의철학연구

제20집 2015 겨울

논 문

○ 캉귈렘의 의철학에 근거한 고혈압에 대한 철학적 반성 ····· 한희진 · 국준희 3
○ 질병서사와 치유에 관한 생명-사회-인문학 가설 ····· 강신익 35
○ 푸코의 질병의 공간화와 중동 호흡기 증후군 ····· 이민구 · 홍세연 65
○ 의료인과 비의료인 구분에 대한 소고 ····· 윤태욱 87
○ 의철학 3대 논쟁점의 재구성 ····· 최종덕 125

서 평

○ 『實驗醫學方法論』 ····· 박찬웅 177

부 록

· 2015년 후반기 한국의철학회 소식 ····· 191
· 한국의철학회 회칙 ····· 192
· 한국의철학회 연구윤리 규정 ····· 195
· 『의철학연구』 편집위원회 규정 ····· 201
· 『의철학연구』 투고 규정 ····· 204
· 『의철학연구』 심사 규정 ····· 210
· 학회 로고 ····· 215
· 학회 임원 ····· 217

한 국 의 철 학 회

의철학 3대 논쟁점의 재구성[*] [**]

- 의철학 교과서를 위한 철학적 기초

최 종 덕(상지대학교 교양과, 과학철학)

【주요어】 의철학 교과서, 의학적 존재론, 질병 정의, 의철학의 고유성, 생의학 모델과 인본의학 모델

【요약문】 의철학의 내용은 의학의 문제를 철학적으로 해석하는 주제영역과 의철학의 기본적인 논리와 범주를 다루는 기초영역을 포함한다. 이 논문은 이 중에서 의철학 교과서의 내용 중에서 한 축인 기초영역에 대한 것이다. 의철학의 기초영역 부분은 지나온 40년 동안 부어스. 펠리그리노, 카플란, 커닝엄, 울프와 슈바르츠, 카셀과 잉겔하르트, 마컴과 킹 등 대표적인 의철학자들에 의해 연구되어 왔다. 이 연구논문의 목적은 그 많은 기초영역의 연구들을 의철학 교과서에 어울리도록 재구성하는 데 있다. 필자는 기초영역을 1) 의철학의 고유성 여부 논쟁, 2) 질병 정의에 대한 논쟁, 3) 인본의학 모델의 가능성 논쟁의 이론들로 재구성했다. 첫째 이 연구는 의철학이 고유한 영역으로 가능하지를 묻는 지나온 논점들을 정리해서 다루었다. 둘째 의학적 존재론에 해당하는 것으로서 질병에 대한 여러 가지 설명과 규정, 혹은 정의에 대한 많은 논쟁점을 다양한 관점에서 객관적으로 전개했다. 셋째 의학적 가치론과 인식론을 포함한 논점으로서 과학주의 의학과 인본주의 의학 사이에서 그 차이와 통합가능성을 다루었다. 이 연구가 의철학의 새로운 논점을 창조적으로 제시하거나 기존의 논쟁점을 새로운 방식으로 해결하는 것은 아니다. 단지 기존의 논점들을 새로운 범주로 재구성함으로써 의철학 인식체계의 지식지도를 제공하고자 기대한다.

* 접수일자: 2015.12.15, 심사완료일자: 2015.12.17, 게재확정일자:2015.12.21.

** 이 논문에 대한 문제 지적과 보완점을 제시해 주신 심사위에 감사드리며, 준비과정에서 〈한국의철학회〉 회원들의 도움이 컸음을 알립니다.

1. 의철학 교과서의 방법론과 영역

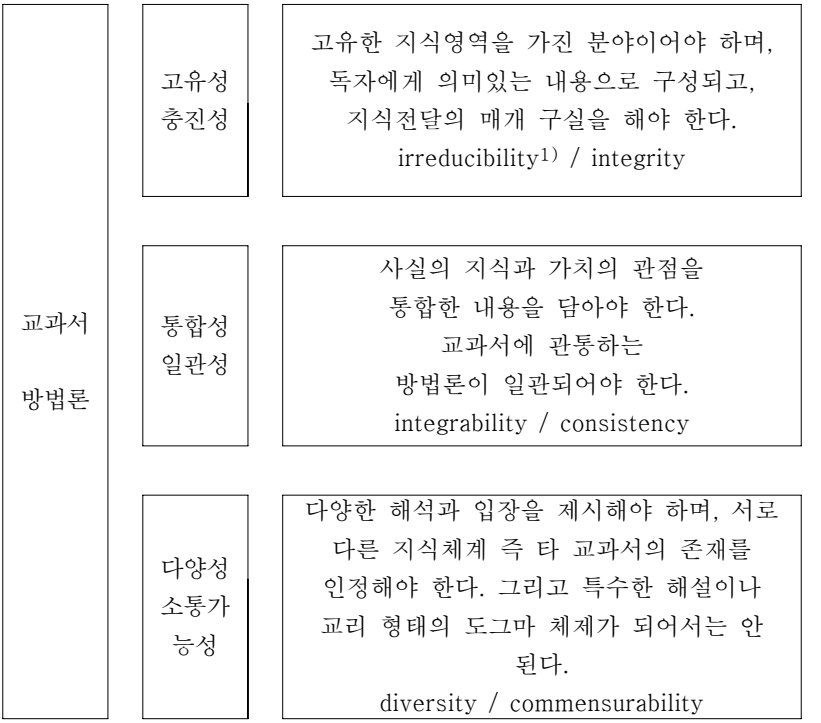
1) 의철학 교과서의 영역

의철학 교과서는 의학적 문제들을 철학적으로 해석하는 내용과 그런 내용을 담아내기 위한 철학적 논리와 범주의 내용을 포괄해야 한다. 철학적 내용부분을 의철학의 주제영역이라고 하고, 논리와 범주를 다루는 부분을 의철학의 기초영역이라고 말하고자 한다. 이 연구는 의철학의 기초영역에 대한 다양한 논점과 이론을 논거하여, 이러한 논점과 이론들이 의철학 교과서로 편입되기 위하여 어떻게 정리되고 재구성되며 또한 범주화될 수 있는지 제시하는 것을 목표로 한다.

2) 의철학 교과서의 조건과 방법론

의철학의 주제로 된 교과서가 만들어 지기 위하여 몇몇 의미있는 기준과 그에 따른 방법론이 요청된다. 첫째 의철학이 고유한 지식영역을 가진 학문분야인지를 확인해야 한다. 둘째 고유한 지식영역을 가지려면 의철학 교과서가 담고 있는 지식체계가 인간과 세계가 무엇인지를 묻는 고유한 질문방식을 포함하고 있어야 한다. 교과서는 지식의 대답이 아니라 지식이 무엇인지를 묻는 질문체계이다. 다시 말해서 교과서는 자신의 대답을 통해서 지식의 완결성을 제시하는 것이 아니라 독자 혹은 지식후속세대 세대가 해당 교과서를 공부하고 그들 스스로의 지식이 확장될 수 있도록 매개하는 구실을 해야 한다. 셋째 고유한 질문방식을 가지려면, 그러한 질문방식은 그에 대한 대답이 가시적이고 정량적이고 객관적인 지식의 증대를 기대하고 묻는 방법론과 정성적이지만 삶의 가치와 관점(세계관)의 변화를 기대하고 묻는 방법론을 통합적으로 포용하고 있어야 한다. 넷째 고

유한 지식영역을 가져야 하지만 그런 지식체계를 해석하는 데 있어서 다양한 해석과 입장을 보어 주어야 하며, 나아가 동일 지식영역 안에서 서로의 소통을 중시하며 서로 다른 타 지식체계를 인정해야 한다. 다섯째 교과서는 공공성 있는 지식전달을 목적으로 해야 한다. 그래서 교과서는 저자의 특수한 주장을 담은 해설서나 도그마를 담은 경전으로 되어서는 안 된다.



1) 원어 “irreducibility”는 ‘다른 무엇으로도 환원될 수 없음’의 뜻이다. 이는 의철학 고유의 영역이 가능하다는 논지를 주장하는 학자들의 일반적인 표현이다. 그래서 이를 비환원성이나 역환원불가성으로 번역하면 오해를 가져올 수 있으므로 ‘고유성’으로 번역했다.

3) 한국에서 의철학 연구의 흐름

이 연구는 의철학 교과서에 기본적으로 도입되어야 하는 기초적인 논의들, 즉 부어스. 펠리그리노, 카플란, 커닝엄, 울프와 슈바르츠, 카셀과 잉겔하르트, 마컴과 킹, 등 지난 40년간 서구 관련학자들의 성과들을 분석하고 정리하며 이를 재구성하는 작업을 한다. 더욱이 한국의 의철학 교과서는 한국의 관련학자들의 연구결과들을 면밀히 검토하는 일도 더없이 중요하다. 이 연구는 국내 관련 연구들을 종합하고자 노력했다.

권상옥과 강신익은 『의철학연구』에 실었던 자신들의 연구논문을 통해서 의철학에 대한 개념적 정의와 지성사적 맥락을 기술했다.[2] 여인석과 황임경 그리고 반덕진과 에반스(H.M. Evans), 그리고 최종덕도 같은 학술지에서 각각 의철학을 설명하는 다양한 논점들을 제시했다.[3] 2006년 한국의철학회 창립 이전에 이미 한국에서 강신익을 중심으로 “의학철학”과 “의철학” 사이의 이름을 선택하는 논쟁은 일단락되었다. 말 그대로 이미 해소되었다. 수많은 논문에서 인용되어 왔던 펠리그리노의 유명한 의철학 구획은 한국에서도 권상옥에 의해 여러 차례 논의된 적이 있었다.[4] ‘의학의 철학’(of)인지 혹은 ‘의학에서의 철학’(in)인 아니면 ‘의학과 철학’(and) 인지를 잘 따지는 것은 의미분류의 차원을 떠나서 의철학의 의미를 선명하게 해주는 논리적 수순이었다고 보는 것이 타당하다. 이 점에서 강신익은 ‘의철학’이라는 새로운 이름이 한국의 지식풍토에 가장 잘 맞는 것이라고 주장했다. 왜냐하면 한국 의학에서는 한의학이라는 독특한 영역이 존재하고, 한의학의 담론을 무시한 채 한국 의학에 관한 철학이 성립될 수 없다고 보았기 때문이다. 의학과 철학 관련 학자들이 논의해온 의철학이란 ‘의학의 철학’과 ‘의학에서 철학’ 및 ‘의학과 철학’의 세 범주를 포함할 뿐만이 아니라, 한국에서 한의학 관련

2) 권상옥(2008). ; 강신익(2008)
3) 여인석(2006). ; 황임경(2007). ; 반덕진(2007). ; Evans(2009)
4) 권상옥(2008b)

고유의 지식범주를 창출한 박석준과 나선삼, 곽노규 등이 주장해 온 '한의학의 철학'을 포함한다.[5)]

이런 역사적 맥락을 따라 본 연구는 의철학에서 다뤄질 수 있는 주제들을 병렬적으로 범주화한다. 의철학 안의 가능한 주제들을 범주화함으로써 의철학의 논제들을 철학적으로 사유하고 임상적으로 활용할 수 있는 인식론적 가이드라인을 마련하려는 것이 이 연구의 방법론적 시도이다. 이렇게 의철학과 관련한 주제들을 범주화하고 인식론적 논제들을 유형화하는 작업은 한국의철학회 공동으로 기획하고 의철학 교과서 공동저술을 위한 우회적인 목표를 가지고 있다. 의철학 교과서가 성립되기 위하여 필요한 조건들을 먼저 따져보면서, 그러한 조건들이 의철학 영역에서 어떻게 타당한지를 하나하나씩 분석하고자 한다.

4) 의철학의 주제영역

의철학 교과서가 담아야 할 주제들은 의철학의 기본적인 질문들을 포함해야 한다. 여기서 말하는 의철학의 주제들은 유네만이 말한 의철학의 5가지 질문에 대해 시도하는 대답들로 볼 수 있기 때문에 아래처럼 유네만의 5가지 질문으로 대체할 수 있다.[6)]

① 건강과 질병이 무엇인지를 묻는 질문: 질병이 정상에서 일탈된 것이라면 그 일탈된 상황과 조건이 무엇인지를 분석한다.
② 질병을 인과적으로 어디까지, 그리고 어떻게 설명할 수 있는지에 대한 질문: 치유는 집단이 아니라 개인에게 행해지는 것이므로 설명, 인과 등의 개념도 그런 목적에 맞춰져야 한다.
③ 치유와 치료를 어떻게 결정하며 어떻게 선택하는지를 묻는 질문: 의사결정이 소위 객관성의 과학주의로 행해질 수 있는지를 기술

5) 박석준(2006a). ; 박석준(2006b). ; 나선삼(2008). ; 곽노규(2007)
6) Huneman, et al.(2015), Introduction

한다.

④ 질병들을 어떻게 분류하는지에 대한 질문: 분류의 기준이 곧 질병에 대한 정의가 되는지에 대한 사회문화적 이해와 진화생물학적 추론을 시도한다.

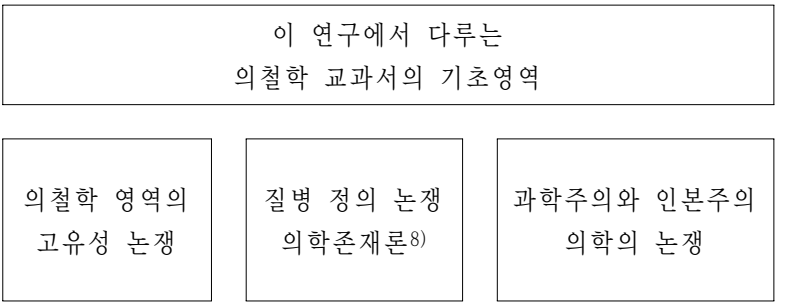
⑤ 인간을 어떻게 보아야 하는지에 대한 질문: 인간은 생물학적, 사회적, 심리적 존재이므로, 임상의학도 세계관과 역사의식으로, 사회적, 심리적, 생물학적, 화학적으로 의학적 인과성을 조명해야 한다.

