

REVIEW ARTICLE

J Korean
Neuropsychiatr Assoc
2015;54(2):142-171
Print ISSN 1015-4817
Online ISSN 2289-0963
www.jknpa.org

일제시대 조선총독부의원과 경성제대의 정신의학자들의 연구

효자병원 정신건강의학과,¹ 연세대학교 의과대학 정신건강의학교실,² 청심국제병원 정신건강의학과³

민성길¹ · 이창호² · 이규박³

Research by Psychiatrists of Chosun Chongdokbu Hospital and Keijo Imperial University in Korea during Japanese Colonial Rule

Sung Kil Min, MD, PhD¹, Chang-ho Lee, MD², and Kyubak Lee, MD³

¹Department of Neuropsychiatry, Hyoja Hospital, Yongin, Korea

²Department of Psychiatry, Yonsei University College of Medicine, Seoul, Korea

³Department of Neuropsychiatry, Cheongshim International Medical Center, Gapyeong, Korea

Eighty-three of 114 original articles and abstracts of research published by neuropsychiatrists of Chosun Chongdokbu Hospital (the Japanese colonial government hospital in Korea) and Keijō (Seoul) Imperial University Hospital during the Japanese colonial period (1910–1945) in journals including Shinkeigaku-zasshi (Neurologia), Seishin-shinkei-gaku zasshi (Psychiatria Et Neurologia Japonica), and The Journal of Chosun (Korea) Medical Association were reviewed. Most articles were on clinical research based on descriptive and biological psychiatry while only 4 articles were on dynamic psychiatry, probably because Japanese pioneers in psychiatry had introduced German psychiatry into Japan during the 1880s. The first paper was written by Dr. Shim Ho-sub. Professor Kubo of Keijō (Seoul) Imperial University published most articles, followed by Dr. Hikari, Dr. Hattori, and Dr. Sugihara. There were more articles on symptomatic psychosis and morphine addiction, followed by general paralysis, schizophrenia, neurological diseases, narcolepsy, epilepsy, and neurasthenia. The meaningful articles even for today were comparative studies between Japanese and Koreans and articles on opioid use disorder in Korea. Authors reported a markedly lower rate of psychotic inpatients in the population of Koreans compared with Japanese. Japanese researchers argued that, because of simpleness in social life in Korea and less violence or excitement in symptoms, Korean mental patients could be cared for by family or members of the community, or be treated by shamanism rather than bringing them to a public mental hospital, and poverty also prohibited hospital care. Finding of higher ratio of schizophrenia to manic-depressive psychosis among Koreans than Japanese was discussed in relation to delayed cultural development of Korea compared to Japan. In addition, traditional customs prohibiting marriage between relatives in Korea was related to low prevalence of manic-depressive psychosis, local endemic malaria was related to low prevalence of general paresis, and poor general hygiene was related to high prevalence of epilepsy. Unclear (undifferentiated) form of psychotic symptoms including hallucination and delusion was reported in more Koreans than Japanese. Also Korean patients showed a more atypical form in diagnosis. Authors added that they had found no culture-specific mental illness in Korea. However, no Korean psychiatrists were included as author in such comparative studies. Comparative studies on constitution between Koreans and Japanese mental patients and prisoners were also unique. However, no Korean psychiatrists participated in such comparative studies. In studies on morphine addiction in Koreans, Japanese researchers argued that such studies were necessary to prevent introduction of morphine-related criminal phenomena to Japan. Meanwhile, Dr. Kubo had left a notion on adaptation problems of Japanese living in the foreign country, Korea. Nevertheless he reported nothing about psychosocial aspects of mental illness in relation to political, cultural, and economic difficulties Koreans were experiencing under the colonial rule of Japan. These general trends of studies based on German biological and descriptive psychiatry and policies of colonial government to isolate “dangerous” mental patients in hospital appeared to reflect colonial or ethnopsychiatry of those days. These policy and research trends seem to have worsened stigma

Received February 11, 2015
Revised February 11, 2015
Accepted February 27, 2015

Address for correspondence
Sung Kil Min, MD, PhD
Department of Neuropsychiatry,
Hyoja Hospital, 1-30 Jungbu-daero
874beon-gil, Giheung-gu,
Yongin 446-512, Korea
Tel +82-31-288-0600
Fax +82-31-288-0539
E-mail skmin518@yuhs.ac

attached to mental disorders. Japanese tradition of psychiatric research was discontinued by return home of Japanese scholars with the end of WWII and colonial rule.

J Korean Neuropsychiatr Assoc 2015;54(2):142-171

KEY WORDS History of Psychiatry · Chosun Chongdokbu Hospital · Keijo Imperial University Hospital · Neuropsychiatry · Korea · Japanese colonial rule.

서 론

일제 강점기 한국의 정신의학사 연구와 관련하여, 일찌기 Rhi^{1,2)}, Lee와 Rhi³⁾는 당시 정신의료 기관의 설립이나 진료체계 등을 연구하였고, Chung⁴⁾과 Chung 등⁵⁾은 서양정신의학의 도입과정과 의학교에서의 정신의학 교육에 대해 연구하였다. 의사학계에서도 간단하게나마 정신의학 분야에 대한 기술이 있고,⁶⁾ 의료선교사들이 정신의학에 공헌한 바에 대해서는 의료선교사⁷⁾에서 간단하게 기술된 바 있다. 일제 강점기 세브란스연합의학교의 신경정신과 교실사와 신경정신과 교수 McLaren 교수와 이중철 교수의 사상과 연구업적에 대해서는 Yeo⁸⁾와 연세의대 정신과학교실⁹⁾이 연구한바 있고, Min¹⁰⁻¹²⁾이 McLaren 교수의 연구논문을 review하여 그의 의학사상, 정신치료의 중요성, 정신분석 비판, 진단, 증례, 원인론, 치료, 기독교적 영성 정신의학 등에 대해 연구하여 발표 한바 있다.

일본 신경정신의학사에서도 일제 강점기 조선의 정신의학 적 상황에 대해 간단히 기술되어 왔다.¹³⁻¹⁷⁾ 특히 카자마츠리¹⁵⁻¹⁷⁾는 메이지(明治) 이후 일본이 아시아 여러 나라로 진출한 것은 구미 각국과 동일한 제국주의적 행동이었으나, 이러한 정치적 평가와는 별개로 경성제국대학교 의학부 정신신경과학교실이 한반도의 정신의학 발전에 공헌하였다고 말하고 있다. 그러나 일제 강점기 동안 일본인 교수들의 연구업적에 대해서는 구체적인 연구가 부족하다. 대한신경정신의학회의 “정신의학 100년사”¹⁸⁾ 및 서울대학교 신경정신과 교실사¹⁹⁾에서도 경성 제국대학 정신신경과 교실에서 발표한 논문 몇 가지의 제목만을 제시하고 있는 정도로 단편적인 자료만 전해지고 있다.

한편 현재 세계 정신의학 역사에서는, 20세기 초 서구열강에 의한 식민주의가 정신의학의 연구나 진료에 반영되었을 뿐 아니라, 당시의 정신의학이 식민지의 사회적 질서를 정당화하는 수단으로 쓰이게 되었다는 지적이 대두하고 있다.²⁰⁾ 한국에서도 일본 식민주의가 당시 조선의 사회정책이나 교육은 물론, 의료에 반영되고 있었다는 견해가 있으나,²¹⁾ 정신의학 연구나 정신보건정책에 대해서는 구체적인 연구가 부족하다.

이에 저자들은 일제강점기(1910년부터 1945년까지) 동안

조선총독부의원이나 경성제국대학 신경정신의학교실에서 일하던 연구자들이 발표한 연구논문에 대한 조사가 한국의 정신의학을 연구하는 데, 필요한 부분이라고 보아 본 연구를 계획하였다. 이로써 근대 조선의 정신의학의 내용을 이해하는 데 뿐 아니라 부가적으로 일제 식민지 통치이념이 정신 의학 연구에 어떻게 반영되고 있을까 하는 점을 확인할 수 있을 것으로 보았다. 이 논문은 전체 연구 중에서 임상적 연구, 특히 한일간 비교 임상 연구에 대한 것이다(당시 연구자, 생물학적 연구나 생물학적 치료, 마약 중독, 그리고 정신치료에 관해서는 다른 논문으로 발표하려 한다).

방 법

본 연구는 문헌 연구이다. 연구대상 문헌들은 1910년부터 1945년까지 조선총독부의원, 경성의학전문학교 및 경성제국 대학의 정신신경학교실 교수들과 교실원들이 일본의 정신신 경의학회가 발간한 학술지 「神學雜誌」(이후「精神神學雜誌」로 개칭)(이 논문에서는 정신신경학잡지로 통칭)와 조선 의 조선의학회가 발간한 「조선의학회잡지(朝鮮醫學會雜誌)」 등에 출판한 논문들과 그 학술지에 실렸던 학술대회 발표(강 연) 초록들이다. 그 결과 정신신경학잡지로부터 44편의 문 헌,²²⁻⁶⁵⁾ 그리고 조선의학회잡지로부터 70편의 문헌 등⁶⁶⁻¹³⁵⁾ 총 114편의 논문을 수집할 수 있었다(표 1).

다른 자료²¹⁾를 통해 일본어로 된 「京醫專紀要」, 「診斷及治療」, 「滿鮮之醫界」, 「滿洲醫學雜誌」, 「日新醫學」, 「實地醫家卜臨床」, 그리고 경성제국대학 의학부가 발간했다는 영문판 「Acta Medicinalia in Keijo」와 「the Keijo Journal of Medicine」(京城帝國大學 醫學部 紀要) 등의 학술지가 있다는 것을 알 수 있었지만, 잡지를 찾기 어려워 제외하였다. 「朝鮮醫報」에는 현대적 체제를 갖춘 한글논문과 그 영문초록이 게재되었는데, 이 잡지에는 동경제대 정신신경과 교수들의 논문은 실리지 않았고, 반면, 세브란스연합의학교의 McLaren 교수와 이중철 교수의 논문만이 발견된다. 기타 의학학술지로 영문잡지 「China Medical Journal」과 「세브란스 紀要」가 있는데, 이는 영문잡지들이었고, 주로 세브란스의 선교사 교수들의 논문

만 실렸다.

연구대상 논문들은 모두 일본어로 쓰여져 있는데다가 현재는 쓰지 않는 의학용어와 표현방식으로 쓰여져 있어, 해독이 쉽지 않았다. 민족을 칭하던 용어에 있어서도 혼란이 있었는데, 당시의 일본의 통치하에 있던 한반도, 대만, 만주 등을 외지(外地 gaichi : 外の領土), 일본 본토를 내지(内地 naichi : 本来の領土)라고 호칭하고 있었다. 그 결과 일본어 학술발표에 있어서도 한국인은 조선인, 그리고 일본인은 내지인이라고 부르고 있다. 현대에는 이런 표현은 식민지 시대의 차별적인 표현으로 보지만, 본 논문에서는 혼란을 피하기 위해 그대로 조선인, 일본인으로 통일하여 표기하였다.

연구경향의 개관

시대별 추이

표 1에서 보는 바와 같이, 시기 및 기관별로 볼 때, 조선총독부의원/경성의전 시대(1910~1927)에서는 17년간 모두 24편이 발표되었다. 이 시대의 연구논문은 대부분 임상증례에 대한 것이었다. 최초의 본격적인 연구논문은 1916년의 조선인 심호섭²²⁾에 의한 논문이다. 경성제대 시대(1928~1945)에서는 제국대학으로의 격상에 따라, 연구목적의 인적 및 설비 자원이 보충되어, 발표수가 많아졌을 뿐 아니라 전반적으로 보다 전문적이고 당시로서는 첨단적인 내용의 논문들이 발표되었다.

학술잡지별로 볼 때, 일본 신경학/정신신경학잡지에는 1916년 이래 매년 2, 3편의 논문을 발표하다가 1930~1933년도에 이르러 논문발표가 매년 5~7편으로 활발해졌으며, 이

Table 1. Number of papers by authors

Author	Jap. Journal		Kor. Journal		Total (C)
	Art (C)	Abst (C)	Art (C)	Abst (C)	
Gov. Hosp.					
Shim (沈浩燮)	1			5	6
Suits (水津信治)		2	1	9	12
Hara (原振緒)				1 (1)	1 (1)
Kita (北村庸人)			1 (1)	1 (1)	2 (2)
Kubo (久保喜代二)	2		0	1	3
Keijo Imp. Hosp.					
Kubo (久保喜代二)	5	10 (1)	7	3	25 (1)
Sugihara (杉原滿次郎)	4	1	3	2 (1)	10 (1)
Ahn (安鐘一)	1		1 (1)	4 (1)	6 (2)
Hatori (服部六郎)	(4)	4 (3)	1	2	7 (7)
Lee (李奎鍾)				1	1
Hikari (光信幸)	(2)	2	4 (4)	4 (1)	14 (7)
Park (朴鍾榮)				1	1
Myung (明柱完)		(2)	4	1	5 (2)
Imazumi (今澄重雄)	2	1 (1)	3	1	7 (1)
Miyamoto (宮本松若)		1			1
Ito (伊東高麗夫)	1	1 (2)	4 (1)	4	10 (3)
Toyogawa (豊川晴景)		1			1
Nikoshi (名越繁夫)		(1)			(1)
Gawaguchi (川口清人)		(1)		1	1 (1)
Matsuo (松尾三郎)			(2)		(2)
Suzuki (鈴木正郎)				(1)	(1)
Shimiz (清水精一)		(1)			(1)
Watanabe (渡邊道雄)		1			1
Subtotal	20 (6)	24 (12)	29 (9)	41 (6)	114 (33)
Total		44 (18)		70 (15)	114 (33)

Jap. Journal : Shinkeigaku-zasshi (神經學雜誌 1902~1935) and Seishin-shinkei-gaku zasshi (精神神經學雜誌 1935~1945), Kor. Journal : Journal of Chosun (Korean) Medical Association (朝鮮醫學會雜誌 1913~1945), Art : Article, Abst : Abstract, C : Co-author, Gov. Hosp. : The hospital of Japanese colonial government (朝鮮總督府醫院) in Korea (1910~1957), Keijo Imp. Hosp. : Keijō (Seoul) Imperial University Hospital (京城帝國大學 病院) during Japanese colonial period (1927~1945)

후 1943년까지는 매년 2, 3편의 발표가 있었다. 조선의학잡지에는 1913년부터 논문이 실리기 시작하는데, 1913년 스이즈의 초록 3편¹³⁶⁻¹³⁸⁾은 모두 독일의학잡지에 실린 논문을 일어로 발췌한 것이어서, 본 연구 대상에서는 제외하였다. 1916년, 1921년, 1930~1932년, 1940년(9편)에 논문발표수가 많았다. 그러나 그 이후부터 1945년까지는 전쟁의 영향 때문인지 한 편의 논문도 없었다.

전체적으로 1930~1933년 간에 발표 논문수가 가장 많아, 학술활동이 가장 활발하였던 것 같다.

연구의 특징

논문의 형식

초기에는 일본어 제목과 저자명만 나오다가, 발전을 거듭하면서 일본어 제목과 일본어 저자명과 소속(많은 논문에서 저자명 뒤에 괄호 속에 지도교수, 즉 주임교수명이 나온다)에 이어 독일어 제목, 저자와 소속, 주임교수명이 이어진다. 원저는 대체로 서론, 본론(연구방법, 연구결과 또는 증례), 고찰, 적요(요약, 결론), 참고문헌 등의 순서로 정형화되어 있었다. 외국어 초록(주로 독일어)은 1930년대 이후 보이기 시작하였는데, 잡지 마지막 부분에 따로 초록들만을 한데 모아 수록되었다. 논문(강연초록 포함)은 대개 저자가 서론에서 주제의 중요성과 역사적 고찰을 한 후, 저자가 경험한 특정 장

에 증례 1~5예(일부에서는 30예 정도까지 일일이)를 기술하고 관련 일본 문헌과 외국 문헌을 고찰하고 결론을 내리는 것이다. 참고문헌은 10~100여편 인용되는데, 거의 독일계 문헌들로서 Kraepelin, Bumke, Binswanger, Koch 등 당대 독일의 저명한 학자들의 논문들이 망라되고 있었다. 논문의 기술은 완벽을 기하고자 하는 경향이 눈에 띄는바, 예를 들어 1예의 증례보고에 무려 113편의 문헌을 고찰한 경우도 있다.⁹⁶⁾

특이한 점은 학술대회에서 발표한 초록을 논문처럼 학술지에 싣고 있다는 점이다. 초록으로서는 긴 경우도 많았고, 간단하지만 서론, 연구방법, 연구결과, 고찰, 요약, 참고문헌 등 원저의 형식을 갖춘 경우도 있었다. 그리고 때에 따라 발표시 있었던 다른 연구자의 토론, 추가 등이 같이 출판되어 있는 점이 특이하였다.

