

‘의료화’에서 ‘생의료화’로: 정신장애의 사례[†]

김 환 석*

지난 40여 년 동안 의료에 대한 사회과학의 지배적 관점은 ‘의료화’ 이론이었는데, 이는 비의학적 현상으로 취급되던 문제(예: 동성애, 알코올중독, 비만 등)를 질병으로 재정의하여 의학적 개입의 영역으로 포함시킴으로써 의료전문가의 권력이 확대되는 사회적 과정을 가리켰다. 그런데 1980년대 중반 이후 의료 분야에서 생물학과 정보기술의 확산에 따른 급속한 기술과학적 변화와 이와 연관된 생명경제 등 새로운 사회적 배치의 출현은 최근 ‘생의료화’ 이론이라는 새로운 사회과학적 관점을 대두되게 하였다. 이 논문에서는 현대 의료에 대한 사회학적 및 과학기술학적 이해를 심화시키기 위한 기본 작업의 하나로서 의료화 이론과 생의료화 이론을 비교하고 그 장단점을 평가해보고자 하였다. 그리고 또한 이 중에서 어떤 이론이 더 적실성이 있는가를 정신장애의 사례를 통해서 분석하고자 하였다. 분석의 결과, 적어도 정신장애의 경우에 의료화는 19세기 초부터 오늘날까지 지속적으로 전개되어 온 것이 확실한 것으로 보인다. 또한 20세기 말부터 현재까지는 생의료화 이론에서 주장하는 다섯 가지의 핵심적 과정들도 대체로 관찰되며 실현되고 있는 것으로(정신장애에 대한 위험감시의 기술을 제외하곤) 보인다. 이것은 의료화가 지속적으로 관찰은 되어 왔지만, 단지 의료적 영역의 양적 확대가 아니라 생의료화 이론에서 주장하는 질적 변형이 일어나고 있다는 사실을 말해주는 것이다. 따라서 의료화의 개념이 비록 오늘날에도 타당하고 중요하지만 그것만으로는 적절하고 충분하게 포착되지 않는 새로운 현상들을 생의료화의 개념이 포착할 수 있게 만든다고 인정할 수 있다.

[주제어] 의료화, 생의료화, 통제, 변형, 정신장애, 생명정치, 생물학적 시민권

[†] 이 논문은 2011년도 정부재원(교육과학기술부 사회과학연구지원사업비)으로 한국연구재단의 지원을 받아 연구되었음(NRF-2011-330-B00129).

* 국민대 교수 · 사회학

전자우편: kimhs@kookmin.ac.kr

1. 서 론

현대 사회에서 의료에 대한 대표적 사회학 이론은 의료화 이론(medicalization theory)이다. 이 이론은 1970년대 초에 처음 나타나 지난 40여 년 동안 의료의 사회적 의미와 역할을 탐구하는 데 있어 지대한 공헌을 해왔다. 비단 그것은 의료사회학뿐만이 아니라 의료인류학, 의학사, 의학 자체, 생명윤리 등의 다양한 분야에 큰 영향을 미쳤다. 의료화 이론의 지대한 영향력을 가리키는 지표 중 하나로서, 2014년 6월 20일자로 구글 검색엔진에서 ‘의료화’라는 단어를 쳐 보니까 무려 532,000개의 사이트가 검색이 되는 것을 들 수 있다. 따라서 ‘의료화’의 개념은 지금까지 사회학이 발명하여 학계와 사회에 확산시킨 개념들 중에서 가장 성공적이고 영향력이 큰 개념 중의 하나가 되었다.

그런데 2000년대에 접어들어 의료화 이론이 의료의 사회문화적 영향과 변화된 의료 현실의 이해에 불충분하다는 비판적 인식이 고조되면서 나타난 다양한 이론들 중에서, 최근 생의료화 이론(biomedicalization theory)이 주목을 받고 있다. 특히 생의료화 이론은 푸코의 생명정치 개념으로부터 영감을 받았을 뿐 아니라, 현대 의료의 변화를 일으키는 핵심적 요인으로서 새로운 기술과학과 이에 연관된 사회적 배치를 주목하기 때문에 과학기술학(STS)에도 많은 함의를 지니고 있다. 이 면에서 생의료화 이론은 의료사회학의 이론인 동시에 과학기술학의 이론이라고 간주해도 무리가 아니라고 판단이 된다. 생의료화 이론에서는 ‘의료화가 미국의 경우 1940~90년까지 약 50년 동안 지배적 현상으로 나타났고 지금까지도 지속되고 있는 건 사실이지만, 1985년 이후 현재까지는 ‘생의료화’라고 부를 수 있는 변화가 나타나 점점 더 지배적인 흐름을 형성해왔다고 주장하고 있다.

그러므로 이 글에서는 현대 의료에 대한 사회학적 및 과학기술학적 이해를 심화시키기 위한 기본 작업의 하나로서 의료화 이론과 생의료화 이론을 비교하고 그 장·단점을 평가해보고자 한다. 이러한 이론적 평가에 있어 가장 중요한 기준 중의 하나는 현실에 대한 적실성이 얼마나 있는가일 것이다. 따라서

이 글에서는 다양한 의료 현상 중에서 정신장애에 초점을 맞추어 이러한 이론적 평가를 시도해보고자 한다. 광기와 같은 정신장애는 과거에는 비의료적 현상(즉 도덕적·법적 일탈행동)으로 여겨졌으나 19세기 이후 점차 의료의 대상으로 바뀌었는데, 이것이 과연 올바른 방향인가에 대해서는 정신의학의 초기부터 지금까지 논란이 많았다. 더 나아가서 정신장애는 신체장애와는 달리 새로운 기술과학의 개입을 통한 생의료화가 쉽지 않은 분야로 여겨지고 있다. 그렇기 때문에 정신장애를 사례로 하여 의료화 이론과 생의료화 이론의 상대적 타당성을 비교해보는 시도는 이론적 평가에서 중요한 잣대를 마련해줄 수 있다고 판단된다.

생의료화 이론이 의료화 이론과 구분되는 중요한 특징 중의 하나는 환자/소비자/사용자의 정체성이 새로운 기술과학에 의해 변형되고 이를 기초로 새로운 시민권의 확보를 추구하는 집합적 운동이 나타날 수 있음을 강조한다는 점이다. ‘생물학적 시민권’이라 불리는 이러한 새로운 주체성은 의료전문가(또는 제약회사)에 의해 일방적으로 지배되던 지식·권력의 구조로부터 벗어나 환자/소비자/사용자가 이제 의료의 객체가 아니라 행위자로서 능동적으로 참여하는 새로운 지식·권력 구조로의 재편을 의미한다. 즉 보다 다원화되고 역동적인 생명정치로의 변화를 의미하는 것이다. 생의료화 시대를 특징짓는 이러한 생물학적 시민권은 비단 의료 분야뿐만이 아니라 생명과 관련이 되는 다른 분야들--식품, 환경, 재난안전 등--에도 큰 중요성을 갖는다. 따라서 여기서는 생물학적 시민권이 최근 국내의 대형 재난인 세월호 사건의 피해자들에게 주는 함의에 대하여 성찰하면서 이 글을 맺고자 한다.

2. 의료화 이론

의료화 이론은 의료사회학 또는 건강과 질병의 사회학 분야에서 1970년대에 나타나(Zola, 1972; Conrad, 1975; Fox, 1977) 지난 40년 동안 핵심적 역할을 해

왔다. 뿐만 아니라 그것은 오늘날 의료인류학, 의학사, 의학 자체, 생명윤리 등에서도 매우 중요한 이론이 될 만큼 널리 확산이 되었다(클라크, 2014). ‘의료화’ 개념을 정초한 선구적 연구들은 질병, 질환 그리고 상해를 통제하고 규제하기 위한 전사회적 및 의료적 실천들을 탐구하였다. 줄라가 주장하듯이, 사회적 통제(social control)를 위한 제도로서의 의료는 “대체로 모른 채 종종 평범하게 진행되는 현상인데, 이는 일상생활의 많은 부분을 ‘의료화’함으로써, 즉 인간 존재의 점점 더 많은 부분에 의료 그리고 ‘건강함’ 및 ‘아픔’의 표시를 적용되게 만들었으므로, 성취된다”(Zola, 1972: 487). 예를 들면 알코올중독, 비만, 식욕 부진, 외상후 스트레스장애, 발기 부전, 폐경, 치매, 수면 장애, 주의력결핍 과잉행동장애 등이 지난 수십 년 동안에 이렇게 ‘의료화된’ 대표적 사례들이다.

일부 학자들은 오늘날 우리가 ‘의료화’라고 부르는 연구를 1960년대 초의 반정신의학 운동 선구자들(Szasz, 1961; Laing, 1960 & 1961)의 영향으로 추적해 올라간다. 왜냐면 정상적인 일상의 감정과 행동을 분류 및 진단하며 그것들을 정신의학적 질환으로 변형하는 데(대개 정신의학자와 심리학자들의 경제적 및 전문적 이익을 위해서) 서구 의료전문가들이 지배적인 정신의학 관점을 이용한다고 반정신의학 운동의 선구자들이 주장했다는 사실을 주목하기 때문이다(Conrad & Schneider, 1980). 그러나 일상생활의 영역 전반에 의료적 권위가 확장되어 들어오는 의료제국주의에 대한 비판적 의미로서 ‘의료화’ 개념을 유행시키는 데 가장 큰 영향을 준 것은 철학자 이반 일리치의 저서 <의학의 한계>(Illich, 1975)라고 지적된다(Metzl & Herzig, 2007). 일리치에 따르면, 치유, 노화, 사망을 의료적 질환으로 보는 서구 의학의 관념은 인간의 삶을 효과적으로 ‘의료화’시켜, 개인과 사회로 하여금 이러한 ‘자연적’ 과정들을 다룰 능력을 저하시킨다는 것이다. 일리치의 이러한 비판은 1970년대와 1980년대에 걸쳐 의료사회학 분야에도 커다란 영향을 미쳤다(Fox, 1977; Conrad & Schneider, 1980).

