

시대적으로 바라본 마음과 몸의 수사학 : (편)두통의 사례

을지대학교 의과대학 정신건강의학교실

정 성 훈

History of Rhetoric in Mind and Body Relationship : Case of Migraine and Headache

Seong Hoon Jeong, M.D., Ph.D.

Department of Psychiatry, Eulji University School of Medicine, Daejeon, Korea

ABSTRACT

The relationship of mind and body has stimulated extensive discussion for a long time. However, answers are ambiguous and not forthcoming yet. Meanwhile, after the western medicine had embraced materialistic paradigm, conditions which cannot be substantiated by organic change were pushed out to periphery under the banner of “Medically Unexplained Symptoms”. Medical experts endeavored to understand these mysterious illnesses based on the mind-body relationship and provided a frame of interpretation called Psychosomatic Medicine. This frame of interpretation had influenced not only the communication practice but also the health-seeking behavior and even the subjective experience of patients regarding their illnesses. The frame of interpretation had been drastically changed many times keeping pace with the socio-economic situation and the new scientific discoveries. Accordingly, body or mind was given differential importance by medical experts. For instance, when treatment modalities were lacking, mind was given excessive importance and patients were blamed for their unconscious motives, characterological weaknesses and for their lack of responsibility. In contrast, after the discovery of effective drug, mind was given no more attention and patients were no longer blamed for their contribution to suffering. In this paper, the historical change of the frame of interpretation for understanding migraine and headache was presented as an example. By this, it can be demonstrated how the frame of interpretation has modified the subjective experience of patients, and how the patients’ responsibilities were viewed differently. This observation can help to realize the enormous influence of the frame of interpretation provided by medical experts.

KEY WORDS : Mind and body · Psychosomatic medicine · Frame of interpretation · Migraine · Headache.

서 론

마음과 몸의 관계라고 하면, 몸에서 마음으로, 그리고 마음

에서 몸이라는 두 가지 관계를 떠올리게 된다. 몸에서 정신이 비롯되며, 뇌의 변화가 정신의 변화를 초래한다는 것은 현대 신경과학의 교조적 신념이다.¹⁾ 이에 비해 마음에서 몸으로의 관계는 이해하기 어렵다. 물질이 아닌 마음이 어떻게 인과적 효과를 내는 지는 치열한 철학적 탐구에도 불구하고 그 단초도 찾지 못하고 있다.

Received: October 17, 2014 / Revised: November 20, 2014

Accepted: November 26, 2014

Corresponding author: Seong Hoon Jeong, Department of Psychiatry, Eulji University School of Medicine, 95 Dunsanse-ro, Seo-gu 302-799, Daejeon, Korea

Tel : 042) 611-3443 · Fax : 042) 611-3443

E-mail : anselmJeong@gmail.com

이렇게 논란이 많은 관계이지만, 의학은 몸과 마음에 대한 다양한 담론들을 생성해내었다. 종교적, 철학적 고찰보다는, 사회경제적 여건이나 치료법의 개발 등 외적 상황에 따라 담

론 내용이 변해갔으며, 어떤 때는 몸이 강조되기도, 다른 때는 마음이 강조되기도 하였다.²⁾ 담론이 바뀔 때마다, 사회가 질병을 바라보는 시각이 바뀌고, 동시에 의사나 환자가 질병과 그 책임 혹은 효과적인 치료방책에 대해 고민하는 과정 역시 바뀌어왔다.

본고에서는 질병담론에서 전개된 마음과 몸에 대한 이해가 어떤 식으로 변화해왔고, 그것이 질병을 이해하는데 어떤 영향을 끼쳐왔는지를 살펴보고자 한다. 덧붙여 건강이라는 영역에서 독점적 권리를 갖는, 의사를 비롯한 전문가들의 영향력을 고찰해봄으로써, 보건전문가가 사회에서 부담하는 책임감에 대해 좀더 진지하게 숙고해보고자 한다.

본 론

1. 몸을 바라보는 해석의 틀

만약 망치를 잘못 내리쳐서 손가락을 찢게 된다면 심한 통증이 있겠지만, 큰 병에 걸렸다고 겁을 집어먹진 않을 것이다. 이에 반해, 두통이 사나흘 지속된다면 벌써 우리의 마음은 뇌종양 수술을 받고 병석에 누워있는 자신의 모습을 상상할 지도 모른다. 이렇듯 태도가 판이하게 달라지는 원인은 아마 해석에 차이를 있을 것이다. 전자의 경우 자타의 경험에 비추어 별 문제 아니라는 것을 잘 알고 있다. 그러나 후자의 경우엔 분명한 원인을 알 수 없기 때문에 겁이 덜컥 난다. 게다가 다양한 원천으로부터 습득한 단편적인 의학적 지식들은 더욱 공포를 자아낸다.

건강장식을 알려주는 교양프로그램, 건강강좌, 게다가 비극적인 인생을 마치는 주인공을 그려내는 드라마, 영화들은 사소한 통증을 무시하면 큰일 난다고 경고한다. 통증이라는 신호를 어떻게 해석해야 할 지 전전긍긍하는 우리는 자연히 이러한 단편적 지식과 이미지들에 의거하여 해석할 수 밖에 없다. 이러한 단편적 지식과 이미지들은 해석의 틀을 이룬다.^{3,4)}

의문의 여지없이 의학은 과학의 한 분야로 객관적 증거로 뒷받침된 진실만을 신봉한다고 여겨진다. 그러나 막상 그 이면을 살펴보면, 이는 이상적인 목표일 뿐이다. 인간의 몸에 대한 지식은 한계에 부딪히기 마련이다. 과학은 끊임없이 스스로를 개선해 나가는 과정일 뿐 진리를 보장해주지는 않는다. 이렇게 진실이 가려져 있을 때, 의학은 추측이나 가설에 의지할 수 밖에 없으며, 이러한 추측이나 가설은 시대에 따라 변화할 수 밖에 없다. 물론 부정확한 가설이라도 객관적 증거가 속속 발견됨에 따라 조금씩이나마 진실에 접근할 수 있다면 위안이 될 것이다. 그러나 의학의 모든 영역이 이런 식으로 성장한 것은 아니며, 개중에는 수사학에 의지할 수 밖에 없는 영역이 있다. 이때 전문가들이 흔히 의지하였던 수사학이 바로 마음과 몸의 관계였다.