5) 의철학의 기초영역

앞서 말했듯이 의철학 교과서는 주제영역과 기초영역을 다루어야 하는데, 이 연구는 그 중에서 의철학의 기초영역이 어떻게 정리되고 재구성될 수 있는지를 보여주고자 한다.[7] 의철학의 논리와 범주에 대한 기존의 논쟁점을 종합적 관점에서 다루었다. 이 연구논문에서 다루는 논리와 범주의 기초영역은 제일 먼저 의철학이 무엇인지를 묻는 질문에서 출발했다. 그리고 의철학 고유의 주제가 어떻게 가능한 것일지를 묻는 논리적 사유를 묻는 질문으로 이어진다. 이렇게 이 논문은 세 부분으로 나뉜다. 먼저 의철학 자체가 고유한 영역을 갖는 것인지를 묻는 질문을 먼저 다룰 것이다. 그 다음에 질병의 정의와 규명에 따른 다양한 의철학 논쟁점을 다룬다. 마지막으로 의철학의 두 가지 장르인 과학 장르와 인본주의 장르가 어떻게 통합될 수 있는지의 문제를 다룬다.

---

7) 의철학의 다양한 주제영역들은 하나의 논문으로 다뤄질 수 없으며 개별 주제들 하나하나에 대하여 심도 있게 연구된 많은 논문으로 나와야 할 것이다.



그 각각의 논점을 다룬 수많은 연구성과들이 국내외의 연구에서 발표되어 왔다. 그러나 그 각각의 논점들, 특히 기초영역의 논점들을 종합하여 재구성하고 새로운 범주로 재구성한 연구는 이 연구에서 처음일 것이다. 이 연구는 앞서 말했듯이 국내학자들을 포함하여 기존의 대부분의 연구성과들을 종합하도록 노력했다. 그리고 한국에 맞는 의철학 교과서의 기초영역을 포괄하는 데 목표를 두었다.

2. 의철학 고유의 영역이 존재하는 지에 대한 논쟁

1976년 미국 과학철학회(PSA)에서는 의학철학이 과학철학과 어떤 관계인지를 질문하는 심포지엄이 열렸다. 의학과 관련하여 수많은 철학적 논점들은 가능하지만, '의철학'이라는 고유한 영역이 어떻게 가능하지에 대해 의문을 해결하는 자리였다. 의학 안에서 의철학의 고유한 주제가 가능한지, 가능하다면 그런 주제가 무엇인지에 관한 것이다. 의학에 관한 모든 인문사회학적 관심을 하나의 지식체계로 전환할 수 있으며, 그것이 의철학의 영역이라 하는 주장이 제기되었다. 반면 그것은 의철학의 고유성(irreducibility)이 아니라 철학

8) "의학존재론"이라는 용어는 베리 스미스(Barry Smith)가 AMIA 2009 학회에서 처음 사용했다(Scheuermann, et al., 2009).

적 인식론을 의학적 문제에 적용시킨 결과에 지나지 않는다고 했다. 철학적 인과론, 철학적 추론, 철학적 존재론의 문제들을 개별 과학에 적용시킨 것에 지나지 않는다고 한 것이다. 이럴 경우 의철학은 과학철학의 한 지류에 국한될 것이다.[9)]

의철학은 건강과 질병이라는 의학의 고유한 문제를 철학적으로 접근하는 고유한 영역을 가지고 있다고 주장한다. 그러나 이런 주장들 사이에서도 건강과 질병에 관한 인문학적 소재를 제외하면 의철학의 영역에 특별한 것이 없고, 빈약하다는 문제가 제기되었다. 의철학의 고유한 영역이 없다는 강한 반론에는 건강과 질병에 관한 주제조차도 생물철학 안에서 소화될 수 있으며, 혹은 의료윤리 영역과 겹치는 부분이 대부분이라는 입장을 포함했다. 이와 관련하여 몇몇 입장들을 정리하면 아래와 같다.

1) 의철학의 고유한 영역은 없었지만 앞으로는 가능하다는 입장

의철학 고유영역을 부정하는 대표적인 사람은 쉐퍼이다. 의학과 철학 사이에는 겹쳐지는 영역이 따로 없으며, 단지 의학적 문제와 철학적 문제가 있을 뿐이라고 쉐퍼는 말한다.[10)] 쉐퍼는 나아가 의학철학이 특별히 별개로 연구해야 할 고유한 영역도 없다고 단정한다.[11)]

쉐퍼와 비슷한 태도를 갖는 이는 카플란이다. 카플란 역시 의철학 고유의 영역을 인정하지 않으며 의철학은 과학철학의 하위영역으로만 간주한다. 그럼에도 불구하고 의철학의 분야를 인정한다. 의철학 고유의 영역이 없다고 해도 의철학 분야의 논거를 무시할 수는 없다는 입장이다. 의철학은 철학적 인식론의 사유도구를 통해서 의학적 문제를 재조명할 수 있으며, 윤리적 틀을 통해서 의료 난제를 푸는

9) Engelhardt(1986a), p.7
10) Shaffer(1975), pp.215-216
11) Shaffer(1975), p.218

데 도움을 줄 수 있기 때문에 바로 그런 점에서만 겨우 의철학의 존재가 인정된다는 것이다. 그러나 카플란은 의철학이 의철학만의 고유영역을 가지고 있지 못하므로 의철학의 존재를 인정하기엔 이르다고 했다.[12)]

카플란은 어떤 학문분야가 그 고유영역을 가지기 위하여 필요조건으로 다음의 세 가지를 들었다. 첫째, 해당 영역의 개념은 동일계열의 다른 영역의 개념들로 연결될 수 있어야 한다. 예를 들어 물질을 보는 관점에 따라 물리학의 개념이 있고, 화학의 개념이 있으며, 천문학과 생물학의 개념이 별도로 존재하지만 그 사이에는 환원이나 조화의 관계로 상관성을 지닌다. 반면 의철학은 고립된 지식의 섬(intellectual island)과 같다고 했다. 둘째, 고유영역이 가능하려면 그 영역만의 핵심 교과서를 필요로 한다.[13)] 그런데 카플란이 보기에 의철학은 고유의 교과서와 같이 독립된 학문적 체계를 갖추고 있지 못하다. 셋째, 고유한 영역이 되려면 그 나름대로의 문제와 퍼즐, 지적 도전들을 가져야 한다.[14)] 의철학은 질병과 건강 개념 외에 이런 기준을 맞추고 있지 못하다. 그래서 카플란이 보기에 의철학은 고유한 지식 영역이라고 볼 수 없다는 것이다. 이와 연관하여 한국의 의철학 교과서를 만드는 공동작업에서 카플란이 제시한 교과서 요건은 의미있는 성찰조건으로 여겨진다.

카플란이 주장은 비관적으로 그치지 않는다. 그는 의철학의 존재를 희망한다. 그는 의철학 영역의 고유성이 진행되고 있는 중이라고 보았다. 현재로는 의철학이 자신의 고유 영역을 차지하고 있지 못했지만 앞으로 위의 조건을 충족하기만 하면 언제든지 고유 영역을 가질 수 있다는 것이다. 마찬가지로 의철학이 그동안 과학철학의 범주에서 벗어나지 못했지만 과학철학 일반의 논제와 다른, 의철학 고유의 영역을 확장하는 것이 가능하다고 보았다. 앞서 제시했듯이 의료윤리와 생명윤리 분야에서 의철학만의 고유영역을 확장할 수 있을

12) Caplan(1992), p.69
13) Caplan(1992), p.72
14) Caplan(1992), p.73

것으로 카플란은 생각했다. 나아가 의철학은 통증과 고통 개념을 설명하거나 임상시험을 디자인하는 방식으로 의학 발전에 기여할 수 있기 때문에 그 고유영역을 가질 수 있다는 것이다.

이 점에서 울프는 카플란에 동조했다. 대부분의 임상의사는 의학 안의 철학적 요소에 대해 관심을 두지 못하는 것이 현실이다. 이런 대부분의 의사에게 의철학은 새로운 의학적 사유를 제공하는 신선한 영역으로 될 수 있다는 것이 울프의 주장이다.[15] 울프의 주장은 카플란의 입장을 지지한 것이다. 결론적으로 말해서 카플란은 의철학 고유영역이 절대로 없다는 원리적 부정을 한 것이 아니라 원리적으로는 가능하지만 아직 완성형이 아니라는 절차적 부정을 한 것이다.[16]

벨라노비치는 카플란의 입장을 더 강하게 논거했다.[17] 벨라노비치는 카플란보다 고유영역의 절차적 가능성을 크게 부각했다. 첫째, 카플란은 의철학 영역을 고립된 지식의 섬이라고 했지만 벨라노비치는 의철학의 고립성을 부정했다. 의철학도 다른 지식영역처럼 개념의 상호소통을 할 수 있다고 생각했다. 둘째, 의철학 교과서가 미비하고 아직 완성된 것은 아니지만 계속 만들어가는 작업을 해왔으며 앞으로도 진행될 것이라고 했다. 셋째, 벨라노비치 스스로 교과서 작업을 진행했다. 의철학의 비판적 문제, 의학적 설명, 의학적 인과론과 환원론 등과 이와 관련한 형이상학, 존재론, 인식론적 질문들을 목록화하면서, 주변으로부터 교과서 존재의 가능성을 인정받았다는 점이다. 벨라노비치 역시 카플란처럼 의철학이 요구하는 기준들을 곧 충족할 것이라는 다양한 논거들을 제시하면서 의철학 영역의 고유성을 확보하는 데 이를 것이라고 했다.[18]

---

15) Wulff(1992), p.85
16) Caplan(1992), p.74
17) Marcum(2008), p.6. ; Velanovich(1994), p.81
18) Velanovich(1994), p.81

2) 의철학의 고유영역이 이미 존재한다는 입장

의학철학의 고유성을 부정하는 쉐퍼의 입장을 반박하는 잉겔하르트는 의철학의 고유성을 주장한다.[19] 잉겔하르트의 논거는 두 가지 양상을 보인다. 첫째 양상은 의철학 고유의 영역이라고 말할 때 그 고유성의 기준이 무엇인지를 반성적으로 질문하는 논리적 양상이다. 고유하다는 것이 반드시 독립적이라는 뜻일 필요는 없다는 것이 그의 논거를 관통하는 논리이다. 예를 들어 철학에서 말하는 인과론이 임상의료 사례 적용할 수 있다면 그 자체로 그런 인과론 적용이 의철학의 주제가 될 수 있다는 것이다.

앞서 카플란이라면 그런 주제는 의철학 고유의 영역이 아니라 철학의 주제를 의학적 문제에 적용한 결과일 뿐이라고 대답할 것이다. 그러나 의학에서의 철학이나 의학에 관련한 철학을 굳이 의철학의 고유범주에서 빼야 할 필요가 없다는 것이 잉겔하르트의 생각이다. 그래서 철학영역에서 논의되고 있는 심신론, 윤리준거론, 인과론, 인지과학과 같은 주제를 의학적 문제에 적용시키는 지식의 전개 모두를 의철학이라고 볼 수 있다는 것이 잉겔하르트의 입장이다. 결국 잉겔하르트의 입장은 영역 고유성의 한계를 확장한 것으로 생각할 수 있다. 그래서 의철학은 의학과 연관된 형이상학, 방법론, 논리학, 인식론과 가치론을 포괄하는 논제를 가질 수 있다는 것이다.[20]

그래서 의철학은 첫째 건강과 질병과 같은 의학만의 특수한 문제를 다룬다는 점에서 의철학이 고유영역을 가지는 것이라고 말하며, 둘째 의학의 모든 문제를 철학적으로 해석하고 반영할 수 있다는 점에서 의철학이 고유영역을 가지는 것이라고 말할 수 있다. 이런 점에서 의철학은 오히려 다른 개별철학과 다르게 포괄적이며,[21] 또한 의철학은 생물철학이나 사회철학과 다른 측면을 가진다. 예를 들어 생물철학은 건강과 질병 개념을 종(species)의 문제로 해석하는 일

19) Engelhardt(1977), p.94
20) Schaffner, Engelhardt(1998), p.264
21) Schaffner, Engelhardt(1998), p.264-266

로 그친다. 반면 의철학은 건강과 질병의 개념을 종에 적용하는 일반화 적용만이 아니라 개인에까지 적용할 수 있는 개별화의 적용까지 다루는 고유성이 있다는 것이다

의철학의 고유성을 강조하는 잉겔하르트의 둘째 논거 양상은 다음과 같다. 그는 의학의 고유한 철학적 문제가 없다고 해서 의철학의 고유영역이 없다고 말하는 쉐퍼의 주장을 지나치게 경직된 본질론의 소산물임을 간파했다.[22] 그런 본질론적 주장은 의철학을 공유성 부재라는 논리로 축소시키는 취약성을 내포한다고 지적한 것이다. 잉겔하르트에서 의철학은 다양하게 흩어진 의학적 문제들을 철학이라는 시선으로 포획하는 것이지, 모든 의학적 문제에 공통적으로 공유된 본질을 철학적으로 해석하는 것이 아니다. 잉겔하르트는 이런 의철학의 영역을 클러스터 이론으로 설명했다. 비트겐슈타인의 가족유사성(family resemblance) 개념을 대신 설명하면 된다. 한 가족의 영역은 가족구성원 모두가 공유하는 본질적 성질이나 형질로 설명될 수 없다. 큰오빠와 셋째 동생은 외모가 다르지만 성격이 비슷하고, 둘째와 셋째는 키차이가 많이 나지만 얼굴 형태가 비슷하며, 첫째는 삼촌을 많이 닮았지만 둘째는 엄마를 많이 닮았다. 그들 가족 구성원 모두를 하나로 묶어주는 하나의 본질적 공통성은 없지만, 서로서로를 각기 묶어주는 여러 개의 고리 즉 클러스터 방식으로 묶어주는 성질이 있어서 그들을 가족이라고 말하는 것이다. 우리는 이런 가족의 묶음방식을 가족유사성 혹은 클러스터 집합이라고 부른다. 비트겐슈타인은 고전의 본질론 철학으로 사물을 인식하는 대신 가족유사성 개념으로 세계가 이루어져 있음을 말했다. 잉겔하르트도 비트겐슈타인의 가족유사성 혹은 포도송이 클러스터 이론으로 의철학의 영역논의를 전개했다.[23] 의철학을 규정하는 본질적 공통성에 제약받을 필요가 없다는 뜻이다. 즉 의철학의 고유영역이란 본질주의 정의방식으로 경직되게 국한되는 것이 아니라 가족유사성 방식으로 폭넓은 영역을 내포한다는 것이다.