더 나아가서 임상의학적 시선과 자본주의적 발전의 관계에 대한 미셸 푸코

의 연구(Foucault, 1963) 역시 ‘의료화’ 개념의 발전에 큰 영향을 준 선구적 업적으로서 종종 지적된다(Bell & Figert, 2012). 푸코에 따르면, 의료화는 프랑스 혁명의 직전과 직후에 근대 자본주의 및 국가와 더불어 공동구성된 과정이었다는 것이다. 의료화는 권력의 근대적 메카니즘을 예시하는 것으로서, “사회적 신체가 자신의 생명을 보장, 유지, 또는 발전시킬 권리의 표현”(Foucault, 1978: 136)이라는 것이다. 근대 국가는 생명을 빼앗는 고대 국가의 권력을 생명을 육성하는 권력으로 대체했다고 그는 본다. 여기에는 두 가지 형태가 있는데, 그것은 개인적 신체를 규율하는 것과 사회적 신체(=인구)를 조절하는 것으로서 이 두 가지는 수많은 중간적 관계들의 집합으로 서로 연결되어 있다고 본다. 신체를 순치하고 인구를 통제하는 이 수많은 다양한 기법들의 결집체가 바로 푸코가 얘기한 ‘생명권력(biopower)’인 것이다(김환석, 2013).

이렇게 1960년대와 1970년대에는 반정신의학, 의료제국주의 비판, 푸코주의 뿐만이 아니라 여성보건운동, 동성애 해방운동 등이 활발하게 전개되면서 의료화에 대한 비판적 시각이 강하게 부상하였다.¹⁾ 이에 영향을 받아 의료사회학 내에서도 의료화에 대한 접근은 사회문제와 사회통제라는 관점에서 분석하거나(Zola, 1972; Conrad, 1975; Conrad & Schneider, 1980; McCrea, 1983), 전문가의 지배와 의사에 의한 통제를 강조하는 시각(Freidson, 1970)이 우세하였다. 의료사회학자들은 종종 미국의학협회(American Medical Association) 또는 미국정신의학협회(American Psychiatric Association)같은 전문가 집단을 질병의 사회적 구성의 주된 추진체로 지적했다. 그들은 의료제도가 서구에서 신체적 및 정신적 생활의 요소들에 어떻게 과학적 세계관을 성공적으로 개발하고 적용했는가를 검토하기 위해 근대주의적 분석틀을 채택했다. 여기서 핵심적인 개념은 ‘통제’였는데, 예컨대 의료전문가와 국가가 어떻게 감시를 통해 일탈행동

1) 여성성(출산 등)과 동성애에 대한 의료화에 저항하는 거센 운동이 1970년대에 전개되었고, 1973년에는 마침내 미국정신의학협회가 ‘동성애’를 정신장애의 목록에서 제외하였다. 이것은 역사상 드물지만 존재하는 탈의료화(demmedicalization)의 대표적 사례 중 하나로 간주되고 있다.

을 통제하는 의료화를 이용하고 일상생활에 과학을 적용하는가를 분석했던 것이다.

1980년대와 1990년대에 접어들면서 미국의 의료사회학은 전문가 지배와 통제만을 강조하던 시각에서 벗어나 의료화에 대한 구성주의적 접근을 발전시켰는데, 예컨대 진단범주, 전문적 과정, 행동의 사회적 통제가 어떻게 구성되는가를 분석하는 쪽으로 나아갔다(Conrad, 1992; Halpern, 1990; Scott, 1990). 이 시기는 또한 의학지식에 대한 페미니스트 비판이 개발되고 수용되었는데, 페미니스트 의료사회학은 출산, 월경전 증후군, 폐경 등을 통해 여성의 신체가 남성의 신체보다 더 쉽게 의료화되는 경향을 강조하였다(Kuhlmann, 2009). 최근에 의료화 연구는 어떻게, 왜, 그리고 어떤 조건 하에서 남성의 신체 또한 의료화되는가를 분석하고 있다(Conrad, 2007).

보다 최근에 의료화 연구는 의료전문가의 권력과 권위에 대한 강조에서 벗어나 환자/소비자/이용자의 개인적 및 집합적인 능동적 참여에 주목하는 쪽으로 나아가고 있다(Brown & Zavestoski, 2005; Crossley, 2006; Epstein, 2008; Figert, 2011). 또한 의료화를 추동하는 힘이 더 이상 의료전문가가 아니라 제약산업, 환자/소비자 단체, 건강보험산업 같은 “새로운 엔진”으로 바뀌고 있으며(Conrad, 2005), 유전학과 유전체학 같은 새로운 기술과학이 점점 더 중요해지고 있음을 지적하고 있다(Shostak, Conrad & Horwitz, 2008).

이렇게 의료화 이론은 의료와 현대사회의 관계를 이해하는 데 지난 40년 동안 많은 통찰을 제공해주었지만, 최근 들어서 의료화 이론이 과연 충분하며 적절한 시각인가에 대하여 서구 학계에서 근본적인 의문과 비판이 제시되고 있다. 의료인류학자인 아서 클라인맨은 ‘의료화는 더 이상 흥미로운 개념이 아니라고 주장하면서 그것은 이제 (인류학자가) 사회학에 되돌려 주어야 한다고 비판하고 있다(Kleinman, 2012). 그의 논점은 세 가지인데, 첫째, 의료화는 근대적 개념으로서 그것이 설명하고자 하는 현상을 불충분하게 포착해준다는 것이다. 둘째, 비록 의료화의 과정은 중요하지만, 의료화의 개념은 긍정적 및 부정적 효과들을 포괄하는 정도로까지 지나치게 확장이 되어서 그 용어의 유

의미성이 감소되었다는 것이다. 셋째, 의료화를 확장해서 그 긍정적 및 부정적 효과들에 주목하려는 시도 대신에, 우리는 오늘날 관찰되는 새로운 현상을 다른 용어로 정립하는 길을 모색해야 한다는 것이다.

의료화 이론에 대한 보다 심층적인 비판은 영국의 푸코주의 사회학자 니콜라스 로즈로부터 제기되었다(Rose, 2007a). 우선 그는 의료화가 비판적 사회과학의 상투어가 되어 왔다고 지적하면서, 실제로 그런 비판이 부분적으로 의료의 탈전문화에 기여해 왔다고 본다. 오늘날 의사의 권력은 법의 규제, 생명윤리의 장치, 증거기반 의학, 환자의 자율성 요구와 건강권 및 상해 보상권 등에 의해 제약되고 있기 때문이다. 이제 의료화에서 비판의 주된 대상은 의사가 아니라 이윤을 추구하는 제약회사로 바뀌고 있는 중이다. 로즈는 의료화에서 물론 비판할 점은 많다고 인정한다. 하지만 의료화는 우리의 삶의 형태에 훨씬 더 심대한 영향을 미쳐 왔으며, 우리를 현재의 모습으로 만들어준 것이 바로 의료화라고 로즈는 지적한다. 그는 이를 세 가지 차원에서 살펴보고 있는데, 그것은 각각 의료적 삶의 형태, 의료적 의미체계, 의료적 전문성의 차원이다.

첫째, 의료는 현대 인간이라는 삶의 형태를 수정해왔다고 그는 본다. 하수도 시스템, 규제된 모지, 정화된 물과 식품, 식사에 대한 조언, 그리고 인간존재, 가정생활, 공공 장소, 작업 환경의 일반적 위생화 등은 모두가 부분적으로 의료적 권위의 비호를 받는데, 이것들은 현대인의 신체적 외모--키, 체중, 자세, 능력--와 수명, 질환 등을 변화시켜 왔기 때문이다. 예컨대 백신주사와 같은 의료적 실천은 수백만의 생명을 구했을 뿐 아니라, 인구의 성장과 도시에의 주거 가능성(및 도시적 사회성)에도 크게 기여해왔다. 우리는 의료와 불가분리하게 연관된 윤리를 통해 그리고 그런 삶의 형태 속에서 개인적 및 집합적으로 우리 자신 및 타인들과 관계를 맺으며 살아간다. 이런 의미에서 의료는 단지 질병을 정의, 진단, 치료하는 것보다 훨씬 더 많은 일을 해왔다. 그것은 21세기 초의 우리가 현재와 같은 종류의 살아 있는 피조물로 만들어지는 걸 도와주는 역할을 해왔던 것이다.