2. 의학적으로 설명되지 않는 증상

의학에서 객관적 증거를 찾기 힘든 증상을 소위 “의학적으로 설명되지 않는 증상(MUS, Medically Unexplained Symptoms)”이라고 말한다. 의사들뿐 아니라 환자들 역시 문제를 의학적 패러다임을 통해 해석하거나 표현하는데 어려움을 겪는다. 그래서 MUS 환자들은 의사들이 그들의 증상을 인정하지 않을까 봐 전전긍긍한다.

전문가들은 꼭 진리가 아니더라도, 환자를 안심시키기 위해서, 또는 긍정적 방향으로 행동을 변화시키기 위해 해석의 틀을 만들어내고, 이를 교육과 계몽을 통해 전파한다. 그런데 이러한 해석의 틀은 환자들이 증상을 느끼는 방식 자체를 변화시키기도 한다. 외부로부터 침입한 질병과 그에 대한 방어라는 수사학은, 보통 감염질환에 적절한 표현이다. 그런데 동일한 수사학이 암이나 AIDS에 적용될 때는 예기치 않은 결과가 생기기도 한다. 우리는 암환자에게 “맞서 싸워!”라고 말한다. 항암제, 방사선 등 모든 수단을 강구하여 싸우는 것을 미덕으로 생각하며, 소극적으로 대처하거나 삶의 질을 우선시할 때는 “항복” 혹은 “패배”로 평가절하한다.⁵⁾ 자가면역 질환의 경우, 면역계가 자기 자신을 공격한다는 설명은 흔히 자학 심리나 자아파괴본능으로 이해되며,⁶⁾ 심리치료사들은 이러한 수사학을 이용하여 자신의 몸을 수용하고 자비심으로 감싸 안기를 설득하곤 한다.

3. “정신신체의학”이라는 개념

MUS에 대해 전문가들이 내놓은 해석의 틀 중 이론적 충실성이나 효과적 측면에서 가장 많은 지지와 기대를 모았던 것이 “정신신체의학(Psychosomatic medicine)”이다. 정신신체의학의 기본 가정은 정신적 고통이 신체적 증상으로 대신 표출된다는 것이다. 정신적 고통 그 자체로는 잘 인정받지 못하기 때문에, 신체적 증상이라는 표현양식을 통해 좀더 많은 사람으로부터 인정받기를 구한다는 뜻이다. 이 과정을 소위 신체화(somatization)라고 한다. 그런데 이러한 설명 이면에는, 성숙한 인격은 정신적 고통을 있는 그대로 받아들이며, 신체화라는 미성숙한 방어기제를 동원하지 않는다는 가치판단이 깔려있다.⁷⁾ 정신치료를 통해 인격의 통합과 성숙을 유도하면, 환자는 갈등의 해소와 함께 신체화를 할 이유가 없어질 것이다. 한편 이러한 논리에 대해, 애초에 왜 현대 사회가 신체적 고통만을 인정하려 하는지 의문을 제기할 수 있다. 신체적 용어만이 인정받는 것은, 인격의 미성숙 때문이 아니라 지나친 의학적 패러다임의 팽배 때문은 아닐까?

4. 의학적 패러다임의 팽배

히포크라테스와 동료 의사들이 내어놓은 4 체액설은, 고대로부터 근대까지 건강과 질병을 이해하는 가장 근본적인 해석의 틀이 되었다. 이 이론에서 몸은 체액들이 서로 화합하거

나 상충하면서 변화되는 일종의 연금술적인 장이었다. 모든 질병은 “체액의 균형을 잃은 상태”로 이해되었고, 어떤 식으로든 균형을 되찾는 것이 치료의 주된 기법이였다.⁸⁾

과거에는 건강 및 질병이 보건전문가들의 독점적 영역은 아니었고, 오히려 종교지도자 및 철학자들이 더 큰 목소리를 내었다. 그러다가 17세기 들어 근대적인 의미의 의학적 패러다임이 서구 사회에 등장하면서, 의사들이 해석의 독점적 권리를 행사할 수 있게 되었다. 인체해부가 가능해지면서 해부병리학이 등장하였고, 체액 불균형이라는 모호한 개념은 개개 장기의 병리적 변화로 전환되었다. 의사들은 의학의 권위를 유지하기 위해, 유물론적 방법론을 수용하였다. 직접 보고 듣거나, 실험을 통해 확인할 수 있는 것만을 증거로 삼아야 했으며, 그러다 보니 전적으로 물질적 몸에 치중하게 되었고, 인간 전체보다는 개개 질병에 집중할 수밖에 없었다. 체액설이 주된 패러다임이었을 때는, 건강을 되찾기 위해선 마음과 행동을 변화시켜 균형과 조화를 되찾아야 한다는 생각이 자연스러웠다. 그러나 이제 몸은 기계 부속이자, 화학공장이 되어버렸고, 의사들만이 이해할 수 있는 영역이 되었다.

