 이 의학체계의 진단명은 실재성을 가지고 있지 못한

57) 그것이 얼마나 치료에 유용한가는 실재성(actuality)의 문제이다.

58) 실재론(realism)

59) 개념론자(conceptualist)

60) 명목론자(nominalist)

61) “진단의 실재성” 문제는 의학철학적인 문제로서 상당히 중요한 문제이다. 어떤 의학 이론 체계의 정당성을 확보하는 문제와 관련된 문제로서 깊어있는 철학적 논의가 필요하다. 이 문제에 대한 좀 더 철학적 논의는 이후에 별도의 논문을 기획하고 있다.

것이다. 왜냐하면 A라고 진단 받은 환자들에게서 병원에 들어올 때의 순서에 대한 원칙 이외에 그 환자들 사이에 아무런 공통점들이 없으며, 진단과정이 우연적이기 때문이다.

서양의학의 경우를 보면 진단명(예를 들어 폐결핵)은 인체에서 관찰가능한 소견을 통해서 도출된다. 따라서, 얼마나 재현성 있는 소견인가, 또 하나의 질환으로 이름 붙일 수 있을 정도로 빈발하는지의 문제가 해결된다면 그 진단명의 실재성은 확보된다. 그런데, 실제로는 하나의 소견만으로 하나의 질환을 정의하는 것은 쉽지 않으며 그런 방법은 임상에서 실효성이 떨어진다.⁶²⁾ 또한, 많은 경우에 특정 병리 소견의 존재 여부도 그 기준이 애매할 수 있다. 따라서, 서양근대의학도 실제에 있어서는 여러 소견과 적절한 통계적 수치를 통하여 질병은 규정하기 마련이다.⁶³⁾

한편, 한의학의 경우 脾氣虛證·肝氣鬱結證 등과 같은 모든 진단명은 추상적인 개념들로 구성되어 있으며, 이 진단명은 증상으로 환원된다.⁶⁴⁾ 정확히 말한다면 하나

의 증상으로 환원되는 것이 아니라 증상의 상관조합으로 환원된다고 해야 한다. 그리고 또한 인체에 재현성 있게 나타나는 증상의 상관조합군(證名이 지칭하고 있는 대상)은 실재하는 것으로 보아야 한다. 이러한 증상상관조합(패턴)이 비물질적이라고 해서 실재가 아니라고 말할 수 없다. 구체 물질이란 인식 주체와 독립되어 존재하는 것이라고 가정한다면⁶⁵⁾ 증상상관조합은 비물질적이지만 하나의 사건으로서 인식주체와 독립되어 존재할 수 있다. 즉, 증상상관조합은 우리가 실재라고 부르는 그 무엇과도 다르지 않다. 더구나 현대에 와서는 통계적 기법에 의하여 명확히 규정되어지고 있으며, 이러한 것이 증상상관조합의 실재성을 다시 증명해 주고 있기도 하다.⁶⁶⁾

이상과 같이, 서양근대의학은 본체론적 질병관을 가지고 있으며, 한의학은 현상론적 질병관을 가지고 있기 때문에 각 의학 체계의 진단이 실재적인가의 문제는 각기 다른 관점에서 증명되어야 하는데, 서양근

능한 대상이 아니다.

65) 이것이 실재론의 기본 가정이다.

66) 이런 의미에서 한의학의 현대화는 필요하다. 이와 관련되어 한의학의 진단 개념에서 제시될 수 있는 문제는 개별 진단명을 규정짓기 위해서 사용되는 정보는 일정하지 않을 수 있으며 그 사용되는 정보가 달라지면서 진단명의 확률공간이 분할(partition)될 것이고 따라서 진단명의 규정도 임의적인 수 있다는 점이다. 이러한 난점은 그 정도의 차이는 있지만 서양근대의학에서도 동일하게 적용된다. 또한 이러한 문제는 "진단 모형"을 만들기 위한 이론의 전개에서 나타나며 실제에서는 크게 문제되지 않는데 이 문제는 현대 통계학에서 해결되고 있다고 보아야 할 것이다.(박경도·최승훈, 위의 논문 209-238 참고.)