실험적 임상 연구도 있으나, 지금 시각으로 보면 단순 open clinical trial 수준으로, 현대적인 수준의 통제연구(randomized double blind control study)는 한편도 볼 수 없었다. 통계방법은 일부에서 사용되고 있었으나, 대개 단순 수치비교였고, 확률이나 유의도 개념은 없었다. 많은 경우 외국어(독일어, 영어) 용어나 심지어 사람이름까지 원어를 사용하지 않고 일본발음대로 일본어로만 표기한 경우가 많았다.

연구내용

표 2에서 보는 바와 같이 114편의 문헌 중에서 임상연구

Table 2. Numnber of papers by research themes

Themes	Jap. Journal		Kor. Journal		Total
	Chongdokbu Hosp.	Keijo Imp. Univ.	Chongdokbu Hosp.	Keijo Imp. Univ.	
Basic (animal, human)	1	6	5	20	32
Clinical	2	18	8	17	45
Comparative (statistical)	1	5	1	6	13
Laboratory (autopsy)		4	2	2	8
Constitution		4		3	7
Treatment					
Continuous sleep	1		1		2
Antiepileptic			1		1
Malarial fever				1	1
Phosphorus fever		2		1	3
Insulin shock		4			4
Electrical shock				1	1
Other biological		1		1	2
Psychotherapy	1	1	1	3	6
Subtotal	6	45	19	55	125
Total		51		74	125

Jap. Journal : Shinkeigaku-zasshi (神經學雜誌 1902-1935) and Seishin-shinkei-gaku zasshi (精神神經學雜誌 1935-1945), Kor. Journal : Journal of Chosun (Korean) Medical Association (朝鮮醫學會雜誌 1913-1945), Chongdokbu Hosp. : The hospital of Japanese colonial government (朝鮮總督府醫院) in Korea (1910-1957), Keijo Imp. Univ. : Keijō (Seoul) Imperial University (京城帝國大學) during Japanese colonial period (1927-1945), a paper may include more than two themes (for example : a clinical case report may include autopsy finding)

가 가장 많았다. 대개 증례를 중심으로 한 임상연구로, 증상, 치료, 부검(부검을 위주로 한 논문에도 증례의 증상과 검사 결과, 경과를 매우 자세히 기술하고 있다) 등에 대한 것이다. 특히 매독(마비성 치매), 일본 뇌염, 재귀열, 장티부스, 콜레라, 비타민결핍증 등에 동반되는 증상성 정신병(symptomatic psychosis)에 대한 논문이 많았는데, 이는 당시 시대상과 신경학과 정신의학이 분리되어 있지 않던 것을 반영한다고 생각된다.

당시 식민지를 포함한 일본 전역에 있어서, 경성제대의 역할을 잘 드러내는 연구로 한일 간의 비교정신의학적 연구, 조선에서의 아편중독, 체형연구 등이 주목된다. 또한 당시로서는 첨단적이었던 지속수면요법, 발열요법, 인슈린쇼크요법 등에 대한 연구 등이 주목된다.

한편 정신분석과 정신치료에 관한 논문이 6편 발견되었는데, 그 중 4편이 조선의학회잡지에 실렸다.

병명에 따른 논문의 분류는 표 3과 같다. 증상성 정신병과 아편중독에 대한 것이 각각 12편으로 가장 많았고, 다음이 마비성 치매였고, 다음 기타 정신병(조현병, 조울병, 간질성 정신병 등을 모두 포함한 개념), 조현병(조발성 치매, 정신분열병), 신경학적 장애(뇌전증, 파킨슨 병 등 포함) 등이 많았다. 일제 강점기 초반 조선총독부의원 시절에는 대개 정신병에 대한 연구가 주로 조선의학회잡지에 실렸다. 반면 경성제

대 시절에는 주요 정신병인 조발성 치매(정신분리증, 정신분열병), 조울병, 마비성 치매 등이 구분되어 연구되었고, 대개 일본 정신신경학잡지에 실렸다. 아편류중독은 거의 조선의 학회잡지에 실렸으나, 기면병은 3편 모두 일본 정신신경학잡지에 실렸다.

한편 논문들의 이중게재도 발견되나 이는 대개 초록과 원저로서이다. 예를 들어 구보의 조선의 마약중독에 대한 속제 보고는 일본 정신신경학지에 실렸으나 나중 자료가 더 보완되어 조선의학회잡지에 4편으로 나뉘어 게재되었다.

학술용어

논문에 나타난 일제 강점기 동안 사용된 학술용어, 병명, 치료방법 등에 대한 용어는 당시 독자들은 이미 익숙한 것이었겠지만, 현재로서는 매우 생소한 것이다. 그러나 이를 통해 한국에서 사용해왔던 다수 학술용어가 일본에서 유래하였음을 알 수 있었다. 예를 들어 일본 정신신경의학회에서는 당초 Kraepelin이 명명하였던 dementia Praecox를 [조발성(早發性) 치매, Sohatsusei Chiho]로 번역 사용하였는데, 나중에 Bleuler가 제창하였던 schizophrenia를 정신괴리증(精神乖離症, Seishin Kairi Syo) 또는 정신분리증(精神分離症, Seishin Bunri Syo)으로 번역하였으나, 이를 1933년에 정신분열병(精神分裂病, Seishin Bunretsu Byo)으로 통일해야 한다는 주장

Table 3. Number of papers by diagnosis

Diagnosis	Jap. Journal		Kor. Journal		Total
	Chongdokbu Hosp.	Keijo Imp. Univ.	Chongdokbu Hosp.	Keijo Imp. Univ.	
Dementia psralysis		7	1	2	10
Psychosis			5	3	8
Dementia precox (schizophrenia)		7			7
Manic-depressive psychosis		2		1	3
Other symptomatic psychosis	2	2	4	4	12
Obsessive-compulsive disorder	2		1		3
Hysteria				2	2
Neurasthenia		2		2	4
Traumatic neurosis				1	1
Epilepsy		1	3	1	5
Alcohol addiction		2		2	4
Opioid addiction		2		10	12
Neurological disorders			1	6	7
Narcolepsy		4			3
Episodic twilight state		1			1
Childhood psychosis		1			1
Subtotal	4	31	15	34	83
Total		35		49	83

Jap. Journal : Shinkeigaku-zasshi (神經學雜誌 1902-1935) and Seishin-shinkei-gaku zasshi (精神神經學雜誌 1935-1945), Kor. Journal : Journal of Chosun (Korean) Medical Association (朝鮮醫學會雜誌 1913-1945)

에 따라 1937년에 신경정신병학 용어통일위원회(用語統一委員會)에서 정신분열병으로 통일되었다.¹³⁹⁾ 조선에서는 처음으로 1939년 구보교수가 한 초록⁵⁸⁾에서 정신분열병이라는 명칭을 사용하였다.

비교정신의학적 연구

일본인 교수의 연구로 현재 주목을 받을 만한 연구 중에 하나가, 당시의 식민지 조선과 일본에 있어서의 비교정신의학을 들 수 있다. 이런 연구는 모두 일본 학술지에 실렸다.

스이즈의 보고

1918년 스이즈가 조선총독부의원 정신과의 운영상황에 대한 과정인 자신의 취임 6년간의 경험에 대한 보고서를 냈다.²³⁾ 그 내용은 병원의 설립 과정, 정신병동 시설(수용인원 30명), 의료진(정신과 과장 1명, 조수 1명, 간호사 4명) 입원환자 수 등에 대한 것이다. 1915년(다이쇼 4년)의 병원 입원환자는 보통환자 45명(조선인 23명, 일본인 26명)과 시료환자 29명(조선인 23명, 일본인 6명)이었고, 치료일수는 조선인 보통환자 4056일(1인 평균 176.3일), 일본인 보통환자 1918일(1인 평균 73.8일), 조선인 시료환자 2717일(1인 평균 118.1일), 일본인 시료환자 516일(1인 평균 86일)이었다. 고찰에서 스이즈는 조선반도의 정신병자수는 내지(일본)의 정신병자수와 거의 같으나, 마비성 치매, 간질성(뇌전증성) 정신병, 코카인중독(당시 코카인이 한국에 들어왔는지에 대해서는 의문이 있다. 추후 조사를 요한다)에 의한 정신병 등은 오히려 많아 보인다고도 하였다. 주목되는 문장은 조선인의 경우 “개화(開化)의 도(度)와 민도(民度)가 낮다”라고 말하고 있다는 것이다.

구보와 핫토리리의 한일비교

정성제대의 구보는 한일 간 비교정신의학에 높은 관심을 가졌다. 구보와 핫토리³⁴⁾는 세계의 비교정신의학의 문헌들을 review하고, 양 민족 간의 문명의 차이에 따른 정신병 양상의 차이를 밝히려 하고 있다. 논문의 서문은 다음과 같다 (이해를 돕기 위해 주요 부분을 그대로 번역한다).

“민족 간의 정신병의 종류, 증상 등의 차이에 관한 비교정신병학적 연구보고는 세계 각국에서 여전히 많지는 않다. 일본에서는 내지인(일본인)에 관해서는 구레, 사카키, 미야케, 와다 등의 문헌은 있지만 조선인의 정신병에 관한 보고는 조선총독부연보(1913~1925년) 중의 스이즈박사의 정신병의 병류 통계(앞서 기술한 스이즈 논문²³⁾을 의미하는 듯) 이외에는 없다. 단 Revesz and Lange가 인용한 문헌 속의 조선에

서는 마비성 치매가 극히 드물고 또 간질이 다수 존재한다는 기술이 있지만 그 조사의 근거가 확실한가는 불분명하다. 이 상에서 보는 것처럼 조선에서 정신병에 관해서는 여전히 미지한 영역이 널리 존재하여 그 연구는 매우 흥미로운 제목이고 우리의 ‘오래된 기획’이기도 하다. 우리는 일상에서 일본인과 조선인 양쪽에 대한 관찰이 가능한 위치에 있다. 그래서 양자를 비교할 때 어떤 차이를 느낄 때가 있다. 그래서 양자에 차이가 있다면 어떤 점, 어떤 이유로인지 추구하고 이것을 구체적, 통계적으로 증명하려고 한다.

지금까지의 민족비교정신병학 연구에 의하면 민족의 차이에 따라 특이한 정신병이 존재한다. 또 종래의 정신병 유별도 각 민족에 공통된 것이다. 또 각종 정신병의 증상, 경과, 예후 등에서도 같다. 그러나 어떤 민족에서 어떤 병류 혹은 병형이 다수이거나 또는 드물다. 그래서 만약 각 민족 간에 무슨 차이가 있다고 하면 그 유래가 연구제목이 된다. 그러나 이런 연구의 난점으로 말해야 하는 것은, ‘Kraepelin 교수도 말씀하고 계시는데’, 우리들이 보는 정신증상은 주로 타각적 정신증상을 기초로 만들어지는 것으로서 그 진단은 의사의 주관적 판단에 의한 것이 많아, 비교정신병학 같은 각자가 다른 관찰에 의거하여 작성된 보고를 수집하고 비교 대조하는 방법으로는 정확성을 기대하기 어렵다는 것이다. 사실 우리가 이 연구에서 외국 학자들의 문헌을 볼 때 기이하게 느끼는 것은 동일 민족, 동일 지방의 조사 성적조차 동일하지 않은 경우가 많다는 것이다. 그 중에는 동일한 성적을 전혀 반대되는 해석을 하고 있는 경우도 있다.

우리들의 연구의 자료가 된 것은 메이지 45년(1912년)에서 다이쇼 14년(1925년) 기간 스이즈 노부하루박사가 수집한 병상일지와 그 후 저자들의 증례들이다. 스이즈박사와 저자들은 운 좋게도 같은 독일학과, 주로 Kraepelin 교수의 분류법에 의거해서 진단을 하고 있어 진단의 차이에 의한 연구 상의 불편은 비교적 적었다. 이 연구에서 우리는 그 중점을 조선인에 두고 내지인(일본인)은 그 대조로 했는데, 우리들의 자료가 된 증례는 내지인, 조선인 다 거의 같은 숫자였던 것은 통계상 대단히 좋은 일이다.”

“조선인은 내지인과 그 종족을 같이 해온 것이지만, 매우 다년간 따로 떨어져 다른 풍토에서 자라, 풍속, 습관도 또한 따로 하여 이제는 내지인과는 매우 다른 별개의 민족성을 형성하고 있다고 보지 않으면 안 된다. ‘조선의 문화는 옛날에는 중국대륙과 연결되고 있는 관계상 일본보다 일찍 진보하고 있었던 것은 역사상 명백하지만, 근대에 있어서는 일본이 메이지 이후 서양문명을 수입하고 그 문화에 있어서 대단한 약진을 하였지만 조선의 문명의 발전은 늦어져 총독부 시정 이래 구태(舊態)에서 벗어났다고는 하지만 여전히 일본내지

에 비하면 멀리 발전이 지연되고 있어 보인다.”

문명발달과 정신병 발생과의 관계

이후 구보와 핫토리³⁴⁾는 문명발달과 정신병 발생의 증가와 관련된 당시의 많은 연구논문들을 고찰하고 있다. 요약하면 다음과 같다. 1) A. Tamburini는 유행성 정신병 같은 병은 이전에 각 민족 간에 널리 유포하고 있었지만 현재로는 단지 개인의 질환으로만 관찰이 가능하며, 어느 종류의 정신이상도 오히려 문명의 전파와 함께 감소한다고 하였으며, 그 예로 히스테리를 들었다. 2) 미개인종에 비해 문명인에서 정신 질환이 많다는 견해도 있으나, 반대로 문화의 정도가 낮은 민족에서 종종 유행성 정신병이 존재하다가 문명의 향상과 함께 소실되는 경우도 있다. 3) Oswald Bumke는 문명의 향상에 따라 정신병이 증가하는 것처럼 보이는 것은, 정신병의 진단방법이 확실해지고, 정신병자 구치기관이 발달함에 따라 정신병자 수용수가 증가하고, 사회복지의 발달에 따라 빈곤자라도 입원이 가능해졌고, 정신병원에 대한 혐오감이 줄어들어 환자를 마음 편안히 병원에 맡길 수 있게 되었기 때문이라 하였다. 4) 위생상태의 개선은 전염병, 중독, 영양장애 같은 일부 정신병의 원인을 점차 제거해주고 있다. 5) Rudin (Ernst Rudin)에 의하면 자살자, 범죄자의 급증은 문명의 영향이 크고, 외상성 신경증 같은 병은 매년 증가하는 경향을 보이며, 정신병자도 또한 증가하고 있지만 이것은 주로 술중독, 매독의 만연에 의한 것이다. 6) 오늘 날 생존경쟁이 우리들의 신경을 피곤하게 만들고 있는 것은 부정 못하지만, 반면 우리들의 정신력을 단련해주고 있는 것도 사실이다. 7) Alfred Hoche는 자살자가 증가한다 해서 정신이상자의 증가를 말 할 수는 없다고 하며, 자살의 증가에 대한 설명으로 여러 가지 주장을 소개하고 있는 바, 생존경쟁의 결과 생계가 어려워지고, 과학의 발달과 함께 소아기부터 양성된 종교적 관념은 점점 희박해지고, 현대의 사조인 자아관념의 향상으로 만사가 자기를 위해 진퇴한다고 믿고, 타인을 고려하는 일은 거의 없어졌기 때문이라는 것이다. 따라서 지금까지의 통계적 보고를 보면 문명국에서 실질적으로 정신병이 증가한다는 결론은 얻기 어렵다고 말하고 있다.

한일 간 정신병자 인구비

“조선에서는 여전히 정신병자감호법이 시행되지 않아 조선 전토의 정확한 조사는 없지만 1929년(쇼와 4년) 조선총독부 위생과의 미흡한 조사에 의하면 전국의 정신병자 총수는 2900명 정도라고 한다. 본년도(1931년) 국세조사의 예측에 의하면 조선에서의 총인구는 약 1900만 명, 내지인 약 50만 명이다. 이것을 일본 총인구 6천만에 대해 1928년(쇼와 3년)

통계 69500명(정신병자 수)에 비하면 그 인구비에서(조선에서의 정신병자 비율은) 격단(格段)의 차이를 보이고 있다(조선에서는 정신병자 수가 매우 적다는 의미).

우리 교실 부속병동은 조선총독부의원의 일부로써 1908년(메이지 41년)에 개동되어 1928년(쇼와 3년)에 우리 교실에 이관된 것인데, 현재도 조선에서의 유일한 정신병원인 것은 여전하다(저자 주 : 이 논문은 1931년 출판되었는데, 1930년에 세브란스병원에 정신병동이 세워졌다). 당과의 1929년(쇼와 4년)까지의 입원환자 중 정신병자는 일본인 576명, 조선인 508명, 계 1084명이다. 단순히 입원환자수와 인구와의 비율을 말하면 내지인(조선 거주 일본인 약 50만 명)이 현저히 고율을 보이고 있지만, 조선인은 여전히 의료에 의지하는 일이 적고, 정신병 치료를 금주(禁呪)기도와 같은 미신으로 치료하는 경우가 내지인보다 훨씬 많다. 또 조선인의 재정상태도 크게 관련이 있는데, 우리 교실 부속병동의 조선인 입원환자는 공비(公費, 무료) 환자가 대다수를 차지하는 것을 보아도 상상이 가능하다. 그 외 우리들이 고려해야 하는 것은, 우리들의 일상 임상경험에 의거해 말해도 그렇지만, 조증으로 인한 조절이 어려운 흥분은 조선인에 비교적 적어 조선인의 정신병자는 비교적 가정에서 간호하기 쉽다는 것, 또 조선인의 사회생활은 여전히 비교적 단순하기 때문에 그 사회가 정신병자를 받아들이기 쉽다는 것도 있다.”