만약 근대의학이 다룰 수 있는 부분과 다룰 수 없는 부분을 분명히 구분했다면, 좀더 혼란이 덜했을는지도 모른다. 그러나 의사들은 고통에 대해 어떤 식으로든 답을 내놓아야 했다. 고통은 부인할 수 없는 현실이었으며, 유물론적 패러다임에 다루기 힘들다고 해서 외면할 수는 없었다. 따라서 의학은 마음과 몸의 관계 역시 과학적으로 해석할 수 있으리라 예상하였고, 이렇게 해서 태어난 것이 바로 정신신체의학이라는 패러다임이었다.

5. 패러다임, 즉 해석의 틀

현상을 이해하고, 해결책을 강구하기 위해선 먼저 현상이 언어로 표현될 수 있어야 한다. 그런데 언어적 소통이란 화자와 청자 사이에 존재하는 공통적 이해의 기반을 토대로 가능해진다. 발화의 구성요소인 단어의 의미뿐 아니라, 단어들의 조합이 특정한 맥락에서 어떻게 이해되는 지는 사회적으로 통용되는 약속에 의해 결정된다.⁹⁾ 그런데 강조되어야 할 부분은 일반인들이 몸에 대한 지식을 전문가 집단에게 전적으로 맡긴 후에는, 의사들만이 해석의 틀을 내놓을 권리를 지니게 되었다는 것이다. 환자가 자신의 고통을 해석의 틀에 들어맞게 호소한다면, 그는 쉽사리 도움을 받을 수 있을 것이다. 그러나 MUS의 경우처럼 환자들이 요구하는 해석의 틀과 의사들이 내놓은 해석의 틀이 일치하지 않을 때, 환자들은 좌절을 느끼거나 자신들의 목소리를 찾기 위해 투쟁할 필요성을 느낀다. 이런 과정에서 갈등과 협상이 따르며, 변화가 초래된다. 이에 따라 해석의 틀은 마음과 몸이라는 상반된 양극 사이에서 왔다 갔다 했으며, 그와 동시에 고통의 책임이 환자에

게 부과되기도 하고 면제되기도 했으며, 치료의 가능성이 닫히기도 열리기도 했다.

6. (편)두통의 예

(편)두통은 가장 빈번한 통증 중 하나이다.¹⁰⁾ 우리는 흔히 “신경을 많이 쓰고 나면 머리가 아프다”는 식으로 이야기한다. 즉 “머리가 아파”라는 말은 “그만큼 신경 쓸 것이 많다”, “결정을 내리지 못해 고민이다”, “정신적 노동을 했으니 이제 쉬 자격이 있다” 등 다양한 맥락으로 사용된다. (편)두통은 마음과 몸의 관계에 있어 가장 흔하고, 쉽게 체험할 수 있는 영역이기도 하다.

의학적 설명이 등장하기 전까지, (편)두통은 다양한 방식으로 이해되었다. 고대 메소포타미아에서는 보이지 않는 초자연적 존재 혹은 악령에 의해 비롯되는 것으로 여겨졌으며, 악령을 몰아내기 위해 두개골에 구멍을 내기도 하였다.¹¹⁾ 한편 히포크라테스, 갈렌으로 대표되는 전근대적 의학체계에서 (편)두통은 체액의 불균형 특히 노란 담즙이 지나치게 많이 분비되어 위에 정체되기 때문으로 믿어졌다.¹²⁾

(편)두통이 근대 의학의 영역 안으로 편입되기 시작한 것은 1672년 윌리스(Thomas Willis, 1621~75)가 “De Cephalalgia”라는 책을 펴냄으로부터 이다. 신경 해부학에 정통했던 그는 (편)두통이 혈관확장 때문이라는 이론을 세웠고, 신경을 타고 전달되는 동물 정령(animal spirit)이 혈관이 많이 분포하는 뇌수막을 자극하여 통증이 생긴다고 보았다.¹³⁾ 그의 주장은 혁신적이었고, 시대를 앞서갔지만, 체액불균형이라는 주된 해석의 틀에서 벗어나지는 못했다. 그는 과욕(過慾)이 체액의 과다생성을 일으키며, 따라서 식탐이나 성욕을 억제하는 것이 필요하다고 보았다.¹²⁾ 19세기에 접어든 후에도 (편)두통은 여전히 “정념(情念)에 의해 유발된 질병”으로 여겨졌다.¹⁴⁾

정념이란, 어떤 경우에는 희생자를 돋보이게 하는 장식이기도 했지만, 또 다른 경우에는 희생자를 깎아내리거나 비난하는 경고이기도 했다.⁹⁾ 15세기에서 18세기에 이르는 동안, (편)두통은 주인공의 지적 수준이 그만큼 높음을 암시하는 문학적 장치로 사용되었다. 지적 욕구와 창조적 본능에 시달리는 주인공들은 항상 (편)두통을 달고 살았던 것으로 묘사되며, 일종의 창조의 대가, 해산의 고통 짊어짐으로 이해되었다. 그러나 동일한 묘사가 여성에게 적용될 때는, 지적 허영에 빠져있거나 연애소설에 몰두하는 바람에 (편)두통을 달고 산다는 식으로 이해되기도 하였다.¹²⁾