62) 어떤 학자는 임상적 실체와 질병적 실체로 나누고 질병적 실체는 앞의 원칙적인 부분에 임상적 실체는 실제 인식 단위에 귀속시킨다. 그리고 임상적 실체는 "패턴"이라고 주장한다. 이러한 주장은 타당한 면이 있다. 그러나 서양근대의학에서의 질병에 대한 본질적인 생각은 "질병적 실체"이다.(Lester S. King, 『의사들의 생각』, 위의 책 147.)

63) 결국 서양근대의학에서의 질병도 임상에서는 하나의 패턴이라고 볼 수 있다. 이것은 본체론적 질병관이 일관되게 적용되지 못하는 면이라고 볼 수 있다.

64) "병기"는 증상과 진단명 사이의 필연성을 제공하는 추론 성격의 설명이다. 따라서, 병기도 원칙적으로는 관찰 가

대의학의 진단명은 질병이란 존재를 실재로서 규정짓고 있는지 여부가 중요하며, 한의학의 진단명은 질병현상을 실재로서 규정짓고 있는지의 여부가 중요하다. 만약, 둘 중 어느 한 진단체계가 절대적이지 못하다는 인상을 가지게 되었다면 그것은 각 체계의 인식틀에 대한 다양성을 고려하지 않았기 때문에 생기는 오해일뿐이지, 두 진단체계는 모두 실재성을 확보하고 있다.

실재성과 관련되어 한의학에 대한 또 하나의 오해는 病位·病因 등에 대한 개념이다. 여기에서의 병위와 병인은 “인체해석”과 관련된 용어를 말하는데, 이것들은 진단명과 증상조합 간의 필연성을 부여하기 위한 설명으로 도입되었으며 한의학에서는 모두 病機에 속한다. 그러나, 이것들은 관찰가능한 것이 아니고 한의학의 진단명과 마찬가지로 추상개념이며 「2.1.관찰가능성」에서 살펴본 것처럼 고도의 정밀한 비유(metaphor)이다. 즉, “인체 해석”-진단명의 도출-과정에서 병위와 병인 개념은 실재적이지 않으며, 실재적인 “병인론”에서의 병위·병인 개념과는 반드시 구별하여야 할 것이다.

4.2. 해부학의 의미

본 절에서는 진단의 실재성과 관련되어 많은 오해가 있어온 “해부학”의 의미에 대해서 논구할 것이다. 즉, 서양근대의학의 탄생에 해부학은 결정적인 역할을 하였지만, 해부학은 서양근대의학의 맥락 속에서 존재 의의가 있는 분야인 것이며, 해부학이 모든 의학에 필수적인 것은 아님을 논구할 것이다. 따라서 아래에서는 해부학적 지식은 무엇이며 서양근대학과 한의학에 어떤 의미를 가지는지 논리적 분석과 역사적 사건을 살펴봄으로써, 현대 한의학에서의

해부학에 대한 문제를 짚어보고자 한다.

서양근대의학 관점에서 볼 때 해부학적 소견은 일견 증상과는 상당히 다른 것처럼 보인다. 실제로도 해부병리 소견은 근대 서양의 “가시성”의 범위가 변하면서 비로소 얻을 수 있었던 지식이며 처음부터 증상과는 그 의미가 다르게 부여되었다. 증상은 의사나 환자가 판단하는 외부적인 소견-주관적인 감각을 포함하여-이고 해부학적 소견은 처음에는 사체부검의 결과였는데, 이것은 증상은 결과이고 그 결과들의 원인이 해부학 소견이라고 보았던 것이다.⁶⁷⁾

그러나 실제로는 무엇이 증상이고 무엇이 해부학적 소견인지는 애매하다. 예를 들어 생화학 검사 소견의 경우는 그것이 결과인지 원인인지 그 구분이 애매해진다. 인과성의 원칙에서 볼 때, 이 소견은 그 상황에 따라 원인을 가리키는 경우도 있고 원인을 암시하는 결과의 의미로 받아들여야 하는 경우도 있다. 증상의 경우도 마찬가지이다. 골절상으로 뼈가 외부로 돌출된 경우 이것은 증상이라고 해야 할지, 해부학적 소견(원인)이라고 해야 할지 애매해진다. 이러한 애매함은 증상과 해부학적 소견이라는 구분이 본질적인 속성에 의한 구분이 아니고 인과성 속에서 관찰가능한 여러 사건에 원인과 결과를 부여하는 과정에서 조작적으로 구분된 것이기 때문이다. 즉, 증상이나 해부학적 소견은 모두 관찰가능한 사건인데, 단지, 여기에 인과성을 부여한 것이 인체 해석에 새로운 경지를 열었던 것이다.