---

22) Engelhardt, Wildes(1995), p.1683
23) Engelhardt(1986a), p.7. ; JMP 10주년 특별호

3) 부분의 합은 전체보다 크다 - 펠리그리노의 논증

(1) 범주구분

펠리그리노의 의철학적 주장은 독립된 두 가지 논지를 가지고 있다. 이 두 가지를 혼동하면 펠리그리노의 의철학 주장을 오해할 수 있다. 하나는 펠리그리노의 기본 철학인 환자중심의학이 의철학의 기초라는 존재론적 논지이다. 다른 하나는 의철학의 고유영역에 관한 것으로서 의철학의 고유영역이 존재한다는 인식론적 논지이다. 이 두 논지, 인식론적 논지와 존재론적 논지는 완전히 다른 주제는 아니지만 무작정 섞어놓으면 논증의 혼란을 야기할 수 있다. 펠리그리노는 인식론적 범주를 선명하게 구분한 후 그 다음에 존재론적 의미인 임상의학의 존재론을 그 위에 얹혀 놓겠다는 논리적 전략을 전개했다. 이 논문에서는 인식론적 범주 논지만을 다룬다.

인식론적 논지와 관련하여 펠리그리노는 의철학의 고유성 논지를 해결하는 결정적인 논증을 했는데, 그것이 바로 그 유명한 범주 규정이다. 즉 '의학의 철학'(of)이 '의학에서 철학'(in)과 '의학과 철학'(and)과 서로 다른 범주임을 말한 것이다. 그러나 의철학이 '의학에서 철학'과 '의학과 철학'의 영역을 배제해야 한다는 뜻이 아니다. 오히려 펠리그리노에서 의철학은 '의학의 철학', '의학에서 철학' 그리고 '의학과 철학' 모두를 포괄하고 있다는 것을 자주 강조한다. 이런 포괄적 의철학의 존재론적 고유성이 가능하기 위하여 미리 범주 규정에 대한 차이를 분명히 해야 한다는 것이다. 그런 점에서 그는 "의학의 철학"과 "의학에서 철학"을 구분했을 뿐이다.

(2) '의학에서 철학'(in)을 포괄하는 의철학

권상옥이 이미 밝혔듯이 '의학에서 철학'은 기존의 철학적 논증이나 주제를 의학적 문제에 적용시킨 인식론적 해명을 포함한다.[24] 권상옥은 펠리그리노에서 의학에서의 철학의 의미가 중요함을 논증했

24) 권상옥(2008), 3-18쪽

다. 예를 들어 철학에서의 비판적 반성, 변증법적 이성, 가치에 대한 재평가, 제1원리에 대한 질문 등의 전통의 철학적 사유도구에서부터 논리학과 분석적 추론도구와 윤리적 규범틀 등을 의학적 문제에 적용시키는 것을 포괄적으로 의학철학의 주제로 펠리그리노가 수용했음을 말한다. 더 구체적인 사례를 들자면, 아리스토텔레스의 본질론을 질병 분류에 적용하여 설명을 시도하거나 데카르트의 심신이원론을 현대 정신의학의 조현증 증상을 설명하는 데 사용했다면 이는 '의학에서 철학'이라고 할 수 있다. 그럼에도 불구하고 다시 말하거니와 의철학은 이런 '의학에서 철학'의 범주를 포괄한다는 것이 펠리그리노의 기본 입장이다.

나아가 의철학은 '의학과 철학'의 범주도 포괄한다. 펠리그리노와 토마스마가 보기에 의학에서 철학의 기능은 의사들이 일상의 직업행위에서 무엇을 해야 하는지에 대해 비판적으로 조명하는 중요하다고 인지했다.[25] 그러한 비판적 조명도 의학과 철학 사이에 상관성이 있음을 전제한다. 이렇게 펠리그리노에서 철학과 의학은 서로 겹치는 부분이 존재하고, 그 둘 사이에 상관성이 존재한다고 한다.[26] 『의학과 철학(The Journal of Medicne and Philosophy)』 창간호에서 펠리그리노는 그 상관관계를 강조했다. 퍼베이는 펠리그리노와 토마스마로부터 의철학의 첫 열매가 열린 것이라고 평가했는데, 퍼베이가 펠리그리노를 평가한 중요한 기준으로서, 의철학은 '의학에서 철학'과 '의학과 철학'의 범주 모두를 포괄한다는 데 있었다.[27] 펠리그리노는 철학과 의학의 상관성을 정립시키면서 그 중요성을 부각했으며, 더불어 심신론, 인지과학, 감각론, 언어 문제등의 난제들이 의학과 철학의 상관적 관계를 밝힘으로서 의철학 영역이 자체적으로 더 확장될 수 있다고 보았다.[28]

---

25) Pelligrino, Thomasma(1981a), pp.29-30
26) Pelligrino(1976)
27) Verwey (1987), A Philosopjical Basis of Medical practice
28) Pelligrino(1981), p.29

(3) 부분의 합은 전체보다 크다.

펠리그리노가 의철학을 언급한 부분들을 다시 정리하면 그가 말한 의철학은 아래처럼 정의될 수 있다. 첫째 의철학은 의학 지식과 의료에 대한 철학적 논제들을 다루는데, 그러한 의철학적 주제들에 대하여 논지전개를 분명히 하며, 추론능력을 강화하며, 가치판단과 인지판단에 대한 비판적 섬세함을 드러내는 지식의 사유시스템이다. 둘째 의철학은 의학이 무엇인지를 객관적으로 기술하려고 하며, 의료지식과 임상의 윤리학, 의학의 인식론과 형이상학적 존재론의 관점에서 그 객관적 기술을 확장한다. 이러한 펠리그리노가 말한 의철학의 정의를 기반으로 해서 의철학의 고유영역이 존재하는지 혹은 어떻게 존재하는지에 대한 논지를 다음처럼 더 전개한다.

의철학이 확장될 수 있다는 앞의 펠리그리노의 논지는 의철학의 고유영역이 존재한다는 주장으로 가는 중요한 단서가 된다.[29] 그러나 의철학의 영역을 자꾸 확장하면 단점도 드러난다. 왜냐하면 의철학의 전문성이 희석될 수 있기 때문이며, 이에 따라 의학적 문제의 원래 정체성이 약화될 수 있기 때문이다. 그러나 펠리그리노에서 그런 약점은 단점이 아니라 의철학의 특징의 하나이다. 그렇게 단점으로 보이는 특징은 의철학의 정체성을 약화하는 것이 아니라, 오히려 의철학의 비판적 반성력을 확대하는 것이라고 한다.[30]

외연의 확대도 의철학의 영역을 확대하는 것에 기여한다. 현대 의학이 자연과학에 의존되어 있지만 그렇다고 해서 자연과학의 단순한 한 지류가 아니다. 의학은 과학 의존도가 높지만, 사회적 상관도도 그 이상 높을 수 있다. 또한 개인의 심리적 상태를 고려하는 것도 의학의 중요한 영역이다. 예를 들어 건강, 질병, 병환, 죽음, 치료와 예방에 관여하는 의학만의 고유한 영역이 있다고 펠리그리노는 강하게 주장한다.[31] 그리고 의철학은 환자의 치유를 위한 인문학적 통로이며, 따라서 의철학도 고유한 영역을 가지고 있으며, 의학의 영

29) Pelligrino(1998), p.319
30) Pelligrino(1998), p.325
31) Pelligrino(1998), p.327

역이 확장되듯이 의철학의 영역도 확장된다. 의철학의 고유성은 본질적으로 고정된 영역이 아니라 확장되고 변화가능한 고유성이다.

결론적으로 의철학이 고유영역을 갖는다는 펠리그리노의 논리는 아래의 갈래를 갖는다. 첫째, 의철학은 의학과 관련된 개별분야들의 단순한 총합이 아니며, 그 이상의 의미론적 지식체계이다. 의철학은 생물학, 문학, 역사, 사회학의 기여를 인정하고 포괄하면서도, 그 각각의 학문의 철학으로 종속되지 않는 의학철학적 고유성이 있다.[32] 둘째, 의철학은 의학 자체와도 다르다. 의학철학은 의학적 현상의 개념적 실체를 정의하고 설명하기 위한 것이다.[33] 쉐퍼와 정반대로 펠리그리노의 경우 의학은 의학을 구성하는 과학들의 합 이상이라고 주장한 점이 매우 흥미로운 논증이다. 그에 따르면 의철학의 고유영역이 그 안에서 창출되는 것이다.

의철학의 고유성이 있다는 그의 논지를 채워주는 내용이 곧 그의 유명한 환자-의사 관계성 논지이다. 환자-의사의 관계성이 의학의 전체는 아니지만 중요한 의미를 가지는 요소라는 점이다. 의사의 사적 치료행위는 의학의 핵심이며, 이는 과학적 의학과 사회의학을 통해 모두 충족될 수 없다는 점을 강조한다.[34]

스탬시는 펠리그리노보다 한발 더 나아가 의철학의 과제는 의사-환자의 관계만이 아니라 환자와 의사를 포함한 인간 일반의 인간본성론을 포함해야 한다고 생각했다. 그래서 의철학의 고유성은 의료윤리, 환자-의사 관계성, 인식론과 심신론, 형이상학과 세계관은 물론 인간본성론을 포괄한 영역을 창출하는 데 있다고 했다. 스탬시의 이런 주장은 의철학의 고유영역을 확대해야 한다는 단순한 주장으로 그치는 것이 아니라, 의학을 보는 관점과 환자를 치료하는 방법에서 근시안적 태도를 탈피해야 한다는 의학적 성찰을 강조하는 데 있다.[35]

---

32) Pelligrino(1986), p.13
33) Pelligrino(1986), p.14
34) Pelligrino(2001), pp.171-177
35) Stempsey(2004), p.246

3. 질병을 어떻게 정의하느냐에 대한 논쟁

- 질병과 건강에 대한 설명과 해석들

1) 질병 분류의 철학사적 흐름

임상의학에서 진단은 질병유형과 분류(classification)를 정확히 하고 이를 통해서 개선된 치료를 목적으로 한다. 분류는 철학적으로 존재론의 역사와 밀접하다. 아리스토텔레스에 있어서 생물종의 분류는 아리스토텔레스 자신의 존재론 철학인 목적론과 본질론의 현실화 과정이었다. 아리스토텔레스 본질론이란 플라톤이 말하는 이데아가 개별 사물 안에 들어와 있는 상태를 의미한다. 이를 위해 먼저 플라톤의 이데아론을 먼저 말해야 한다. 플라톤은 세계를 존재의 세계와 현상의 세계로 나누어 보았다. 존재의 세계 안에 존재의 진리성이 내재해 있으며 현상계는 존재계의 그림자에 지나지 않는 억측의 환상일 뿐이다.

불행히도 일반적인 사람들은 그림자의 현상계에 머물고 있다. 철학자는 끊임없이 존재계를 찾아가야 한다는 것이다. 그러기 위하여 현상계 안의 개별체에서 벗어나야 한다. 진리는 개별자의 영역을 벗어나 저 멀리 존재계에 있기 때문이다. 플라톤은 그런 존재계를 이데아라고 불렀다. 예를 들어 플라톤에서 인간의 영혼은 인간의 이데아에 해당한다. 그래서 개별 생명체의 이데아에 해당하는 영혼은 개별자 밖 저 세계에 존재한다. 이데아의 영혼이 현실의 나를 지배하는 것이다. 그래서 개별 인간을 진실로 인식하기 위하여 저 세계에 존재하는 영혼을 탐구해야 한다. 그런데 저 멀리 있는 영혼을 탐구하는 일은 현상계에서 불가능하고 형이상학의 몫이 된다.

반면 아리스토텔레스에서 영혼은 개별자 인간 안에 들어와 있다. 즉 플라톤 존재론에서 말하는 이데아가 아리스토텔레스에서는 개체 안으로 들어와 있다는 뜻이다. 그렇게 개체 안으로 들어온 이데아는

아리스토텔레스 존재론에서 본질(essence)이라고 불려진다. 플라톤에서 영혼은 형이상학적 대상이지만 아리스토텔레스에서 영혼은 개체생명을 작동하게 하는 기능의 총체인 것이다. 이제 아리스토텔레스에서 구체적인 생명개체에 대한 경험과학적 탐구가 가능한 존재론적 기초가 이루어진 셈이다.

결국 아리스토텔레스에서 생명종이란 동일한 생명기능의 본질을 자기 안에 갖고 있는 개체들의 집합이다. 귀납적 방법으로 동일한 생명본질을 갖고 있는 개체들을 찾아서 거기다 이름을 붙이면 그것이 바로 생물종의 탐구결실이다. 플라톤에서는 이런 귀납적 추론은 불가능했다. 왜냐하면 플라톤의 귀납적 개체에서는 존재의 본질을 아예 찾을 수 없기 때문이다.