당시 (편)두통 현상에 대한 이해는 이미 상당한 수준에 도달했던 반면, 그 원인에 대해선 여전히 수사학적 은유에서 벗어나지 못하였다. 다윈(Erasmus Darwin, 1731~1802), 라탐(Peter Wallwork Latham, 1832~1923) 등이 지지한 혈관확장설과 리빙(Edward Liveing, 1832~1919), 잭슨(Hughling Jack-

son, 1835~1911) 등이 주장한 간질연관설은 당시의 의학수준을 고려했을 때 혁신적인 이론이었다.¹³⁾ 그럼에도 불구하고 (편)두통의 원인은 주로 지나치게 일에 몰두하거나, 열정에 사로잡히기 때문이라고 이해된다. 리빙은 “정신적 무리(mental exertion)”를 주요 원인으로 내놓았다. 그의 저술에 등장하는 임상사례들은 주로 학업에 몰두하는 청년, 극작가나 전문직 남성, 영리추구에 지나치게 몰두하는 사업가 등에 국한되어 있었다.⁹⁾

정신적 무리에 대한 언급은 자연스레, 야심 많고 강박적인 사람이 잘 걸린다는 설명으로 옮겨간다. 이전의 수사학에서 (편)두통은 “누구나”정신적으로 무리하면 생길 수 있는 것이었으나, 새롭게 등장한 수사학에서는 소위 “편두통적 성격(migraine personality)”이 강조된다. 즉 이전의 (편)두통이 환자의 지위를 격상시켜주는 일종의 장식품 구실을 했다면, 이제 (편)두통을 달고 산다는 것은 인격적 결함이 있음을 뜻하게 되었다.

새로운 수사학이 등장하는 데는 데이(William Henry Day, 1830~1907)의 역할이 크다. 그가 묘사한 성격들은, 소위 A형 성격과 거의 일치하고 있다. 한때 A형 성격을 고치지 않으면 심장병으로 죽게 될 것이라는 생각이 팽배했듯이, 이러한 식의 담론에는 환자의 증상이 자업자득이라는 간접적 비난이 잠재되어 있다.¹⁵⁾ (편)두통이 지식인들의 전유물이라고 여겨질 때만 해도 비난이 노골적이진 않았다. 프로이트를 비롯한 적지 않은 의학자들은 자신이 (편)두통 환자임을 고백하며, 스스로의 증상을 자세히 남기기도 하였다.¹⁶⁾ 그러나 의사와 환자 사이의 수직적 분리가 공고화되면서, 더 이상 의사들은 자신의 편두통을 들먹이지 않게 되었으며, 환자 성격에 대한 비난은 암암리에 강도를 더해간다.

당시 의사들이 왜 환자의 개인적 결함을 들먹이며 비난하게 되었는지는 쉽게 이해하기 힘들다. (편)두통의 생리학적 이해는 한발한발 전진하고 있었다. 그러나 효과적인 치료법은 거의 전무하였다. 티소(Samuel-Auguste Tissot, 1728~1797)의 말처럼 대부분의 치료는 효과가 없었고 오히려 환자를 겁주기만 하였다.¹⁷⁾ 치료법이 막연하고 의사들이 무력함을 느낄 때, 비난의 화살은 환자 쪽을 향하게 된다. 외인적 치료가 효험이 없다면, 환자의 내인적 인자를 교정해야 할 것이다. 나쁜 식사, 불규칙한 생활, 지나친 정신적 과로 등을 제거한 후에도 증상이 없어지지 않는다면, 환자 자신의 유전적 배경 및 성격 특성에 문제가 있다고 몰아가야 할 것이다.

한편, 소양이 부족한 사람(특히 여성)이 문명화 사회에 적응하려 애쓰는 과정에서 신경쇠약 및 (편)두통이 생긴다는 이론도 등장하였다. 신경쇠약(neurasthenia)이란 피로, 불안, 두통, 우울감 등을 주로 보이는 증후군으로, 이 용어를 유행시킨 비어드(George Miller Beard, 1839~1883)에 따르면 도시

화와 지나친 경쟁 속에서 정신적 에너지가 고갈됨으로써 일어난다.¹⁸⁾ 따라서 그 피해자는 정신력이 약한 여성이거나, 젊고 유약한 청년들일 것이다. 미국의 정신과 의사 미첼(Silas Weir Mitchell, 1829~1914)은 여성환자에게 지적인 작업을 금지시키고, 하루 온종일 침대에 누워 휴식하도록 하는 휴식 치료(rest cure)를 처방하였다. 예상대로 그는 후대에 여권신장자들로부터 격렬한 비난을 받았다.¹⁹⁾

19세기 말에서 1차 대전 이전까지는, 여성들이 사회적, 정치적 권리를 되찾으려 애쓰고 있던 상황이었다. 마치 프로이트가, 세기말 빈이라는 시대적 배경 하에서 여성들이 표현했던 성적 환타지를 통해 무의식을 발견했듯이, 영미의 정신과 의사들은 지적 능력은 부족하지만 야심만은 못지 않은 여성들의 행태 속에서 소위 문명병 개념을 발견한 셈이다. (편)두통은 그 대표적인 증상으로 간주되었다. 이런 문화적 배경하에서 (편)두통은 대표적인 여성의 질병으로 자리잡았으며, 열등한 성(性)에 대한 노골적 폄하의 수단으로 이용된다. 이 뿐 아니라 히스테리, 신경쇠약 등 MUS에 속하는 대부분의 질환이 주로 여성의 문제로 강등되었다. 이성적인 남성들 혹은 지적 소양을 갖춘 여성들은 자신의 문제가 심리적 갈등에서 비롯되었음을 자각하여 정신분석의에게 자문을 구하는 반면, 미성숙한 환자들은 자신의 정신적 문제를 몸의 이상 탓으로 돌리며, 어떻게든 의사로부터 몸이 이상이 있음을 인정받으려 한다는 것이다.²⁰⁾ 로베이(William H. Robey, 1870~1954)는 소위 “의사쇼핑(doctor shopping)”이라는 개념을 만들어 내며, 기질적 이상을 인정받을 때까지 의사를 전전하는 어리석은 환자들을 비난한다. 그는 심지어 히스테리 성향의 여성이 주변의 관심을 끌기 위해 두통을 호소한다는 설명과 함께 “편의상의 두통(Headache of Convenience)”이라는 병명을 만들어내기도 한다.⁹⁾