67) 현대의 X-ray나 CT소견·내시경·생검·피부에 대한 외과적 진단 소견·생화학 검사 소견도 해부학 소견의 범주에 포함시켜야만 할 것이다.

어쨌든 서양근대의학은 “해부학적 소견”을 질병의 본질로 삼고 “증상”과는 다른 속성을 부여하고 있다. 이 체계에서는 질병이 무엇인가 알기 위해서 반드시 “인체를 열어 보아야” 하는 것이다.⁶⁸⁾ 이러한 정신은 18세기 후반에 파리임상의학과(Paris Clinic School)의 초기 인물인 비샤(Marie-Francois-Xavier Bichat, 1771-1802)가 한 말에서도 찾아볼 수 있다.

우리는 이제 병리해부학으로 새로운 출발을 해야 할 시기에 접어들었다. …… 만일 어느 누구도 질병의 자리(the seat of disease)를 알지 못한다면 도대체 관찰을 할 가치는 어디에 있던 말인가? 여러분들은 20년 동안 아침부터 저녁까지 병상 옆에서 심장·폐·위의 질병에 대해 기록해 왔지만 혼란만 느꼈을 것이다. 단지 증상만으로는 어떠한 일관된 현상도 보여주지 않을 것이다. 주검을 열어 보라. 환자를 관찰만 했을 때 생길 수밖에 없었던 혼돈이 즉시 사라지게 될 것이다.⁶⁹⁾

그렇다면 한의학에서 해부학 지식은 어떤 의미를 가지게 되는가? 한의학에서도 문헌에 의하면 해부를 한 직간접적 기록이 있긴 하다. 그러나 이것들이 한의학에 끼친 영향은 그야말로 “해부를 하였었다”하는 사실 자체 뿐이지 그 외에 한의학 이론에는 거의 아무런 영향을 주지 못하였

다.⁷⁰⁾ 이것은 본 논문의 견해에 따라 본다면 한의학에서 해부학적 지식은 증상과 동일하게 질병 상태를 나타내 주는 현상일 뿐이었기 때문인 것이다. 즉, 현상론적 질병관에서 볼 때 모든 관찰가능한 정보는 그 자체가 하나의 질병상태이다. 그래서 해부학적 소견도 한의학적 시각에서는 증상과 마찬가지로 음양오행적 유비추리에 의해서 분석되어야 할 대상일 뿐 본질적인 차이를 가지고 있지 않다. 따라서 증상처럼 유비추리가 쉽지도 않을뿐 아니라 증상과 동급의 의미만을 지니는 정보인 해부학적 소견을, 어려움과 위험을 감수해가면서까지 얻을 필요성이 한의학에는 없었던 것이다.

五臟六腑 등의 한의학적 진단개념이 가지는 해부학과의 관계는 다음과 같은 두 가지 측면을 가지고 있다.

첫째는 실제 장기에 대한 소박한 지식(위치·크기·외부 장기와의 연관성 등)이 초기에 한의학이 성립에 일정한 역할을 하였음이 분명하나, 그 후의 한의학 이론의 전개와 발전에는 아무런 영향을 미치지 못하였다는 면이다. 둘째는, 이러한 진단개념이 지금도 소박한 지식 수준에서는 인체 내부와 연관을 맺고 있다는 점이다.

이 점이 바로 한의학적 진단개념의 특성을 파악하는데 혼란을 주기도 하는 부분이

68) 인체의 몸을 열어 본다는 사건에서 인체를 기계로 보는 시각이 일조하였을 것이다. 기계론적 시각은 인체에 대한 과대한 환상에서 벗어나게 하였을 것이고 “아픔”을 타자화시키기 때문이다.

69) 이종찬. 『서양의학과 보건의 역사』. 위의 책 261-262에서 재인용.