반면 아리스토텔레스의 존재론에서는 경험과학적 귀납추론이 가능하다. 이런 존재론적 기초 위에서 아리스토텔레스의 생물종 분류법이 가능했으며, 그 분류법은 18세기 근대 분류학자 린네가 등장하기까지 2000년이 넘는 기간 동안 생물분류법의 텍스트가 되였었다. 아리스토텔레스의 본질에 해당하는 공통성질(common quality)은 실재하지만 플라톤의 이데아처럼 저기 형이상학의 세계가 아닌 바로 현상 개별체 안으로 들어와 실재한다. 그런 아리스토텔레스의 실재(reality)를 보통 실체(substance)라 한다. 개별자 안에서도 진리를 발견할 수 있다는 아리스토텔레스 존재론 철학의 근거는 공통성질이 우연성이 아니라 실체로 존재한다는 데 있다.

그런데 18세기 린네의 생물종 분류법도 아리스토텔레스의 실체론적 철학을 그대로 계승하고 있었다. 아리스토텔레스에서 본질은 개체 안에 들어온 자연적으로 만들어진 생물종의 공통성질이고, 린네에서 본질은 신으로 부여받은 고유하게 창조된 생물종의 실체성이다. 누가 공통성을 부여했는가에 대한 차이만 있을 뿐, 린네의 분류기초론은 아리스토텔레스의 분류기초론과 같다. 아리스토텔레스의 분류법은 실체론에 기반하는 데, 이는 중세 유명론 논쟁에 불을 지폈다. 공통성이 개체 안이든 밖이든 관계없이 실제로(actually) 실재(real)한다는 입장은 전통적인 철학적 존재론으로서 플라톤이나 아

리스토텔레스의 존재론을 대변한다. 한편 개체 공통성질은 실체로서가 아니라 이름만 있을 뿐이라는 경험론적 주장들이 등장했다. 그들의 입장을 철학사에서는 유명론(nominalism)이라고 부른다. 개체나 개체군 혹은 생물종의 이름만 있을 뿐이지 개체나 생물종의 실체가 별도의 형이상학적으로 존재하는 것은 아니라는 것이다. 예를 들어 당대 교회의 가장 논쟁이었던 성부-성자-성신의 세 존재가 실은 고유한 하나의 존재일 뿐이고 이름만 셋 이라는 교리적 입장이 등장했는데, 그런 입장을 유명론이라고 말한다.

이런 유명론의 존재론은 의학사에서도 매우 중요한 의미를 가졌다. 예를 들어 뷔퐁(Comte de Buffon, 1707~1788)은 질병의 분류를 유명론으로 해석한 대표적인 귀납론자였다. 뷔퐁에게서 생명종은 이름만 있을 뿐이며 오로지 개체만이 존재한다는 것이다. 종-속-과-목로 분류된 군집은 군집의 고유한 공통성질의 실체를 갖고 있지 않다는 것이다. 단지 종-속-과-목의 이름은 생물개체를 더 잘 설명할 수 있다는 실용적인 가치를 갖고 있기 때문에 채택된 이름뿐이라는 입장이다.

뷔퐁은 생물종을 실체로 보지 않고 생물종의 공통성질을 본질로 보지 않았는데, 이와 마찬가지 생각을 질병 분류에도 적용하였다. 뷔퐁에게서 질병은 고유한 본질의 실체가 있는 것이 아니다. 그는 질병을 단정하여 분류할 수 없다는 입장을 세우면서 그런 그의 입장은 중세 유명론 논쟁에서 실재론의 대항하는 유명론에 비교될 수 있었다. 그럼에도 불구하고 당시 뷔퐁의 생각은 소수 입장에 지나지 않았다. 근세 이후의 생물종분류법과 질병분류법(nosology)도 실체론적 존재론(substantial ontology)의 그늘 아래 있었다.

질병 분류의 철학적 기초를 다루는 분야를 유네만은 분류의학(nosological medicine)이라고 했다. 유네만은 분류의학이 의학사에서 중요한 위상을 차지한다고 강조했다.[36]분류의학은 의학 존재론(medical ontology)의 구체적인 사례이다. 쇼이어만은 의학존재론을

36) Huneman et al. eds.(2015), Introduction, xii

환자의 증상으로부터 진단을 추론하고 재구성하는 철학적 기초라고 정의했는데, 그가 말한 의학존재론의 실제적인 내용은 분류의학을 통해서 더 나은 진단과 치료를 지향하는 데 있다.[37] 특히 정신의학에서 질병 분류는 중요했다. 개인마다 다르게 드러나는 정신적 고통과 통증이 어디까지 질병으로 볼 수 있는지는 오래전부터 의학계에서 가장 큰 논란의 문제였기 때문이다. 현대에 들어서도 마차가지다. 예를 들어 패티시즘과 소아애는 1975년 DSM-3판에서 질병으로 규정되지 않았으나 2013년 DSM-5판에서는 질병으로 분류되었다. 소아애 증상에 대한 다양한 증거와 충분한 통계자료가 확보되면서 소아애가 성적 편향증이라는 질병으로 분류되었다.[38] 질병 분류를 본질주의 방법론으로 할 수 없었던 실질적인 사례를 잘 보여주었다.

마찬가지로 일반 질병에서 분류는 곧 질병을 규정하는 정의를 전제하기 때문에 분류는 의학존재론의 핵심으로 볼 수 있다. 이와 같

37) Scheuermann et al.(2009)

38) 정신의학이 의철학에서 중요한 위치를 차지하게 된 것은 1950년대 처음 출간된 정신질병의 진단매뉴얼에 해당하는 DSM(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)에 기인한다. DSM은 정신병증 환자를 다룬 포괄적 임상텍스트이다. 지금까지도 의미있는 DSM 매뉴얼의 철학적 의미는 다음과 같다. 1) 텍스트가 되기 위하여 DSM은 이론중립성이라는 과제를 실현하는 데 목적을 두었다. 왜냐하면 당시 다양하고 각종의 정신의학 해석들이 난무했기 때문에 다양한 해석들 사이에서 누구나 인정할 수 있는 과학적 객관성을 정신의학 임상에 도입할 필요가 있었다. 2) 질병의 정의와 분류가 어디까지 가능한지를 존재론적으로 질문한 최초의 시도였다. 어느 증상까지를 정상적 감정이라고 할 수 있는지 아니면 어떤 증상부터 정신질환이라고 할 수 있는지를 수많은 임상사례를 통해서 매뉴얼로 만들고자 했다. 여기서 매뉴얼의 의미는 의과대학 교육기관에서 매뉴얼이 교과서로 사용될 수 있음을 의미하기 때문에 질병분류 시도는 매우 중요하다. 특히 증거주의와 분석철학적 의학철학 해석을 시도한 웨이크필드의 영향력으로 1975년 DSM-3판이 나왔는데, 이는 질병과 건강에 대한 실증적 해석에 힘을 실어주었다. 3) 2013년 DSM-5판은 임상에 필요한 철학적 문제들을 더 많이 다루었다. 전통적 심신론에서부터 신경생리학적 주제에 이르기까지 사회적으로 논쟁이 되고 있는 예민한 문제들을 잘 정리해주고 있다.(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) and to the mental-disorders sections in the various editions of the International Classification of Diseases (ICD).)

이 머피는 정신의학의 의학철학 안에서 매우 중요한 분야임을 강조한다.[39] DSM의 변화에서 보듯 정신의학에서 분류는 결정적이지 않으며 사회적 조건과 연결되어 있다. 이 경우 정신의학의 질병분류를 실체론 기반에서 하기는 곤란할 수 있다는 것이다. 정신질병을 다루면서 현대 의학철학은 기존의 분석주의 틀에서 벗어나 확대된 철학적 존재론과 인과론을 요청하게 되었다.

2) 질병 개념에 대한 문화주의와 자연주의의 논쟁

질병을 정의하기 위하여 두 가지 질문을 먼저 이해해야 한다. 하나는 건강과 질병은 정도의 차이인지 아니면 서로 배타적인 관계인지를 묻는 질문이다. 이 질문은 정상과 비정상의 차이가 무엇인지를 묻는 질문과 같은 맥락에 있다. 전자를 상대적 차이라고 부른다면 후자를 배타적 차이라고 부를 수 있다.

배타적 차이에 대한 의철학적 질문은 질병이 무엇인지를 직접 묻고 직접 대답을 시도하는 태도이다. 우선 질병에 대한 정의를 시도하고, 건강은 질병이 없는 부재상태라고 간단히 정의할 수 있다. 질병은 건강의 부재이며 건강은 질병의 부재라는 논리에 따라, 건강과 질병을 배중율적 관계로 단정했다. 이런 질병관은 앞서 말한 본질주의 철학을 전제로 하며, 서구 의학사 이천년의 질병관을 지배해 왔다.

근대에 들어오면서 경험과학의 발전과 함께 질병에 대한 절대적 기준이 점점 희박하게 되었다. 그리고 건강과 질병 사이의 차이가 절대적이 아니라 상대적이라는 인식이 증대되었다. 상대론적 질병관을 해명한 클로드 베르나르(Claud Bernard)는 건강과 질병의 차이는 단지 양적인 차이라고 했다. 양적인 차이라고 말한 의미는 병리상태는 다양하게 표현될 수 있는 생리상태들의 하나라는 데 있다. 양적인 차이로 해석한 대표적인 의철학자로 조르주 캉귈렘(Georges Canguilhem)을 들 수 있는데, 그는 정상과 병리는 연속적이며 하나

39) Murphy(2006)

의 신체적 스펙트럼이라고 보았다. 건강과 질병, 정상과 비정상 혹은 병리와 생리의 차이 자체가 상대적이며 문맥의존적이라는 것이다.[40] 이러한 시각의 차이는 철학적 관점에서 볼 때 상대주의 논쟁의 한 줄기이며, 이와 관련한 연구는 한국에서도 여인석에 의해 국제적 수준으로 수행되었다.[41]

의학이 질병의 정의를 탐구하는 동안 철학은 아프다는 것, 혹은 아픔 그 자체가 무엇을 의미하는지 연구해 왔다. 이와 관련하여 부어스는 분석철학적 방법으로 질병이론을 재구축했다.[42] 기존 질병의 증상을 표현하는 일상용어를 분석하여 그런 표현들, 즉 불편하고 해롭고 불쾌하거나 아프다는 표현과 그런 용어에 의존한 질병은 그 환자가 속한 문화적 환경과 역사적 관습에 의해 상대적으로 규정된 것일 뿐이라고 했다. 이런 논의는 질병현상에 대한 언어분석적 철학의 소산물이면서 동시에 의철학 분야의 중요한 주제로 편입되었다.

(1) 문화주의(normativists) 질병관

킹에 있어서 문화주의 질병관은 질병을 다음과 같이 정의한다: 무력함, 해악, 고통 등의 의미는 사회마다 다르고 지역마다 다른 가치의존적 관념이다. 이러한 문화의존적 관념들이 그 사회 안에서 확률적 표준으로 정착된다. 여기서 확률적 표준이란 문화적으로 정착된 관습으로 드러나기도 하며 통례적 공동의식을 말하기도 한다. 통례적 의식에 의해 지배되는 관념들, 즉 불편함이나 해악의 조건들의 성질을 집합한 것이 질병이다. 다시 말해서 문화적으로 정착된 해악과 고통, 무력함 등의 개인의 심신상태가 질병이다.[43]

슈바르츠는 킹의 상대주의 질병관을 규범주의(normativist)로 불렀는데, 나는 이를 문화주의로 고쳐서 이름 붙였다. 슈바르츠가 킹

40) Huneman et al. eds.(2015), vii
41) 여인석 역(1996). ; 여인석(2007). ; 여인석(2006)
42) Boorse(1975)
43) King(1954), p.197

을 규범주의라고 말 할 경우 그 규범성의 뜻은 역사와 문화적 집단에서 인위적으로 그리고 관습적으로 규범화된 질병관을 함의하기 때문이다. 킹은 불편함이나 해악, 심신의 제약에 따른 고통 등은 문화적으로 상대적인 가치론적 요소를 지닌다고 했다. 컬버와 거트도 킹의 질병관을 계승했는데, 그들도 질병 예후와 증상을 문화적으로 규범화된 언어(관습)에 따라 질병마다의 기준과 정의를 구하려는 문화주의 질병관의 입장이었다.[44]

컬버와 거트는 킹의 질병관을 이어받았지만 킹의 주관적 설명을 탈피하고 좀 더 객관적 방식의 질병 설명을 시도했다. 컬버와 거트는 질병을 아래처럼 정의한다. 생존을 위협하는 요소, 즉 죽음, 통증, 무력함, 부자유 증상에 근접하거나 합치하는 현상을 질병이라고 한다. 컬버와 거트는 질병에 대한 객관적 설명을 시도했다. 그래서 고통(suffering)의 기준을 다음처럼 6가지로 나누어 제시했다.

i) 죽음, ii) 고통, iii) 무력함, iv) 자유상실, v) 기회상실, vi) 즐거움의 상실이라는 6가지 기준에 근접하거나 합치할 경우를 질병이라고 정의한 것이다. 단 목적적 행동에 수반하는 경우는 제외된다. 예를 들어 마스터베이션이나[45] 노예탈출을 시도하다가 고통을 받는 행위와 과정은 위 6가지 어디에도 해당하지 않으므로 질병이 아닌 예외의 경우이다. 또한 "자유를 희망하는 운동이 사회로부터 죽음이나 감옥 혹은 고문이나 배제를 당한다면 이런 자유희망도 질병인가?"라는 비판적 질문에 대해 그들은 아니라고 말한다. 이런 합리적 신념이나 희망에서 부수되는 사회적 부작용은 질병이 아니다.[46] 킹이나 컬버와 거트의 질병관을 슈바르츠는 문화상대적 가치(cultural-relative values) 혹은 가치의존 기준(value-requiring, VR)이라고 불렀다.[47]

---

44) Culver, Gert(1982)

45) 19세기까지만 해도 미국에서 마스터베이션 행위는 질병으로 간주되었기 때문이다(Engelhardt 1954, pp.234-248).