편두통적 성격이라는 용어 역시 두통의 수사학에 있어서 끈질기게 살아남았다. (편)두통 환자들은 성격이 급하고, 불안해하며, 완벽주의적이고, 비판을 못 견디며, 깊은 좌절에 시달리고 있다고 묘사된다.²¹⁾ 현대에 이루어진 연구에서도, 편두통 환자들이 신경증적 경향(neuroticism)이 높다고 보고된다.^{22,23)} 볼프(Harold Wolff, 1898~1962)는 “(편)두통 여성들은 여성의 역할을 받아들이고자 하지 않으며, 경직되고 융통성이 없으며, 성적으로도 불감이라고 말한다. 게다가 그들은 지독히 강박적이고 감정표현에 어색하며, 명예와 돈, 권력에 집착하는 경향이 있다”고 묘사한다.^{9,24)}

볼프의 묘사가 편견에 가득한 듯 보이지만, 그는 증거기반 의학의 개념을 적극 도입한 의사이기도 하였으며, 나름대로 철저한 측정과 계량으로 얻어진 구체적 증거들로 그의 주장을 뒷받침하였다. 따라서 당시 환자들이 실제로 이러한 묘사에 부합하였을 가능성이 높다. 편두통 성격이라는 주제로 행

해진 수많은 후속 연구들 역시 이러한 관찰을 재확인해주었다.²⁵⁾ 이러한 사실을 통해 우리는, 해석의 틀이 환자가 스스로의 증상을 바라보는 시선 자체를 변화시킬 수 있음을 짐작할 수 있다. 해석의 틀은 의사와 환자 간의 직접적 관계에서뿐 아니라, 고급문화 혹은 대중문화를 통해 사회가 인간의 몸에 일어나는 현상을 이해하는 틀을 결정한다. 환자들은 이러한 문화적 흐름에 자신을 내맡길 수 밖에 없었을 것이다.

정신신체의학이 부흥하던 20세기 중반 무렵에는, (편)두통뿐만 아니라 다양한 질환들이 이런 식으로 해석되었다. 정신분석가인 턴바(Helen Flanders Dunbar, 1902~1959)는 정신신체질환이 따로 있는 것이 아니라, 모든 질병에 예외 없이 정신적 차원이 결부된다고 믿었다. 알렉산더(Franz Alexander, 1891~1964)를 중심으로 한 소위 시카고 학파의 정신분석가들은 위궤양, 류머티스성 관절염, 갑상선 항진증, 고혈압, 천식, 습진 및 갑상선 중독증을 대표적인 7가지 정신신체질환으로 꼽았으며, 만성적 감정적 스트레스와, 공격성, 상실에 대한 공포, 사랑의 강구 등을 표현하는 상징적 의미를 띠는 것으로 이해하였다.^{26,27)}

(편)두통에 대해 알렉산더 및 그의 후계자들은, 무망감으로 특징지어지는 퇴행 및 다양한 심적 스트레스를 부인하는 수단으로서 일종의 방어기제, 원시적 공격성의 표출 등으로 이해하였다.¹⁴⁾ 현대의 의학자들 역시 스스로의 감정을 적절히 인식하지 못하거나 언어로 표현하지 못하는 상태, 혹은 과거 트라우마의 영향으로 인해 감정 표출에 두려움을 느끼는 경우 등에서 (편)두통을 비롯한 다양한 통증이 비롯된다고 본다.^{28,29)}

이러한 해석의 틀에 포위당했던 환자들은 스스로의 (편)두통을 어떻게 받아들이고 해석하였는가? 1960년 Hunter와 Ross는 35명의 남녀 편두통 환자를 대상으로 환자들이 병의 원인과 약화요인에 대해 어떻게 생각하는지를 조사하였다.³⁰⁾ 환자들이 두통의 원인으로 지목한 것은 과로, 걱정, 과도한 독서, 열등감 등이었으며, 심지어 정신적 능력을 넘어서는 과욕을 부림으로써 뇌를 상하게 했다고 자책하는 환자도 있었다. 약화요인에 대해서도 거의 모든 환자가 걱정, 공포, 짜증, 불쾌, 과로, 지나치게 생각이 많음을 꼽았으며, 부모님의 사망이나 불행한 결혼과 같은 과거 트라우마에 대한 기념일 반응(anniversary reaction)도 드물지 않게 지적되었다. 이처럼 환자들은 근본 성격을 바꿔야 한다는 설명에 수년 간 상담을 받으며 내적 갈등을 탐구하기도 하며, 또는 자포자기 식으로 고통을 수용하기도 하였다. 불과 20세기 후반까지만 해도 (편)두통 및 신경쇠약, 만성피로증후군 등 환자들에게는 “히스테리 성격의 여성”, “강박적이고 급한 여성”, “건강염려증 환자”, “내적 고통의 외적 발현”, “미성숙한 신체화 방어기전” 등의 이름표가 붙어있었다. 따라서 일부 여성 환자들은 위와 같은 수사학적 이름표를 떼어버리기 위해 적극적 공세에 나설 수 밖

에 없었으며, 자신들의 문제가 마음과는 상관없는 적법한 신체적 문제임을 강조하고자 동분서주해왔다. 환자들은 도움을 받기 위해 의사들의 해석의 틀을 수용해야 하면서도, 동시에 그 틀을 거부하고자 안간힘을 써야 하는 모순적 상황에 놓여있었다.