결론적으로 저자들은 일본인과 조선인의 정신병류를 조사하여 양자 간의 차이에 대해서 논하고, 차이의 원인에 대해서 정확히 단정하는 것은 지난한 일이지만 적어도 양자 간의 문화적 차이가 어느 정도의 역할을 하고 있다는 것은 부정하기 어렵다고 하였다. 즉 1) 조선인들은 정신병에 대해 의료를 요청하는 경우가 적고, 2) 조선인들은 정신병치료를 금주기도(禁呪祈禱)와 같은 미신으로 치료하려는 경향이 일본인보다 훨씬 강하며, 3) 조선인 환자 중 조증의 폭력성향이 비교적 적고, 4) 격렬한 감정표현이나 흥분을 드러내는 환자가 드물며, 5) 일반적으로 조선인 환자는 다루기가 쉽고, 6) 조선인의 사회생활이 비교적 단순하기 때문에 사회가 정신병자를 받아들이기 쉽고(그래서 병원에 오지 않는다), 7) 조선인의 정신병자는 가정에서 간호하기가 비교적 쉽기 때문에, 8) 조선인은 가난하여 환자를 병원에 데려오기 어려워, 조선인들에서 정신병자 수가 적게 나타난다고 하였다.

또한 그 이외에 조울병에서의 동성(同姓) 간 결혼을 기피하는 결혼풍습, 마비성 치매에서의 말라리아 풍토병, 간질에서의 사회위생상태 등이 여러 요인이 얼마간이라도 양자의 차이에 영향을 끼치고 있다고 상상할 수 있다고 하였다.

또한 구보 등은 Kraepelin이 자바에서 발견한 amok이나 latah 같은 정신장애를 조선에서도 발견할 수 있을까 기대한

것 같은데, 그들은 “관심사인 조선인에 특유한 정신병”은 여전히 발견하지 못했다고 부연하고 있다.

한편 구보는 자신의 연구태도에 대해 조심스럽게 다음과 같이 말하고 있다. “백인은 유색인종을 열등하다고 보는 선입견 때문에 통계숫자를 고찰할 때 자신도 모르는 사이에 자기들을 우량하다고 보는 함정에 빠지는 일이 있다. 우리들은 조선에서의 정신병을 연구할 때 특히 여러 주의를 기울이고 공평한 학술적 견지부터 떠나지 않도록 노력하는 생각이지만 그래도 불식의 망단(妄斷)에 빠지지 않다는 것을 보장하기 어려운 경우 여러분의 질책을 구하는 바이다.” 그렇게 말하고 있음에도 불구하고, 저자들은 조선의 인종이나 전통 문화와 관습의 “열등함”에 대한 시각으로 고찰을 하고 있지만, 발병에 관여하는 당시의 피식민지배와 관련된 정신사회적 요인에 대해서는 전혀 언급이 없었다.

조울병

조울증 환자는 일본인 입원환자수 576명 중 64명(11.1%), 조선인 508명 중 44명(8.7%)이며, 환자 총 수에 대한 조울증 환자 비율은 한일 간에 차이는 적다. 그러나 조발성 치매에 대한 조울증 환자의 비율은 일본인 77.1% 대 22.9%, 조선인 88.9% 대 11.1%로, 일본인에서 조울증의 비율이 약 2배에 달하여 뚜렷한 차이를 보였다.³⁴⁾

“이 양자가 매우 근사한 민족이고 동일 국토에 살지만 그런 차이를 보이는 것은 매우 주목할 만한 것이라고 말해야 한다. 단순히 기후의 영향이 아니라고 하면 근본적으로 소위 소질의 차이로 인한 것인가? 그러나 한 마디로 소질이라고 말해도 그 중에는 진정한 소질과 소인이 포함되어 있다. 소인이 외국의 사정, 풍토, 식물, 전염병 등 여러 원인으로 인하여 점차 자라서 생긴 지속적 경향인 한, 내지인과 조선인과의 차이 또한 이 소인에 의한 것이 반드시 크다고 생각해야 한다. 그래서 우리는 소질을 말하기 전에 먼저 양자가 제시하는 여러 차이가 생기는 원인을, 이 소인에서 구하려고 시도하는 것이 필요하다고 생각하고 있다. 그래서 가장 생각하기 쉬운 것은 양자 사회의 문명 정도의 높고 낮음(高低)이 이 경우 얼마의 역할을 하고 있는가 하는 것이다.”

“Bumke와 Ludwig Stern의 조사에 의하면, 조울병은 그 사회의 문화권의 향상에 따라 증가하고 조발성 치매 같은 정신병은 감소한다고 한다. 즉 문화와 함께 정신의 분화가 진행되고 특히 감정이 섬세, 민감하게 되는 것과 동시에 병적 향진에 기울어진다는 것은 부정 못하는 사실이다.”

“Stern-Piper는 문화지수(Kulturindex=Manische-depressives Irresein/Organic Psychose)가 동일 사회에 있어서도 문화권의 향상에 따라 증가하는 것을 확인했다. 즉 정신노무자

는 근육노동자보다 이 비율이 높다. 즉 그는 Bumke 등과 같이 문화의 진전과 함께 내인성 기질성 질환인 조발성 치매, 간질, 정신발육제지증 같은 것은 오히려 감소한다고 하였다. 이 관계는 문명의 정도를 달리하는 민족 간에 있어서도 관찰된다고 하였다. 그는 다음과 같은 나라에 따른 문화지수를 제시하고 있다. 자바 45, 시리아 51, 브라질 55, 일본 67, 오스트리아 70, 독일 87.”

“Kraepelin 교수는 상술한 자바에서의 말레이시아인의 조울병의 관찰부터, 미개인에서는 비정형적 조울병이 많다고 하고, Skliar 또한 이것에 찬성하고 있지만 이 설은 반드시 보편적이지는 않다고 생각한다.”

이어 구보와 핫토리³⁴⁾는, 문명이 낮을수록 정신분열병이 많고 조울병이 적다는 이론을 부정하는 여러 학설들을 제시하고 있다. 1) 최근 V. Vijic이 인용한 Henckel에 의하면 조발성 치매와 조울증의 대비는 지역 또는 클리닉 사이에 큰 차이가 있어 Stern-piper가 주장하는 문화지수는 별 소용이 없다. 2) Skliar 및 Starrikowa에 의하면 중앙아시아의 아스트란카 지방에서 가장 소박하고 미개한 자연민족에서 조울병이 가장 다수를 차지하고 있는데, 그 이유는 자연인은 일반적으로 주위의 자극에 감정적으로 반응하며, 이 반응이 정신병의 형태를 취하는 경우에는 감동성의 성질을 띤 조울병의 형태를 취하기 때문이다. 그러나 이 지역의 조울병은, 문명인의 조울병 증상과 경과가 다소 달라, 다수의 예에서 정형적 긴장 증상군을 나타내지만 죄책망상, 자책관념과 같은 것은 거의 관찰할 수 없다고 한다. 3) Reversz의 분석에 따르면 어떤 미개지에서는 울병형이 많다. 4) 특히 특이한 것은 Kraepelin 교수의 기술에 의하면 미개지(말레이시아)에서 의식혼탁 상태에서 흥분상태, 폭행, 그리고 심지어 사람을 살상하고 동물까지 위해를 가하는 것을 amok라고 하는 경우가 있는데, 이는 일과성의 착란상태와 매우 비슷하다. 그러나 그 후 Ganz의 연구에 의하면 자바의 말레이시아인 정신병에서도 자책관념이나 위구(危懼)상태가 유럽인보다 적지 않고 또 우울상태에서 자살기도도 보인다고 한다. 5) Travaglino의 자바에서 관찰한 정신병자를 분류기술에서는 amok의 기술은 없어 amok가 이 분류의 어디에 속하는가 불명하다. 그러나 이 지역에서 조울병은 조발성 치매에 비해 매우 드물어 Skliar의 기술과는 반대이다. 6) Bevis에 의하면 미국 남부 흑인에서 조울병은 17%였지만 자살 및 자살기도는 매우 드물어 0.3%였다. 7) Ritterhaus의 연구에 의하면 북독일 지방에서도 정형적 조울병을 관찰하는 것은 매우 드물다. 8) Kherer도 브레스라바에서 정형적 조울병은 주로 오래된 문벌의 귀족, 혹은 유대인에서만 관찰된다고 하였다. 9) Ritterhaus는 북독일에서는 조발성 치매가 많고 남독일에는 조울병이 많다

하였다. 10) Rhoden과 그 외의 여러 학자들에 의하면 조발성 치매, 조울병의 다소는 민족의 고유성 때문은 아니고 그 체형에 의한 것이라고 하였다. 11) 우리 교실원 스기하라 만지로의 조선에서의 정신병자 및 범죄자의 체형학적 연구에 의하면 일본인, 조선인 모두에서 허약형과 비만형의 비율은 거의 같고, 유럽 각국의 보고와 대략 일치한다.

이러한 서로 반대되는 이론들이 생겨난 원인으로 저자들은 지역의 정신과의사 또는 소수의 여행자의 보고 때문인데, 아마 같은 대상이지만 그들의 진단이나, 통계숫자를 해석하는 각 학자의 견해의 차이에 의해서 그런 모순이 생겼을 것이라 하였다(예를 들어 조발성 치매는 긴장병형이 가장 많고 가끔 주기성을 보여 조울병과의 실제 감별이 어렵다. 같은 설명이 마비성 치매에서도 인정된다).

“이상 조울병에 관한 문헌을 총괄하면 동일민족에 대해서 보고와 기술에서 반드시 일치하지 않는 경우가 있지만, 대체적으로 각종 민족에서 본병의 증상, 경과, 예후에 다소의 차이는 있다고 인정해야 한다. 이들의 차이가 어떻게 유래되었는가는 간단하지 않다. 조울병이라는 질환은 기능성 질환이고 감정의 장애를 주로 하는 것이기 때문에 문화풍속, 습관, 기후 등의 환경과 발병과의 사이에 밀접한 관계를 상상할 수가 있지만 그것은 언제까지나 유발적인 조건에 해당되며, 본증 발병의 소질은 다른 곳에서 구해야 한다. 그러니 만약 각종 민족에 본병의 소질이 평등하게 분포한다면 본병의 발생은 환경의 자극이 많은 민족에 비교적 많지 않으면 안된다는 추정이 허락될 것이다. 그래서 신경의 저항을 약하게 하고 감정의 동요를 높이는 데 가장 강한 영향력은 기후와 인간생활의 복잡화의 양자에서 온다고 생각된다.”

“또한 우리가 가장 주목하고 있는 것은 조울병은 Kraepelin 교수가 그 환자의 80%에 대해서 소인을 증명한 바와 같이 유전관계가 강한 질환이지만, 조선에서는 오래전부터 정치적으로 그리고 풍습상 동성(同姓)의 결혼을 금하여 현재도 여전히 기피하는 경향이 있다. 이 사실은 조선인의 소질상 조울병이 비교적 적다는 것과 뭔가 관계가 있지 않은가 생각된다.”

또한 구보와 핫토리³⁴⁾는 조선인에서 조울병의 정형적 증례를 관찰하는 것은 매우 드물다고 하면서, 그 임상보고는 다음 날에 해보고 싶다고 하였다.

진행성 마비(마비성 치매)

경성제대 정신신경과 통계에서 동 입원환자 내지인 576명 중 마비성 치매 186명(32.2%), 조선인 508명 중 54명(10.6%)이었다. 일본인의 비율은 종래 문헌에 나타난 최고치에 가까웠다.³⁴⁾ 구보와 핫토리³⁴⁾는 또한 경성제국대학 피부과의 통

계에 대해 조사해보니, 1912~1926년 사이의 일본인 외래 환자의 9.07%, 조선인 외래 환자의 7.8%가 매독이었다. 즉 이 통계에 의하면 일본인, 조선인의 매독 이환율은 거의 같지만 현재 마비성 치매 이환율은 매우 차이가 있다. 그래서 이 차이는 “문명의 정도가 어느 정도의 요인으로 될 것이다”라고 하면서, 역시 문명의 차이를 들고 있다. 따라서 문화의 발전에 따라 조만간 조선인 마비성 치매의 비율이 증가 경향을 보일 것이라 예측하였다.

구보 등은 문화발달 정도, 지역, 민족, 그리고 시대별로 매독과 마비성 치매의 발생과의 관련에 대한 전 세계에 걸친 20여편의 문헌을 고찰하고 있다. 예를 들어 Scheube에 의하면 소아시아, 영국인도, 삼, 중국, 조선, 나탈, 황금해안, 마디라 등에서도 매우 드물고, 최근 Pfister의 조사에 의하면, 중국에서는 유럽과 차이가 없고 “우리들이 들은 이야기로도” 서구나라들과 큰 차이가 없는 것 같다고 하였다. Kraepelin은 자바에서 마비성 치매는 매우 드물다고 믿었지만, Ganz에 의하면 도착민에서도 마비성 치매는 드물지 않고, 그 매독환자의 상당한 비율에서 마비성 치매가 존재한다고 하였다 한다.

동양의 매독의 침입에 대해 후지카와 그 외의 학자들의 설에 의하면, 중국에서는 1488~1505년에 광둥지방에 유행이 있었고, 일본에서는 영정9~10년(1512~1513년)에 당창(唐瘡) 혹은 류큐창(瘡)이라는 것들이 천하에 유행한 기록이 있다. 즉 매독의 침입 시기는 유럽 나라들과 큰 차이가 없다. 그래서 구보 등은 일본 및 조선의 매독 침입의 시기에 큰 차이가 있다고 생각하지 않는 한, 일본인의 높은 유병률에 대해서는 설명이 어렵다고 말하고 있다. 그러면서도 저자들은 또 다른 설명으로, “이 이상하게(일본인들에게 진행성 마비의) 높은 비율은 식민지에서의 특수한 현상이라고 생각된다. 우찌무라도 북해도에서의 통계에서 마비성 치매의 고율을 지적하고 있다. 식민지에서 정신병자가 모국보다 고율을 보이는 것은 이미 여러 학자가 주의하고 있다. 타향에서 심신이 피곤하면, 익숙하지 않은 기후 풍토의 관계 등은 정신병 발생의 촉진조건이 된다. 또한 이방에 있는 자는 고독과 애수를 위로하기 위해 주색과 친해지는 경우가 많고, 더하여 심신 피로의 발생을 용이하게 하는 것이다”라고 설명하고 있다.

구보 등은 또한 마비성 치매 발생과 말라리아 지방병과의 관계는 가장 흥미 있는 제목이라 말하고 있다. “우리의 교실에서 이미 쇼와 2년(1927년) 이래 말라리아 요법을 하고 있다. 고바야시 교수가 원래 말라리아 지방병은 조선에 많고 주로 3월열이지만 4월열도 존재한다고 보고한 바 있다. (...) 또 우리가 특히 주목하고 있는 것은 조선인, 특히 시골의 말라리아 이환율이 내지인의 그것에 비하여 매우 크다는 사실이 있어 그것도 전혀 관계가 없지는 않을 것이다. 그러나 이

관계에 대해서는 여전히 조사를 못하고 있어 결정적 단정을 지을 수는 없다.”

진성 전간(眞性癲癇) 및 전간성 정신병(癲癇性精神病)

전간(간질, 현재의 뇌전증)으로 입원한 환자는 일본인 1.9%, 조선인 9.4%로 조선인이 많았다.³⁴⁾ 구보와 핫토리(Binswanger)의 논문 등, 문화발달 정도, 지역, 민족, 그리고 시대별로, 전 세계에 걸쳐 관련 논문 10여편을 고찰한바, 다른 나라들에서 뇌전증 환자들의 비율(아마도 전체 입원환자에 대한)이 1.8~9.6%임에 비해 일본인의 간질 비율은 그 최저 경계에 있고 조선인은 최고 경계에 있다고 하였다. 즉 조선에서 뇌전증이 많다는 것이다. 저자들은 앞서 말한 바와 같이 “간질 같은 기질성 질환은 조발성 치매와 함께 그 나라의 문화 정도와 관계가 있다는 후스텐비벨들의 설에는 당장 찬성은 못하지만, 간질의 비율이 조발성 치매, 정신발육 제지증(지능장애를 의미하는 듯)과 평행하고 조울병과 역행하는 것은 인정된다”고 말하고 있어, 조선의 문화정도가 낮다는 것을 강조하고 있다. 종래 뇌전증 발생의 한 원인이라고 생각되는 알코올 남용은 일본인, 조선인 모두 유럽에서와 같이 심하지는 않고, 또 음주에 의한 정신장애는 내지인 12.1, 조선인 1.18로, 양자 다 유럽의 통계에 비하면 매우 드물기 때문에, 일본인과 조선인에서 뇌전증 발생과 알코올 남용과의 관계는 서구 학자와 같이 생각하기 어렵다고 하였다. 저자는 조선에서의 뇌전증 빈도가 높은 것에 대해 Pierre-Marie가 말한 바와 같이 뇌전증 소질은 출산시의 외상, 또는 생후 초기의 전염증, 예를 들면 백일해 같은 것에 의한 뇌염 때문이라고 생각하고 있다. 즉 그는 조선인, 특히 하층급의 위생상태가 심각하게 나쁜 것이 생각보다 중대한 역할을 하고 있을지 모른다고 하였다. 그러나 그는 “간질성 정신병”의 임상양상에서는 일본인과 조선인 사이에 별 차이가 없다고 하였다.