46) Culver, Gert(1982), p.81, 생물학이나 의학에서 말하는 질병과 약간 다른 의미라고 변명함.

47) Schwartz(2007)

(2) 자연주의(naturalists) 질병관

문화주의 질병관과 달리 질병의 원인과 객관적 증상비교를 통해 질병을 정의하려는 질병관을 자연주의(naturalists) 질병관이라고 슈바르츠는 표현했다. 부어스는 킹의 질병관을 비판적으로 보면서, 상대주의 한계를 갖는 문화주의 기준에 대한 대안으로 자연주의 기준을 제시했다. 부어스의 자연주의 기준은 다음처럼 설명된다.[48] 감염이나 비감염 질병의 병리학적 원인을 분석하여 질병으로 인한 손상된 증상을 생물학적 기능장애(biological dysfunction)로 해석한다. 다시 말해서 질병 현상의 자연주의적 원인을 규명하여 그 원인에 따라 질병 개념을 분류하고 기술하려는 입장이다. 슈바르츠는 이런 자연주의 기준을 비가치의존 기준(non value-requiring, non VR) 혹은 기능장애 기준(dysfunction-requiring, DR)이라고 표현했다. 기능장애 기준인 DR도 VR처럼 슈바르츠 고유의 표현이다.

부어스의 기본적인 의도는 질병에 대한 상대적 이해를 넘어서 누구나 공감하는 객관적 기준을 찾는 데 있다. 부어스는 자연적 원인을 규명하는 것이 문화적 영향력보다 더 객관적 기준에 가깝다고 생각했으며, 그래서 자연적 원인으로 규명가능한 생물학적 기능장애를 질병이라고 정의했으며, 그런 정의방식이 좀 더 객관적이라고 보았다. 부어스는 집단 내 정상적인 기능을 객관적 기준으로 표현하려 했다. 집단 내 표준집단 구성원들이 공통적으로 기능을 가지며 집단 내 구성원 개체의 생존과 증식에 기여할 경우, 그런 기능을 정상이라고 할 수 있다. 질병이란 반대로 그런 정상의 기능이 결핍된 상태이며 기능적 능력이 환경에 의해 제약된 상태이다. 그런데 표준집단의 정상이란 표현이 모호하다. 부어스는 이런 모호성을 벗어나기 위하여 소위 생물통계이론(Biostatistical theory, BST)을 제시했다.

부어스의 생물통계이론은 다음과 같이 설명된다.[49]

48) Boorse(1997)
49) Boorse(1997), 7-8

① 같은 성별, 같은 나이 대의 동일집단 즉 비교집단 안에서 구성원들은 비슷한 기능적 몸 상태에 있다.
② 그 비교집단 내 구성원 사이에서 정상기능이란 그들 개체의 존속과 생식에 이익을 주는 확률적 기여도이다.
③ 질병이란 I) 개인의 정상적인 생식성공도와 같은 기능에 결함이 드러나거나 ii) 비교집단 평균 이하의 기능에 그치거나 iii) 환경에 의해 축발된 기능의 제약을 의미한다.
④ 건강은 그런 질병의 부재 상태이다.

부어스의 이런 자연주의 기준은 여러 측면에서 비판을 받는다. 부어스의 정상성이 표준집단의 통계학의 도움을 받더라도 여전히 그 객관성이 확보되기는 어렵다는 점이 문제였다. 표준집단 자체가 문화의존적 상대적이기 때문이다. 또한 나이에 따라 혹은 성별에 따라 표준집단의 성질이 다르며 발달과정에 따라 기준도 다르다. 예를 들어 6 개월 미만의 아이가 걷지 못하거나, 임신상태의 임신부가 겪는 신체적 불편함 등을 기능결핍이라고 말하지 않을 것이다.

발달에 따른 기준의 상대성은 너무 당연한 듯 보이지만 의철학의 논리적 분석에 따르면 부어스의 주장이 비판받을 수 있다. 예를 들어 부어스가 제시한 기능결함은 질병을 정의하는데 부분적으로 필요한 조건이지만 충분하다고 할 수는 없다. 또한 부어스의 기준에 따르면 동성애자나 불임부부도 자손을 생산하지 못한다는 이유로 그들을 질병 소유자로 간주해야 하는 현상적 모순에 빠진다.

(3) 문화주의와 자연주의의 결합

웨이크필드는 이런 현상적 모순을 해결하기 위하여 문화주의와 자연주의를 결합한 해석을 제시했다. 위이크필드는 질병을 다양한 문화가치로 유발된 심신상의 무질서이지만, 기능상실의 객관적 메커니즘으로 설명할 수 있다고 보았다. 그래서 그는 질병을 증상을 촉발한 문화적 원인과 그렇게 촉발된 증상에 대한 병리적 메커니즘으

로 정의된다고 했다.[50]

웨이크필드는 문화주의 기준인 VR과 자연주의 기준인 DR을 결합하여 질병을 설명하고자 한다. 웨이크필드에서 기능결함은 질병의 필요조건이기는 하지만 충분조건이 아니다. 객관적 충분조건을 탐색하기 위하여 문화적 요인을 추적하는 일은 중요하다는 것이다.

구체적으로 말해서 웨이크필드는 질병 개념을 건강에 부수적으로 따르는 해로운 역기능으로 간주하는 분석적 논증을 시도했다. 그러한 역기능의 발생요인으로 문화적 요인이 있다는 점을 해명하려는 것이다.[51] 이를 위하여 웨이크필드는 철학적 작업과 임상의학적 작업을 결합시키고자 했다. 슈바르츠는 문화주의와 자연주의를 결합하려는 웨이크필드의 철학적 시도를 철학과 임상의학의 관계를 상호적 분화관계를 유지하고 발전시켜가는 중요한 의철학적 논제라고 해석했다.[52]

50) Wakefield(1992a), p.384
51) Wakefield(1992a)
52) Schwartz(2007)

(4) 비교표

질병개념 기준		<주창자>	<용어와 기준>	<질병 정의>
	문화주의	King	"disease" VR/non DR	사회적 가치개념을 통해 질병을 설명
		Culver Gert	"malady" VR/non DR	죽음/통증/무력함/부자유 조건에 근접하거나 합치되는 상황
	자연주의	Boorse	"disease" non VR/DR	자연적 요인을 갖는 생물학적 기능장애
	결합	Wakefield	"disorder" VR/DR	문화적 요인과 객관적 메커니즘의 결합으로 설명가능

4. 과학적 의학과 인본주의 의학의 논쟁

1) 생의학 모델의 탄생

(1) 생의학 모델

마컴이 의철학의 모델을 두 가지로 설명한 것은 이미 유명하다. 그의 두 가지 모델은 생의학 모델과 인본의학 모델이다. 마컴은 생의학 모델(biomedical model)을 아래와 같이 설명한다(Marcum, 2008).

① 존스홉킨스 병원(1889)과 의과대학(1893)에서 처음으로 의료시스템에 과학방법론을 도입하여 과학적 의학의 기초를 정초했다.
② 록펠러 의료연구소(Rockefeller Institute for Medical Research, 1991)를 통해 생의학 시스템을 수용하는 결정적 전환이 있었다.

③ 카네기 재단의 지원으로 플렉스너(Abraham Flexner, 1910)는 의료교육제도를 과학적 의학으로 혁신했다.

④ 과학기술중심의 객관주의 지향하며 인식론적으로는 기계적 일원론의 세계관과 방법론을 의료진단과 치료에 적용하기 시작했다.

(2) 고로비츠와 맥킨타이어의 과학을 보는 입장

과학은 속성, 양태, 종류 일반화에 대한 보편지식을 지향하며, 개별자에 대한 일반화를 목표로 한다. 이런 기준을 기반으로 의학은 과학이라는 것이 고로비츠의 입장이다. 이런 이해방식이 의학을 정확히 정의하는 것은 아니지만 개별 환자를 개별적으로 치료하는 의사에게 매우 중요하다. 고로비츠와 맥킨타이어는 의학이 과학이라는 주장을 통해서 가치와 사실을 이분법적으로 구분하는 태도를 부정했다. 과학은 개별자를 다루는 것이 아니므로 개별자를 다루는 의학이 과학으로 될 수 없다는 기존의 주장들을 비판했다.[53]

고로비츠와 맥킨타이어는 과학의 일반화된 법칙이 개별현상에 적용되는지를 확인하는 것이 과학의 중요한 과제라고 생각했다. 예를 들어 일반화된 과학이론을 통해 개별현상인 허리케인, 스나미, 선거결과, 태풍피해 등이 개별현상을 설명하려는 것이 바로 과학이라고 보았다. 마찬가지로 커닝엄은 개별 환자에 초점을 둔 임상의학은 의학이 과학임을 보여주는 것이라고 판단했다.[54] 결론적으로 고로비츠와 맥킨타이어의 의학과 다음과 같다.

첫째, 의학은 과학주의를 중시하여, 일반화된 법칙을 찾는 작업이 의학의 중요한 과제이다.

둘째, 의학의 일반화된 과학이론과 명제들을 개인 환자에 적용하는 통로를 볼 수 있는 능력을 수행해야 한다는 것이다.

---

53) Gorovitz, MacIntyre(1976) pp.52-54

54) Cunningham(2015), p.5

2) 인본의학 모델(humane or humanistic model)

현대의학의 발달은 건강과 장수에 대한 열망 그리고 미용과 신체 강화(enhancement)에 대한 관심을 하나하나씩 실현시키는 방향으로 가고 있다. 고비용 최첨단의 진단법과 최신과학에 기반한 획기적인 치료법이 이렇게 발달하면서도 오히려 병원에는 기계만 볼 수 있고 인간으로서 의사를 접하기 어려워졌다는 사회적 비평들이 증대된다.

미국사회의 예를 들어서 많은 환자와 그 보호자 혹은 일반 사람들은 병원과 의사에게 심각한 환멸을 느껴가고 있다고 의료사회학자 잉겔핑어는 말한다.[55] 이러한 환멸은 점점 더 제도화되고 몰인격적으로 변해가는 의료현실 때문이라고 글뤼크는 말한다.[56] 병원시설은 커지지만 환자를 돌본다는 인간적 의료가 상실되고 있다는 뜻이다. 과학기술이 의학에 도입되어 의학은 외형적으로 상당한 발전을 이뤄가고 있지만, 의학 안에 과학만 남았지 의학의 의술(art)은[57] 사라졌다고 웨더럴(David Weatherall)은 단언한다.[58]

2차대전 이후 유럽과 미국 의료계는 폭발적인 속도로 생의학 모델중심으로 제도화되었다. 이에는 약제화학과 영상기술 및 분자생물학의 발달로 과학적 의학이 정착되었다. 과학적 의학의 생의학 모델에서는 환자가 관찰되는 대상이 된다. 대상은 객관적 사물이 되므로

---

55) Ingelfinger(1978), p.942

56) Glick(1981), p.1031

57) 의술-기술-예술이라는 표현법에 대하여: 의학에서 기계의존적 기술을 강조하는 과학(science)의학과 인본주의를 강조하는 예술(art)의학의 두 측면을 보여주려는 의도에서 의술이라는 용어를 사용한다. '예술'이라는 용어는 주로 감성매체를 통해 인간과 세계를 모방하여 상징적으로 표현하는 모든 장르를 일컬어 말한다. 그래서 '의학의 예술' 혹은 '예술적 의학'이라는 용어가 낯설게 느껴질 수 있다. 원래 예술이라는 말의 어원은 인간이 자연을 모방하여 재현하는 방법과 수단을 통틀어 말한다. 그래서 아리스토텔레스에서 예술은 기술과 같은 뜻이다. 다만 기술은 다양한 수준의 기술로 드러난다. 요리를 잘하는 낮은 수준의 기술도 예술이지만 사람을 치료하는 높은 수준의 기술도 예술이라고 말한다. 이렇게 사람을 치료하는 높은 수준의 기술을 의술이라고 표현할 수 있으며 결국 예술적 의학은 인간에 의한 높은 수준의 의술을 뜻한다.

58) Weatherall(1996), p.17

인간으로서의 환자가 아니라 오로지 관찰객체일 뿐이다. 마컴은 또한 생의학 모델에서 병원은 제도화된 기관일 뿐이다. 의료기관의 제도화(institutionalized)가 확장될수록 더 비인간화(depersonalized) 현상이 드러나게 되고, 인간으로서 환자를 돌보는 돌봄의 의학은 소외되게 되었다.

이에 제도와 기계에 의해 소외된 환자를 회복해야 한다는 반성이 의료계 내부에서 발생했다. 마컴은 이런 흐름을 생의학 모델에 대비시켜서 인본의학 모델(humane or humanistic model)이라고 불렀다.

(1) 마컴의 입장

마컴의 입장을 정리하면 아래와 같다.

① 인본의학 모델은 환자와 의사 사이의 단절이 아닌 서로의 상호성을 중시한다.
② 객체화된 의학이라는 명분으로 환자 개인의 인격성이 무시되는 것을 반성하고 경계한다.[59]
③ 인본주의 정서와 의사의 직관을 배려하며(empathic and subjective care) 전인적인 치료를 지향한다.
④ 인본의학은 다음처럼 정의된다. 환자의 질병만을 별개로 관찰하는 것이 아니라 전인간적으로 환자를 관찰하고 진단하며 치료하는 환자중심적(patient-centered medicine) 의료임상이다.[60]
⑤ 과학적 의학을 거부하는 것이 아니라 환자의 심리상태와 사회적 콘텍스트를 포괄적으로 인식하는 것이 더 나은 치료를 가져온다는 이해방식이다. 그래서 인본의학은 과학기술 의학을 좀 더 인간적 관점에서 보려는 태도이다. 기계적 객관성과 더

59) "The public perceives medicine to be too impersonal" (Little, 1995), p.2; MacIntyre(1979)
60) Schwartz, Wiggins(1988), p.159

불어 상호성과 공감의 관계를 중시한다.