둘째, 의료는 우리가 세계를 경험하고 그것에 의미를 부여하는 방식들과

불가분리하게 상호교직되어 있다. 문학에서의 의료적 테마, 예술에서의 의료적 이미지, 영화나 TV에서의 의료적 영웅과 악당, 부모의 의료적 경험담 등을 통해 선진국에 살고 있는 사람들의 상상력은 의료로 침윤되어 왔다. 이는 대중문화에서뿐만이 아니라 체계적 학문에서도 그러하다. 19세기 말에서 20세기 전반에 걸쳐 출현한 사회 이론의 대부분 -뒤르켐부터 파슨스까지-은 사회 자체를 의료적 용어로 이해하였는데, 사회의 제도와 과정들이 전체 사회의 건강을 위해 필수적 기능을 수행하는 유기적 시스템으로 사회를 보았기 때문이다. 이렇게 의미체계가 의료적 사고와 연결되어 왔기 때문에, 의료적 언어는 그것이 아무리 테크니컬하더라도 문화적 의미들이 주입되어 왔다. 따라서 의료는 우리가 세계를 경험할 때 통과하는 의미체계를 재형성함으로써 현재와 같은 우리를 만들어 온 것이다.

셋째, 의료는 또한 의료적 전문성의 역할을 통해서 우리가 삶을 수행하는 방식을 통치한다는 점에서 우리 자신을 만들어 왔다. 우리는 의료적 권위가 적절히 적용될 곳은 신체의 자연적 정상성이 감염, 부상, 또는 기타 상해로 교란되었을 경우뿐이며, 의사의 적절한 역할은 신체의 상실된 정상성을 회복시키는 데 국한된다고 믿을지 모른다. 따라서 만일 의료적 권위가 이러한 한계를 벗어난다면 그것은 비정당성의 위협을 안게 된다고 생각할지 모른다. 그러나 이러한 믿음은 잘못된 것이다. 의사들은 오래 전부터 개인적 신체는 물론이고 집합적 신체(=인구)에 관여해 왔기 때문이다. 19세기 초 이래로(또는 아마도 그 이전부터) 의사들은 사회적 공간에서의 질병의 분포 작성, 인구의 질환에 대한 통계 수집, 하수도의 설계, 도시 계획, 식품과 묘지의 규제 등등에 관여해 왔다. 이 면에서 사실상 의사들을 최초의 사회과학자라고 부를 충분한 이유가 있는 셈이다. 적어도 19세기 중엽부터 의료적 관심은 질환뿐만이 아니라 건강과 이에 관련된 모든 것을 포괄해 왔다. 치료를 넘어서 의사의 권위가 행사될 것을 요청받은 영역은 예컨대 출산, 불임, 성생활, 범죄 행동, 알코올중독, 비정상 행동, 불안, 스트레스, 치매, 노령, 사망, 재난 등 광범위하게 걸쳐 있다. 오늘날 의료적 전문성을 생명의 관리 자체에 확장하는 예들은 새

로운 재생산 기술로부터, 노화에 따른 성기능 장애를 위한 호르몬대체치료법, 그리고 기분, 감정, 의지를 수정하려는 정신약물학적 시도에 이르기까지 다양하다. 여기서 자연적인 것/문화적인 것의 이분법적 구분은 유용한 분석틀이 못된다. 의료는 이미 우리를 삶의 형태부터 의미체계와 삶의 통치방식에 이르기까지 철저히 인공적인 존재로 만드는 데 일조해 왔기 때문이다.

이처럼 세 가지 차원에서 의료의 역할을 심층적으로 검토할 경우, 단지 의료적 권위가 정당한 경계를 넘어 확장되었음을 함축하는 ‘의료화’라는 개념은 현실을 이해하는 데 별로 유용한 개념이 아니라고 로즈는 주장한다. 따라서 그는 의료화가 현실에 대한 설명이나 비판으로 간주되지 말아야 한다고 강조한다. 왜 설명이 될 수 없냐면, 의료와 일상생활 사이의 다양한 경계 재협상 뒤에 의료화의 고유한 역동성이나 무자비한 내적 논리, 단일한 동기와 이해관계가 숨어 있는 것이 아니기 때문이다. 의료화는 비판으로서도 무용지물이라고 로즈는 지적하는데, 왜냐면 삶의 한 측면 또는 영역을 어떤 한 명칭(‘의료’라는 명칭이 아닌) 아래 사는 것이 왜 윤리적 또는 정치적으로 더 좋은 것인지 우리가 알 수 없기 때문이다. 따라서 의료화라는 용어는 분석의 필요를 나타내는 표지로서 분석의 출발점은 될 수 있지만, 결코 분석의 결론은 되지 말아야 한다는 것이 로즈의 주장이다.

결론적으로 의료는, 단지 ‘의료화’를 넘어서서, 우리의 윤리 체제, 우리 자신과의 관계, 우리가 되고 싶은(want to be) 종류의 사람 및 우리가 살기를 원하는 삶에 대한 우리의 판단을 형성해왔다고 로즈는 지적한다. 그러나 의료가 우리로 하여금 현재 우리가 된(have become) 종류의 사람(즉 현재의 우리 모습)으로 만드는 데 깊게 관여하였다고 해서, 이것이 많은 의료화 이론에서처럼 그 자체로 비판의 근거가 되는 것은 아니라고 그는 강조한다. 이러한 심대하고 복합적인 전개과정들에 대한 비판적 평가는 반드시 필요하지만, 현재 우리의 철저히 의료적인 삶의 형태--또는 이에 맞서 자신을 대안으로 제시하는 삶의 형태--가 지닌 비용과 편익을 우리가 제대로 평가하기 위해서는, ‘의료화’보다 좀 더 엄밀한 개념과 판단 기준이 필요하다고 그는 역설한다.

3. 생의료화 이론

의료화 이론이 의료의 사회문화적 영향과 변화된 의료 현실의 이해에 불충분하다는 인식이 고조되면서 2000년대 이후 푸코의 ‘생명정치(biopolitics)’ 개념에 뿌리를 둔 새로운 사회과학 이론들이 다양하게 출현하였다(김환석, 2013). 미국의 사회학자이자 과학기술학 연구자인 아델 클라크는 원래 상징적 상호작용론에 뿌리를 둔 사회세계 접근(social world approach)을 개발하여 의료 분야의 과학기술을 연구하는 데 큰 기여를 하였다. 그런데 그녀는 2000년대 초반부터 그녀의 제자들과 더불어 주로 미국의 의료 변화에 대한 야심차고 방대한 연구를 기반으로 생의료화 이론을 정립하여 제시하였다(Clarke et al., 2003 & 2010).

생의료화 이론에서는 미국 의료의 역사적 변화를 세 단계로 구분하고 있다. 첫째, ‘의료의 대두’ 시기로서 대체로 1890~1945년에 해당하는데, 서구의 과학적 의료가 들어와 미국 정치경제의 의료부문을 뚜렷이 확립한 시기이다. 둘째, ‘의료화’ 시기로서 대략 1940~1990년에 해당하는데, 의료의 관할권이 팽창하여 과거엔 도덕적·사회적·법적 문제들(예컨대 알콜 중독, 마약 중독, 비만 등)로 간주되던 영역들이 의료 문제들로 재정의된 시기이다. 셋째, ‘생의료화’ 시기로서 1985년경부터 현재까지에 해당하는데, 현대 의료의 구성, 조직, 실천에 극적인(특히 기술과학적인) 변화가 나타난 시기이다. 의료화 이론에서는 서구 사회가 19세기 초부터 오늘날까지 지속적으로 의료화를 확대시켜 왔다고 보지만(Conrad & Slodden, 2013), 생의료화 이론에서는 의료화가 (미국의 경우) 1940~1990년의 시기에만 지배적 현상이었던 것으로 상대화시킨 것이다. 1985년 경부터는 현대 의료를 그 내부에서부터 기술과학적으로 변형시킨 생의료화가 출현해서 점차 지배적 현상으로 자리잡게 된 시기라고 주장하는 것이다. 물론 의료화가 여전히 계속되기는 하지만 변화의 주된 초점은 단지 의료 영역의 확대가 아니라, 의료의 기술과학적인 (재)조직화, 개입, 변형의 양식으로 이행하고 있다는 것이다.

생의료화 이론의 특징은 한마디로 종합적인 성격에 있다. 그것은 클라크 그룹이 푸코의 생명권력과 생명정치, 로즈로 대표되는 생명 자체의 이론, 순테르 라잔으로 대표되는 생명자본 이론, 레비노우의 생명사회성 및 페트리나의 생물학적 시민권 개념 등이 보여준 통찰을 모두 흡수하고, 여기에 미국의 의료 역사에 대한 자신들의 연구성과를 결합시켜 독특한 이론적·분석적 틀로 개발해냈기 때문이다(김환석, 2013). 생의료화 개념에서 ‘생’이란 접두사는 생의학에서 생명과학의 중요성이 점점 커지고 있음을 의미하지만, 다른 한편으로는 생명권력과 생명정치에 관한 푸코식 접근의 중심적 역할을 가리키기도 한다. 즉 생의료화는 18세기 이래 지배적이었던 ‘임상의학적 시선’(Foucault, 1963)으로부터 21세기에는 ‘생기 정치(vital politics)’와 ‘생명 자체’를 개조하는 ‘분자적 시선’(Rose, 2007b)으로 바뀌는 폭넓은 이행의 일부라고 본다. 주지하다시피 푸코의 생명권력 개념은 개인과 인구 전체의 신체와 행동에 대해 광범위하고 항상적인 감시와 통제를 행사하는 새로운 지식과 기술의 형태로서 나타나는 이른바 ‘권력의 미시 물리학’에 관심을 두는 것이다.