기 타

구보와 히카리³⁶⁾는 1912~1929년 간에 있어 경성제대 정신과병동의 전체 입원환자 가운데 알코올 중독환자는 일본인 576명 중 7명(1.21%), 조선인 508명 중 6명(1.18%)으로 보고하고 있다.

구보⁵⁴⁾는 경기도 마약류 중독자 치료소에서의 등록 환자가운데 조선인 505명(강제적 수료자 358명, 희망 수료자 147명)과 일본에서의 일본인 중독자 309명을 비교한 결과 조선인에서 최초 중독 연령이 일본인보다 어렸다고 하였다.

핫토리¹⁴⁰⁾는 1930년 「滿洲醫學雜誌」에 발표한 조선의 정신병에 대한 논문에서, 정신반응형으로 간주되는 외상성(外傷性) 히스테리, 외상성 정신병, 감응성(感應性) 정신병(유도정

신병, induced psychosis), 감동성(感動性) 정신병 등은 조선인에 매우 많다고 하며, 이는 조선인의 기질이 일반적으로 피암시성이 강하고 자연의 영향을 받기 쉽기 때문이 아닌가 말하고 있다.

와타나베(渡邊) 연구

와타나베는 전임자 구보 등의 연구³⁴⁾를 계승한다고 하면서, 1943년 「조선에서의 정신병」이라는 논문을 발표하였다.⁶⁴⁾ 저자는 인구 중의 정신분열병, 조울증, 간질, 진행성 마비 등의 유병률(罹病率)을 보고하였다. 이번에는 정신분열병 분류에 망상형(妄想型)도 포함하고 있다고 하며, 연구대상을 사회경제적 하층과 중층계급으로 나누어, 경성부(京城府) 내 조선인 주민의 최하층 계급의 1310세대, 6602명을 조사하였다. 그 결과 정신병 보정빈도(補正頻度)는 분열병(分裂病) 0.11%, 조울병 0%, 전간 0.02%, 진행마비 0%였다. 또한 조선인 의학부 학생 104명의 가족의 가계조사(3276명)를 실시하였다. 발단자법(發端者法)에 의한 정신병 발현의 보정빈도는 분열병 1.05%, 조울증 0.15%, 간질 0.54%, 진행마비 0%로 파악되었다.

와타나베는 조선인에서 정신분열병의 임상양상은 단조로운 경우가 많지만, 망상형도 존재한다고 보고 있다. 또한 조울병의 병상은 대부분이 비정형, 분열병성에 가깝다고 하였다. 간질성 정신병 또는 진행마비의 임상양상이나 임상형에서도 일본인과 차이는 없다고 하였다. 그는 또한 고찰하기를, 조선인에서 정신분열병과 간질은 일본 국내보다도 많다고 느껴진다고 하며, 진행마비의 빈도는 조선인들에게는 비정상적으로 적다고 하였다. 그러나 조선인에서 진행마비의 잠복기간은 내지인보다도 짧은 경우가 많고, 현재 매독의 발병연령이 40세 이하인 경우가 52%를 점하고 있어, 일본처럼 매독이 만연됨에 따라 조선에서도 진행마비 환자가 급격히 증가할 것이라 예측하였다.

조현병 증상에서의 비교

구보와 핫토리⁴⁵⁾는 조선인과 일본인 간 조현병(정신분열병) 증상을 비교하였다. 대상은 지난 8년간, 발병 후 3개월 이내에 입원하여 이후 3개월 이상 1년 미만의 기간 동안 입원되어 관찰하였던 일본인 환자들(183명)과 조선인 환자들(155명)이었다. 표 4에서 보는 바와 같이 조선인에 적었던 증상은 현기증(衍奇症, mannerism), 언어착란, 상동증, 자살 시도, 반향증후, 피해추적성(被害追跡性) 망상, 억울성(抑鬱性) 망상, 환청, 환시 등이었다. 그러나 충동행동, 함묵증, 과대망상은 상호 비슷하였다. 한편 망상이나 망각(환각)이 불명(不明)인 경우는 조선인에서 훨씬 더 많았다.

조발성 치매에 관한 내지인 조선인 증상비교

핫토리¹⁴⁰⁾는 조발성 치매의 증상을 한일 간에 비교한 연구를 『滿洲醫學雜誌』에 발표하였다. 조발성 치매의 단일형, 파과형, 긴장병형, 망상편집병형 등 한 병형의 증상이 다른 병형의 증상과 겹치는 경우가 종종 있기 때문에 이를 실지 임상에서 확연히 구별하는 것은 어렵다고 하면서, 핫토리는 종래의 분류에 따르지 않고 다른 방면으로 관찰하여 그 결과를 종래의 견해와 대조해 보기로 했다. 즉 증상을 다음과 같이 분류했다. 1) 의지(意志)의 양적 변화가 있는 경우, 2) 의지의 질적 변화가 있는 경우, 3) 망각(妄覺, 환각을 의미)이 있는 경우, 4) 망상이 있는 경우 등이었다. 연구대상은 일본인 80명, 조선인 105명이었으며, 관찰기간은 수개월~1년간이었다. 연구결과, 일본인과 조선인 두 집단 사이에 의지의 양적 변화와 의지의 질적 변화에 있어서 한일 간에 비슷하였다. 그러나 환각(妄覺)의 경우 조선인의 환각 출현 빈도는 일본인의 약 반에 불과하였다. 특히 조선인에서 “이학적(理學的) 환각”은 드물었다. 즉 조발성 치매에 가장 현저하고 진단적 가치가 있는 환각(망각)은 조선인에서 반수 이상에서 나타나지 않으나, 반면 불명(不明)의 망각의 예가 많다고 하였다(본문에는 불명이라는 용어의 의미가 기술되지 않고 있다. 아마도

미분화 또는 비정형적이라는 의미가 아닌가 한다)(구보와 핫토리³⁴⁾도 조선인에서 조울병의 ‘정형적’ 증례를 관찰하는 것은 매우 드물다고 하였다). 망상의 경우 환각과 비슷하게 조선인이 내지인에 비하여 약 1.5배 적었다. 또한 핫토리는 존재하는 증상들의 공존양상을 볼 때 9개의 병형이 존재한다고 하면서, 최다수를 차지하는 병형은 파과형 긴장병형으로, 이는 일본인에 많았다. Kraepelin이 분류한 depressive order Stuporose Verblodung(우울성 또는 혼동성 저능) 또는 Bleuler가 분류한 rasch verblodende Katatonie(부산스런 저능성 긴장병)에 해당하던가 아니면 그에 가까운 병형은 조선인이 일본인의 1.5배를 차지하였다. 핫토리는 임상 상의 인상으로 처음부터 이 병형(우울성, 혼동형, 저능형)이 조선인에 많을 것을 예상했다고 한다. Kraepelin은 이 병형이 전체의 20%를 차지한다고 하였는데, 이 비율은 일본인에서의 비율과 같다. 이 병형에서는 환각(망각)과 망상이 일과성으로 존재하지만 전경에 서는 것은 없다. 이로써 저자는 일본인과 조선인의 정신병 간 양적, 질적으로 현저한 차이가 있다는 것을 증명했다고 믿는다고 하였다.

임상연구

Table 4. Comparison of symptoms between Japanese and Korean psychotic patients

Symptoms	Japanese (n=183), %	Korean (n=155), %
Dizziness	34.9	16.1
Negativism	33.3	27.7
Catalepsy	18.0	12.2
Impulsive behavior	16.3	17.4
Language confusion	16.3	7.0
Stereotype	14.2	6.4
Suicide attempt	11.4	7.7
Mutism	10.3	11.6
Facial frowning (?)	9.8	10.9
Echolalia, echopraxia	6.6	2.5
Confusion	6.0	6.4
Unclear above symptoms	23.4	38.0
Paranoid delusionm	61.2	49.6
Depressive delusion	19.1	9.0
Grandios delusion	12.0	12.9
Auditory Hallucination	63.3	39.4
Visual hallucination	21.8	11.4
Tactile & visceral hallucination	13.1	7.0
Gustatory & olfactory hallucination	7.0	3.6
Unclear delusion	27.3	38.6
Unclear hallucination	30.6	55.4
Unclear delusion and hallucination	18.5	32.2

정신병 연구

조현병

조현병의 예후에 관해 구보는 Bleuler가 말하는 불치성(不治性) 질환이라는 표현은, 일반 의학에서 말하는 경우의 불치성 질환과는 같은 의미가 아니라는 것을 명심해야 한다고 논하였다.⁵⁸⁾

조울병

한편 구보와 핫토리³⁴⁾는 조선인 조울병에는 전형적인 예가 드물다고 하였고, 와타나베⁶⁴⁾도 조선인의 조울병의 병상(病像)은 대부분이 비정형, 즉 분열병성에 가깝다고 말한 바가 눈에 띈다. 안종일⁹⁸⁾이 조울병의 혼합형 중 특수한 이형을 증례보고 하고 있다. 이는 43세 남자 환자로서, 행위촉박(促迫), 정도의 의상분일(意想奔逸), 우울성 정서와 상쾌성 정서가 각기 존재함, 강한 죄악감과 열등감, 해탈감과 초월감, 등을 보 이면서 사람들 앞에서 수치감을 느껴 접촉을 피하고, 자신에 몰두하는 등 감정의 특이한 장애를 보였다. 안종일은 이 증례를 조울병의 혼합형 중 특수한 이형으로 보고하고, 이를 Straus가 말한 바, 유년기에 겪은 불우한 경험과 콤플렉스, 현재의 모순 많은 정서갈등과 관련이 있다는 Verschamte Manie에 해당한다고 보았다. 즉 조울병을 생물학적 원인보다 정신역동

적 설명을 하고 있다.

진행마비

진행마비에 대한 연구는 상당히 많다. 히카리⁴¹⁻⁴³⁾가 소위 비정형적 마비(atypische paralysen)에 대한 연구를 많은 참고 문헌과 더불어 상, 중, 하 3편의 긴 논문으로 발표하고 있다. 저자는 전통적인 진행마비의 기존의 4병형[치매형, 과대형, 억울형, 격월형(激越型)] 이외에 연변(緣邊) 증상을 나타내는 소위 비정형 병형(신경학적 비정형, 정신병리적 비정형, 생물학적 비정형, 경과에 따른 비정형, 연령에 따른 비정형 등)에 대해 논하였다. 비정형적이라고 한 증상은 진행마비 경과 중에 현저한 의식장애, 지속적인 환청, 망상, 특히 체계적 미소 망상(微小妄想), 조울병 증상, 긴장병 증상 등을 나타내는 형태이다. 이러한 조울병이나 정신분열병 같은 정신병리적 현상을 나타내는 것에 대해, 저자는 병전에 환자가 원래 가지고 있던 내인성 요인(예를 들어 성격구성, 체형 등)과 외인성 요인이 관련하여 최종적으로 증상 내지 정서적 반응이 형성된다고 설명하였다.

1930년부터 1932년까지의 진행성 마비 입원환자 55명[남자 46명(조선인 5명 포함), 여자 9명] 중, 19명(34.6%)(4명의 신경쇠약마비를 포함)이 비정형적 증례였다고 하였다.⁴¹⁾ 발열요법 이전의 비정형 병형은 10명(18.2%)으로서, 발열요법을 받은 후 병형이 변화된 경우는 9명(16.4%)이었다. 발열요법을 실시한 증례 중 정신분리증상 비정형 병형을 나타낸 경우는 13명으로 그 중 1명(7.7%)에서 완전 관해하였다. 37명의 정형에 중에서는 43.2%에서 관해하여 치료 성적에 유의한 차이가 인정되었다.

저자는 같은 논문 제2편⁴²⁾에서, 발병시부터 비정형이었던 경우 이외에도, 발열요법과 더불어 진행마비의 비정형 병형이 나타나는데, 주로 섬망형과 외인성 반응형이었다고 하였다. 이와 관련하여 저자는 Kraepelin, Bleuler 등이 제안한 부병형(副病型)과 발열요법 중 후에 나타나는 일시적으로 의식장애가 주증상인 급성정신병 상태(Bonhoeffer가 말한 외인성 반응형)를 고찰하고 있다. 히카리는 자신이 경험한바, 발열요법 중 또는 그 이후에 내인성 조울병이 유발되기도 하고, 핫토리⁴³⁾가 기술한 만성 정신병 상태 또는 Gerstmann이 기술한 환각 망상증이 나타나기도 한다고 하였다. 또한 의식이 청명한 상태에서 환청, 미소망상, 불관강경거절적 태도(不関強硬拒絶的態度), 물리적 착각, 긴장적 병형 등 정신분리증(조현병) 양상이 나타나기도 한다고 하였다. 이러한 변화는 원래 존재하던 장애가 유발된 경우도 있고, 뇌의 대사과정의 변화에 따른 결과일 수도 있다. 발열요법 이후에 나타나는 정신병적 악화에 대하여 저자는 급성 치매(acute dementia)와 구별하여 급속 치

매화(急速 癡呆化)라고 명명하고자 한다고 하였다.

제3편⁴³⁾에서는 비정형 진행성 마비에 신경쇠약성 마비 내지 히스테리성 기제가 해방되어 나타나는 비정형 형태가 있다고 하며 5증례(남자 4명, 여자 1명)를 제시하였다. 신경쇠약 증상은 진행성 마비의 기질적인 일과정의 연변증상이며, 이 병형은 체형과 관련하여 유투사(類闘士)형 체형과 점장성(粘着性) 기질을 가진 사람에서 잘 나타난다고 하였다.

결론적으로 히카리는 진행성 마비에는 “정형”보다 “비정형”이 더 흔하다고 보았다. 최종적으로 저자는 진행성 마비의 분류는 1) 공조성(과대형, 억울형, 단일 치매형, 다행성 치매형, 내인성 조울병 유발형), 2) 분리성(망상형, 망상망각형, 긴장병형), 3) 외인성 반응형(섬망형, 착란형 amnesia 병형, Korsakoff씨 증상군), 등 3개 분류에 「격월형(激越型)」과 「신경쇠약성 마비」를 추가하면 충분하다고 말하였다. 그리고 병형이 어떠한 진행성 마비에 발열요법은 여전히 그 가치를 유지하고 있다고 하였다.

이마즈미⁴⁶⁾는 잠복 매독 및 진행성 마비 환자에서, 척수강(脊髄腔) 내로 카제오놀을 주입하여 비전염성 뇌막염을 유발하는 치료법이 있는데, 그 주입 전후에 있어서 혈액 및 뇌척수액의 여러 반응과 투명성을 관찰하였다.

이와즈미와 핫토리⁴⁷⁾는 마비성 치매의 합병증으로 매독성 대동맥염(大動脈炎)이 출현할 수 있다고 하면서, 그 증례를 보고하였다. 엑스레이에서 8명에서 대동맥 질환이 인정되었는데, 연령이 높아질수록 그 빈도가 증가하는 경향이 있어, 마비성 치매의 병상 진행과 대동맥 소견과는 어느 정도 병행하고 있는 것으로 추정하였다. 마비성 치매 환자 20명 중 18명에 말라리아 발열 요법을 실시한 결과, 7명에서 발열요법 후 방사선 소견에서 새로운 병적 소견이 더해진 것을 보아, 이는 순환계 부하 증가에 의한 것으로 생각되어 주의가 필요하다고 생각되었다. 저자들은 이러한 순환기 합병증 때문에 말라리아 치료에 의한 사망이 나타날 수 있다 하였다.

와타나베⁴⁸⁾는 또한 조선인들 중의 진행마비의 병상이나 임상형에서 일본인과 차이는 없다고 하였다.

소년기 정신병

도요카와⁴⁹⁾가 9세의 남자에서 유전적 요인이나 원인이 발견되지 않는 급성으로 환각, 극도의 불안, 공포 상태를 나타낸 증례를 보고하고 있다. 내과적인 이상은 없었으나, 고도의 쇠약이 있었고, 발병 후 6개월에 무언, 불결증 등이 나타났고 욕창이 생겼다. 예후는 나빴다. 일종의 기질적 증상성 정신병 같았으며, 정신분열병의 일종이라고 생각하기 어려웠다. 저자는 이를 dementia praecocissima, demential infantilis 같은 장애와 비교 고찰하고 있다. 나중에 부검을 보고하고 싶다고 하였다.