인본의학자가 생의학 모델을 거부하는 것이 아니라는 점을 강조한 이가 바로 마컴이다. 생의학 모델과 인본의학 모델의 이분법적 구분을 벗어나 둘을 통합해야 한다는 것이 인본의학 모델을 중시하는 마컴의 입장이다. 인본의학 모델은 과학(science) 장르로서의 의학과 예술(art) 장르로서의 의학을 결합하는 데 있다는 뜻이다. 현대의학의 과학 장르는 생의학을 지향하면서 환자 개인에 대한 서술적 돌봄의 의학이 사라져가고 있다고 마컴은 보았다. 그래서 마컴은 생의학과 이야기의학의 결합을 강조한다. 이야기 의학은 2015년 한국의철학회에서 상세히 논의한 적이 있었기 때문에 본 논문에서는 제외했으며[61], 마컴처럼 단지 인본주의 의학의 중요한 사례로 이야기 의학을 강조한다.

생의학(biomedical model) 의학의 과학장르	이야기의학(narrative model) 의학의 예술장르
• 치료지향의 의료 과학기술을 강조 • 인간 없는 의료의 우려 • 의료기관의 제도화가 확장될수록 몰인간화 현상이 더 드러날 수 있음	• 치유지향의 인간적 돌봄을 강조 • 환자-의사 상호성 중시 • 통합적 임상의료(holistic medical practice) 지향[62]

⇩

마컴은 로고스에 치우친 생의학 모델과 에토스를 강조한 인본의학 모델 모두를 중시한다. 나아가 로고스와 에토스로 분화된 이분법적 모델이 아니라 파토스로 종합되는 통합된 현대의학 모델을 구축해야 한다고 한다.[63]

⇩

인본의학의 형성(마컴)

61) 강명신(2015). ; 강신익(2015). ; 이병훈(2015). ; 황임경(2007). ; 황임경(2015a). ; 황임경(2015b). ; 김준혁(2015). ; 이기백(2015)

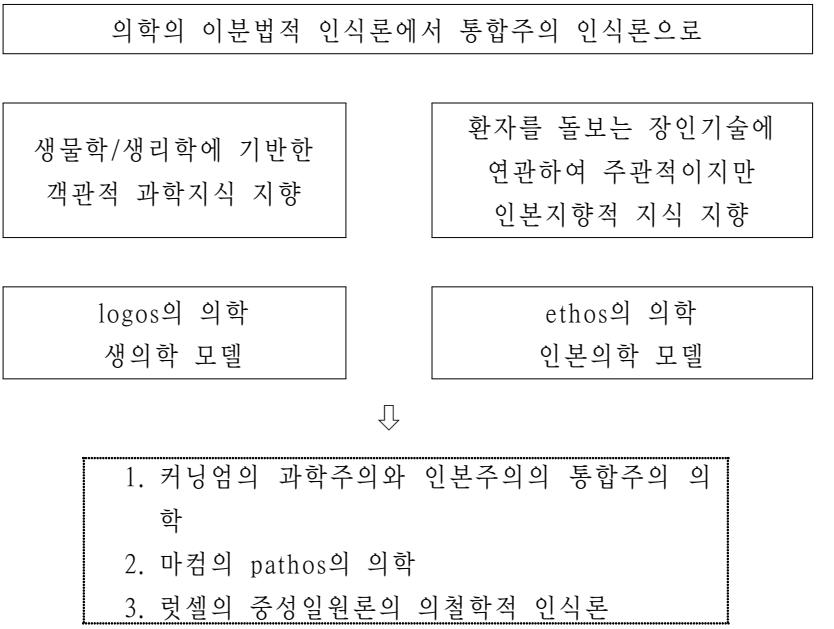
(2) 커닝엄의 입장(과학주의와 인본주의의 통합)

커닝엄은 과학주의와 인본주의 사이의 통합가능성을 아래처럼 정리했다.[64]

① 환자의 생애, 가치관, 성향과 선호도 등에 대한 임상지식은 단순한 의사의 주관적 관찰보고가 아니라 객관화적 기준으로 정형화할 수 있어야 한다.
② 소위 인본적 의학지식은 과학적 지식의 정교한 누적으로 형성될 수 있다.
③ 나아가 임상의학에서 말하는 객관성의 기준도 하나가 아니라 다양할 수 있다.
④ 의학의 모델로 구분되는 과학적 모델과 예술적 모델이라는 이분법적 구분에서 벗어나 이를 통합적으로 보는 일원론적 인식론을 지향하는 의학 모델이다.
⑤ 커닝엄의 결론은 과학적 의학과 예술적 의학의 이분법을 인정하는 데 그치지 않고 두 측면의 통합을 기대한다.

나는 이렇게 통합된 인식론을 중성적 일원론이라고 부른다. 버틀란트 러셀의 중성적 일원론과 너무 흡사하기 때문이다. 그리고 이를 커닝엄의 통합주의를 마컴이 주장하는 파토스 장르의학과 아래 그림처럼 연결시켜 보았다.

62) Schwartz, Wiggins(1988), p.159
63) Marcum(2008), p.14
64) Cunningham(2015), p.2



(3) 포어스트로우엄의 입장

임상의학은 단순 과학적일뿐만이 아니라 고유한 영역을 갖는 과학이기도 하다.[65] 여기서 과학이라고 말할 때 과학의 기준은 법칙적 일반화를 목표로 하는 과학적 방법론에 있다. 한편 의학은 과학적 분석을 통해 신체 질병에 접근하기도 하지만 사회적 맥락을 통해 병리적 증상을 파악해야 할 상황에 놓인다. 질병은 세포분자와 세포조직에 이르는 생물학적 원인을 갖지만, 개인이 놓여진 사회적 환경으로부터 촉발되기도 하므로 환자의 질병 원인을 분석하는 물리-생물학적 요인만큼이나 사회경제적 상관성을 중시해야 한다고 주장하는 것이 바로 포어스트로우엄의 기본입장이다.[66]

---

65) Forstrom(1977), pp.8-9, “clinical medicine is not only scientific, but also is an autonomous science”

66) Forstrom(1977), p.3

의학의 과학장르는 충분히 인지되어 있다. 반면 의학의 예술장르는 다층적이다. 의학의 예술장르 안에는 앞서 논의한 내러티브 의학이 있고 환자중심의학도 있다.[67] 한편 의료사회학이나 의료심리학, 혹은 생물-심리-사회의학[68]을 포함할 수 있다. 의학은 과학장르로서의 의학 외에 이러한 다층적인 측면을 고려해야 한다는 것이 포어스트로우엄의 생각이다. 이 점에서 포어스토로우엄의 입장은 앞의 고로비츠와 맥킨타이어의 주장과 대비된다고 커닝엄은 말한다.[69] 커닝엄은 포어스트로우엄의 의철학을 가치독립적 과학장르와 가치의존적 예술장르로 구분해서 보았다.[70] 포어스트로우엄은 과학을 분명한 일반화와 가설연역적 법칙성 그리고 분석주의라는 강건한 개념들로 정의했기 때문에 의학은 당연히 과학으로 제한될 수 없다는 결론이 자동적으로 유도된 셈이다.

(4) 먼슨의 입장

로우널 먼슨도 의학이 과학임을 인정한다. 그러나 의학은 단순한 과학이 아니라고 한다. 의학은 과학적이기는 하지만 과학 그 자체는 아니라는 뜻이다.[71] 분석과학을 통해 질병을 설명하는 하나의 과학분야로서 의학을 제한적으로 간주한다면, 의학은 세균학이나 단백질학이나 생화학 혹은 의료윤리학이나 지식사회학과 같이 개별의 특수과학에 지나지 않을 것이다.[72]

앞서 말했듯이 먼슨도 역시 의학을 “과학적”이라고 인식하지만, 단순한 과학이 아니라고 말할 때 먼슨이 의미한 ‘과학’이 어떻게 정의된 과학인지를 물어야 한다. 의학이 세계 내 사물들을 이해하는 데에만 목표를 둔다면, 의학을 과학이라고 해도 된다. 그러나 의학

67) “patient-centered medicine”,(Bardes, 2012)
68) “biopschosocial model of medicine”,(Engel, 1977) 의학은 관련 개별과학으로 환원하여 설명될 수 있다는 입장.
69) Cunningham(2015), p.3
70) Cunningham(2015), p.5
71) Munson(1981), p.181
72) Munson(1981), p.186

이 세계 내 사물에 관한 지식만을 추구하는 데 있지 않음을 먼슨은 강조한다.[73] 과학은 세계 내 사물에 관한 경험 지식의 증대를 의도하지만, 의학은 그런 지식의 증대만을 목표하지 않는다고 한다. 의학은 사물에 국한하는 것이 아니라 사람의 질병을 치료하고 예방하며 건강을 증진하는 데 목표를 두기 때문이다.

커닝엄은 먼슨을 높게 평가하는 데, 그 이유는 바로 여기에 있다. 의학은 지식의 집합체에 그치는 것이 아니라 인간에 대한 현실적 의료를 중심에 둔다는 점을 먼슨이 강조한 부분을 커닝엄이 중시한다. 필자가 보기에 커닝엄에게서 의학은 의료라고 말할 정도로 지식체계보다 의료체계를 중시한다. 커닝엄은 의학이 과학장르와 예술장르의 통합적 이중성을 가진다는 지난 30년간의 연구성과 중에서 먼슨의 입장을 가장 분명하고 탁월한 성과라고 평가한다.[74]

커닝엄은 먼슨의 입장을 다음과 같이 요약했다. 첫째, 과학은 순수 객관적인 지식을 생산한다는 기능적 이유 때문에 도덕적 요소가 결여된 반면 의학은 주관적 인식론을 포함하며, 도덕적 요소를 본래적으로 가지고 있다는 점에서 과학과 다르다고 했다. 둘째, 먼슨에게서 과학의 목표는 객관적 지식을 향한 일반화의 법칙성을 찾는 일이며 그러한 지식은 가치독립적이어야 한다. 한편 의학의 목표는 이와 전혀 다르게 환자에 대한 주관적 이해를 바탕으로 전일적 치료에 있다는 점에서 과학과 의학은 다르다고 했다.[75]

3) 이분법의 지지자: 에릭 카셀

임상 현장에서 의사는 객관성 개념보다는 주관적 개념을 갖고 환자를 대한다고 한다. 열이 나서 병원가고 병원의사가 체온계로 온도계 치수를 정량하여 말하는 것을 객관적이라고 한다면, 의사가 환자가 갖는 불편함의 느낌을 이해하는 주관적 경험도 중요하다는

73) Munson(1981), p.191
74) Cunningham(2015), p.4
75) Cunningham(2015), pp.4-7

것이다.[76]

느낌의 주관성이란 세 가지로 나뉜다. 통증을 사례로 말한다면 하나는 통증 느낌 자체이다. 다른 하나는 통증의 느낌을 주는 관념에 대한 것이다. 또 하나는 의학적 주관성에서 주관적이라rh 하는 것은 어디가 아프다고 말하는 환자의 언명과 그에 대응하는 의사의 언명도 주관적이다. 필자는 이를 3 단계의 느낌이라고 표현하려 한다. 즉 주관성의 수준으로 볼 때, 1) 일차 느낌, 2) 느낌에 대한 관념, 3) 그런 관념을 표현하는 언어의 3 단계로 주관적 느낌이 드러난다는 뜻이다. 주관적 무엇이란 특수하고 지역적이며 개별적인 무엇을 뜻한다. 개별 환자는 고유한 느낌과 관념 혹은 의미이해를 갖고 있는데, 의사도 그에 상응하는 느낌의 수용력(공감)을 어느 정도 비슷하게나마 가지고 있어야 한다는 것이 카셀의 생각이다.[77]

이러한 느낌의 이해는 반드시 과학적이고 객관적인 정량적 기준을 갖추고 있어야만 그 느낌의 공유를 상호적으로 확인할 수 있다는 것이다. 이는 곧 환자에 대한 양면적 태도를 의미한다. 객관적이고 과학적이며 보편적이고 정량적이어야 하는 측면과 주관적이고 개별적이며 차이가 조금씩 있는 특이성의 측면이라는 양면성, 이 둘을 무작정 융합하는 것이 아니라 이중적으로 동시에 갖춰야 한다는 것이 카셀의 입장이다. 커닝엄이 정리한 카셀의 입장은 다음과 같다. 임상의학은 객관적이지만 획일적이지 않은 그런 범위에서 다양한 의료방식을 기술하는 통합과학으로 이해되어야 한다.[78]

4) 더글라스의 객관성의 개념

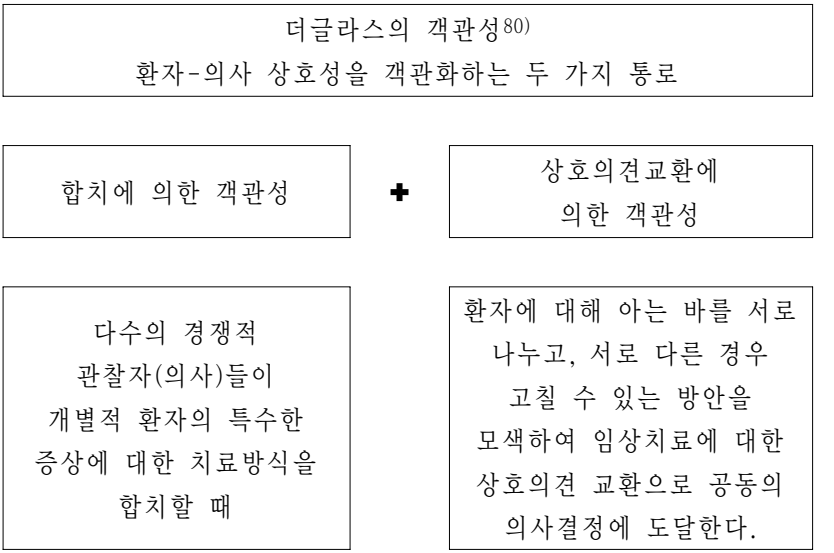
더글라스는 의학이 객관성의 과학이어야 한다고 주장한다. 1) 우선 더글라스는 인본주의 의철학의 일반적인 생각과 다르게 환자를 객관적 연구대상으로 간주한다는 점이다. 환자는 증거수집의 대상이