70) 한의학사에서 해부를 한 기록은 매우 드물다. 그것도 연속적이고 의도적으로 행한 기록은 찾아보기 힘들다. 서양전근대의학의 경우 해부는 그것이 도식적이었을지라도 상당히 의도적인 것이었으며 일반적인 것이었던 것에 비하여 한의학에서는 “해부의 필요성” 자체도 언급되지 않고 있다. 서양전근대의학과 한의학은 외견상 비슷하게 보이는 것 같지만, 사실은 각 체계의 철학적 배경과 함께 의학 이론체계에 대한 엄밀한 비교연구가 필요하다.

다. 예를 들어 “胃”나 “脾”와 같은 진단개념은 자연스럽게 실제 胃가 위치하고 있는 부위(中脘부위)와 연관을 맺고 있으며, 腎은 하부의 비뇨생식기와 연관을 가진다. 또한, 大腸도 肛門과 연관을 가진다. 이와 같이 일정 부분은 여전히 소박한 해부적 지식을 반영한다고 볼 수 있다. 따라서, 한의학의 진단개념과 실제 장기와의 혼란은 계속 유지된다. 그러나 이러한 점은 소박한 해부학적 지식도 유사성 속에서만 한의학의 진단개념에 포섭되었던 점을 보면 해결된다. 즉, 脾胃라는 진단개념은 장상학적 구도에서 中央土에 속하고 生化나 收納의 속성을 가지고 있기 때문에 자연스럽게 소박한 지식들이 연결된 것이다. 이러한 맥락에서 볼때 “左肝右肺”와 같이 명백하게 실제 내부 구조와 다른 경우도 사실은 先人들이 그들의 인체관을 표현하기 위해서 장기의 이름을 빌린 것이지 장기의 구조를 표현하고자 “左肝右肺”라고는 하지 않았음이 명백하다.

앞으로는 몇 가지 사적 증거를 통해서 한의학에 있어서 해부학이 가지는 의미를 살펴보겠다. 첫째, 『황제내경』에도 일부편(71)에서 실제 장기를 포함한 인체 구조물의 크기·용량·무게·구조에 대해서 언급하고 있다. 이러한 지식은 아마 실제 해부적 지식에서 비롯되었을 것이다. 그러나, 이러한 지식이 『황제내경』의 다른 편들에 있는 臟象學的 지식과는 별 연관성을 가지고 있지 못하였으며, 역대 한의학 이론에 영향을 주지도 못했다.

둘째, 淸代 왕청임은 몇 차례의 해부를

71) 『靈樞』, 『腸胃』, 『靈樞』, 『平人絕穀』 참고.

통해 한의학의 장상학과 실제 해부 소견이 다를음을 알아내고⁷²⁾ 그의 저서 『醫林改錯』에서 이런 자신의 견해를 제시하고 있다. 그러나, 중요한 점은 그의 새로운 해부학적 지식은 서양의학처럼 증상과의 인과성 속에서 해석되지 못하고 있으며, 초기 한의학의 형성 때와 마찬가지로 증상 해석을 위한 유사성만을 제공하고 있다. 그는 해부 결과 내부에 묻혀 있는 혈액 덩어리가 있는 것을 보고 “瘀血”을 病因으로 생각하였으나, 그의 小腹逐瘀湯·身痛逐瘀湯 등은 실제로는 혈액 덩어리와 직접적인 관계(73)보다는 결국 증상과의 관계 속에서 처방이 구성되고 검증되었다. 해부시 혈액 덩어리는 환자의 증상들을 瘀血이라는 속성으로 묶어서 해석할 수 있는 발단이 되었을 뿐이다. 결국 왕청임은 혈액 덩어리와 어혈을 구별하지 못하였지만 실제로는 구별해야하는 개념이었던 것이다.

셋째, 이러한 현상은 일본의 해부학 도입에서도 동일하게 보인다. 일본이 서양 의학을 접한 것은 16세기 포르투갈과 스페인에 의해서이며 그 후, 주로 네덜란드인들로부터 의학 서적과 의학 치료 기술을 전수 받았다. 일본의 경우는 왕청임보다도 훨씬 구체적이고 계획적인 인체 내부 기관에 대한 탐구가 있었다. 일본에서 최초로 해부를 시행한 야마와키 토요(山脇東洋, 1705-1762)는 음양·오행·오장육부·三部九候 등의 이론의 타당성을 의심하였으며 실

72) 이렇게 실제 해부를 통해서 검증하겠다는 의도가 그 전에는 없었던 것 같다. 그러나 淸代에 서양 의학이 도입되면서 왕청임과 같은 시각을 가지게 되었을 것이다.