기면증

기면증에 대한 4편의 논문은 모두 일본 정신신경학잡지에 출판되었다. Gélineau씨 narcolepsy란 프랑스 Jean-Baptiste-Édouard Gélineau(1828~1906)가 1880년 처음으로 narcolepsy를 기술한 데 따른 명칭이다. 일본 연구자들은 이 주리노씨 기면증을 정서 흥분에 따른 탈력 발작, 특유한 여러 차례 수면 발작을 보이는 장애로 이해하고 있었다. 히카리³⁰⁾는 해외의 80여와 일본과 조선(경성)의 기면증 2예에 대한 수면상태, 탈력발작, 수면발작 등에 대해 고찰하였다. 구보도 이 증례에 대해 초록을 제출하고 있으나,³¹⁾ 제목만 있을 뿐 내용은 제시되지 않았는데, 그 내용은 같은 해 원저로 일본 신경학잡지에 발표되었다.³²⁾ 저자들은 117개 문헌들의 고찰과 더불어 기면증에 대한 1877년부터 1929년까지 76개 해외보고, 4개의 일본보고, 경성의 2예(일본인)를 통해 수면 상태를 분류 고찰하였다. 구보와 이토³²⁾는 17세 일본인 남성과 23세 조선인 남성이 나타난 기면병의 증례를 보고하고 있는 바, 혈액 검사, 뇌척수액 등 여러 검사를 실시하였을 때 혈액 림프구 증가 등의 소견이 관찰되었다. 치료에서 루미날 같은 약물은 효과가 없었으며, 단지 아편정식요법[阿片定式療法(어편 치료인지 설명이 없었음)]이 탈력 발작에 어느 정도 억제 효과가 있었다고 하였다.

기질성 정신병

각기병

각기병(脚氣病)은 비타민 B1(티아민) 결핍으로 인해 심부전과 말초 신경장애를 초래하는 질환이다. 심호섭⁷⁷⁾은 1917년 조선총독부의원에 5년간 입원한 정신병자 중 각기병을 가진 환자를 연구하였다. 각기병은 전체 환자 253명 중 70명(27.7%)(조발성 치매 환자 40명, 간질 12명, 마비성 치매 8명, 조울병 5명, 백치 2명 등)에서 보였고, 일본인(26명)보다 조선인(44명)에 많았다. 결국 사망한 사람은 28명으로, 조선인이 21명으로 일본인 8명보다 많았다.

펠라그라 정신병

스이즈²⁴⁾가 경성에 사는 34세의 일본인 여성 니코틴산 결핍질환에 의한 펠라그라 정신병 증례를 보고하였다. 환자는 피부증상, 좌골신경통, 봉주감[蟻走感(설명 없으나 벌레가 기어가는 느낌으로 생각된다)], 외출 배회, 자살 기도 등으로 정신과에 전원되었다. 증상으로 침울한 감정, 때때로 나타나는 의식의 혼란, 병의(憑依) 망상이 혼재된 환청 등의 정신 증상이 나타났다. 사망 후의 부검 소견을 추가 기술하였다.

비타민 B 결핍증

스이즈⁸³⁾는 정신병동에 입원하고 있던 조선인 정신병 환자 5명을 대상으로 비타민 B 결핍 식이를 62일간 줌으로 각기병과 같은 신체증상을 나타냈다고 보고하고 있다. 또 다른 실험을 통해 다른 4명의 조선인 정신병 환자를 대상으로 108일간 정해진 식사와 오리나민을 투여함으로 각기병 신체증상들이 호전하였음을 보고하고 있다. 즉 이 실험으로 비타민 B 결핍증 때 각기병이 병발할 수 있음을 알 수 있다 하였다.

콜레라 후유 코르사코프 증후군

스이즈⁷⁸⁾가 콜레라 이환 후 발생한 코르사코프 증후군을 보고하고 있다(제목만 있고 내용은 없음).

장티푸스에 의한 코르사코프 증후군

1925년 경성에 장티푸스가 유행하였다. 안종일은 장티푸스 후에 이환(罹患)되었다가 정신병을 나타낸 전직 간호사였던 환자 1예를 조선의학회에서 구연하고⁸⁷⁾ 나중에 일본 신경학잡지에 발표하였다.³³⁾ 증례는 의식혼탁과 기억장애 등 전형적인 코르사코프 증후군 증상을 나타냈다. 이후 환자는 혼자말, 피해염려 등 얼핏 보면 조발성 치매와 유사한 상태를 보였다. 말기에 보행장애 같은 신경학적 소견을 보이다, 발병 2년 2개월 후 사망하였다. 즉시 시행된 부검에서 대뇌피질 신경세포 변화가 주된 소견으로 위축 지방화, 음영상, 탐식현상이 관찰되었는 바, 이는 알코올 중독에 의한 코르사코프씨 정신병의 뇌병리 소견과 유사하였다.

유행성 뇌염 후유증

히카리⁹⁶⁾는 뇌염 후유증으로 파킨슨증(Parkinsonismus)을 보이면서 시력약화의 증상을 동반하는 증례(19세 남자 조선인 농부)를 보고하면서, 구외시 신경염(球外視 神經炎)으로 진단하고 안증상이 나타나는 기전에 대해 무려 113편의 문헌을 고찰하고 있다.

빈혈

악성빈혈은 Bonhoeffer가 외인성 내지 반응형 학설로 설명하였던 소위 증상성 정신병을 유발하는 신체질환으로 주목되고 있었던 바, 이토¹²⁸⁾는 빈혈에 의한 중추신경계장애를 동반한 정신장애 1예(남자 29세)를 문헌고찰과 더불어 보고하고 있다. 증상은 보행곤란과 언어장애를 보이다가 돌연 의식혼탁, 몽환상태, 환각, 추적/피해망상, 죄업염려, 주의산만, 고민불안성 정신운동흥분 등을 보였다. 그리고 얼마 후 상하지에 추체로 중후, 실조증, 보행장애, 언어장애 악화, 혀와 손의 진전, 실금 등이 나타났다. 치료는 간장제제, 자극요법(에

르스친 주사) 등이었다. 2개월 치료 후 퇴원시 혈액소견이 개선되면서 환자의 정신상태도 호전하였다.

감응성 정신병(感應性 精神病)

스기하라²⁷⁾가 경도 부립대학에서 근무할 때 경험한 감응성 정신병 3예를 경성제대 재직시 논문으로 발표하였다. 일본 문헌¹⁴⁾에 의하면 감응성 정신병이란 영어로 imposed psychosis, induced psychosis, 독일어로는 induziertes Irresein으로 Lehmann이 명명했다. 현재 일본에서는 감응정신병이라고 부른다.

삽간몽롱증(挿間朦朧症)

이토⁶²⁾는 삽간몽롱증 4예에 대해 상세하게 증상, 현 병력, 유전부인 등을 보고하고 있다. 그 증상은 일과성으로 반복하는 의식의 혼탁, 때때로 회상이 불가능한 것, 배회 등 다양하였다. 이토는 당시 서구의 관련 문헌을 고찰하고 “간뇌와 간뇌를 조절하는 뇌하수체, 갑상선, 이러한 기능 복합” 속에 많은 주기성 및 삽간(挿間) 질환, 즉 삽간몽롱 질환의 병인이 발견된다고 하였다.

삽간몽롱증은 Kleist가 1926년 기술하였던 질환인데, 독일어로 Episodische Dammerzustande, 영어로는 episodic twilight state, 그리고 현재 일본어로는 삽간성 몽롱상태(挿間性朦朧狀態)이다.¹⁴⁾ Kleist는 그 임상 양상의 특징으로 자발적이고, 삽화적 경과를 보이고, 증상양상은 간질에 가깝다고 하였다. 의식장애는 일과성 또는 변화적이며, 추상기능이 가능한 것과 아닌 경우가 있고, 의식혼탁이 간질성 몽롱상태보다는 가볍다. 그 발작은 1~18일간(평균 5일 정도), 1년에 몇 차례 반복하는 경우가 많다. 뇌파검사로 발작을 확인할 수 있지만 뇌파기가 없던 시대에는 간질과 정신증상의 감별이 어려웠을지도 모른다. 증상은 이해능력과 방향감각의 악화, 균일하지 않는 기억 장애, 배회, 조증, 자살 시도 등이며, 종료 시에는 깊은 잠에 빠진다. Kleist는 이 장애를 1) 단일충동성(單一衝動性), 2) 환각성(幻覺性), 3) 관계염려성 곤혹성(關係念慮性 困惑性), 4) 발양성(發揚性), 5) 정신운동성(精神運動性) 등 5가지로 분류했다.

신경증적 장애

신경쇠약증

구보⁸⁵⁾는 1927년 조선의학회의 숙제보고로, 신경쇠약증(神經衰弱症)의 원인, 병리(증상), 분류, 감별진단, 요법 등에 대해 당시까지의 문헌 29편을 review하고, 저자 자신의 견해를 포함하여 제15회 조선의학회 총회에서 강연하였고, 11쪽

에 달하는 논문을 발표하였다.

신경쇠약증은 1869년 미국 Beard가 명명하고 기술한 장애로, 구보는 Beard 이전에 제시되었던 신경쇠약증과 유사한 증후군들에 대해 review하고 neurasthenia를 신경의 쇠약으로 번역하는 것에 대해서도 토론하였다. 즉 분류상 문제로는, 내인성 신경질(Cramer가 말한 endogene Nervositat), 신경질(모리타[森田]가 말한 神經質), 소질성 신경질(Bumke가 말한 konstitutionelle Nervositat), 강박신경증, 병질자(Cramer가 말한) 등을 거론하며, 병적 소질이 중요하므로 신경쇠약증이라는 병명을 피하고 다른 적절한 병명을 선택하는 것이 좋을 수도 있다고 하였다. 그러나 이런 병명들은 흔히 우리가 보는 신경쇠약과는 의미가 다소 다르다고 하면서 연구자들이 각각 자신들의 관점에 따라 정의하고 분류한 것이므로 추종할만하지 않고, 따라서 자신은 구식이지만 신경쇠약이라는 말을 사용하고자 한다고 하였다.

구보는 신경쇠약증의 원인에 대해서는 한 가지 원인에 의해 생긴다고 보다는, 감각과민, 음성(陰性, 부정적) 정서, 성격, 약소(弱所)한 인생관 등의 여러 요인 중, 여러 요인이 일정 부분 각각 조금씩 합쳐져서 생긴다고 생각한다고 하였다.

구보는 신경쇠약 환자는 의사에 대한 태도에서 두 가지 유형으로 나뉜다고 하였다. 첫째는 자신의 고뇌를 끝없이 호소하는 환자로, 이들은 Charcot가 말한 hommes aux petits papiers, Sigaud의 type digestif, 또는 Kretzmer의 Pickniker에 해당되며, 혈액이 좋고, 살이 찐 편이며, hypochondria가 심하고, 정신요법이 비교적 효과를 잘 나타내는 유형이다. 두 번째 유형은 증상을 자발적으로 호소하지 않아 의사가 노력하여야 자료를 얻을 수 있는 환자로서, 빈혈이 있어 보이고, 몸이 마르고, 무력해 보이고, 피로증상이 현저하며, 골격이 섬세하고, 좁고 얇은 긴 흉곽, 경사가 급한 늑골, 폭이 넓은 늑간, 이완된 근육, 빈약한 피하지방, 창백한 피부색 등을 보이고, 소화기 장애(위확장, 내장하수증, 습관성 변비, 신경성 소화불량 등)나 폐결핵에 잘 걸리고, 정서적이 되기 쉬운 경향 등이 특징이며, 이는 Sigaud의 type respiratoire 또는 type cerebral, Kretzmer의 Leptosome, Stiller의 habitus asthenicus에 해당된다. 특히 중증으로 asthenic한 경우 habitus asthenicus라 한다. 이 유형의 환자에게 정신요법은 전혀 무력하다.

신경쇠약증의 치료에 있어서 구보는 입원까지 할 필요가 없고 주로 외래를 통해 치료하게 된다고 하였다. Binswanger의 규칙적 생활법의 강화, 모리타의 절대와욕법(絶對臥褥法) 등은 외래에서 시행하기 어렵다고 하였다. 약물로는 Loewald가 소개한 취소제(臭素劑, bromine 제제)의 사용방법, 효과, 부작용, 중독작용 등을 소개하고 있다. 정신요법으로 친절환 태도, 치료단념을 권하는 등의 설득 등을 말하면서 의

사의 경험이 중요하다고 하였다(구보의 정신치료법에 대한 자세한 설명은 다른 논문으로 발표할 예정이다).

또한 구보는 1942년 교수직을 퇴직한 후에, 경성에서 경험한 조선인 신경쇠약증의 진료에 대해 보고하였다.⁶¹⁾ 그는 조선인의 신경쇠약증은 일본인에 비하여, 일반적으로 질병에 의 도피, 병증이득(病症利得)의 경향 등의 신경증적인 경향이 강하다고 하였다. 또한 조선인 신경쇠약자는 스스로 고통을 호소하는 경우가 적고, 여러 가지로 듣는 가운데서 고통을 호소하는 경우가 많으며, 일본인에 비하면 hypochondrie 경향이 강하다고 하였다. 또한 일본인에게는 유효한 설득요법이, 조선인 신경쇠약자에게는 전혀 효과가 없었다고 하였다.

강박신경증

구보²⁵⁾는 일본에 있을 때 일본인 남성(23세)의 강박관념증을 치료한 한 증례를 보고하였다. 환자는 중학교 2학년 때부터 우울, 강박관념이 나타나 마츠자와병원에 1925년 4월에 입원하였는데, 그 증상은 “타인을 작은 칼로 찌르게 되지 않을까, 복도를 걸으면서 발로 차버리지 않을까” 하는 극도의 불안이었다. 구보는 환자 가족의 유전관계, 가정생활, 성욕 등에 대해서 정보를 수집하고, 꿈분석 등 정신치료를 시행했다. 구보는 자신이 사용한 정신치료법들은 모리타요법, Adler, Dubois, Freud 등의 방법들을 조합한 방법이라고 설명하고 있다. 그 결과 강박관념이 호전되고 1926년 8월에 완치되었다 한다. 구보는 고찰에서 모리타가 강박신경증의 발현에 전제가 되는 무의식적 죄악감이 조선인의 강박증에서는 전혀 발견되지 않는다고 하였다.

히스테리

안종일⁹¹⁾과 히카리⁹⁴⁾는 각각 히스테리 환자를 정신분석요법으로 성공적으로 치험한 증례를 보고하고 있다. 성적 불감증과 같은 증상과 그 원인으로 추정되는 소아시절 근친에 의한 성적 트라우마, 오이디푸스 콤플렉스 등에 대한 기술은 히스테리에 대한 고전적인 정신분석적 설명과 같다. 구보¹⁴²⁾도 1924년 히스테리 치료에 대한 논문을 쓴바 있으나, 경성의전에 오기 전 홋카이도 제대 소속으로 있을 때 쓴 것이다(이들의 정신치료에 대해서는 다른 논문에서 기술할 예정이다).

외상성 신경증

구보⁸⁹⁾는 이 장애에 대한 연제를 발표하고 있으나 제목만 제시되고 있다.

무 병

와타나베⁶⁴⁾는 조선에서 보는 무속관련 정신장애에 대해

보고하고 있다. 그는 무속을 북방 아시아 민족에 존재하는 샤머니즘의 한 종류로 보았다. 일본에서는 무녀는 신 앞에서 춤추는 여성과 노래를 부르는 여성으로 나누어져 있는 것에 대하여, 조선에서는 한 무녀가 둘 다 시행하는 미분화의 상태, 즉 “원시적인 상태”에 있다고 하였다. 1930년의 조사에서 조선에 무당이 12000명 있었는데, 그 일부에서는 특이한 입무과정(入巫過程), 즉 강신적(降神的) 입무를 보여준다고 하였다. 이 논문에서 와타나베는 아키바(秋葉)가 지칭한 무병(巫病)을 소개하고 있는데, 이는 일종의 정신병으로, 빠르면 5, 6세, 늦어도 여자 16세, 남자 18세 경에 이르기까지 나타난다고 하며, 입무의식에 의하여 치유된다는 것이었다. 또한 와타나베는 무병은 만주지역의 사병(邪病)과는 다른 점이 많다고 하였다(사병은 만주 의과대학 정신병학교실의 田村가 기술한 만주인들이 보이는 일종 심인성 병의정신병(憑依精神病)으로 역시 샤머니즘에 기반하고 있다).

신경학적 장애

경련성 질환

뇌전증(간질, 전간)에 대한 연구는 많은 편이다. 스이즈⁶⁹⁾는 1916년 진정 간질(뇌전증)의 한 유형으로 30세 조선인이 신체의 장축을 중심으로 몸이 우측으로 꼬이고 안구가 오른 쪽으로 도는 발작을 보이는, 소위 피크씨가 1903년에 보고한 회전성 간질 1예를 보고하고 있다. 루미날 치료로 대발작 간질은 경감했다고 하였다.

스이즈⁷⁴⁾는 18세의 조선인 남자에서, 폐구충이 뇌로 전이한 결과 나타나는 정신병 상태를 동반한 뇌전증(간질)이 발생한 증례를 보고하고 있다. 본 증례의 부검에서 대뇌피질의 두정엽과 후두엽 경계상에 폐구충과 그 알을 발견하였다. 연자는 그 표본을 공람하였다.