생의료화 이론은 넓은 의미의 생의학이 정교한 기술과학적 개입 및 그것의 실행을 가능케 할 새로운 사회적 배치에 의해 그 내부에서부터 변형되고 있다고 주장한다. 이러한 기술과학적 개입에는 분자생물학, 유전학, 유전체학, 생명공학, 약리유전체학, 나노기술, 영상의료기술 등 모든 생명과학기술뿐만 아니라 컴퓨터 및 정보과학도 포함된다. 특히 이 때문에 종래의 단순한 ‘의료화’를 넘어서서 약물 사용이 다른 치료방법을 대체하는 ‘약물화(pharmaceuticalization)’가 강력하게 전개되어 왔다고 강조한다(Williams, Gabe & Davis, 2008). 이러한 기술과학을 통해 생산된 경제적 자본은 ‘생명자본’에 관한 최근 저술(순테르 라잔, 2012)에서 보듯이, 생의료화 이론에서 중요한 위치를 차지해 왔다. 더 나아가서 이러한 기술과학은 이른바 ‘생물학적 시민권’에 대한 책임이 성장하고 대체로 개인화되는 추세(에켄대 Petryna 2002; Rose & Novas, 2005)와 더불어 새로운 종류의 능동적 개입을 가능케 하고 자극하여, 궁극적으로는 우리가 ‘생명 자체’를 사고하고 살아가는 방식을 변화시킬 것이

라고 본다.

결국 이러한 내용을 종합하여 클라크와 그의 동료들은 생의료화가 “다섯 가지의 핵심적이고 중첩되는 과정을 통해 나타나고 공동구성된다”고 주장하고 있다(Clarke et al. 2003: 166). 그 다섯 가지란, (1)주요 정치경제적 이행, (2)건강 자체와 위험·감시 생의학에 대한 새로운 강조, (3)생의학의 기술과학화, (4)생의학 지식의 변형, (5)몸과 정체성의 변형이다(이하 클라크(2014)를 참조).

첫째, 생의학의 정치경제적 재조직화는 건강, 질병, 생명, 죽음에 관한 '생명정치적 경제' 부문이 새로이 부상하는 것을 말한다(Sunder Rajan, 2012). 생명정치적 경제란 개념은 생의료화를 촉진하는 기술과학적 혁신 덕분에 가능해진, 기업화되고 사유화된(즉 정부 보조가 아닌) 연구, 제품, 용역에 있다. 보건의료 분야에서 생의료화를 보여주는 동시에 촉진하는 핵심 사회경제적 변화는 기업화와 상품화, 용역의 집중화합리화권한 이양, 그리고 계층화다. 중요한 점은 생명자본의 창출 여부가 '공공재'로서의 의료화 및 생의료화의 정당성에 크게 달려 있다는 것이다.

둘째 과정은, 질병보다는 건강 자체에 초점이 강화되는 것과 예방 및 조기 개입을 목적으로 하는 위험·감시 생의학의 정교화다. 미국이나 여타 서구 국가와 같은 상업문화에서 건강은 또 다른 상품이 되며 생의학적으로 (재)조작된 신체는 소중한 소유물이 된다. 건강은 점차 도덕적인 의무로 여겨진다.

셋째, 공중보건을 포함해서 생의학의 실천과 혁신이 점차 기술과학화된다. 이는 컴퓨터화, 데이터 뱅킹, eHealth 진단, 모니터링, 생의학과 약품 설계의 분자화·유전화, 의료기술의 설계·개발·유통 등에서 가장 현저하게 모습을 드러낸다.

넷째, 생의료화는 생의학 지식의 생산, 정보 관리, 유통, 소비의 변형에 관심을 둔다. 건강과 질병에 관한 정보는 온갖 종류의 미디어, 특히 신문, 인터넷, 잡지를 통해, 미국 등지에서는 소비자 직접 광고(direct-to-consumer advertising: DTCA)를 통해 확산된다. 생의학은 미국 대중문화의 근본적인 요소이기 때문에 건강과 질병에 관한 정보의 확산은 곧 사회의 의료화를 나타내

는 신호이다(Conrad, 2007). 건강·의료 지식의 생산과 유통은 그 지식을 공공재, 사적 미덕, 개인적 목표로 만들어냄으로써 생의료화를 야기하는 수단이 된다.

다섯째 과정은 통제에서 변형으로의 이행이다. 전통적인 의료화 실천은 의료적 현상, 예컨대 질병, 질환, 상해에 대해 통제를 행사하는 데 중점을 둔다. 반면에 생의료화 실천은 치료뿐만 아니라 향상(enhancement)을 위해 기술과학적 수단으로 의료적 현상을 변형하는 데 중점을 둔다. 하지만 이러한 수단들은 그 이용가능성이 계층화되어 있다. 즉 상이한 인구 집단에 따라 차별적으로 부과되고 접근가능하며 촉진된다. 새로운 기술과학적 정체성 즉 기술과학의 적용을 통해서만 알 수 있는 정체성(예컨대 DNA, BRCA 위험)은 개인이 택할 수 있지만 종종 가족을 통해 퍼져나간다(Sulik, 2009). 새로운 정체성은 또한 환자 집단을 통해 이른바 '생명사회성' 즉 생의학적 현상에 기초한 집합적 정체성을 낳기도 한다(예컨대 Gibbon and Novas, 2008; Epstein, 2008).

과거 의료화 이론이 그랬듯이 지금 생의료화 이론은 의료사회학, 의료인류학, 과학기술학과 기타 분야에서 점점 중요해지고 있다(Burri and Dumit 2007). 그러나 생의료화 이론에 대해서도 비판적 견해들이 점차 나타나고 있는데, 그 가장 주된 비판은 의료화 이론의 대표적 학자인 콘래드로부터 제시되었다(Conrad, 2005 & 2007). 콘래드는 생의료화 이론에서 주장하는 생의학의 변화 양상들에 대해서 대부분 동의하지만 그러한 변화들은 “질적으로 상이한 현상”이라기보다는 확대와 정도의 문제이며(Conrad, 2005: 5), 따라서 그것들은 의료화 과정을 추동하는 엔진의 이행이라고 파악하는 편이 더 낫다고 주장한다. 콘래드의 이러한 주장을 비롯하여 지금까지 생의료화 이론에 대해 반복적으로 제기된 비판은 다음과 같은 세 가지로 요약될 수 있다. (1)그것이 과연 실제로 얼마나 새로운 현상인가? (2)생의료화 개념은 너무 포괄적이 아닌가? (3)생의료화 개념은 우연성과 역추세 등을 무시한 채 너무 결정론적 성격을 띠지 않는가? 아래는 이 각각에 대한 생의료화 이론가들의 응답이다(이하 Clarke & Shim, 2011: 185~187 참조).

첫째, 생의료화는 과연 의료화와는 질적으로 다른 현상인가? 이에 대해 생

의료화 이론에서는 오늘날 어떤 현상을 ‘의료적’이라 주장할 수 있는 근거가 과거와는 질적으로 다른 가능성 조건들에서 비롯된다고 보는데, 그것은 의료에 생명과학기술과 생명정치경제가 핵심적 중요성을 갖게 되었다는 점, 생명권력과 생명정치가 대두하고 확산되었다는 점, 의료의 초점이 생명을 관리하려는 ‘통제’뿐만 아니라 생명 자체의 ‘변형’으로 점진적으로 이행하고 있다는 점이다.²⁾ 특히 기술과학(생명과학과 컴퓨터 정보기술)이 의료화의 과정, 전략, 동학, 결과에 중대한 변화를 초래하였다고 본다. 따라서 이러한 21세기의 조건들이 만들어내는 복잡성, 다중위치성, 다중방향성을 포착해내려면 ‘생의료화’라는 수정된 개념이 확실히 필요하다는 것이다.

둘째, 생의료화가 지나치게 포괄적이라는 비판에 대하여, 생의료화의 다섯 가지 핵심적 과정들은 어떤 상황에서 나타날 수도 아닐 수도 있는 것으로서 경험적으로 검토되어야 할 사항이라고 생의료화 이론가들은 응답한다. 어느 한 과정도 그 자체로 필요하거나 충분하지는 않다는 것이다. 다만 과거에 비해 보다 많은 기관들(예: 생명공학 기업, 제약회사 등), 사회문화적 관념들(예: 위험), 기술들(의료와 정보 관련) 등등이 건강, 신체, 생명, 죽음에 대한 개입에 참여하고 있는 것은 분명한 사실이라고 생의료화 이론에서는 강조한다. 생의료화와 다섯 가지의 그 핵심 과정들은 이러한 변화를 고찰하는 데 쓰이는 이론적 도구로 제시된 것이다. 따라서 그것들은 어떤 경험적 사례에서 생의학 관찰영역의 팽창으로 이끌 잠재력이 있는 것과 그렇지 않은 것을 체계적으로 규명하고 추적할 수 있는 ‘민감화 개념들(sensitizing concepts)’로 사용하면 된다는 것이다.

셋째, 생의료화 이론이 지나치게 결정론적으로 느껴진다는 비판은 위 둘째

2) 이를 가리켜 생의료화 이론에서는 외적 자연(즉 우리를 둘러싼 세계)에 대한 통제로부터 내적 자연(인간 및 비인간 생명체의 생물학적 과정들)의 순차와 변형, 즉 “생명 자체”의 변형이라고 종종 언급한다. 즉 의료화는 의료 영역의 외연적 확대인 반면, 생의료화는 의료 영역의 내포적 변형을 나타낸다. 따라서 의료화는 근대성(modernity)을 구성하는 일부이지만, 생의료화는 탈근대성(post-modernity)을 구성하는 일부라고 주장하기도 한다(Clarke et al., 2010: 52).