이런 와중에 기존 해석의 틀에 극적인 변화를 가져온 것은 새로운 약물의 개발이었다.⁹⁾ 1990년대 초 수마트립탄 성분의 편두통 치료제가 발매된 후, (편)두통을 마음의 문제로 해석하는 경향이 급감하였다. 해결책을 손에 넣은 의사들은, 다행인지 불행인지 전인적인 이해와 함께 인격에 대한 비난도 멈추었다. (편)두통 환자들의 권익모임에서는 드디어 의학적 인정을 받게 되었다며 편견에서 벗어난 것을 자축했으며, 고통이 자신들의 책임이 아님을 강조하였다.

이러한 추세는 21세기에 들어서 더욱 가속되었다. (편)두통과 관련된 다양한 유전적 위험인자가 발견되었으며, 이러한 연구를 토대로 해서 칼시토닌 유전자 관련 펩타이드 길항제(Calcitonin Gene-Related Peptide Antagonist)라는 새로운 클래스의 약물이 개발되었다.^{31,32)} 바야흐로 (편)두통은 정신신체질환이라는 딱지를 영원히 떼어버린 것이 아닌가 싶다. 아마도 의사들은 (편)두통의 원인에 대해 더 이상 성격의 문제나 신경증적 경향, 급하고 불규칙적인 생활습관을 지적하지 않을 것이다. 대신 유전자와 호르몬, 신경전달물질의 불균형에 대해 설명하고, 전인적 이해 대신 알약 하나를 처방하는 것으로 대신할 것 같다. 이를 발전이라고 해야 할 지, 퇴보라 해야 할 지는 역시 후세가 되어야 분명해질 것 같다. 발전이나 퇴보로 이해하기보다는 그저 시대적 상황에 부합하는 또 한번의 변화라고 보아야 할지도 모른다. 편견에서 해방되고자 하는 노력이 쉽게 다른 편견으로 빠져드는 길을 열어준다는 것은, 역사에서 이미 많이 접해본 일이기 때문이다.

결론 : 시대적 흐름과 몸, 마음 이해의 변화

의료역사학자인 로젠버그(Charles Rosenberg)는 “19세기 중반까지만 해도 모든 의료는 정신신체의학일 수 밖에 없었다. 그리고 모든 의사는 일정 부분 정신과 의사이자 가정의학 전문의였다”라고 말하고 있다.⁸⁾ 당시에는 전인적 의료(holistic medicine)라는 용어 자체가 필요 없었다. 왜냐하면 모든 의료가 전인적 의료였고, 마음과 몸의 관계를 중시할 수 밖에 없었기 때문이다. 질병에 대한 이해가 마음과 몸의 균형과 절제에 기반하고 있던 만큼, 일반인과 의사들 사이에 해석 틀의 차이로 인한 갈등은 심하지 않았다. 그러던 와중 과학발전의 놀라운 성과에 사로잡힌 의사들은 인간의 모든 질병을 물리적 메커니즘에 의해 설명하고자 하는 거대한 과업에 착수하였다. 다양한 질환들이 신체의 병리적 현상으로 설명되었고,

몸과 마음은 서로 분리된 길을 모색할 수 밖에 없었다. 일반인들은 의사들이 내놓는 기질적 변화 우선의 해석 틀에 맹종할 수 밖에 없었지만, 과학적 증거의 힘은 얼마든지 이를 정당화할 수 있었다.

그러나 의학적으로 잘 설명되지 않는 질환들은 여전히 마음과 몸의 관계라는 신비롭고 애매모호한 영역 내에 머물러 있어야만 하였다. 구체적인 해결책을 내어놓지 못했던 의사들은, 신체적 증상은 정신적 고통을 표현하는 미성숙한 수단이라는 수사학과 함께, 고통의 책임을 은근슬쩍 환자에게 지워놓았다. 해석의 틀은 일반인들이 스스로의 질병을 경험하는 방식을 결정하였고, 많은 환자들은 스스로의 고통을 편견을 갖고 바라보기 시작하였다.

이제 또 다시 시대가 변천하여, 소위 “omics”로 대표되는 최첨단 의학은 사각지대에 놓여있던 많은 질환들에게서 정신신체질환이라는 이름표를 떼어버렸다. 이에 부응하는 듯 21세기의 정신신체의학자들은, 마음과 몸의 관계보다는 “뇌와 몸의 관계”에 집중함으로써 새 시대에 적응하고자 한다.³³⁾ 마치 작금의 의학적 발전은 그 동안 미지에 쌓여 편견과 오해만 쌓여오던 영역에 새로운 빛을 던져주는 것만 같다. 그러나 지난 수천 년 동안의 역사를 되돌아볼 때, 사태는 이것으로 끝나지 않을 것임을 예감하게 한다. 전적으로 의학적인 설명이 가능해 보였던 고혈압, 당뇨, 암 등 많은 질환들이 다시금 심리적이거나, 행동적인 차원에서 재해석되고 있다.³⁴⁾ (편)두통이 정신신체의학에서 벗어나던 바로 그 시점에, 앞서의 질환들은 행동의학이라는 명목 하에 다시 정신신체의학에 편입되고 있는 셈이다. 조만간 (편)두통에 대한 생리학적 설명의 설득력이 다할 때가 오면 또 다시 마음과 몸의 관계를 통한 전인적 설명이 우세해질 지도 모른다.