이토와 명주완⁶⁵⁾은 한 증례에서 폐렴에 의한 체온 상승에 의해 myoclonus epilepsy의 경련이 억제됨을 보고하면서 발열요법으로 경련이 억제될 수 있다고 보았다. 즉 신경학적인 관점에서 뇌하수체-간뇌 계통에 체온과 물질 대사에서 생활현상의 장애를 초래하는 이상에 대해 조절하고 균형을 유지하는 기능이 있어, 경련현상에 대해서도 억제적 영향을 나타낸다고 생각하였다.

구보¹⁰¹⁾는 1930년 알코올 중독상태에서 나타나는 간질에 대하여 증례보고하고 관련 문헌을 고찰하였다.

헌팅톤병

핫토리과 스기하라⁸⁸⁾는 1930년 35세 남자 농부에서 20여년간 지속된 헌팅톤병을 보고하고 있다. 환자는 사망 4년 전부

터 공포성 억울증, 정신운동 흥분, 망각(주로 환시), 정신병을 보였고, 사망 1년 전부터는 치매현상을 보였다. 사망후 부검하였다. 또한 스기하라⁹³⁾는 위 증례와 관련하여 헌팅톤병에 대한 55편의 문헌을 review하고, 그 발병빈도, 발병연령, 성비, 유전적 관계, 유인, 경과, 신경학적 징후, 정신적 징후, 예후, 병변부위, 병변의 성질(육안적 소견, 현미경적 소견)에 대해 기술하였다. 또한 무도병의 원인적 장애에는 중독성, 전염성, 증후성, 만성 진행성 무도병(유전적 관계 및 정신장애가 동반된 진정한 헌팅톤병) 등이 있다는 것과, 무도병양 운동의 발생기전에 대한 이론들을 광범위하게 고찰하고 있다.

가성구 마비

구보와 안종일¹⁰⁴⁾이 자살목적으로 대량의 아편을 섭취한 26세 조선인 남자 유학생이, 급성 중독기의 섬망을 보인 후 반신불수와 연하곤란을 보이다가, 결국 무성증(無聲症, aphonia) 등 가성구 마비(假性球 麻痺, pseudobulbar palsy)를 나타낸 증례를 보고하면서 이에 관련된 43개의 문헌을 고찰하였다.

안면신경마비

히카리는 1927~1931년(소화 2~6년) 관찰한 안면신경마비 환자 78예에 대해 연령, 성별, 계절적 관계, 발병원인 내지 유인, 전구증상, 증상, 감각장애, 부위진단, 예후 및 경과, 진단, 치료, 특히 본 교실의 전기치료방법에 대한 자세한 기술과 그 치료성과, 주의사항 등에 대해 학회발표¹⁰⁶⁾에 이어 원저¹⁰⁸⁾로 발표하였다.

유행성 뇌염 및 후속증

히카리⁹⁶⁾는 1930년 유행성 뇌염 및 후속증에 관련된 Parkinsonism과 안구운동과 동공장애 등 안(眼) 증상에 관하여 1예의 증례보고와 더불어 무려 113편의 문헌을 고찰하고 있다.

경련성 사경

히카리¹¹¹⁾는 1932년 경련성 사경(torticollis spasmodique) 3예를 중심으로 증상, 경과, 원인, 치료에 대해 보고하고, 틱(tic)과 히스테리의 감별을 요한다고 하였다. 치료에 대해서는 정신치료, 물리치료 등과 더불어, 특히 뇌염후유증으로 의심되는 경우 아트로핀 치료를 제시하였다. 내과적으로는 치료가 어렵다는 것과 수술치료에 대해 논하고, 상부 삼경(三頸)신경 절단으로 호전한 한 예를 보고하고 있다(외과 調來助 교수 추가 보고 첨부).

지단지각이상증

명주완¹²²⁾은 자신이 경험한 지단지각이상증(肢端知覺異常症, akroparaesthesie) 증례를 보고하였다. 그 증상은 손과 발에 간헐적으로 통증, 마비감, 둔마감, 봉주감(蜂走感, 벌레가 기어다니는 느낌) 등을 나타내는 장애로, 주로 야간과 아침 일찍이 증상이 심해진다. 환자는 흔히 통증으로 소리를 지르게 되기도 한다. 폐경기 여성에 많다. 유인은 혈행장애, 위장애, 외상, 폐결핵, 내분비중독, 눈의 피로 등으로 알려져 있다. 저자는 지단지각이상증에 대한 원인, 증상, 수반증상, 유형, 경과와 예후, 치료 등에 대한 국내외의 문헌을 고찰하였다.

물질남용 관련 정신장애

마약 중독

아마도 조선의학회에서 1933년 히카리 및 시미즈⁴⁴⁾의 보고와 1934년의 히카리¹¹⁴⁾의 보고에 관심을 가졌던지, 일본 정신신경학회는 경성제대 정신신경학교실에 모르핀중독에 관한 숙제발표(宿題発表)를 요청하였다. 그리하여 1936년에 구보가 도쿄에서 개최한 제35회 일본정신신경학 총회에서 「모르핀(morphine)중독」이란 제목으로 강연하고, 논문으로 발표하였다.⁵⁴⁾ 그리고 보다 자세한 내용을 더하여 1940년 조선 의학회잡지에 4편의 조선에서의 마약 중독에 대한 긴 논문을 발표하였다.¹³⁰⁻¹³³⁾(그 자세한 내용은 별도의 논문으로 낼 예정이다).

Dilaudid 중독

명주완¹²⁰⁾은 dilaudid 제제들의 남용에 대한 문헌을 고찰하고, 자신과 교실에서 경험한 증례를 보고하고 있다. 당시 일본과 조선에 마약취체규칙(麻藥取締規則)이 시행되면서 모르핀과 헤로인이 엄중하게 단속되기 시작하자, 남용자들은 대신 dilaudid가 법적 허용치인 2.0 mg 이하로 포함된 시판 복합제제를 남용하기 시작하였다. 명주완은 그런 dilaudid 제제를 남용한 환자 15예(남자 13명, 여자 2명)의 환자 중 6예의 환자들을 보고하였다. 그 사용 동기로는 위 경련, 위 및 장의 궤양, 급성 및 만성 위장장애 등을 치료하고자 한 경우가 많았고, 기타 향락목적, 각혈, 월경통, 간질발작 등이었다. 약물의 입수경위는 의사의 처방, 사용자 또는 밀매자의 제공 등이었다. Dilaudid의 임상효과는 모르핀에 비해 강하였으나, 작용기간이 짧았다고 하며, 내성형성이나 금단증상도 모르핀에서와 같은 양상을 보였다고 하였다. 따라서 명주완은 dilaudid가 모르핀과 같이 마약 단속에 포함되어야 한다고 주장하였다.

중독과 당대사

명주완와 마츠오¹²¹⁾는 마약 중독자의 금단 직후 혈당량의 증감, 내당성, 소변의 독성, 뇌막 투과성, 뇌척수액 소견 등을 소개하고 있다. 저자들은 1885년 Otto가 모르핀 대량 투여로 과혈당과 당뇨가 초래된다는 연구를 발표한 이래 다수 출판된 마약과 혈당과의 관계에 대한 연구문헌들을 고찰하고, 모르핀 만성투여 내지 만성중독시 혈당의 소장(消長)에 대해 실험연구를 시행하였다. 3명의 환자를 대상으로 모르핀 일정량을 매일 규칙적으로 주사하는 동안(습관기)의 혈당량과 금단 후 1일 동안 3시간마다 이후 3일간 1회 혈당을 측정하였다. 그 결과 습관기 동안은 혈당농도는 정상범위 내 동요를 보였고, 금단기 동안은 첫 6시간에는 약간 혈당이 증가하였고, 이후 감소하다가 금단증상이 격심해지는 18시간 후 저혈당이 되었다가 이후 다시 상승하여 24시간에서 57시간 사이에는 약간 혈당이 증가하였다. 또한 내당력(耐糖力)은 습관기에 가장 감소하고 금단기에는 높아지며, 회복기에는 점차 회복하였다.

알코올 중독과 기질

구보와 히카리³⁶⁾는 1912~1929년의 17년간 경성제대 정신과 병동에 입원하였던 만성 알코올중독 환자 13명(일본인 7명, 조선인 6명)(전체 입원환자 1084명 중 1.2%)을 대상으로 증상을 분석하였다. 이는 93개 문헌고찰과 더불어 48페이지에 걸친 긴 논문이다. 그 내용을 요약하면 다음과 같다. 알코올성 진전섬망과 알코올성 환각성 망상은 공통적으로 만성 알코올중독으로 인한 중간 독성 산물에 의하여 야기되지만, 서로 다른 뇌소질 때문에 다르게 반응이 나타난다. 이 뇌소질에서의 차이는 정신적으로는 기질이라 불리는 것이다. 소위 기질이란 Kretschmer가 말한 것처럼 정신반응의 양식과 충동적인 욕구의 방향성을 의미하는 것으로, 정신감축성, 정신템포(tempo) 및 정신운동 등 3가지로 구성되며, 크게 공조성(共調性), 괴리성(乖離性, 즉 조현성) 및 점장성(粘張性)의 3가지 기질로 분류된다. 따라서 급성 알코올중독 때 공조성 기질자는 주로 진전섬망을, 괴리성 기질자는 대개 알코올 환각성 망상증을, 점장성 알코올중독자는 흔히 알코올 간질을 보인다. 만성중독증의 경우도 마찬가지이다. 알코올환각성 망상과 알코올 간질은 특정한 뇌소질에 기인한 반응임에 반하여, 진전망상은 특정 뇌소질에 기인한 것이 아닌 일반적인 궁극적 뇌반응이다. 또한 알코올 남용은 기질보다는 오히려 성격에 영향을 받는 경우가 크다.

알코올 중독 관련 정신병

히카리와 핫토리³⁹⁾는 1929년 입원한 알코올 의존 환자로

정신분열병과 혼미상태를 보였던 45세 비만형의 일본인 환자를 보고하고 있다.

알코올 관련 전간

구보¹⁰¹⁾는 알코올이 전간을 야기하고, 섬망 형태와 합병된 경우에 대해 논하였다.

기 타

성 격

구보와 히카리³⁶⁾는 성격이란 정성(감정) 및 기질에 기초하여 발달하지만 후천적으로 형성되는 정신작동의 특수형태라 보았다. 성격의 분류는 매우 어려운데, 저자들은 당시 신경질 성격, 히스테리성 성격 및 망상성 성격, 3가지는 명료하게 식별할 수 있다고 하였다. 종래 간질성 성격이라고 불리는 것은 변질자를 의미하는 것으로서, 정상인에서 관찰되는 정도의 변질자에 대해서 간질성 성격이라고 부르는 것은 적절하지 않다고 하였다.

청소년 수용소 조사

와타나베⁶⁴⁾는 경성부(京城府) 내 불량하고 부랑(浮浪)하는 소년들을 수용하고 있는 선감학원(仙甘學園)에서 250명의 조선인 청소년들을 조사하였다. 그 중 정신박약자는 20%였으며, 다른 청소년들은 보통 수준의 지능을 가지고 있었다. 뇌전증(간질)(3명), 병적 인격(9명)이 일부 있었고, 정신병 환자는 없었다. 결론적으로 와타나베는 불량, 부랑 소년들의 다수가 보통의 지능을 가지고 있다는 것과 청소년들의 불우한 사회적 상황이 문제라는 것을 주장하였다.

증상 연구

환 각

하리³⁰⁾는 1912년에서 1921년까지 9년간 조선총독부 병원 정신병과에 입원한 환자 중 조선인 211명이 보인 망각(妄覺, 환각을 의미)에 대한 단순 통계를 보고하였다. 211명 중에서 44명(20.9%)이 환각을 보였고, 이들은 조발성 치매 14명, 마비성 치매 5명, 전간성 정신병 4명, 조울병 3명, 급성 환각성 정신병 2명, 노인성 치매 2명, 몰핀 중독증, 장조성(臟躁性, 히스테리성에 해당) 정신병, 열성(熱性) 섬망, 광견병, 뇌경막의 종양 등이 각 1명씩이었다. 조발성 치매 환자 중에서는 환청 10명, 환시 5명, 환취 3인, 환미, 환촉, 내장(內臟) 망각이 각 1명씩 있었다. 마비성 치매에서는 환시 환청이 각각 2명씩, 환촉이 1명 있었고, 전간성 정신병에서는 환청 2명, 환

시, 내장(內臟) 망각 각 1명 등 환청, 환시가 많았다.

환각과 관련된 다른 증상으로는 피해망상 8명, 과대망상 7명, 질투망상, 죄업망상, 관계망상이 각 1명, 기타 공포불안 12명, 조폭(躁暴) 10명, 환각에 대한 냉담 9명, 혼자말 7명, 기타 식사와 약물 거절, 실신, 비분(悲憤), 눈감기(閉目), 자살, 배회, 방화, 이진(耳栓), 기도, 애소(哀訴) 등이 보고되었다. 이들 증상들은 환각의 내용, 지능, 교육정도, 질병의 심한 정도와 관련되었다.

입원 시 환각이 소실된 사람은 35.9%, 입원 후에도 망각이 지속된 사람은 20.5%, 입원 수일 후에 환각이 소실된 사람은 13.6%였다.

환청은 모두 30명에서 관찰되었으며, 대부분 사람소리(남, 여, 죽은 사람, 다수 사람들, 가까운, 먼, 유쾌한, 불쾌한 등)였고, 그 중 내부의 소리 19명, 귀신의 소리 3명 등이었다. 착시환시(35명)의 대상에는 사람 16명, 귀신과 동물이 각 5명이었다. 내장 환각 8명 중 내부 동물 3명, 인물 2명, 기타 1명이었다.

이러한 결과는 단순 통계로서, 그 의미에 대한 토론은 따로 없었다.

정신질환자의 자율신경계 기능

당시 Poetzel과 Hess 등 서구 학자들의 연구주제 중 하나였던 식물성 신경기능, 즉 교감신경계 기능(sympathicotonus) 내지 vagotonus가 정신병 환자에서는 어떠한가를 연구한 것이다. 기타무라^{81,82)}는 조발성치매 6명, 조울병 6명, 간질 1명, 히스테리 1명, 폐질(肺癰) 뇌전이증 1명 등에 adrenaline, pilocarpine, atropine 등을 투여하고 혈압, 맥박, 체온, 손떨림, 동공확대 등을 측정하였다. 그 결과 정신흥분 상태에서는 이들 약제에 대해 교감신경계가 민감하게 반응하였다고 보고하였다.

정신병자의 수면관련 협압

일본의 한 교수인 사토(齊藤)가 일본인 건강한 남자에서 수면 후 혈압이 28~53 mHg 감소하고, 루미날 투여 후에도 혈압이 같은 양식으로 내려간다고 한 바, 심호섭^{70,75)}은 한국인 조발성 치매환자 4명, 마비성 치매 환자 2명, 조울병(조병상태) 환자 1명 등에 스코폴라민 또는 루미날을 투여하고 혈압 변화를 보았다. 그 결과 루미날 투여에서는 투여 후 혈압이 내려갔다가 각성에 따라 올라갔으나, 스코폴라민의 경우 혈압이 올라갔다가 각성에 따라 내려왔다고 하였다(이러한 결과의 임상적 의의에 대해서는 토론이 없었다).

혈중 단백질

이규종⁹²⁾이, 정신장애가 혈중 단백질 농도에 변화를 초래

할 것으로 추정되는 바에 따라, 조발성 치매, 조울병, 마비성 치매, 간질 등을 가진 환자에서 공복시 채혈하여 plasma 내 globulin, albumin, fibrinogen, 총질소량, 잔여질소량 등을 측정 비교하였다. 그 결과, 전체적으로 환자군에서 fibrinogen이 감소하였다. 단 마비성 치매의 경우 globulin은 다소 증가하고 다른 단백질은 모두 감소하였다. 이러한 결과의 임상적 의의는 고찰되지 않았다.

체형 연구

스기하라^{28,29,37,38,90,100,105)}는 Ernst Kretschmer 체형 검사법에 따라서 정신병 환자와 범죄자들을 대상으로 체형(体型)과 범죄인, 정성(情性)(감정성향, emotional trend를 의미하는 듯), 그리고 정신병과 등과의 관련에 대해 연구하였다. 체형의 측정에는 Wertheimer-Hesketh씨 지수, 신장, 머리길이(頭長), 머리둘레(頭圍), 머리 전후경(前後徑) 및 횡경(橫經), 흉골길이, 가슴둘레(胸圍), 흉곽 전후경 및 횡경, 늑골경사, 계늑각(季肋角), Stiller씨 늑골(肋骨) 징후, 몸통길이(軀幹長) 및 다리길이(脚長) 등이 포함된다. 스기하라의 연구들은 Kretschmer 설을 동양에서 증명한 연구가 되었고, 그 연구결과들은 Kretschmer 저서 1955년 「체격과 성격」¹⁴³⁾에 인용되었다. 스기하라는 자신의 연구결과에 기초하여 확신을 가지고 Kretschmer의 체형 및 정성론에 대한 지지자로 자처하였다.