73) 소복축어탕의 투여와 혈액 덩어리의 상관성.

물과의 대조를 통해 확인하고자 하였다⁷⁴⁾. 또한, 토요의 첫 번째 해부는 일회성으로 끝나지 않고 계속적으로 여러 사람에게 의해서 행하여졌고 서양의 해부학 책을 번역하여 『解體新書』라는 책을 출간하기도 하였다. 더구나, 그들은 실증적인 정신을 가지고 실험을 하기도 하였다. 『和蘭醫事問答』에는 신장의 기능을 확인하기 위해 인체를 해부한 후 신동맥에 관을 넣고 먹물을 주입한 후 신동맥을 막고 신장을 눌러 요관으로부터 물이 걸려져 나오는 것을 확인하였다.⁷⁵⁾ 이러한 일본의 해부학 도입은 중국이나 한국의 경우와는 다르게 실증적인 성격을 지니고 있었다. 그러나, 이런 점들을 통해서 그들이 한의학에 서양근대의 학⁷⁶⁾의 정신을 받아 들였다고 보기는 힘들다. 그들이 얻은 해부학 지식은 한의학의 이론에 구체적으로 도입되었거나, 한의학 적 치료가 해부학적 지식을 통해 해석될 수도 없었다. 일본의 해부학은 『상한론』을 위주로 한 고방과에 의해서 받아 들였는데 이들에게 해부학 지식은 『황제내경』에서 기술하고 있는 장상학이나 경락학을 비판하기 위해서는 유용하게 쓰였지만 그렇다고 해서 『상한론』과 『황제내경』이 가지는 공통된 한의학 적 방법론에 변화가 있었던 것은 아니다. 이런 의미에서 그들의 해부학은 그들 학계 내의 정치적 입지를 위해서 사용되었을 수 있었을 것이며, 한편으로 서양근대의학의 도입에도 기여하였으나

한의학의 이론에 영향을 준 것은 아니다.

넷째, 이러한 것은 다른 분야인 중국에서의 기하학 도입을 살펴봄으로서 유추해 볼 수 있다. 유클리드 기하학의 공리계와 연역적 사고 방식은 서구 문명에 대한 그리스인의 위대한 기여를 보여주고 있는데 이 유클리드의 기하학은 리치에 의해 번역되어 『幾何原本(1607)』이라는 書名으로 명말(明末) 예수교 수도화의 번역서를 집성한 총서 『天學初函』에 수록되어 상당히 보급되었다. 그러나, 유클리드의 기하학을 충실히 번역한 이 책은 중국인에게 이해되지 못하였다. 오히려 원서의 체계를 형편없이 무너뜨려 버려서 정의, 공리, 정리의 구별도 없이 편집된 『數理精蘊』의 『기하원본』이 중국인에게는 더 접근하기 쉬웠다. 또한, 그리스인이 대수학을 기하학화한 것과는 정반대로 중국인은 기하학의 문제를 量으로 환원하여 대수화하여 다루었다. 즉, 그 당시 중국인에게 “기하학적 정신”은 끝내 인연이 없었던 것이다. 언어나 논리학에서도 이러한 현상은 마찬가지였다.⁷⁷⁾

다섯째, 한의학에서 서양 해부학적 소견이 실용적으로 사용된 예를 살펴보면 더 흥미롭다. 최근, 중국에서는 인후경을 통해서 본 인후의 형태나 색깔을 통해 虛實證을 구별하기도 하며 내시경을 통해 胃점막의 색깔 형태 등을 살펴 證候 분류에 사용하기도 한다. 그런데 내시경 상의 소견을 보고 판단하는 근거는 한의학에서 증상을 분석하는 방법과 거의 동일한 것이다. 즉, 그 형태나 색깔에 따라 虛實寒熱을 구별하는 것이다. 이러한 것은 해부학적 소

74) 그는 서양 해부학 서적을 본 경험이 있다.