76) Cassell(2004), p.171
77) Cassell(1995), p.1732
78) Cunningham(2015), p.8

된다는 뜻이다. 환자로부터 증거를 확보하기 위해 유전자, 혈액이나 엑스레이 같은 영상 등의 다양한 진단방식을 사용할 수 있으며, 이런 점에서 의학은 과학이다. 2) 둘째 의학은 엄밀한 추론을 요청한다는 점에서 과학이다. 의학은 추론을 통한 일반화의 명제를 만들고 그러게 만든 일반화의 명제를 개별적으로 확인하는 논리과학이라고 한다. 3) 의학은 의료행위에서 신뢰도를 높이는 과학이라는 점이다. 다양하고 개별적인 진단 결과들이 어떻게 수렴되고 어떻게 분류되는지를 확인하는 객관적 과정을 필요로 한다는 점에서 과학이다. 이를 더글라스는 '수렴적 객관성'이라고 한다. 4) 더글라스는 의학이 과학으로만 머물러야 한다는 소박한 주장을 한 것은 아니다. 더그라스도 역시 의사와 환자와의 상호성을 중시한다. 그런데 이 상호성도 엄밀한 자료에 근거해야 한다. 상호성을 확보하기 위하여 두 가지 통로가 필요하다. 하나는 환자의 질병상태, 건강상태에 관한 자료를 수집하여 이를 유용한 치료정보로 추론해내기 위하여 과학적 추론능력이다. 그러나 그것만으로 부족하며 사회적 관심과 외료 외적 환경 이해를 기반으로 한 환자와의 상호성이 주시되어야 한다는 것이다.[79]

상호성도 객관적으로 산출될 수 있는 것으로 이해될 수 있다. 필자는 더글라스가 말하는 객관성을 아래 그림으로 재구성해 보았다.

79) Douglas(2009), pp.119-120



더글라스에 의하면 더 많은 숙고와 모색을 하는 관찰자(의사)가 더 높은 객관적 결과를 수집할 수 있으며, 불일치의 이견이 많고 다양한 견해가 많을수록 그 객관성의 수준은 더 객관적일 수 있다고 한다. 객관성은 다양성에 나오는 것이지, 획일성에서 나오는 것이 아니라는 것을 더글라스는 강조한다.[81] 개체 차원의 객관성도 가능하다. 개별적 대상에 대해 거리를 유지할 수 있다면 개체의 사유절차도 객관적일 수 있다. 이런 객관성을 더글라스는 "거리를 둔 객관성"이라고 한다.[82] 상호성을 강조하면서 혹시 주관성으로 빠질 수 있다는 우려로 인해 나온 더글라스 고유의 개념어로 여겨진다. 이처럼 더글라스에서 객관성의 의미는 매우 복잡하고 다층적이다.[83]

더글라스가 말하는 객관성은 기계적 객관성이 아니다. 자기가 자

80) Douglas(2009), pp.126-7
81) Douglas(2009), p.127
82) "detached objectivity" (Douglas, 2009), p.120
83) Douglas(2004)

기 자신을 관찰하거나 상호성이 강한 환자를 관찰할 경우 관찰자의 가치를 유입시키지 않도록 하려는 것이 더글라스의 의도이다. 가치독립성이 객관성의 기준이라고 간단히 규정하는 일은 말 그대로 단순하다. 그러나 의학에서 객관성을 유지하는 일은 간단하지 않으며 가치독립적이기도 어렵다. 특히 의학에서는 말하는 객관성 혹은 의학적 합리성은 이미 가치 관점을 포함하고 있다고 더글라스는 말한다. 거꾸로 말해서 가치독립적이라는 환상에서 벗어날 수 있다면 임상의학은 얼마든지 과학적일 수 있다는 것이 더글라스의 역설이다.

5. 의철학 교과서 기초영역의 재구성

이 연구논문의 2절은 의철학이 고유한 영역으로 가능하지를 묻는 논쟁점을 다루었다. 그리고 3절은 질병에 대한 여러 가지 설명과 규정, 혹은 정의를 다루었다. 여기에는 많은 논쟁의 요소가 있으며, 이 논점들을 다양한 주장 그대로 논했다. 마지막으로 과학주의 의학과 인본주의 의학 사이에서 길게 놓인 서로 다른 논점들의 스펙트럼을 제시해 보았다.

본 논문에서 필자는 1) 의철학의 고유성 여부논쟁, 2) 질병 정의에 대한 논쟁, 3) 인본의학 모델의 가능성 논쟁, 이 셋의 논쟁을 의철학 기초영역의 이론이라고 범주화했다. 각각의 기초영역 하나하나는 부어스. 펠리그리노, 카플란, 커닝엄, 울프와 슈바르츠, 카셀과 잉겔하르트, 마컴과 킹 등 대표적인 의철학자들에 의해 많은 연구들이 이루어져 왔다. 물론 국내의 의철학 관련 연구자들에 의해서도 연구되어져 왔다. 지금까지 그런 연구들이 종합된 이론으로 수렴되기보다 다양한 논쟁으로 발산되어 왔다. 그러나 조용한 통합보다 다양한 논쟁이 더 중요하다는 점을 이 연구논문은 강조했다. 거꾸로 말해서 이 세 가지 이론들이 논쟁점으로 되었던 사실은 그만큼 그 논점들이 의철학의 기초이론으로 중요하다는 점을 간접적으로 보여준 것이다.

의철학 교과서의 사례를 들어보더라도 본문에서 논했듯이, 지금까지의 의철학 교과서는 다른 개별과학의 교과서와 달리 관련 연구자들 모두가 동의하는 규범적 형식과 정형화된 내용을 갖추고 있지 못했다는 점이다. 그 근본적인 이유는 의철학에 대한 정의가 다양하여 하나로 통일되기 어려운 범주이기 때문이다. 오히려 그런 점이 의철학 교과서의 발전적 미래를 가능하게 만든다고 필자는 평가한다. 결론적으로 말해서 이 연구에서 범주화된 3가지 이론적 논점들은 의철학 교과서로 반드시 편입되어야 할 최소한의 내용이라는 점이다. 물론 그 각각의 논점들은 하나하나 심도있는 논의를 더 필요로 하며, 이 짧은 연구논문으로 다 채우기에는 부족하다. 이런 논점들이 교과서로 편입되기 위하여 각각의 논점들이 더 상세히 서술되어야 한다.

의철학 기초영역이라고 필자가 규정한 세 가지, 즉 1) 의철학의 고유성 여부논쟁, 2) 질병 정의에 대한 논쟁, 3) 인본의학 모델의 가능성 논쟁의 그 논점들은 지금까지 하나의 저술공간에서 정리되어 표현된 적이 없었다. 필자는 다양한 논문과 저술에 흩어져 있었던 그 논점들을 하나의 프레임으로 정리하고 재구성하였다. 이 연구는 의철학의 새로운 논점을 창조적으로 제시하거나 기존의 논쟁점을 새로운 방식으로 해결한 것도 아니다. 단지 기존의 논점들을 새로운 범주로 재구성함으로써 의철학 인식체계의 지식지도를 제공하고자 기대할 뿐이다.

참고문헌

강명신(2015),「의료에서의 내러티브와 윤리」,『한국의철학회 2015년 봄 학술대회자료집』
강신익(2006),「질병, 건강, 치유의 역사와 철학」,『의철학연구』 1, 17-40쪽.
강신익(2008),「의학의 세 차원: 자연의학, 사회의학 그리고 인문의학」,『의철학연구』6, 55-80쪽.
강신익(2015),「왜 내러티브인가-역사적 흐름을 중심으로」,『한국의철학회 2015년 봄 학술대회자료집』
권상옥(2006),「한국에서 의철학하기」,『의철학연구』2, 1-18쪽.
권상옥(2008a),「의료인문학의 성격과 전망」,『의철학연구』5, 3-18쪽.
권상옥(2008b),「의철학연구의 최근 경향」,『의철학연구』6, 3-18쪽.
김준혁(2015),「벤야민 문예이론을 통한 의무기록사 읽기에 비추어 본 서사의학의 요청 근거」, 의철학연구 19, 65-92쪽.
반덕진(2007),「의철학의 연구대상과 연구방법」,『의철학연구』 3, 3-30쪽.
여인석(2006),「역사, 철학, 그리고 의학; 프랑스의 의철학 전통」,『의철학연구』1, 61-82쪽.
여인석(2007),『의학사상사』, 살림.
이기백(2015),「고대 그리스 의학에서 수사술의 쓰임새」,『의철학연구』19, 31-64쪽.
이병훈(2015),「의학적 내러티브 분석을 위한 하나의 시론」,『한국의철학회 2015년 봄 학술대회자료집』
최종덕(2006a),「의학의 인문학적 통찰」,『의철학연구』1, 1-16쪽.
최종덕(2006b),「플라시보 효과를 통해 본 의학과 문화의 상관성」,『의철학연구』2, 19-34쪽.
최종덕(2008),「생물학과 의학의 상관성」,『의철학연구』6, 19-34쪽.
최종덕(2014),『생물철학』, 생각의 힘

황임경(2007),「환자, 의사 그리고 텍스트: 해석학의 관점에서 본 의료」,『의철학연구』3, 117-138쪽.

황임경(2015a),「내러티브의 의철학적 의미」,『한국의철학회 2015년 봄 학술대회자료집』

황임경(2015b),「서사에 대한 의철학적 비판」,『의철학연구』 19, 119-146쪽.

Achterberg, J.(1996), "What is medicine?", *Alternative Therapies* 2, pp.58-61.

Acherknecht, E. H.(1982), "A Short History of Medicine", Baltimore, MD: *Johns Hopkins University and Allied Sciences* 56, pp.168-175.

Arras, J. D.(1992), *Narrative ethics. In: Encyclopedia of Ethics, second edn.,* volume 2, Becker, L. C., Becker, C. B., eds. London: Routledge, pp.1201–1205.

Astin, J. A.(1998), "Why patients use alternative medicine: results of a national survey". *Journal of American Medical Association* 279, pp.1548–1553.

Bardes, C.(2012), "Defining 'patient-centered medicine'", *The New England Journal of Medicine* 366/9, pp.782-3

Black, N.(1999), "Evidence-based surgery: a passing fad?" *World Journal of Surgery* 23, pp.789–793.

Blanshard, B.(1967), Wisdom In: *The Encyclopedia of Philosophy*, volume 8, Edwards, E., ed. New York: Macmillan/Free Press, pp.322–324.

Blumgart, H. L.(1964), "Caring for the patient", *New England Journal of Medicine* 270, pp.449–456.

Boelen, C.(2002), "A new paradigm for medical schools a century after Flexner's report", *Bulletin of the World Health Organization* 80, pp.592–593.

Boorse C.(1975), "On the distinction between disease and illness", *Philosophy and Public Affairs* 5, pp. 49–68

Boorse C.(1977), “Health as a theoretical concept”, *Philos Sci* 44, pp.542–573

Boorse C.(1987), Concepts of health. In: D Van De Veer and T Regan (eds) *Health care ethics: an introduction.*

Boorse C.(1997), A rebuttal on health. In: Humber JM, Almeder RF eds. *What is disease?* Humana Press.

Boorse, C.(1975), “On the distinction between disease and illness. Philosophy and Public Affairs and nonlinear representations of the human inference process”, *Organizational Behavior and Philosophy* 1, pp.5–31.

Boorse, C.(1976), “Wright on functions”, *Philosophical Review* 85, pp.70–86.

Brody, H.(2003), *Stories of Sickness*, second edn. New York: Oxford University Press. Broemeling, L. D. (2007), *Bayesian Biostatistics and Diagnostic Medicine*. Boca Raton, FL.

Brown, M. M., Brown, G. C., Sharma, S.(2005), *Evidence-Based to Value-Based Medicine*.

Canguilhem, G.(1943), *Le normal et le pathologique*/여인석 역(1996), 『정상적인 것과 병리적인 것』, 인간사랑.

Caplan, A.L.(1992), “Does the philosophy of medicine exist?”, *Theoretical Medicine* 13, pp.67–77, Card, R. F. (2004), *Critically Thinking About Medical Ethics,* Upper Saddle River, NJ: Pearson Prentice-Hall.

Cassel, C. K.(1996), “A patient-physician covenant: an affirmation of Asklepios”, *Annals of InternalMedicine* 124, pp.604–606.

Cassell, E. J.(1995), “Art of Medicine”. In: Post, S. G.(ed.) *Encyclopedia of Bioethics*, 3rd. edn. Macmillan Reference USA, Farmington Hills, pp.1732-1738

Cassell, E. J.(1997), *Doctoring: The Nature of Primary Care Medicine,* Oxford: Oxford University Press.

Cassell E. J.(2004), *The nature of Suffering and the Goals of Medicine*.(2nd ed.) New York; Oxford University Press.

Charon, R.(2001), "Narrative medicine: a model for empathy, reflection, profession, and trust. pathway to patient-centered medicine", *Patient Education and Counseling* 39, pp.1–3.

Charon, R.(2006), *Narrative medicine*, Oxford

Chesney, A. M.(1943), *The Johns Hopkins Hospital and the Johns Hopkins University School*, Johns Hopkins University Press.