정신장애와의 관련

1929년 조선의학회 구연부터 스기하라의 체형연구가 초록과 원저로 발표되기 시작하였다.^{28,90)} 그는 Kretschmer의 leptothetisch 및 pyknisch-pyknoid 등 체형이 어떻게 정신장애의 종류, 예후, 정성(情性) 등과 관련되는지 연구하였다. 입원/외래 환자 312명(일본인 46%, 조선인 54%)에 대하여 Kretschmer의 체형검사법(体型検査法)에 따라 체형을 분류하고 정신성향(精神性向: 精性), 그리고 각종 정신병의 발병과의 관련을 조사하였다. 그 결과 정신분열병 및 분열성 정성은 세장(細長) - 투사형(鬪士型)에 많았고(74%), 조울병 및 조울성 정성은 비만(肥滿) - 유비만형(類肥滿型)이 대부분(93%)이었다. 이런 소견은 미국/유럽에 있어서의 Kretschmer설을 증명하고 있다. 그러나 일본인에 비하여 조선인 비만형인 사람에서는 분열성 정성과 조울성 정성과의 혼합이 많았고, 이런 사람은 이유는 명확하지 않지만 예후도 나쁘다고 하였다. 이러한 체형과 정성의 불일치는 종족적인 차이, 유전부인(遺傳負因), 환경, 교육 등의 차이에 기인한다고 고찰하였다(그러나 초록에서 말한 신경쇠약의 체형관련에 대해서는 자료가 제시되지 않았다).

수형자의 체형

스기하라는 서대문 형무소의 수형자를 대상으로 체형을 조사하여 일본인과 조선인을 비교하고, 체형 및 정성과 범죄 종류와의 관계 등을 연구하였고, 관련 문헌 수십편을 인용하면서 보고하고 있다.^{29,37,38,100,105)} 스기하라는 수형자에 대한 연구를 통해 범죄자가 Franz von Liszt(1851~1919)가 주로 주장한 사회경제적 이론(sozioökonomische theorie)에 따라 환경 등 외인적 영향으로 형성되는지, 또는 Cesare Lombroso(1835~1909)가 주로 주장한 개인심리학적 이론(individualpsychologische theorie)에 따라 내인적으로 소질 또는 생래적으로 형성되는지를 알 수 있을 것이라고 생각하였다.

연구방법은 아마도 구조화된 질문을 통해 범행의 동기 및 수단 등에 대해서 가급적 상세히 청취하여 그것을 토대로 얻은 응답의 내용과 태도를 기초로 이것에 신분증 등을 참조해서 정성을 조울성 정성, 괴리성(분열성) 정성의 양자로 대별하고, 그간의 혼합형도 고찰하였다(소위 간질성 정성 및 유간질성 정성은 혼합형 중에 포함시켰다). 정성은 주로 형상형으로서 원래 어느쪽 정성인가보다는 현재 어떤 정성이 더 우세한가라는 것을 관찰하였다.

첫 발표는 경성 서대문형무소에 수용중인 조선인 남성 568명을 대상으로 체형과 범죄종류와의 관계를 연구²⁹⁾한 것이다. 그 결과 일본인과 조선인의 체형 비교에 있어서는 평균신장, 가슴둘레, 체중, 다리길이 등 체격에서 조선인이 우위에 있었다고 하였다. 그리고 수형자는 정신병자에 비하여 유두사형과 세장형이 현저하게 많았다고 하였다. 수형자의 정성에 있어, 조울성 19.1%, 혼합형 28.3%, 분열성 52.6%였다. 체형과 정성의 관계를 분석한 결과, 조울성은 비만과 유비만, 분열성은 세장형과 유두사형과 관련이 있었다. 비만, 유비만형에 조울성이 아닌 다른 정성이 확인되었던 사례는, 좋지 않은 환경 등의 후천적 요인이 원인으로 생각되었다.¹⁰⁰⁾

원저에서의 몇 가지 흥미있는 소견¹⁰⁵⁾을 보면, 소질과 범죄와의 관계에서 수형자 아버지에 알코올 사용자가 48.7%로 많았다. 수형자 중에 서자 또는 사생아가 27명이었다. 인체기형으로는 이잉(耳孕)유착, 이각(耳殼)의 변형, 피열부정, 편평족, 후두부변형, 늑골징후 등이 많았다. 어린 시절 부모사망(아버지의 사망 : 약 12%, 모 사망 : 6.5%, 양친 모두 사망 : 약 9%)이 많았고, 무교육자가 38%로 많았고, 적빈자가 약 80%로 특히 누빈자에 많았다. 직업은 무직자 18.4%, 농업 17.9%, 노동 12.7%, 직공 12.6%, 상업 12.6% 등이었다. 배우자가 있는 경우는 43.9%였다. 음주자 73.1%, 흡연자 87.0%, 모르핀중독자 81명(10%)으로 이들은 특히 누빈자에 많았고 주로 절도범이었다. 문신은 6%에서 발견되었다. 연령적으로는 절도는 20대 초반, 지능범은 30대, 폭력범은 20대 후반에

많았고, 나이가 많아짐에 따라 범죄자 비율은 모두 감소하였다. 지역별로는 강원도, 함경남북도, 및 평안북도 출신자는 살인, 강도, 방화, 간통, 영아살해 등의 범죄자가 많았고, 경기도와 황해도에서는 치안유지법 위반(정치적 문제), 지능범죄, 사기, 강도 등이 많았다. 남선지역(남부)에서는 취직사기, 부녀자 유괴 등 정적 범죄가 많았는데, 이 양상은 일본인들과 비슷하다. 보통 조선인의 범죄는 일본인이나 지나인들에 비해 살벌함이 비교적 적었다.

제2보에서 스기하라³⁷⁾는 대상자를 확대하여 1929년(소화4)년 10월부터 1930년(소화5년) 5월 말에 걸쳐서 서대문형무소에 수용중인 남자 1083명(일본인 58명, 조선인 1011명, 중국인 13명), 여자 97명(조선인 90명, 일본인 4명, 중국인 3명)을 대상으로 일반적 고찰과 더불어 Kretschmer가 주장한 체형 및 정성을 조사하였다. 연구결과, 1) 800명의 조선인 남자 수형자 중 조울성 정성 19.1%, 혼합형 정성 28.3%, 분열성 정성 52.6%였다. 수형자 중에 비교적 순한 조울성 정성이 적고 반면 80.9%의 대다수가 분열성 정성 내지 혼합형이라는 결과는 서양의 학자들이 주장한 바와 일치하지만, 이에 관해서는 신중한 고려를 요한다고 하였다. 또한 저자는 이와 대조할 일반 민족적 정성의 비율에 대한 자료를 가지고 있지 않아 결정적 단안은 내리기 어렵다고도 하였다. 2) 체형과 정성의 관계에 있어, 비만형 및 유비만형에서는 조울성 정성이 반수를 차지하고 혼합형도 많고 또 분열성 정성이 약 20% 정도 보인다. 이것에 비하여 세장형 및 유두사형에서는 분열성 정성이 과반을 차지하며 혼합형도 상당히 있고 조울성 정성도 지극히 소수이지만 존재했다. 이러한 결과에 대해 저자는 분열성 정성 및 조울성 정성의 2대 요소가, 개인에 동등하게 부여되었으나 이것이 일정한 정성으로서 나타나기 위해서는 먼저 그러한 체질(즉 체형)과 친화성을 가져야 할 것이고, 또 특정 체형과 친화성을 가졌다 하더라도 교육 및 환경 등의 영향에 의해서 후천성의 변화를 받은 자와 아닌 자가 있을 것이며, 따라서 저자는 현재 보는 각 정성형에 소위 고정성 현상형과 가동성 현상형이 존재하리라 생각하였다. 저자는 체형을 결정하는 생물학적 기전과 정성을 결정하는 기전은 완전히 동일한 기전이라고 생각하였다.

제3회 보고³⁸⁾에서는 범죄유형과 체형과의 관계를 분석하였다. 996명의 조선인 남자 수형자, 58명의 일본인 남자 수형자 및 97명의 여자 수형자를 대상으로, 범죄유형별로는 절도(46.1%), 지능범(16.9%), 폭력범(24.5%), 도덕범[道德犯(3.3%)], 정치범[보안법과 치안유지법 위반, 공산당원 등(9.2%)] 등의 5가지로 구분하였다. 분석결과, 대부분의 유형에서 유두사형과 세장형이 다수를 차지하고 있었다. 세분해 보면 절도는 각 체형에 대해서 동등한 친화성을 보였으나, 절

도 경죄(輕罪)는 비만형 및 유비만형과 더욱 관련되었고, 절도 중죄(重罪)는 세장형 및 유투사형과 더 깊은 관련이 있었다. 도덕범에서 유비만(類肥滿)이 다수였고, 폭력범은 비만형과 조울성 정성(情性)이 관련되었고, 지능범과 정치범은 세장형과 다음으로 유투사형, 그리고 분열성 정성과 관련되었다. 조울성 정성자의 범행은 일반적으로 경도로 우발적인 것이 많았고, 그 동기도 주로 주위에 대한 직접적인 반응(외인성)이고, 불량한 소질과 관련된 범죄는 매우 드물었다. 이에 비해 분열성 정성자의 범죄는 전자보다 복잡, 교묘, 노련 등 중증으로 그 동기 또한 주로 그들의 내향적 경향, 자극성, 잔인성, 복수심, 강하고 집요함 등과 밀접한 관계를 가졌고, 외적 사건에 대해서도 곧바로 반응을 보이지 않고 일보 후퇴한 후 서서히 계획하고 숙련한 범행을 보였으며, 범죄적 경향이 강한 불량 소질자(내인성)가 매우 많았다. 그러나 저자는 분열성 정성자가 반드시 범죄적 경향이 많다고 보는 것은 부당하며 일반적으로 분열성 정성자에는 일면 범죄성을 억제하려는 의지가 비교적 강한 경우가 많았던 것도 알아야 한다고 하였다. 정치범 가운데에는 조울성 정성자(情性者)로서, 순탄하게 태어나고 자랐고 권유에 의하여 공산당에 가입했던 사람이 많았다. 누범률(累犯率)은 체형과의 관련성이 적었지만, 정성 유형별로는 분열성에서 누범이 많이 나타났다. 그러나 누범은 석방 이후의 사회적응과 환경요인에도 영향을 받는다고 생각되었다. 또한 누범률은 절도가 가장 많고, 폭력범이 가장 적고, 지능범은 그 중간에 위치한다. 또 일반적으로 누범자는 단기 수형자에 많다. 교화가 가능한 자는 수형자 중 20%밖에 되지 않았다. 교화가능자는 초범자에 훨씬 많았고, 또한 폭력범, 비만형 및 유비만형, 조울성 정성자 등에 많았고, 정신 정상자의 전부 및 경도 정신병질자의 일부에서 발견되었다. 작업 성적이 뛰어난 경우는 체형 및 정성과 관련이 없었다. 또한 작업 성적 우수자가 반드시 교화가능자가 아니었다.

여자 수형자에서는 비만형 및 유비만형이 현저히 우세하고 외인성(外因性) 범죄가 많았다. 즉 지식이 부족하고 글을 읽지 못하는 것, 불량한 환경, 사회제도가 인습의 결함 등이 원인으로도 생각되었다. 일본인에서는 절도(38.0%)와 지능범(55.2%) 등이 다수를 차지하였다. 지능범은 조선인과 마찬가지로 세장형과 관련이 있었다. 일본인에서도 조울성은 가벼운 우발성의 범죄와 관련성이 많은 반면에, 분열성은 계획성, 교묘함, 집요함 등이 두드러졌다.

환경의 영향

스기하라는 수형자에서 정성의 혼합형 및 체형과 상반되는 정성이 다수 발견되고, 세장형 및 유투사형보다 비만 및

유비만형에서 훨씬 많이 발견된다는 모순도 발견하였는데, 이에 대해서는 아마 이것이 범죄자에서 보이는 특유한 경향, 즉 아마도 정성의 후천적 개변(改變), 달리 말하면 후천적 불량화 때문이 아닌가 하였다. 따라서 범죄의 구성에 대해서는 정성의 대소 유무를 논하기 전에 먼저 환경이 어떤지를 논하지 않으면 안 된다고 하였다.³⁷⁾ 저자는, 무슨 근거에서인지 몰라도, 이 논문에서 조선인에게 비만형의 범죄가 비교적 많은 것은 교육과 사회가 양호하지 못한 상태에 있기 때문이라고 생각하였다.

고 찰

역사를 연구하는 것은 현재를 이해하고 미래를 구상하기 위함이라 할 수 있다. 이 논문은 1910~1945년의 일본강점기에 있어서, 총독부 의원(경성의학전문학교)과 경성제국대학 정신신경과 교수들 및 연구원들이 일본어로 학술발표한 내용을 종합, 분석, 정리하고자 하였다.

학술적 배경

경성제대 의학부 정신신경과의 연구를 고찰하려면 경성제대의 설립목적을 고려해야 할 것이다. 그 설립목적은 초대 총장이 창립기념사에서 말한 바와 같이 “내지(內地)의 제국대학(帝國大學)은 각각 다소(多少)의 특장(特長)”이 있다면, 경성제국대학의 사명은 “지나(支那, 중국)와의 관계, 또 한편으로는 내지(內地, 일본)와의 관계로 널리 여러 방면(方面)에 걸쳐 조선연구(朝鮮研究)를 행하고 동양문화(東洋文化) 연구의 권위(權威)가 되는 것”이었다.²¹⁾ 그 중, 법학부에 대해서는 어떤지 몰라도, 의학부가 다른 제국대학 의학부에 비해 고유하게 가지는 특색(사명)으로, 조선인의 체격, 조선의 풍토병, 조선 땅에서 나오는 약용 식물에 대한 실태조사와 약리작용에 대한 연구를 수행하는 것으로 제시되었고, 특히 일본 본토와 다른 기후와 문화, 풍토에서 활동해야 했던 식민지 조선에 체류하는 일본인들의 건강유지를 위해 조선의 질병과 병원성 매개체, 보건 환경 등에 관한 연구를 수행하는 것이었다.²¹⁾ 이에 따라 유추하면 경성제대의 의학부나 법학부의 사명은 식민지 상황을 연구함으로써 일본제국 통치를 뒷받침하는 것이었다고 볼 수 있다.

학술적 배경과 연구경향

임상의학이든 기초의학이든 그리고 정신의학도 마찬가지로 일본의학은 주로 독일의학을 받아들이고 있었다. 본 연구에서 조사된 모든 논문의 외국어 제목은 물론 초록도 대부분 독일어로 되어 있었으며, 참고문헌도 거의 독일권 논문이

었다. 조선총독부의원과 경성제대 정신신경과 의사들은 독일 정신의학의 진단적 분류에 맞추어 진단하고, 증상을 기술하고, 주로 생물학적 원인을 추구하고 생물학적 치료를 주로 시행하였던 것으로 보인다.

연구에서 드러난 당시 일본학자들의 주된 연구관심은 세계적으로 소개되고 있는, 또는 독일에서 그 개념이 생산되고 있던 정신장애들이나 치료법이 일본인과 조선인들 사이에서도 유용한가 하는 것이었다. 연구결과는 대체로 일치한다는 것이었지만, 나름대로 새로운 분류나 대안 이론, 또는 개선된 치료방법을 제시하기도 하였다. 그리고 특히 주임교수들의 연구관심은 경성제국대학의 설립목적²¹⁾에 맞게 한일 간에 어떤 차이가 있는가 하는 것이었던 것 같다.

연구대상 정신장애가 대개 조현병, 조울병, 마비성 치매(진행마비), 증상성 정신장애, 뇌전증(전간), 기면병, 신경쇠약, 아편중독, 각종 신경장애 등으로, 아마도 독일 내지 세계적 추세에 따라, 생물학적 연구가 주류를 이루고 있다. 치료에 대한 연구들도 대개 지속수면 요법,^{26,31,40,70,75,84)} 취소제,⁸⁵⁾ 아편정식요법,¹¹²⁾ 말라리아 발열요법,^{41-43,110)} 유황요법(硫黃療法),^{49,50,109)} 인슐린 쇼크 요법,^{53,56,57,59)} 전기경련 요법¹³⁵⁾ 등 거의 생물학적 치료법에 대한 것이었다. 정신신경증(psychoneurosis)에 대한 개념은 보기 어려웠고 정신치료에 대한 것은 6편^{25,79,85,91,94,95)}에 불과하였다. 그러나 구보는 조선에 오기 전부터 비엔나 유학을 통해 신경증이나 역동적 개념에 대해 알고 있었던 것으로 보이는데,¹⁴²⁾ 자신도 강박증에 대한 정신분석치료²⁵⁾를 하였다고 하며, 교실원들의 정신치료를 지도하였고,^{91,94)} 프로이트를 소개⁹⁵⁾하고 있다(경성제대 연구자들의 정신치료에 관한 연구업적에 대해서는 다른 논문으로 기술할 예정이다).