75) 여인석·황상익. 「일본의 해부학 도입과 정착 과정」, 『의사학』 1994; 3(2): 208-219.

76) 야마와키 토요의 경우 베살리우스 이후에 발간된 해부학 서적을 보았다.

77) 야마다 게이자; 박성환 옮김. 『중국과학의 사상적 풍토』, 서울: 전파과학사, 1994: 11-28.

견을 한의학적 방법론을 통해 해석하고 있는 좋은 예일 것이다.

이와 같이 서양 학문의 도입 과정을 살펴볼 때 그것이 중국인 또는 한의학의 문화적 맥락을 바꾸어 놓기 전에는 결코 서양 학문의 본질적 정신을 받아들이지 못하였다는 것을 알수 있다. 또한, 한의학에서의 해부학도 마찬가지로 운명이였다. 즉, 이론체계는 둘 중 하나를 택하는 것이지 그 둘을 모두 사용하는 것은 아니었다.

결론적으로 한의학의 진단 체계에서는 모든 현상은 그 자체에서 본질을 찾아내야 할 대상이다. 따라서 인체 내부의 장기에 대한 지식들도 인체에게 나타나는 증상들과 그 의미는 동일하게 하나의 현상일 뿐이다. 그러므로 외부에서 알아낼 수 있는 정보와 同質의 정보를 알아내기 위하여 해부를 하는 것은 커다란 의미를 가질 수 없었다.

그런데 현대에는 우리가 (원하든 원하지 않든 간에) 실제 인체 내부에 대한 지식⁷⁸⁾을 접하게 되었고 이것은 지금까지 한의학의 역사에서 보면 의도하지 않은 새로운 국면이다. 한의학 체계 내에서 한번도 해석되어 본 적이 없는 새로운 지식들이 대규모로 다가온 것이다. 또한, 한의학은 현재도 이러한 지식 체계를 우리의 것으로 해석하고 있지 못하다. 따라서 이러한 지식들을 무시해 버리거나⁷⁹⁾ 우리의 해석 체

계로 해석하거나 두 가지 중 하나를 택해야만 하는 하는 상황에 있다고 보아야 할 것이다.

5. 결 론

본 논문은 한의진단의 추론 형식에 대해서 관찰가능성, 본체론적인 질병관과 현상론적인 질병관, 병인론과 인체해석, 인과추리와 유비추리 등의 분석 도구를 비교의학적으로 사용하여 분석하였으며 그에 따라 한의진단의 실재성에 대해서 검토하였다. 그 결과를 요약하면 다음과 같다.

첫째, 한의학은 현상론적 질병관을 가지고 있기 때문에 관찰 가능한 증상들이 바로 질병 그 자체이며, 이러한 증상들의 분석을 통해 證이라는 본질적 개념이 도출된다.

둘째, 證은 유비추리를 통해 도출된 추상개념이며, 인과성에 의해서 도출되는 것이 아님을 밝혔다.

셋째, 個別證은 “무작위적이지 않은 증상들의 상관조합”으로서 일종의 패턴인데 이 패턴은 실재성(reality)을 확보하고 있다. 즉, 인과적 사고 형태, 해부학적 지식, 실증성, 본체론적 질병관 등은 서양근대의 학체계의 특질인데 이것들이 모든 의학 체계에서 보편적으로 적용되어야 하는 개념은 아니며 실재성을 확보하기 위한 필요조건도 아니다. 더불어, 한의학의 진단개념이 인과성을 가지고 있지 않은 점이나 해부학적 지식을 토대로 하고 있지 않은 것은 단지 한의학의 특성에서 기인하는 것이며 이것이 한의학의 열등을 의미하는 것이 결코 아니다.

78) 인체 내부에 대한 지식에는 서양의학적 이론 체계들도 포함되어 있다.

79) 실제로 어느 과학자 집단에 의해서 관찰된 현상들이 그 집단의 이론 체계로 해석되지 않을 때 많은 경우는 그 현상의 존재 자체를 무시하곤 하였다. (엘렌 차머스; 신중섭·신일철 옮김. 『현대의 과학철학』. 서울: 서광사, 1985: 56-74 참고.)