비판의 과생물이다. 즉 생의료화가 매우 포괄적이기 때문에 그것이 또한 불가피하고 필연적인 것으로 여겨진다는 것이다. 이에 대해 생의료화 이론가들은 많은 사례에서 생의료화가 우연적이고 진행형이며 과도적인 과정이지, 이미 성취되어 영구적으로 안정된 결과로서 보지 않는다는 점을 강조한다. 더 나아가서, 의료화와 생의료화 모두에 저항하는 일군의 역추세(counter-trends)가 2차 세계대전 이래 모멘텀을 형성해왔다는 점을 주목한다. 예를 들면, 생의학의 경계를 넘어 다양한 대안의학에 도움을 구하는 사람들의 증가로 인한 의료다원주의의 팽창, 의료화와 생의료화에 저항하는 보건사회운동의 구체화, 생의료화의 특수한 형태에 반대하는 개별적 환자운동, “보다 많은 의료가 반드시 보다 나은 의료는 아니다”는 공중담론의 (재)출현, 생애의 출발부터 종료까지 “적정한” 수준 및 형태의 생의학적 개입을 정하려고 시도하는 담론(=말하자면 ‘적정기술운동과 유사한)의 성장 등이 그것이다.

요약하자면, 생의료화 이론가들은 생의료화가 오늘날 매우 중요한 사회적 과정이 되어 왔다는 점을 강조하지만, 그것이 이미 기정 사실로 굳어진 어떤 것이라고 주장하지는 않는다고 볼 수 있다. 생의료화와 그 역추세로서의 탈생의료화(debiomedicalization)가 어떻게 나타나는가는 매우 흥미롭고 혁신적인 경험적 연구의 대상이라고 보는 것이 그들의 입장이라고 판단된다. 한마디로 생의료화는 다양한 사례에 대한 경험적 연구를 통해 그 타당성과 효용성이 검증되어야 할 연구가설의 성격을 지닌다고 할 수 있다. 이 글의 나머지 부분에서는 정신장애를 사례로 하여 의료화와 생의료화의 이론들을 서로 비교 평가해보고자 한다.

4. 사례: 정신장애의 의료화와 생의료화

오늘날 우리가 정신질환이라고 부르는 상태들(특히 정신분열증과 조울증)은 오랫동안 개인적 문제 또는 전사회적 문제로 인식되어 왔다. 그것들은 시대와

맥락에 따라서 광기(madness), 미치광이(lunacy), 열광(mania), 정신이상(insanity), 정신질환(mental illness) 등으로 다양하게 불리어 왔다. 질환으로서의 광기란 개념은 서구 문화에서 오랜 역사를 지니지만, 그것이 언제나 광기에 대한 지배적 설명이 되어 왔던 것은 아니다(Conrad & Schneider, 1980). 정신질환 개념의 뿌리는 그리스와 로마 시대에서 발견할 수 있지만, 많은 사회학자들은 정신장애에 대한 의료적 정의와 치료는 19세기 초라는 데 동의하고 있다.

광기에 대한 의료화 시각을 보여주는 기준점은 정신장애의 사회적 관리에 대한 고전적 표현들에서 찾을 수 있다. 미셸 푸코는 <광기와 문명>에서, 18세기의 의사들은 광기에 대한 어떤 유력한 설명 이론이나 치료법도 가지고 있지 못했지만 광인들의 문지기이자 보호자의 역할을 하였다고 다음과 같이 지적한다.

"의사의 개입은 그 자신이 소유하고 객관적 지식체계에 의해 정당화 되는 의료적 숙련이나 권력에 의해서 이루어지지 않았다. 수용소에서 '의료인(*homo medicus*)'이 권위를 지니는 건 과학자로서가 아니라 현자(*wiseman*)로서였던 것이다."(Foucault, 1965: 217)

즉 의사가 정신장애에 접근한 것은 병자의 치유자로서가 아니라 정신적 무능력자의 보호자로서 그랬던 것이다.

그런데 18세기 말이 되면서 정신질환 개념이 광기에 대한 지배적 정의가 되어갔다. '미국 정신의학의 아버지'로 불리는 벤자민 러시(Benjamin Rush)는 광기에 걸린 환자는 반드시 의사의 치료를 받아야 한다고 굳게 확신하였다. 그가 1812년에 발간한 정신의학 최초의 교과서(*Medical Inquiries and Observations, upon the Diseases of the Mind*)에서는, 거짓말하기, 알코올중독, 범죄 등 일군의 행동을 정신장애로 정의한 바 있다(Conrad & Slodden, 2013: 63). 광기뿐 아니라 일탈행동의 의료화가 본격적으로 시작된 것이다. 데이비드 로스만은 그의 걸작인 <수용소의 발견>(Rothman, 1971)에서, 수용소 감독자를 맡고 있던 의사들은 정신장애를 사회적으로 초래된(또는 적어도 사회적 요인이 촉진한) 생물

학적 질병이라고 보았다는 사실을 제시했다. 이 초기의 정신의학자들은 수용소의 규율과 편제가 정신장애를 치유하는 열쇠라고 낙관적으로 생각했던 것이다. 하지만 시간이 흐르면서 공공정신병원으로서의 수용소는 치유되지 않는 만성 환자들로 초만원이 되었고, 19세기 말에 이르자 정신장애는 생물학적이고 치유불가능하다고 간주되게 되었다.

정신의학이 의학적 전문성의 하나로 영향력이 점점 커진 것이 정신장애가 질환이라는 개념을 정당화하는 데 핵심적인 역할을 하였다. 이 과정을 연구한 앤드류 스컬에 따르면:

“정신의학 전문직의 권력과 영향력 증대는 정신질환 개념을 완성하고 그에 정당성을 부여하는 걸 도왔다. 이는 광기에 대한 모호한 문화적 견해를 지금과 같이 단일한 근본적 병리[정신질환]을 반영하는 공식적으로 정합적이고 과학적으로 구별가능한 실체로 변형시켰던 것이다.”(Scully: 1977: 344)

그 결과 20세기로 접어들 때까지 의학적 치료의 사례는 거의 없었지만 정신장애자들은 점점 더 정신적 문제 즉 정신질환을 지닌 것으로 그려졌다.

프로이트 자신은 심각한 정신질환을 다루지 않았지만 그의 추종자들 중 일부는 그런 질환을 다루었고, 따라서 20세기 전반기에는 정신분석학 이론이 정신의학 사유를 지배하게 되었다. 프로이트는 정신장애의 기원이 섹스와 공격성 같은 생물학적 충동과 사회문화적 요인 사이의 갈등에 있다고 보았지만, 그는 의학적 개념에서 그리 멀리 떨어져 나아가지는 않았다. 신경학 의사로 훈련받은 그였기에 프로이트의 정신장애 모델은 기존의 의학적 모델에 큰 어려움 없이 접목될 수 있었다. 프로이트와 그의 추종자들은 정신분석적 치료법을 통해 환자들을 치유하였다. 프로이트의 정신분석학적 시선은 정신장애에 대한 의학적 모델을 침묵시키는 동시에 확장하기도 하였다. 그것은 정신적 증상의 정신내부적(또는 ‘정신역동적’) 성격에 초점을 맞추으로써 기존의 생물학적 설명을 침묵시켰다. 그러나 이와 동시에 정신질환의 개념을 크게 확대하여

히스테리아, 망상, 강박, 동성애, 알코올중독, 성적 일탈행동, 아동의 비행 등을 정신의학적 치료가 필요한 심리적 장애들에 포함시켰던 것이다. 사실상 1960~70년대의 반정신의학 운동은 오늘날과 같은 생물학적 정신의학이 아니라 주로 프로이트의 정신분석학적 정신의학에 저항하여 나타났던 게 이런 맥락에서 이해될 수 있다.

미국정신의학협회가 개발한 ‘정신장애진단통계편람(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: 약칭 DSM)’은 미국에서 그리고 나중엔 국제적으로 정신장애를 진단하는 데 있어 시금석이자 공식적 “성경”과 같은 역할을 하게 되었다. 1952년에 발간된 DSM-I과 1968년에 발간된 DSM-II는 당시 미국 정신의학의 지배적 패러다임이었던 심리사회적 모델(정신분석학과 사회학적 사유에 영향을 받은)에 따라 만들어졌다(Wilson, 1993; Mayes & Horwitz, 2005; 레인, 2009). 그러나 이 모델은 정신적 질환자와 정신적 건강자를 명확히 구분하는데 실패했기 때문에 1970년대에 이르자 정신의학의 정당성에 위기를 초래하였다.³⁾ 바로 이 위기를 해결하기 위하여 1980년에 발표된 DSM-III는 증상의 체계적 분류만을 명시적인 목적으로 하면서 병인(etiology)에 대해서는 의도적으로 중립적인 자세를 취했지만, 결과적으로 정신장애에 대하여 두뇌 중심의 신경생물학적 모델을 위한 인식적 토대를 깔아주고 약물에 기초한 치료기법을 크게 촉진하는 역할을 하였다. 한마디로 정신의학의 패러다임 혁명이 일어난 것이다. DSM-III의 이러한 접근은 이후 1994년에 발표된 DSM-IV와 2013년에 발표된 DSM-V에서도 큰 변화 없이 이어져 왔다.