아니 어쩌면 포스트 모더니즘의 열병을 겪어낸 현대 사회에서는, 무수한 해석의 틀이, 어느 하나가 다른 것을 밀어내지 않은 채 공존하게 될 지도 모른다.³⁵⁾ 현대 사회에서는 주류 의학이 최첨단 과학으로 치우쳐지는 것과 동시에, 전인적 의학, 대체/보완 의학 등 비주류 의학이 과학만능주의에 반박하며 다양한 해석의 틀을 내놓고 있다. 과거에는 해당 시대를 관통하는 강력한 해석의 틀이, 그 시대 환자들이 자신의 질병을 경험하고 이해하는 양식을 통일시켜왔다. 즉 비록 시대에 따라 해석의 틀이 달라졌더라도, 동 시대 사람들은 단일한 해석의 틀을 공유했었다. 그에 비해 현재는 너무도 다양한 해석의 틀이 공존한다. 역사적 변천과정에서 등장했다 소멸했던 거의 모든 해석의 틀이 부활하여 서로 평행하게 통용되고 있으며, 이에 따라 환자든 의사든 제 각각인 해석의 틀을 사용하기 십상이다. 이는 소통의 단절과 이해불능이라는 부작용을 가져올 수 있다. 자신이 어떤 해석의 틀을 받아들이나에 따라 환자는 다른 증상을 경험하게 되며, 그렇게 경험한 내용을 전달

하였을 때 정작 의사는 전혀 이해를 하지 못하는 촌극이 빚어질 지도 모른다. (편)두통을 비롯한 MUS 환자의 치료에서 가장 중요한 요인은 환자가 갖고 있는 해석의 틀을 의사가 이해하려는 노력을 기울이느냐이다.³⁶⁾ 서로 다른 해석의 틀이 맞부딪힐 때, 어느 한쪽의 일방적인 압도가 아니라 소통을 통해 접점을 모색하는 것이, 소위 정신신체질환이라고 불리는 대부분 질환의 예후를 결정할 것이다.

마음과 몸이라는 것은 수천 년 동안 수많은 종교적, 철학적 논의에도 불구하고, 여전히 설득력 있는 설명이 드문 그야말로 인간이해의 한계를 넘어서 있는 영역이다. 그럼에도 불구하고, 의학의 영역에서는 매 순간 치열하게 부딪히는 영역이기도 하며, 의사들은 어떻게든 해석의 틀을 제공해야만 했다. 그러다 보니 제공된 해석의 틀은, 종교적 철학적 논의를 반영했다기 보다는, 시대상이나 현실적 여건에 맞추어 만들어진 경우가 많았다. 지난 세월 동안 해석의 틀은 환자들이 자신의 병을 경험하고 이해하는 토대를 제공해왔으며, 증상의 표현이나 해결방안의 추구에 막대한 영향을 끼쳤다. 현대는 질병과 건강, 마음과 몸 등에 대한 담론에 무수히 많은 해석의 틀이 동시다발적으로 유통되는 시대이기 때문에, 혼란과 소통의 단절이 범람할 위험이 크다. 다양한 해석의 틀을 수용하면서도, 진리를 모색하고 합리적이고 이성적인 해석의 틀을 정립해나가는 것이 의사들의 사명일 것이다.

REFERENCES

- (1) Preston JL, Ritter RS, Hepler J. Neuroscience and the soul: competing explanations for the human experience. *Cognition* 2013;127:31-37.
- (2) Dolan B. Soul searching: a brief history of the mind/body debate in the neurosciences. *Neurosurg Focus* 2007;23:E2.
- (3) Harley D. Rhetoric and the social construction of sickness and healing. *Soc Hist Med* 1999;12:407-435.
- (4) Williams GH. The determinants of health: structure, context and agency. *Sociol Health Illn* 2003;25:131-154.
- (5) Sontag S. *Illness as Metaphor and AIDS and Its Metaphors*, Penguin UK;2013.
- (6) Andrews A. Autoimmune Illness as a Death-drive: An Autobiography of Defence. *Mosaic: a Journal for the Interdisciplinary Study of Literature* 2011;44:189-203.
- (7) Helmes E, McNeill PD, Holden RR, Jackson C. The construct of alexithymia: associations with defense mechanisms. *J Clin Psychol* 2008;64:318-331.
- (8) Furst LR. *Idioms of Distress: Psychosomatic Disorders in Medical and Imaginative Literature*, SUNY Press;2012.
- (9) Segal JZ. *Health and the Rhetoric of Medicine*, SIU Press; 2008.
- (10) Jensen R, Stovner LJ. Epidemiology and comorbidity of headache. *Lancet Neurol* 2008;7:354-361.
- (11) Gross CG. *A Hole in the Head: More Tales in the History of*