네째, 證은 환자에게서 한 시점에 나타난 증상들의 본질적인 요약이며, 인체내부의 실질적인 장기에 대한 지식을 서술하고 있는 것은 아니다. 즉, 證名에 쓰이는 진단 용어들은 인체 내부 기관의 명칭이나 외부 환경인자의 명칭들인데 이것은 단지 한의학 형성 초기에 인체에 대한 소박한 지식이 유비추리에 이용되었음을 보여주는 것이며, 證은 이 과정을 통해 형성된 추상개념이다.

하지만 현대에 와서 우리는 한의학 고유의 진단체계와 진단개념만을 고수할 수는 없게 되었다. 한의학이 현대에 적용하기 위해서는 한의학적 진단개념의 정확한 이해와 현대 상식 언어로의 해석이 필요하다. 우선, “병인론”과 “인체해석”을 명확히 구분하여 “병인학(病因學)”과 “변증학(辨證學)”을 전개해야 할 것이고, 진단용어도 가능하면 상식적인 언어와 背馳되지 않도록 조정해야 필요가 있다.

현대에는 다양한 의학체계가 공존하고 있으며 이들은 상호 보완을 통해 어떻게든 더 나은 돌파구를 모색하고 있다. 이와 같이 어느 의학도 만족스럽지 않을 때 새로운 의학의 싹은 트기 시작한다. 그러나 서로 융합할 수 없는 고유의 특성을 가진 두 체계가 단순하게 결합하는 것은 필연적으로 어느 한 시각에 의해서 상대 의학을 강제로 평가해 버리는 결과를 낳을 것이다.

즉, 동서의학의 결합은 부분적인 논리·실험방법·의료 수기법(manipulation) 등의 단순한 상호 보완에서 해결될 수 있는 것이 아니며 어떤 의미에서는 전혀 새로운 이론을 바탕으로 한의학과 서양근대의학이 흡수되어야 할 것이다. 물론 이러한 새로운 의학은 충분히 성숙된 여건에서 나오게

될 것이며 한의학이나 서양근대의학의 문제점과 장점을 충분히 인지하고 있는 의학이 될 것이다.

끝으로 본 논문에서는 다루지 않았지만, 한의학과 서양근대의학의 비교연구를 통해, 주변 여건이 변화되었는데도 한의학은 계속 실용 의학으로서 자리 매김을 하고 있는데 반하여 서양 전근대의학은 파기될 수 밖에 없었는지, 진단이론이나 의학사적 입장에서 조망하는 것이 반드시 필요한 것으로 보인다.

색인어 : 한의진단, 진단의 추론형식, 진단의 실재성, 證, 서양 해부학 지식, 진단개념

6. 참고문헌

1. Denise Dellarosa Cummins. 「Analogical Reasoning」. V. S. Ramachandran. 『Encyclopedia of Human Behavior』. California: Academic Press, Inc, 1994
2. Erwin H. Ackerknecht 저; 허주 옮김. 『世界醫學의 歷史』. 서울: 지식산업사, 1987.
3. George M. Foster & Barbara G. Anderson. 『Medical Anthropology』. New York: John Wiley & Sons, 1978; 구본인 옮김. 『의료인류학』. 서울: 한울, 1994.
4. Lester S.King. 『Medical Thinking: A Historical Preface』. Princeton: Princeton University Press, 1982; 이흥규 옮김 『의사들의 생각-그 역사적인 흐름』. 서울 고려의학, 1994.