DSM-III에 의한 패러다임 변화는 또한 의료화의 양적 확대를 수반하였다.

3) 정신분석학에서는 정신장애의 증상들이 각각 어떤 진단적 실체가 있는 것이 아니라 하나의 기본적인 심리사회적 과정으로 환원될 수 있는데, 그것은 개인이 그의 환경에 적응하는 데 실패한 것에서 모든 증상들이 비롯되었다고 보는 것이다. 따라서 개인의 전체 퍼스낼리티와 생애 경험의 맥락에서 증상을 해석한다. 이렇게 보면 모든 사람은 정도의 차이는 있겠지만 이런 장애를 지니고 있으며 따라서 정신적 건강자와 정신적 질환자를 확연하게 구분하는 경계선이란 없다. 정신분석학의 이러한 입장은 정신의학이 지나치게 주관적이고 의학적으로 비과학적이라는 비판을 받게 만들었다(Mayes & Horwitz, 2005: 250).

DSM-I에서 정의된 정신장애는 약 100개였고 DSM-II에서는 180개 정도였지만, DSM-III에서는 이것이 265개로 급증하고 DSM-IV에서는 다시 350개로 증가하였다(Rose, 2007b: 198~199). 이것은 점점 더 많은 인간행동의 범주들이 정신장애로 진단되는 길을 열어준 것을 의미한다. 여러 연구자들이 지적하였듯이, 정신의학적 진단은 반드시 객관적 상태의 지표라기보다는 사회정치적 요인에 의해 영향을 받는 협상적 상호작용의 산물로 보는 것이 더 타당하다(Kutchins & Kirk, 1997). 즉 DSM에서 장애로 정해지는 것은 정신의학 전문직, 제약산업, 건강보험회사, 소비자/환자 단체, 과학의 현 수준 등의 종합적 영향을 반영하는 것으로 볼 수 있다. 행동이나 인지와 관련된 진단은 종종 논란과 논쟁에 싸이지만, DSM에 포함된다는 것은 해당 상태가 정신장애라 공식적으로 인정된다는 것을 뜻한다. 비록 DSM이 의료화된 모든 인간 상태나 행동을 결코 포함하는 건 아니지만, 그것은 적어도 정신장애의 공식적인 진단을 집적해놓은 것이라고 할 수 있다.

위에서 살펴본 바와 같이 정신장애에 대한 의료화는 19세기 초부터 진행되어 왔으며, 20세기 중반에 미국정신의학협회의 DSM 발간으로 그것은 공식적 인정의 형태를 띠게 되었을 뿐만 아니라 그 범위가 크게 확대되었다.⁴⁾ 그러면 과연 정신장애에 대하여 생의료화 이론에서 주장하는 바와 같은 의료화로부터 생의료화로 이행은 전개되어 왔는가? 이미 지적하였다시피 생의료화는 (1)생명정치적 경제로의 이행, (2)건강 자체와 위험·감시 생의학에 대한 새로운 강조, (3)생의학의 기술과학화, (4)생의학 지식의 변형, (5)몸과 정체성의 변형이란 다섯 가지 핵심적 과정을 포함한다. 따라서 정신장애의 생의료화 여부는 과연 정신의학 분야에서 이 다섯 가지의 변화는 일어나고 있는가 살펴봄으로써 판단할 수 있을 것이다.

4) 에드워드 쇼터는 그의 유명한 저서 <정신의학의 역사>에서 어떻게 정신의학이 수용소의 시대로부터 탄생하여 초기 생물정신학을 거쳐 정신분석학으로, 그리고 다시 생물정신의학의 부활로 이행해 왔는지를 흥미진진하게 서술해주고 있다(쇼터, 2009).

첫째, 생명정치적 경제의 측면을 살펴보자. 정신장애를 질병 또는 질환으로 현대 정신의학이 개념화하는 것은 최근 20~30년 동안 유전적 또는 생물학적 요인들과 생리학적 메카니즘의 증거(두뇌 스캔, 혈액 수준, 약물치료에 대한 반응이 제시하는)를 통해 점점 더 지지를 받게 되었다. 미국의 국립정신건강 연구소(National Institute of Mental Health)는 정신장애를 신경회로의 역기능으로 정의하는 것을 전제로 한 연구를 꾸준히 진흥해 왔다(Bruce & Raue, 2013). 정신장애의 이러한 신경생물학적 모델은 무엇보다 약물을 통한 정신치료의 가능성을 시사함으로써 이러한 약물을 개발 및 생산하는 제약산업의 엄청난 성장을 촉진하였다. 예컨대 1987년 프로작의 판매로부터 시작된 항우울제의 세계적 시장규모는 2004년에 105억 달러였고 2018년엔 134억 달러에 이를 것이라 전망되고 있다.⁵⁾ 이것은 정신약물의 생산이 이미 거대한 경제적 산업이 되었다는 것을 의미한다.

둘째, 의료 전반을 보자면 20세기 전반기에는 생물학적으로 결합있는 개인들을 제거하고 바람직한 특징을 지닌 개인들의 재생산을 장려하는 우생학적 통치가 강조되었던 반면에, 20세기 후반기부터는 건강의 위협이 있는 개인들을 사전에 밝혀내고 예방적 개입을 취하는 위협의 통치가 중요해졌다고 할 수 있다(Rose, 2007b: 70~71). 특히 1990년대 휴먼게놈프로젝트 이후에는 유전적 감수성(genetic susceptibility)을 측정하는 것이 이러한 위협의 평가와 관리에서 중요한 기술이 되었다. 정신의학에서도 정신장애가 나타날 위험, 폭력적 행위를 저지를 위험 등을 포함한 정신적 위협의 예측을 위해서 신경과학에 기대를 거는 경향이 점점 더 커지고 있다. 두뇌 영상의 이미지와 신경과학 실험의 데이터 등을 통해 이러한 위협의 예측과 예방적 개입을 추구하는 시도들이 최근 꾸준히 나타나고 있는 건 사실이지만, 현재 신경과학의 발전 수준으로 볼 때 아직 그러한 시도들의 성공 여부는 불확실하다고 할 수 있다(Rose & Abi-Rached, 2013: 227).

5) 약업신문, 2012년 11월 30일자. <http://www.yakup.com/news/index.html?mode=view&cat=16&nid=158447>

셋째, 정신의학 분야에서도 기술과학화는 주요 추세로 분명히 대두하여 왔다. 1980년대 이후 정신의학이 심리사회적 모델로부터 신경생물학적 모델로 이행했다는 점은 이미 언급했지만, 최근에는 이것이 유전학과 유전체학의 영향을 받을 뿐만 아니라(Shostak, Conrad & Horwitz, 2008) 정보과학의 영향을 깊게 받게 되었다는 점(Orr, 2010)을 주목할 필요가 있다. 이것은 로즈가 말한 ‘임상의학적 시선’으로부터 ‘분자적 시선’으로의 이행이 정신의학에서도 실현되고 있음을 나타낸다고 보인다.

넷째, 지식 및 정보의 생산과 유통 면에서 정신의학도 큰 변화를 경험해 왔다. 우울증, 불안장애, 외상후 스트레스장애, 주의력결핍 과잉행동장애 등에 대한 지식과 정보는 이미 다양한 미디어를 통해 사회에 널리 확산되어 왔다. 특히 미국과 뉴질랜드에서는 DTCA를 통해 정신장애와 정신약물에 대한 정보가 전문적 의사를 통하지 않고 소비자들에게 직접 제공되고 있다. 따라서 이러한 지식과 정보의 확산의 결과로 정신과 의사들의 지식·권력 역시 약화되거나 변형되고 있다.

다섯째, 통제에서 향상으로의 변화도 정신의학에서 나타나고 있다. 예컨대 항우울제가 자신의 자아를 마음대로 조정하는 “성형적 정신약물”이라는 신경윤리학자들의 초기 우려는 과장된 것이지만, 치료가 아닌 정신기능의 향상을 위해 약물을 사용하는 “인지적 향상”은 그 가능성이 큰 것으로 여겨지고 있다(Rose, 2007b: 95~104). 예컨대 주의력결핍 과잉행동장애로 진단받지 않은 학생들이 리탈린을 널리 복용한다든지, 원래 수면장애의 치료를 위해 개발된 프로비질을 주의력과 정신에너지를 높이는 데 사용하는 것이 그것이다. <신경투자>지의 발행자인 해리 트레이시의 추정에 따르면 2004년에 적어도 40개의 잠재적인 인지적 향상약물이 임상적 개발 중에 있다고 한다(같은 책: 102). 또한 정신장애에 기초하여 동일한 정체성을 지니게 된 환자/소비자들이 자신의 권리를 적극 옹호하고 쟁취하기 위해 활동을 벌이는 ‘생명사회성’ 또는 ‘생물학적 시민권’의 움직임도 활발해지고 있다. 미국의 ‘정신질환전국동맹(National Alliance for the Mentally II: 약칭 NAMI)과 영국의 정신건강자선단체인 SANE은

정신장애가 유전적 요소를 지닌 질병임을 수용하고 이러한 인정이 정신장애에 따라붙는 낙인을 줄이며 효과적 치료로 이끌어줄 것이란 입장을 취하는 환자단체들이다(같은 책: 216).