- Neuroscience, MIT Press;2012.
- (12) **Daniel BT.** *Migraine*, AuthorHouse;2010.
 - (13) **Eadie MJ.** *Headache: Through the Centuries*, Oxford University Press;2012.
 - (14) **Kempner J.** *Not Tonight: Migraine and the Politics of Gender and Health*, University of Chicago Press;2014.
 - (15) **Friedman M, Rosenman RH.** Type A Behavior Pattern: its association with coronary heart disease. *Ann Clin Res* 1971;3: 300-312.
 - (16) **Kochler PJ.** Brown-Séquard's comment on Du Bois-Reymond's "hemikrania sympathicotonica". *Cephalalgia* 1995;15:370-372.
 - (17) **Kochler PJ, Boes CJ.** A history of non-drug treatment in headache, particularly migraine. *Brain* 2010;133:2489-2500.
 - (18) **Taylor RE.** Death of neurasthenia and its psychological reincarnation: a study of neurasthenia at the National Hospital for the Relief and Cure of the Paralyzed and Epileptic, Queen Square, London, 1870-1932. *Br J Psychiatry* 2001;179:550-557.
 - (19) **Martin D.** The rest cure revisited. *Am J Psychiatry* 2007;164: 737-738.
 - (20) **Deutsch F.** On the mysterious leap from the mind to the body: a workshop study on the theory of conversion, International Universities Press;1959.
 - (21) **Maxwell H.** *Migraine: Background and Treatment*, Wright; 1966.
 - (22) **Brandt J, Celentano D, Stewart W, Linet M, Folstein MF.** Personality and emotional disorder in a community sample of migraine headache sufferers. *Am J Psychiatry* 1990;147:303-308.
 - (23) **Rasmussen BK.** Migraine and tension-type headache in a general population: psychosocial factors. *Int J Epidemiol* 1992;21: 1138-1143.
 - (24) **Wolff HG.** *Headache and Other Head Pain*. 4 edition ed, Oxford University Press;1980.
 - (25) **Davis RE, Smitherman TA, Baskin SM.** Personality traits, personality disorders, and migraine: a review. *Neurol Sci* 2013; 34 Suppl 1:S7-S10.
 - (26) **Alexander F, Benedek T.** *Psychosomatic medicine, its principles and applications: With a chapter on The functions of the sexual apparatus and their disturbances*, by Therese Benedek, Norton;1950.
 - (27) **Stora JB.** *When the Body Displaces the Mind: Stress, Trauma and Somatic*, Karnac Books;2007.
 - (28) **Yücel B, Kora K, Ozyalçın S, Alçalar N, Ozdemir O, Yücel A.** Depression, automatic thoughts, alexithymia, and assertiveness in patients with tension-type headache. *Headache* 2002; 42:194-199.
 - (29) **Torelli P, Abrignani G, Castellini P, Lambro G, Manzoni GC.** Human psyche and headache: tension-type headache. *Neurol Sci* 2008;29 Suppl 1:S93-S95.
 - (30) **Hunter RA, Ross IP.** Psychotherapy in migraine. *Br Med J* 1960;1:1084-1088.
 - (31) **Tepper SJ, Cleves C.** Telcagepant, a calcitonin gene-related peptide antagonist for the treatment of migraine. *Curr Opin Investig Drugs* 2009;10:711-720.
 - (32) **Silberstein SD, Dodick DW.** Migraine genetics: Part II. *Headache* 2013;53:1218-1229.
 - (33) **Jindal RD, Jennings JR.** Grand challenges in psychosomatic research. *Front Psychiatry* 2010;1:131.
 - (34) **Nater UM, Gaab J, Rief W, Ehlert U.** Recent trends in behavioral medicine. *Curr Opin Psychiatry* 2006;19:180-183.
 - (35) **van Ravenzwaaij J, Olde Hartman T, van Ravesteijn H, Eveleigh R, van Rijswijk E, Lucassen P.** Explanatory models of medically unexplained symptoms: a qualitative analysis of the literature. *Ment Health Fam Med* 2010;7:223-231.
 - (36) **Peters S, Rogers A, Salmon P, Gask L, Dowrick C, Towey M, Clifford R, Morriss R.** What do patients choose to tell their doctors? Qualitative analysis of potential barriers to reattributing medically unexplained symptoms. *J Gen Intern Med* 2009; 24:443-449.

마음과 몸의 관계는 오랜 논의에도 불구하고 설득력 있는 답을 구하지 못하고 있다. 한편, 서구 의학이 유물론적 패러다임을 받아들이면서, 기질적 이상이 없는 증상들은 “의학적으로 설명되지 않는 증상”이라 하여 변방에 머물게 된다. 이러한 증상을 이해하고자 전문가들은 마음과 몸의 관계를 바탕으로 소위 정신신체의학이라는 해석의 틀을 내놓았다. 이 해석의 틀은 의사소통 방식뿐 아니라, 환자들의 건강추구 행위 및 증상을 경험하는 양식도 변화시켰다. 시대의 필요나 새로운 과학발견에 의해 해석의 틀은 변화되어 왔으며, 어떤 때는 마음이 어떤 때는 몸이 강조되었다. 특히 치료법이 부재할 때에는 마음이 강조되면서 환자의 인격이 비난 받거나, 환자의 책임이 더 강조되었다. 반면 약물치료가 등장한 후에는 마음을 강조할 필요성이 줄어들면서 환자의 책임 역시 면제되었다. 본 논고에서는 마음과 몸의 관계를 중심으로 해석의 틀이 어떻게 시대에 따라 변화했는지를, 두통과 편두통의 사례를 통해 살펴보고자 한다. 이를 통해 해석의 틀이 어떻게 증상을 경험하는 양상을 변화시켰으며, 그때마다 책임 소재가 어떻게 달라졌는지 고찰할 것이다. 이러한 통시적 고찰은, 전문가로 하여금 그들이 만들어내는 해석의 틀이 얼마나 큰 영향력을 가지는 지, 그것이 얼마나 시대 상황과 밀접한 관계를 맺는지를 고찰할 기회를 마련할 것이다.

중심 단어 : 마음과 몸 · 정신신체의학 · 해석의 틀 · 편두통 · 두통.