5. Michel Foucault. 『The Birth of the Clinic』. New York: Vintage Books, 1973; 홍성민 옮김. 『임상의학의 탄생』. 서울: 인간사랑, 1993.
6. R.h.Major; 신영기 편저. 『임상진단학』. 서울: 계축문화사, 1987.
7. Samulel Hahnemann 저; Jost kunzli, M.D.의 2인 옮김. 『Organon of Medicine』. Los Angeles: J.P. Tarcher, Inc, 1982.
8. 박경모·최승훈. 「증(證)의 수학적 연구 방법론」. 『동의병리학회지』 1994: 9.
9. 박경모·최승훈. 『康平傷寒論』의 考證을 통한 『傷寒論』과 『黃帝內經』의 비교연구. 『대한원전의학학회지』 1995: 9.
10. 成蠶智. 「證·病機和辨證論治的概念及相互關係」. 『北京中醫學院學報』 1987: 10 (4).
11. 야마다게이지 著; 박성환 옮김. 『중국과학의 사상적 풍토』. 서울:전파과학사, 1994.
12. 여인석·황상익. 「일본의 해부학 도입과 정착 과정」. 『의사학』 1994: 3(2).
13. 王律修. 「證在中醫理論中的意義」. 『北京中醫學院學報』 1985: 8(4).
14. 이종찬. 「서양의학의 질병관에 대한 사상사적 고찰」. 『과학사상』 제14호. 서울: 범양사, 1995.
15. 이종찬. 『서양의학과 보건의 역사』. 서울: 명경, 1995.
16. 최승훈. 『東醫腫瘍學』. 서울: 행림출판, 1995.
17. 한국철학사상연구회 편역. 『철학소사전』. 서울: 동녘, 1990.
18. 한국한의학연구소. 『한의진단명과 진단요건의 표준화연구(I)』. 서울: 한국한의학연구소, 1995.
19. 황상익. 『역사와 사회 속의 의학』. 서울: 명경, 1995.

Abstract

Inferential Structure and Reality Problem in Diagnosis of Oriental Medicine

Geong-Mo, Park Seong-Hoon, Choi Gyu-Seok, Ahn*

Inferential structure and reality problem is a serious issue to O.M.(oriental medicine). The study will analyze this issue through a philosophical and historical comparative study of W.M.M(Western modern medicine) and O.M.

First, I presuppose some basic ideas. The first is the division of the 'the philosophy of medicine' and 'the medicine itself'. Second, there is a 'visibility' that discriminate between 'the abstractive concept' and 'the concrete object' in diagnostic terminology. The third is the separation of disease, the entity and disease, the phenomenon. Finally, the distinction between the cause of disease and the nature of disease.

Through these basic concepts, this study will analyze O.M's diagnostic methodology, 'Pattern identification of the S.A.S(sign and symptom)'. The results are follows:

1. O.M's views disease as a phenomenon. So, the S.A.S, which is visible, is the disease itself. Through the analysis and inference of the S.A.S, 證(zhèng) the essence is derived.
2. 證(zhèng) can be considered as 'the abstractive concept' reflecting the essence of a disease.
3. 證(zhèng) is not arrived through causal sequence reasoning but rather by analogical reasoning.
4. 證(zhèng) is 'the non-random correlative combination of S.A.S', pattern. These patterns secure the abstractive deduction in reality. that is, The causality, the positivism, the view of disease as entity, and anatomical knowledge are the traits peculiar to W.M.M. But, these properties can not be applied universally to every medical systems. Also, these properties do not indicate the superiority or inferiority of any medical system.

* Department of Pathology, College of Oriental Medicine, Kyung-Hee University

5. 證(zhèng) summarizes the patients condition simultaneously with the S.A.S. However, 證(zhèng) doesn't necessarily indicate the knowledge about the actual internal organ. That is, Early in O.M.'s history, the diagnostic terminologies including 證(zhèng) were analogical reflections of a naive knowledge of internal organs and external environmental factors. Later, the naive knowledge in 證(zhèng) changed into a new nature, an abstractive concept.

The confusion of the concept of disease, the indiscriminate acceptance of Western anatomical knowledge, and the O.M.'s theoretical evolution are the challenges facing modern O.M. To find solutions, this study looks at the sequence of the birth of W.M.M. and then compares its system with the O.M. system.

The confusion of the concept of disease, the indiscriminate acceptance of Western anatomical knowledge, and the O.M.'s theoretical evolution are the challenges facing modern O.M. To find solutions, this study looks at the sequence of the birth of W.M.M. and then compares its system with the O.M. system.

It is recommended that O.M. diagnostics should pay close attention to the ambiguity of the diagnostic methodology in order to further development.

At present time, the concept and the system peculiar to O.M. can not be explained by common language. but O.M.'s practitioner can not persist in this manner any longer. Along with the internal development of O.M., the adjustment of O.M.'s diagnostic terminology needs to be adopted.

Key Words : Inferential Structure in Diagnosis, Reality Problem in Diagnosis, Diagnosis of Oriental Medicine, 證(zhèng), Western anatomical knowledge, Diagnostic concept