Cunningham, T.(2015), "Objectivity, Scientificity, and the Dualist Epistemology of Medicine" in Huneman, Lambert, Silberstein(ed), *Classification, Disease, and Evidence: New Essays in the Philosophy of Medicine*, Springer 2015.

Douglas, H.(2009), *Science, policy, and the value-free ideal*. Univ of Fittsburg Press.

Davis-Floyd, R., St. John, G.(1998), *From Doctor to Healer: The Transformative Journey*. Rutgers University Press.

Eisenberg, L.(1988), Science in medicine: too much or too little or too limited in scope? In: *The Task of Medicine: Dialogue at Wickenburg*, White, K. R., ed. Menlo Park, C.A.: Henry J. Kaiser Family Foundation, pp.190–217.

Engel, G. L.(1977), "The need for a new medical model: a challenge for biomedicine", *Science* 196, pp.129–136.

Engelhardt, H. T., Jr.(1975), The concepts of health and disease. In: *Evaluation and Explanationin the Biomedical Sciences*, Engelhardt, H. T.,Jr., Spicker, S.F., eds. Dordrecht, The Netherlands: Reidel, pp.125–141.

Engelhardt, H. T., Jr.(1977), Is there a philosophy of medicine? *PSA 1976* 2, pp.94–108.

Engelhardt, H. T., Jr.(1979), Introduction. In: *Clinical Judgment: A Critical Appraisal*, Engelhardt,

Engelhardt, H. T., Jr.(1986b), *The Foundations of Bioethics*. New York: Oxford University Press.

Engelhardt, H. T., Jr.(1996), *The Foundations of Bioethics*, second edn. New York: Oxford University Press.

Engelhardt, H. T., Jr.(2000), *The Foundations of Christian Bioethics*. Lisse, The Netherlands: W.H., ed. Oxford: Blackwell, pp. 340–342.

Engelhardt, H. T., Jr., Wildes, K. W.(1995), Philosophy of medicine. In: *Encyclopedia of Bioethics*, revised edi., volume 3, Reich, W. T., ed. New York: Simon & Schuster/Macmillan, *England Journal of Medicine* 283, pp.1257–1264.

Evans, H. M.(2009), "Philosophical reflections on the medical humanities", 『의철학연구』 8, 3-24쪽.

Flexner, A.(1910), *Medical Education in the United States and Canada: A Report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching*. Boston, MA: Merrymount.

Flint, A., Jr.(1878), "Claude Bernard and his physiological works", *American Journal of the Medical Sciences* 151, pp.161–174.

Foss, L.(2002), *The End of Modern Medicine: Biomedical Medicine Under a Microscope*. Albany.

Fulton, J. F.(1933), "Medicine", *Science* 78, pp.109–114.

Glick, S. M.(1981), "Humanistic medicine in a modern age", *New England Journal of Medicine* 304, pp.1036-1038

Glick, S. M.(1993), The empathic physician: nature and nurture. In: *Empathy and the Practice* 4, pp.43–52.

Goldstein, K.(1959), Health as value. In: *New Knowledge in Human Values*, Maslow, A. H., ed. 30, pp.366–370.

Gorovitz, S., MacIntyre, A.(1976), "Toward a theory of medical fallibility", *Journal of Medicine and Philosophy*. 1, pp.51-71.

Hennekens, C. H., Buring, J. E.(1987), *Epidemiology in Medicine*.

Boston, MA: Little, Brown. Hesslow, G. (1993), “Do we need a concept of disease?”, *Theoretical Medicine* 14, pp.1−14.

Howell, J. D.(2001), A history of caring in medicine. In: *The Lost Art of Caring: A Challenge to Health Professionals, Families, Communities, and Society*, Cluff, L. E., Binstock, R. H., eds. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press, pp.77−103.

Hundley, J. T. T.(1963), “The art vs. the science of medicine”, *Virginia Medical Monthly* 90, pp.53−58. Hunt, L. M., Mattingly, C. (1998) “Diverse rationalities and multiple realities in illness and healing”, *Medical Anthropology Quarterly* 12, pp.267−272.

Hunter, K. M.(1991), *Dotor's Stories: The Narrative Structure of Medical Knowledge*. Princeton.

Huneman, P., Lambert, G. and Silberstein, M.(2015), (eds) Classification, Disease and Evidence; New Essays in the Philosophy of Medicine, Springer 2015, in: *Health Care*. New York: Oxford University Press.

Ingelfinger, F. J.(1978), “Medicine: meritorious or meretricious”, *Science* 200, pp.942-946.

Keiswirth, M.(2000), “Merely telling stories? Narrative and knowledge in the human sciences”, *Poetics Today* 21:293-318

King, L. S.(1952), “Is medicine an exact science?”, *Philosophy of Science* 19, pp.131−140.

King, L. S.(1954), “What is disease?”, *Philosophy of Science* 21, pp. 193−203.

King, L. S.(1978), *The Philosophy of Medicine*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Little, M.(1995), *Humane Medicine*. Cambridge: Cambridge University Press.

Little, M. O.(1998), “Introduction”, *Journal of Medicine and Philosophy* 23, pp.127−130.

MacIntyre, A.(1979), “Medicine aimed at the care of persons rather than what?”. In: *Changing Values in Medicine*, Cassell J. Sieger, M. eds. Frederick MD: United Publications of America, pp.83-96

Marcum, J. A.(1990), William Henry Howell and Jay McLean, “the experimental context for the discovery of heparin”, *Perspectives in Biology and Medicine* 33, pp.14–230.

Marcum, J. A.(1992), “The discovery of heparin: the contributions of William Henry Howell and Jay McLean”, *News in Physiological Sciences* 7, pp.237–242.

Marcum, J. A.(1997), “The development of heparin in Toronto”, *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences* 52, pp.300–328.

Marcum, J. A.(2000), “The origin of the dispute over the discovery of heparin.” *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences* 55, pp.37–66.

Marcum, J. A.(2002), “From heresy to dogma in accounts of opposition to Howard Temin’s DNA provirus hypothesis”, *History and Philosophy of the Life Sciences* 24, pp.165–192.

Marcum, J. A.(2004a), Claude Bernard, John Call Dalton, Jr., and the experimental method in American medicine. In: *Proceedings of the 39th International Congress on the History of Medicine*, Musajo-Somma, A., ed. Bari, Italy: University of Bari, pp.139–146.

Marcum, J. A.(2004b), “Biomechanical and phenomenological models of the body, the meaning of illness and quality of care”, *Medicine, Health Care and Philosophy* 7, pp.311–320.

Marcum, J. A.(2005a), *Thomas Kuhn’s Revolution: An Historical Philosophy of Science*. London:Continuum.

Marcum, J. A.(2005b), “From the molecular genetics revolution to gene

therapy: translating basic research into medicine", *Journal of Laboratory and Clinical Medicine* 146, pp.312–316.

Marcum, J. A.(2005c), "Metaphysical presuppositions and scientific practices: reductionism and organicism in cancer research", *International Studies in the Philosophy of Science* 19, pp.31–45.

Marcum, J. A.(2007), "Experimental series and the justification of Temin's DNA provirus hypothesis", *Synthese* 154, pp.259–292.

Marcum, J. A.(2008), Humanizing Modern Medicine: *An Introductory Philosophy of Medicine*, Springer, 2008.

Marcum, J. A., Rosenberg, R.D.(1991), "Regulation of the blood coagulation mechanism by anti-coagulantly active heparan sulfate proteoglycans", *Biology of Carbohydrates* 3, pp.47–73.

Marcum, J. A., Verschuuren, G. M. N.(1986), "Hemostatic regulation and Whitehead's philosophy of organism", *Acta Biotheoretica* 35, pp.123–133.

Martin, M.(1981), "Is medicine a social science?", *Journal of Medicine and Philosophy* 6, pp.345–359.

Masters, R. D.(1975), "Is contract an adequate basis for medical ethics?", *Hastings Center Report* 5, pp.24–28.

Matthews, J. N. S.(2000), *An Introduction to Randomized Controlled Clinical Trials,* London: Arnold.

Munson, R.(1981), "Why medicine cannot be a science", *Journal of Medicine and Philosophy* 6, pp.183–208.

Parker, M.(2002), "Whither our art? Clinical wisdom and evidence-based medicine" *Medicine* 167, pp.448–452.

Pellegrino, E. D.(1976), "Philosophy of medicine: problematic and potential", *Journal of Medicine and Philosophy 1: 5-31.*

Pellegrino, E. D.(1979a), *Humanism and the Physician*. Knoxville, TN: University of Tennessee and *Psychiatry*. New York: Oxford University Press.

Pellegrino, E. D.(1979b), *Medicine, science, art: an old controversy revisited*. Man and Medicine.

Pellegrino, E. D.(1986), "Philosophy of medicine: towards a definition", *Journal of Medicine and Philosophy* 5, pp.49–68.

Pellegrino, E. D.(1998), *What the philosophy of medicine is*. Theoretical Medicine and Bioethics.

Pellegrino, E. D.(1999), *The origins and evolution of bioethics: some personal reflections,* pp.215–219.

Pellegrino, E. D.(2001), *Philosophy of medicine: should it be teleologically or socially constructed?,* Main: Peter Lang.

Pellegrino, E. D., Thomasma, D. C.(1981a), *A Philosophical Basis of Medical Practice: Toward a Biology and Medicine* 49, pp.175–195.

Pellegrino, E. D., Thomasma, D. C.(1981b), *Philosophy of medicine as the source for medical Poetics Today* 21, pp.293–318.

Pellegrino, E. D., Thomasma, D. C.(1981c), "Toward an axiology for medicine: a response to Kazem Sadegh-zadeh", *Metamedicine* 2, pp.331–342.

Pellegrino, E. D., Thomasma, D. C.(1988), *For the Patient's Good: The Restoration of Beneficence*, Oxford University Press.

Pellegrino, E. D., Thomasma, D. C.(1993), *The Virtues in Medical Practice,* New York: Oxford University Press.

Roth, P. A.(1988), "Narrative explanations: the case of history", *History and Theory* 27, pp.1–13.

Rothman, K. J.(1976) "Causes" *Journal of Epidemiology* 104, pp.587–592.

Scheuerman, R. H., Ceusters, W., Smith, B.(2009) Toward an ontological treatment of disease and diagnosis. in: *Proceeding of the 2009 AMIA summit on translational bioinformatics*, pp.116-120.

Schwart,z P. H.(2007), “Decision and discovery in defining ‘disease’”, Kincaid H. and Mckitrick J. (eds), Establishing Medical Reality, *Essays in the metaphysics and epistemology of Biomedical science*. Springer 2007

Schwartz, M. A., Wiggins, O. P.(1988) Scientific and humanistic medicine. In: *The Task of Medicine: Dialogue at Wickenburg*, White, K.L., ed. Menlo Park, CA: Henry J. Kaiser Family

Shaffer, J.(1975) Round-table discussion. In: *Evaluation and Explanation in the Biomedical*, York: Parthenon.

Schaffner, K. F., Engelhardt, H. T.(1998), Philosophy of Medicine. In: *Routledge Encyclopedia of Philosophy*, vol.6, Craig, E. ed. New York: Routledge, pp.264-269

Verwey, G. (1987), “Toward a systematic philosophy of medicine” *Theoretical Medicine* 8, pp.163-177

Weatherall, D.(1996), *Science and Quiet Art: The Role of Medical Research in Health Care*, New York: W. W. Norton

Wulff, H. R.(1992) “Philosophy of medicine - from a medical perspective.” *Theoretical Medicine* 13, pp.79–85. Wulff, H. R., Pedesen, S. A., Rosenberg, R.(1990) *Philosophy of Medicine: An Introduction*, second edn. Oxford: Blackwell.

<abstract>

Reconstruction of Three Polemics in the Philosophy of Medicine

Choi, Jong-duck

In my view, philosophy of medicine can be composed of topic-centered domain, which focuses philosophically on the practical problems of medicine and normative domain, which deals with foundational theories and methodological thesis in medicine. My paper concerns just a normative domain of philosophy of medicine. The so called normative domain contains the three sorts of problems of philosophy of medicine; first point about whether the philosophy of medicine has its own and irreducible field, second issue over how to define disease, and last problem of disputes between the biomedical model and the humane or humanistic model. The normative domain including the diverse philosophical arguments in medicine already has been covered for the past 40 years by Wulff, Schwartz, Pellegrino, Marcum, King, Cunningham, Huneman, Douglas, Engelhardt, Boorse, Caplan, and et cetera. My article is not to solve a disputable problem or not to suggest new issue additionally in the philosophy of medicine, but to commit a reconfiguration the existing arguments in order to organize these diverse arguments in an easily accessible manner. I therefore tried to figure out the epistemological map of the philosophy of medicine, which could find a way to generate a good text of philosophy of medicine in Korean knowledge territory.

Key Words: Text in Philosophy of Medicine, Medical Ontology, Irreducibility

of Philosophy of Medicine, Definition of Disease, Biomedical Model and Humane or Humanistic Model.

편집위원회

편집이사: 예병일(연세대)

편집위원: 김기왕(부산대) 김성리(인제대)
나선삼(옥스퍼드대) 송창호(전북대)
여인석(연세대) 오재근(세명대)
이충열(가천대) 최종덕(상지대)
한희진(고려대) 황임경(제주대)

편집간사: 박찬웅(연세대)

의철학연구 (제20집)

인쇄일: 2015년 12월 28일
발행일: 2015년 12월 30일
발행인: 반덕진
편집인: 예병일
발행처: 한국의철학회
연락처: 서울시 서대문구 신촌동 134
연세대학교 의과대학 의사학과
전화: 02)2228-2475 팩스: 02)393-1885
전자우편: medhistory@yuhs.ac
인 쇄: 네임북스(031-948-8192~3)