5. 평가와 합의: 생의료화 시대의 시민권

위에서 우리는 의료화 이론과 생의료화 이론 각각의 특징과 장단점을 살펴보고 난 후, 어떤 이론이 더 적실성이 있는가를 정신장애의 사례를 통해서 검토하고자 하였다. 과연 그러면 어떤 이론이 더 적실성이 있다고 판단할 수 있는가? 적어도 정신장애의 경우에 의료화는 19세기 초부터 오늘날까지 지속적으로 전개되어 온 것이 확실한 것으로 보인다. 또한 20세기 말부터 현재까지는 생의료화 이론에서 주장하는 다섯 가지의 핵심적 과정들도 대체로 관찰되며 실현되고 있는 것으로(정신장애에 대한 위험감시의 기술을 제외하곤) 보인다. 이것은 의료화가 지속적으로 관철은 되어 왔지만, 단지 의료적 영역의 양적 확대가 아니라 생의료화 이론에서 주장하는 질적 변형이 일어나고 있다는 사실을 말해주는 것이다. 따라서 필자의 판단을 말하자면, 의료화의 개념이 비록 오늘날에도 타당하고 중요하지만 그것만으로는 적절하고 충분하게 포착되지 않는 새로운 현상들을 생의료화의 개념이 포착할 수 있게 만든다고 인정할 수 있을 것 같다.

생의료화 이론을 주장하는 클라크와 그녀의 동료들은 의료화 이론을 고수하는 콘래드보다 한걸음 더 나아가서, 21세기에 변화된 것은 최신 기술과학에 따른 생의학의 새로운 조직과 실천이라고 주장하였다(Clarke et al., 2003). 이와 관련하여 생의료화 이론가들은 우리의 분석적 초점을 의료전문가의 권력과 권위를 넘어서서 의료화 과정의 능동적 참여자로서의 환자 개인들을 포함하도록 확장하고 있으며, 사실 이는 콘래드의 최근 연구(Conrad, 2005)에서도 수용되고 있는 내용이다. 이러한 논의에서 특히 적실성이 있는 것은, 우리가 단

지 거시적 변화의 흐름에만 관심 가질 것이 아니라 생의료화의 과정이 지식과 그 사용자들을 어떻게 변형하는가에 대해 세부 내용을 살펴봐야 한다는 클라크 그룹의 제안이다. 이른바 “환자/소비자/사용자”는 의료전문가의 시선과 통제의 객체(전문성과 지식의 면에서)로부터 세계에 대한 보다 능동적이고 계발된 참여자로 변형되기 때문이다(Clarke et al., 2010).

미국의 에이즈 환자단체에 대한 연구로 유명한 엽스타인 역시 이와 비슷한 취지의 주장을 하고 있다. 그는 의료화 이론과 생의료화 이론 사이의 논쟁에서 떠오르는 합의된 주요 영역 중 하나는, 환자/사용자/소비자에 초점을 둔 의료화 연구에서 미시적 및 중간적 수준의 접근들로 이동하는 것이라는 점을 부각시킨다. 그는 의료화 연구가 생의료화 관점을 수용하는 이러한 새로운 방향을 긍정하면서, “새로운 생의학 발전은 단지 하향식(top down) 접근으로는 이해될 수 없고, 그러한 발전에 대응하여 분산된 사회적 장소들로부터 출현하는 새로운 형태의 행위성, 권능화, 혼란, 저항, 책임성, 순치, 복종, 시민권, 주체성, 도덕성 등을 우리가 주시해야만 한다”(Epstein, 2008: 503)고 지적한다.

바로 이러한 점에서 생의료화 이론을 기존의 의료화 이론으로부터 구분해 주는 가장 중요한 특징 중 하나는, 환자/소비자/사용자의 개인적·집합적 정체성(또는 주체성)의 형성과 이를 기초로 한 새로운 사회운동을 가리키는 ‘생명사회성’ 또는 ‘생물학적 시민권’ 등의 개념이다. 생의료화 이론이 이런 점에 주목할 수 있었던 것은 푸코의 생명정치 개념을 현대적으로 확장시키려 노력한 래비노우나 로즈 등의 연구에 영향을 받았기 때문이다(클라크, 2014; 김환석, 2013). 생의료화 시대의 환자와 일반 시민은 단지 의료전문가(또는 제약회사)에 의해 일방적으로 조정되는 객체가 아니라, ‘생물학적인 것’과 ‘사회적인 것’이 혼합된 자신의 복합적 정체성에 기초하여 새로운 시민권을 주장하는 주체가 될 가능성이 있다는 것이다(칼롱 & 라베하리소아, 2014; 강양구 & 채오병, 2014). 더 나아가서 이러한 새로운 시민권은 생의료화를 수용하면서 그 안에서 환자운동을 벌이려는 사람들과 생의료화를 거부하면서 대안적 의료와 삶의 형태를 추구하는 사람들(이른바 ‘탈생의료화’)로 다양하게 분화될 수 있

다. 그 어느 쪽이든 이는 생의료화 시대에는 생명정치가 보다 역동적으로 전개되고 ‘생물학적 시민권’이 중요한 정치적 쟁점이 될 수 있다는 사실을 함축하고 있다.

생의료화 시대를 특징짓는 이러한 생물학적 시민권은 비단 의료 분야뿐만 아니라 생명과 관련이 되는 다른 분야들--식품, 환경, 재난·안전 등--에도 폭넓은 중요성을 갖는다. 최근 국내에서 발생한 비극적 재난 사고인 세월호 사건에도 생물학적 시민권의 개념은 적지 않은 함의를 던져준다고 생각된다. 생물학적 시민권의 개념을 처음 제기한 인류학자 페트리나는, 체르노빌 핵발전소 사고의 피해자들이 국가가 시민들의 생물학적 안녕을 보호할 의무가 있다는 근거에서 보상을 요구하며 벌였던 캠페인을 민족지 방법으로 연구하였다(Petryna, 2002). 이와 같이 대규모의 재난과 안전 사고로 인해 신체적·정신적 피해를 입은 사람들의 실제 상태와 집합적 정체성의 형성과정은 생의료화 시대의 중요한 연구과제가 될 수 있다. 세월호 사고로 인해 사망이나 부상 등 신체적 피해를 입은 사람들의 경우는 비교적 눈에 잘 띄고 피해 정도를 측정하기 용이하기 때문에 국가에 대하여 보상을 요구하기도 상대적으로 쉬운 편이다. 하지만 외상후 스트레스장애 등 정신적 피해는 실제로 고통이 심각할 수 있음에도 불구하고 눈에 잘 안 띄고 측정하기도 힘들기 때문에 제대로 치유되거나 보상을 요구하기도 힘들 것이라 생각된다.

따라서 세월호 사고의 피해자들에 대한 의료사회학적 또는 과학기술학적 연구는 단지 신체적 피해만이 아니라 정신적 피해에 대하여서도 심층적 분석을 할 필요가 있다. 이들이 공통의 사고로 인한 피해를 통해 어떻게 집합적 정체성을 형성해나가며 이를 바탕으로 과연 체르노빌 사건의 경우처럼 생물학적 시민권을 쟁취하는 것이 가능할지 여부를 탐구하는 것은 학문적으로뿐만 아니라 실천적으로도 매우 중요한 의미를 갖는다. 마치 40여 년 전에 만들어진 ‘의료화’의 개념이 학계와 사회에 널리 확산되어 현실의 분석과 실천적 방향의 모색에 커다란 영향을 미쳤듯이, ‘생의료화’와 ‘생물학적 시민권’의 개념도 21세기에 그에 못지 않게 확산되어 널리 영향을 미친다면 의료사회학과

과학기술학은 보다 건강하고 안전한 세계를 형성하는 데 결코 작지 않은 기여를 하게 될 것이라고 말할 수 있다.

□ 참고 문헌 □

- 강양구 · 채오병 (2014), 「21세기 생명정치와 시민권의 변동」, 김환석 편저, 『생명정치의 사회과학』, pp. 261-289, 알렙.
- 김환석 (2013), 「생명정치의 사회과학, 어떻게 할 것인가」, 『경제와 사회』, 통권 제97호, pp. 13-38.
- 미셸 칼롱 · 볼로로나 라베하리소아 (2014), 「신생 우려집단의 정치·경제생활 관여의 증가」, 김환석 편저, 『생명정치의 사회과학』, pp. 167-213, 알렙.
- 아델 클라크 (2014), 「생의료화의 개념」, 김환석 편저, 『생명정치의 사회과학』, pp. 43-51, 알렙.
- 에드워드 쇼터, 최보문 번역(2009), 『정신의학의 역사: 광인의 수용소에서 프로작의 시대까지』, 바다출판사.
- 카우시크 순데르 라잔, 안수진 번역 (2012), 『생명자본: 계급 이후 생명의 구성』, 그린비.
- 크리스토퍼 레인, 이문희 번역 (2009), 『만들어진 우울증: 수줍음은 어떻게 병이 되었나?』, 한겨레출판.
- Bell, S. E. and Figert, A. E. (2012), "Medicalization and Pharmaceuticalization at the Intersections", *Social Science & Medicine*, Vol. 75, pp. 775-783.
- Brown, P. and Zavestoski, S. eds. (2005), *Social Movements in Health*, Oxford: Blackwell Publishing.
- Bruce, M. L. and Raue, P. J. (2013), "Mental Illness as Psychiatric Disorder", in Aneshensel, C. S. et al. eds., *Handbook of the Sociology of Mental Health*, Second Edition, pp. 41-59, New

York: Springer.

- Burri, R. V. and Dumit, J. eds., (2007), *Biomedicine as Culture: Instrumental Practices, Technoscientific Knowledge, and New Modes of Life*, London: Routledge.
- Clarke, A. et al. (2003), "Biomedicalization: Technoscientific Transformations of Health, Illness, and U.S. Biomedicine." *American Sociological Review*, Vol. 68, No. 2, pp. 161-194.
- Clarke, A. et al. eds.. (2010), *Biomedicalization: Technoscience, Health, and Illness in the U.S.*, Durham & London: Duke University Press.
- Clarke, A. and Shim, J. (2011), "Medicalization and Biomedicalization Revisited: Technoscience and Transformations of Health, Illness and American Medicine", in Pescosolido et al. eds., *Handbook of the Sociology of Health, Illness, and Healing*, pp. 173-199, New York: Springer.
- Conrad, P. (1975), "The Discovery of Hyperkinesis: Notes on the Medicalization of Deviant Behavior", *Social Problems*, Vol. 23, pp. 12-21.
- Conrad, P. (1992), "Medicalization and Social Control", *Annual Review of Sociology*, Vol. 18, pp. 209-232.
- Conrad, P. (2005), "The Shifting Engineers of Medicalization", *Journal of Health and Social Behavior*, Vol. 46, pp. 3-14.
- Conrad, P. (2007), *The Medicalization of Society: On the Transformation of Human Conditions into Treatable Disorders*, Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Conrad, P. and Schneider, J. (1980), *Deviance and Medicalization: From*

- Badness to Sickness*, St. Louis: Mosby.
- Conrad, P. and Slodden, C. (2013), "The Medicalization of Mental Disorder", in Aneshensel, C. S. et al. eds., *Handbook of the Sociology of Mental Health*, Second Edition, pp. 61-73, New York: Springer.
- Crossley, N. (2006), *Contesting Psychiatry: Social Movements in Mental Health*, London: Routledge.
- Epstein, S. (2008), "Patient Groups and Health Movements", in Hackett, E. et al., *The Handbook of Science and Technology Studies*, Third Edition, pp. 499-539, Cambridge, Massachusetts: The MIT Press.
- Figert, A. (2011), "The Consumer Turn in Medicalization: Future Directions with Historical Foundations", in Pescosolido et al. eds., *Handbook of the Sociology of Health, Illness, and Healing*, pp. 173-199, New York: Springer.
- Foucault, M. (1963), *Birth of the Clinic*, New York: Pantheon.
- Foucault, M. (1965), *Madness and Civilization*, New York: Random House.
- Foucault, M. (1978), *The History of Sexuality*, Vol. 1, New York: Pantheon.
- Fox, R. C. (1977), "The Medicalization and Demedicalization of American Society", *Daedalus*, Vol. 106, No. 1, pp. 9-22.
- Freidson, E. (1970), *Profession of Medicine: A Study of the Sociology of Applied Knowledge*, New York: Dodd, Mead and Company, Inc.
- Gibbon, S. and Novas, C. eds. (2008), *Biosocialities, Genetics and the Social*

- Sciences: Making Biologies and Identities*, London: Routledge.
- Halpern, S. (1990), "Medicalization as a Professional Process: Postwar Trends in Pediatrics", *Journal of Health and Social Behavior*, Vol. 31, No.1, pp. 28-42.
- Illich, I. (1975), *Limits to Medicine: Medical Nemesis*, London: Marion Boyars.
- Kleinman, A. (2012), "Medical Anthropology and Mental Health: Five Questions for the Next Fifty Years", in Inhorn, M. C. and Wentzell, E. A. eds., *Medical Anthropology at the Intersections*, pp. 178-196, Durham: Duke University Press.
- Kuhlmann, E. (2009), "From Women's Health to Gender Mainstreaming and Back Again: Linking Feminist Agendas and New Governance in Healthcare", *Current Sociology*, Vol. 57, No. 2, pp. 135-154.
- Kutchins, H. and Kirk, S. A. (1997), *Making Us Crazy: DSM: The Psychiatric Bible and the Creation of Mental Disorders*, New York: Free Press.
- Laing, R. D. (1960), *The Divided Self*, London: Tavistock.
- Laing, R. D. (1961), *The Self and Others*, London: Tavistock.
- Mayes, R. and Horwitz, A. V. (2005), "DSM-III and the Revolution in the Classification of Mental Illness", *Journal of the History of the Behavioral Sciences*, Vol. 41, No. 3, pp. 249-267.
- McCrea, F. (1983), "The Politics of Menopause: the 'Discovery' of a Deficiency Disease", *Social Problems*, Vol. 31, pp. 111-123.
- Metzl, J. M. and Herzig, R. M. (2007), "Medicalisation in the 21st

- Century: Introduction", *The Lancet*, Vol. 369, pp. 697-698.
- Orr, J. (2010), "Biopsychiatry and the Informatics of Diagnosis: Governing Mentalities", in Clarke, A. et al. eds.. *Biomedicalization: Technoscience, Health, and Illness in the U.S.*, pp. 353-379, Durham & London: Duke University Press.
- Petryna, A. (2002), *Life Exposed: Biological Citizen after Chernobyl*, Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Rose, N. (2007a), "Beyond Medicalisation", *The Lancet*, Vol. 369, pp. 700-702.
- Rose, N. (2007b), *The Politics of Life Itself: Biomedicine, Power and Subjectivity in the Twenty-First Century*, Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Rose, N. and Abi-Rached, L. M. (2013), *Neuro: the New Brain Sciences and the Management of the Mind*, Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Rose, N. and Novas, C. (2005), "Biological Citizenship", in Ong, A. and Collier, S. eds., *Global Assemblages: Technology, Politics, and Ethics as Anthropological Problems*. Oxford: Blackwell.
- Rothman, D. J. (1971), *The Discovery of the Asylum: Social Order and Disorder in the New Republic*, Boston: Little Brown.
- Scott, W. (1990), "PTSD in the DSM-III: A Case in the Politics of Diagnosis and Disease", *Social Problems*, Vol. 37, No. 3, pp. 294-310.
- Scull, A. T. (1977), "Madness and Segregative Control: the Rise of the Insane Asylum", *Social Problems*, Vol. 24, pp. 337-351.

- Shostak, S., Conrad, P. and Horwitz, A. V. (2008), "Sequencing and Its Consequences: Path Dependence and the Relationship between Genetics and Medicalization", *American Journal of Sociology*, Vol. 114, No. S1, pp. 287-316.
- Sulik, G. A. (2009), "Managing Biomedical Uncertainty: the Technoscientific Illness Identity", *Sociology of Health and Illness*, Vol. 31, No. 7, pp. 1059-1076.
- Sunder Rajan, K. ed. (2012), *Lively Capital: Biotechnologies, Ethics, and Governance in Global Markets*, Durham & London: Duke University Press.
- Szasz, T. (1961), *The Myth of Mental Illness*, New York: HarperCollins.
- Williams, S. J., Martin, P. and Gabe, J. (2008), "The Sociology of Pharmaceuticals: Progress and Prospects", *Sociology of Health and Illness*, Vol. 30, No. 6, pp. 813-824.
- Wilson, M. (1993), "DSM-III and the Transformation of American Psychiatry: A History", *American Journal of Psychiatry*, Vol. 150, No. 3, pp. 399-410.
- Zola, I. (1972), "Medicine as an Institution of Social Control", *Sociological Review*, Vol. 20, pp. 487-504.

논문 투고일 2014년 5월 28일
논문 수정일 2014년 6월 20일
논문 게재 확정일 2014년 6월 20일

□ ENGLISH ABSTRACT □

From 'Medicalization' to 'Biomedicalization': the Case of Mental Disorder

Hwan-suk Kim

Over the last forty years, the dominant perspective of social science on medicine has been the *medicalization* theory. It indicates the social process of expanding power of medical professionals by (re)defining the problems which were treated as non-medical phenomena(e.g. homosexuality, alcoholism, obesity, etc.) into "diseases" and thus the spheres of medical intervention. Meanwhile, rapid technoscientific changes in the medical field owing to the diffusion of biological sciences and information technologies since the mid-1980s and the accompanying emergence of new social arrangements such as bioeconomy and biological citizenship have led to the rise of a new social scientific perspective called the *biomedicalization* theory. This paper attempts to compare the two theories and assess their merits and demerits as a basic work to deepen the understandings of sociology and STS on contemporary medicine. And it also attempts to analyze their relative relevance through the case of mental disorder. The analysis on the case of mental disorder clearly shows that the medicalization in that area seems to have continuously proceeded since the early 19th century to the present. Furthermore, it also seems true that the five central processes of biomedicalization(except for risk surveillance technologies of mental disorder) have been observed and realized since the late 20th century. These results indicate that although medicalization has consistently proceeded, it has not been limited to the quantitative expansion of the medical field but been extended to the qualitative transformation asserted by the

biomedicalization theory. Therefore, while the concept of medicalization is valid and significant even today, we can recognize that the concept of biomedicalization allow us to capture the new phenomena which cannot be properly and sufficiently captured by that of medicalization.

Key terms

medicalization, biomedicalization, control, transformation, mental disorder, biopolitics, biological citizenship