임상연구에 있어 현 시점에서 눈에 띄는 것은 현대적 의미의 연구윤리가 결핍되어 있다는 것이다. 당시에는 관행이었겠지만, 설명후 허락(informed consent)의 절차가 빠져 있고, 환자에게 위험할 수 있는 실험적 처치, 예를 들어 비타민 결핍 식이를 장기간 주거나,⁸³⁾ 마약중독 환자에 마약을 실험적으로 투여했거나,¹²¹⁾ 정신병 환자에 스코폴라민 또는 루미날 등을 실험적으로 투여했거나,^{70,75)} 정신병 환자에 adrenaline, pilocarpine, atropine 등의 약물을 실험적으로 투여했다^{81,82)} 등이 윤리적 검토 없이 시행되었다는 것이다.

그러나 당시 국제적으로 의미가 있다고 보여지는 연구로, 구보의 지속수면요법에서의 개선²⁶⁾과 스기하라의 체형론 연구^{28,29,37,38,90,100,105)}가 있다. 당시 체형론에 있어서는 Kretschmer 설이 주류였는데, 스기하라의 연구는 당시로서는 Kretschmer 설을 증명함으로써 체형론이 인종을 넘어서 보편적이라는 것을 보여주었을 뿐 아니라, 추가적으로 생래의 소질(素質)이

불변인 것은 아니며, 외적 영향에 의하여 변화될 수 있다는 것, 즉 환경과 소질 사이에서는 상호관계가 성립하고 있음을 보여주고 있는데,¹⁰⁵⁾ 이는 당시로서는 훌륭한 통찰이었다고 생각된다. Kretschmer도 자신의 저서 「체격과 성격」 1955년 중보판¹⁴³⁾에서, 동아시아에 있어서 스기하라의 연구결과 등을 열거하면서, 인종의 차이보다는(어느 정도 강약의 경향은 있지만) 체질이나 체형이 성격과 관련성이 강하다고 결론내리고 있다. 스기하라 논문의 참고문헌란에 다른 일본내 연구를 참고한 바가 거의 없어, 스기하라는 체형과 성격, 그리고 범죄론에 한하여서는 일본에서는 선구자이면서 제일인자였던 것으로 보인다.

한일 간 비교정신의학 연구

경성제대 정신과 연구자들의 연구 중에서 가장 주목되고 현재에서도 의미있는 연구는 한일 간 비교정신의학적 연구들이다. 주임교수 구보와 몇 교수들이, 식민지 종주국의 연구자들로 식민과의 비교에 관심이 많았을 것이라는 것은 이해가 되나, 이를 목적으로 경성제대에 부임하였는지, 또는 부임하고 보니 그런 주제에 관심을 갖게 된 것인지는 알 수 없다. 그러나 경성제국대학의 설립목적²¹⁾을 생각하면 전자일 가능성도 있다. 어쨌든 정신신경과 교수 구보와 와타나베 2대에 걸쳐 정신장애의 빈도나 증상에서의 한일 간 차이에 대해 “흥미를 가지고 우리의 오래된 기획”에 따라 연구하였고, 그 차이의 원인을 고찰하고 있다. 종합하면 다음과 같다.

빈도비교

입원 환자에 대한 비교이지만 일본인에 비해 조선인들의 정신병 빈도가 매우 낮다는 것, 조현병에 비해 조울병의 빈도가 낮다는 것, 간질과 지능장애가 많음을 부각시키고 있다. 그러나 경성제대 정신신경과에 입원한 정신병자수만을 가지고 조선인에서 인구대비 발병률이 낮다고 한 것³⁴⁾은 해석에 문제가 있어 보인다.

그러나 이와 관련된 조선의 문화적 특징에 대한 고찰은 흥미를 가지게 한다. 즉 저자들이 한일 간 임상양상에서의 차이를 조선사회의 문화와 관습과 연관시키고 있다는 것이 주목된다.

우선 구보는 내지인에 비하여 조선인 정신병자는 눈에 띄지 않는 경우가 많으며, 통계상에 반영되기 힘들기 때문에 조선인 정신병자가 적어 보이는 것이라고도 고찰하고 있다. 즉 당시 조선인들이 정신병에 대해 현대 의료를 요청하는 경우가 적고, 가난하여 병원에 입원시키지 못하고, 조선이 “미신”이 왕성한 사회로 정신병을 미신으로 치료하려는 수가 많고, 조선사회가 단순하여 정신병자를 집이나 공동체 내에 받

아드리기 용이하다.

질병별로는 조울병에 관하여는 조선에서는 동성혼(同姓婚)(친족간 결혼, 同性結婚이 아님)을 금지하는 관습이 있어 유전적 부인(負因)을 예방하고 있다고 했는데, 이는 흥미있는 고찰이다(일본에서는 친족 간 결혼이 허용된다). 진행성 마비에 대해서는 조선에서 말라리아의 유행이 진행성 마비의 발병률을 낮추고 있다고 추정하고 있다. 간질성 정신병에 관하여는 주산기의 위생상태의 불량, 출산시의 외상과 뇌질환 등이 간질 발병률을 높였기 때문으로 설명하고 있다. 조선인 특히 하층급의 위생상태가 심각하게 나쁜 것이 생각보다 중대한 역할을 하고 있을지 모른다고 하였다. 이런 고찰은 대체로 조선에서 근대화가 늦었다는 것을 암시한다.

또한 구보와 핫토리³⁴⁾는 Kraepelin이 자바에서 발견한 amok나 latah 같은 정신장애를 조선에서도 발견할 수 있을까 기대한 것 같은데, 그들은 “관심사인 조선인에 특유한 정신병”은 여전히 발견하지 못했다고 부연하고 있다. 그러나 구보의 후임이었던 와타나베⁶⁴⁾는 한반도의 무속(巫俗)에 관하여 일본, 중국(만주)과 비교하면서, 무병(巫病)으로 지칭되고 있는 질병 현상에 대해 언급하고, 만주의 사병(邪病)과 비교하고 있다. 사병은 만주주역에서 발견되는 신병과 유사한 증후군이다.¹⁴¹⁾ 조선인 특유의 정신장애가 일본인 저자들의 관심사였다면, 이 역시 비교문화적 내지 인종정신의학적 시각을 드러낸 것이라 할 수 있다.

그러나 일본인 저자들은 정신장애 발병에 관여하는 정신사회적 요인에 대해서는 전혀 고려하지 않고 있었다.

증상양상에서의 비교

구보와 핫토리³⁴⁾는 정신병에 여러 증상에서 특히 환각과 망상에서 불명인 경우가 많고, 정동증상이 많다고 하였는데, 이것이 정확한 관찰이라면 조선인들은 감정을 망상이나 환각으로 투사하기보다 미분화된 감정증상의 형태로 표현하고 있었다는 것을 의미한다. 한편 조선인 조울병에도 일본인에 비해 비전형적인 경우가 많았다고 하였다.

핫토리¹⁴⁰⁾는 일본인에 비해 조선인들에서 조현병에 환각과 망상이 불명(不明)인 경우가 많고(무슨 의미인지 불확실하나 아마도 비정형 내지 미분화형을 의미하는 듯 하다), 감응성, 감동성, 외상성, 우울형, 혼동형, 저능형 등이 많아 피암시성이 심하고 자연영향을 많이 받아서 그럴 것이라 하였다. 반면 일본인에서는 서구와 같다고 하였다. 와타나베⁶⁴⁾도 조현병이 단순하고, 조울병에 비정형이 많다고 하였다.

2대 교수였던 와타나베⁶⁴⁾도 조선인 정신병 환자의 병상에 있어 우울둔마형 등 비정형이 일본인들보다 많다고 하였다.

그러나 이 비전형적이라는 특징이 실제로 어떤 상태를 말

하는지 설명이 없으나, 아마도 비정형, 미분화형, 정동형 등의 모습이 일본인 정신과 의사들에게 미개함을 의미하는 것으로 해석될 여지가 있다.

구보⁶¹⁾는 조선인의 신경쇠약증은 내지인에 비하여, 일반적으로 질병에의 도피, 병증이득(病症利得)의 경향 등의 신경증적인 경향이 강하다고 서술하고 있다. 또한 조선인 강박증에는 일본인 신경질 환자(모리타 치료 대상)에서 보는 죄업감(罪業感)이 발견되지 않는다고도 하였는데,²⁵⁾ 이는 흥미있는 견해이며, 아마도 조선인들의 문명수준이 낮은 것으로 보게 하는 근거가 되는 듯 하다. 향후 보다 깊이 있는 연구가 필요하다.

또한 마약에 대해서는 조선으로부터 일본으로 유입될 경우 사회를 위협에 빠트리는 요인으로 이를 막아야 한다는 시각에서,⁵⁴⁾ 조선이 위험한 미개의 나라라는 점을 시사하고 있다(구보는 일본이 나중에 methamphetamine의 세계적인 생산지가 된다는 사실은 미처 예상하지 못했을 것이다).

조선에 체류하는 일본인들의 건강유지

일본제국의 영토가 팽창함에 따라 일본 본토부터 외지(식민지, 신영토)로 간 이주자, 미개지역으로 일하러 간 사람들(노동자, 관현, 교육자 등) 등 해외방인(海外邦人)이 증가하여, 다종(多種) 다양(多様)한 다른 민족과 접촉할 기회가 증가하고 있었다. 그들은 다른 민족과 공존하고, 때로는 적응하기도 해야 하고 강제적 동화를 요구하는 입장이 되기도 하였다.¹⁴⁴⁾ 한반도로 이주하였던 일본인 숫자는 1905년에 약 4만 명이었지만, 1943년에는 최대 약 75만 명까지 증가하였다. 경성제대의 설립목적²¹⁾에 맞게, 구보도 한반도에 이주하였던 일본인(내지인)이 겪었던 익숙하지 않은 기후 풍토, 타향에서 심신이 피곤함, 이문화 체험, 고독감 등 스트레스 때문에 그리고 고독과 애수를 위로하기 위해 주색과 친해지는 경우가 많아 매독에 잘 이환될 수 밖에 없었을 것이라는 점을 언급하고 있다.³⁴⁾ 구보는 이러한 정신장애의 정신사회적 측면을 익히 알고 있음에도 불구하고, 그는 식민지 조선인들이 겪는 정신사회적 고통에 대해서는 전혀 언급하고 있지 않다.

일본인 연구자들의 자세

일본인 연구자들의 자세에는, 근대 서양 정신의학 자체의 입장뿐 아니라 종주국으로부터 식민지에 파견된 지식 엘리트로서의 입장 등이 반영되고 있었다고 본다. 즉 앞서 말한 경성제국대학의 설립목적²¹⁾에서 시사되고 있는 바, 즉 식민지 사람들을 가르치고, 식민지 사회를 발전시켜야 한다는 입장이 반영되고 있었을 가능성이 있다.

우선 지적되어야 할 것은 한반도에서의 식민지 정책은 내

선일체(內鮮一體, 일본 본토와 조선의 하나됨. 실제로는 조선의 일본화)로 불리우는 법령에 따라 추진되고 있었다는 사실이다.¹⁴⁵⁾ 이를 위해 일본은 사전에 조선에 대해 다방면에 걸쳐 조사, 연구하고 있었다. 예를 들어 샤마니즘에 대해서는 경성제국대학 교수였던 아키바 다카시(秋葉隆)와 아카마쓰 지조(赤松智城)가 일본 제국학사원(帝國學士院)의 재정적인 지원을 받아 조선 현지를 답사하며 연구하였고, 그 결과는 1937년 「조선무속의 연구(朝鮮巫俗の研究)」라는 책으로 출판되었다. 정신의학에서도 이러한 시각을 뒷받침하는 연구들이 시행되었다고 보는데, 예를 들어 구보의 숙제보고 몰핀중독, 또는 한일 간의 비교정신의학적 연구 같은 것이 이에 해당된다고 본다. 따라서 조선 이외의 식민지에 대한 연구 중에도 정신의학이 포함되고 있었던 것은 당연하다. 예를 들어 1943년 제42회 일본정신의학학회 총회에서 발표된 논문목록에 보면, 북해도의 선주민족(先住民族) 아이누(Ainu) 민족에 대해서는 북해도제대(北海道帝大)의 연구자들¹⁴⁶⁾이, 일본영토에 병합되었던 신통치지역(新統治地域)의 만주족에 관한 조사는 만주의과대학의 연구자들¹⁴⁷⁾이, 식민지 대만에 이주한 일본인의 현지 적응에 대해서는 구주제대(九州帝大)의 연구자들¹⁴⁸⁾이 연구한 논문들이 포함되어 있다.

정신보건정책

경성제대 정신과에서는 조선의 정신보건정책에 대해서는 마약단속에 대한 제언^{54,130-133)} 이외에는 별로 언급하는 바가 없다. 일본 본토에서는 이미 1910년대에 동경제국대학 정신과 교수이며 동경도립 마츠자와(松澤)병원 원장이었던 그리고 일본의 피넬이라 불리는 구레 슈조(呉修三) 등이 대대적인 캠페인을 벌여 정신병자 수용시설의 환경개선을 시도하였지만,¹³⁾ 조선총독부에서는 그나마 그런 노력도 하지 않았던 것 같다. 오히려 정신병 환자를 범죄자나 사회안전을 해하는 자로 보고 강제수용을 규정하였던 구태연한 일본 본토에서의 정신병자 감호법을 조선에서는 지속적으로 유지하였다.¹⁷⁾ 즉 식민지 조선인 정신병 환자에 대한 조선총독부의 정책은, 정신병자는 우생학적으로 저열하여 민족의 번영을 저해하는 존재이며, 폭력적이고 사회에 위험한 존재이므로, 사회위생상 제거되어야 할 대상이며(심지어 단종을 실시하여야 한다고까지 함), 따라서 그 가족이 일차적으로 정신병자를 돌보아야 하나 그러지 못할 때에는 경찰이 이들을 지역사회로부터 정신병원(의료시설이라기보다는 감금 및 수용시설 내지 일종의 감옥)으로 격리하여 전문 의료인이 치료하도록 한다는 것이었다.¹⁴⁵⁾ 구보의 모르핀중독에 대한 숙제보고도, 조선에서의 몰핀 남용 관습이 일본 본토에 유입될 수 있다는 사회방위상 우려와 관련되어 있다.⁵⁴⁾

경성제대 정신신경과 연구자들 특히 교수의 논문의 여러 곳에서 조선이 원래 미개하였지만, 식민지 총독부의 정치 아래서 사회문화가 발전하고 있다고 기술하고 있는 것³⁴⁾은 우생학적 내지 발달과정의 시각에서 식민지 지배를 정당화하기 위한 것처럼 보인다. 당시 조선인들은 “내선일체” 정책¹⁴⁹⁾에 따라 종주국 일본의 정치제도와 문화, 언어에 동화될 것을 강요당하고 있었고, 따라서 조선인들이 가지게 될 민족 정체성의 혼란, 문화적 상실, 종교자유의 상실, 창씨개명에 따른 가족과 개인 정체성의 손상 등에 따른 감정반응이 정신장애의 발생에 유발요인으로 작용할 수 있었다. 그러나 구보는 물론 모든 일본인 연구자들의 논문에서 식민지배하의 정치적 억압이나 차별, 주변인(marginal identity)으로의 낙락, 조선인들의 가난, 경제적 수탈 등 조선인들의 정신사회적 고통에 대해 부분적으로나마 언급한 부분은 전혀 찾아볼 수 없다. 그들은 식민지 통치하에 있는 조선인의 정치사회적 상황에 대해서는 무시 내지 부인(denial)의 기제를 사용하고 있었던 것 같다. 정신분석을 이해하고 있었던 구보⁶¹⁾가 조선인 신경쇠약증에 대해서는 질병으로의 도피, 이차이득이라는 개념을 언급하고 있는데, 이는 부정적이나마 정신장애에 대한 역동적 이해를 보이는 유일한 경우였다. 또한 조선인이나 조선 사회문화의 연구를 위해 조선인 조수의 통역이나 보조에게 의지하지 않을 수 없어, 충분한 이해에 한계가 있었을 가능성도 있다.²⁸⁾ 이러한 경성제국대학 연구자들의 자세는 호주 선교사였던 세브란스병원 정신과 교수 McLaren¹⁵⁰⁾의 관점과는 매우 대조적이다. McLaren은 한국어를 배웠을 뿐 아니라 한국인의 정신장애나 신경쇠약증의 원인으로 피식민지배의 고통을 언급할 뿐 아니라 실제 증례들도 다수 제시하고 있다.

이러한 편향성의 원인은 아마도 조선에 나와 있던 제국대학의 일본인 교수 내지 연구자들은 의도적으로 아니면 자신도 모르게 “식민주의 정신의학”(colonial psychiatry) 내지 인종정신의학(ethnopsychiatry)에 기울어져 있었을 가능성을 시사한다.

식민주의 인종정신의학

1940년대 이후 서구 정신의학에서는 “식민주의 정신의학” 내지 “인종정신의학”이 정신의학에 미친 영향에 대해 재평가하는 작업이 국제적으로 행해져 왔다.²⁰⁾ 그러한 반성적이고 비판적인 연구는 제국주의 시절에 유럽 국가들이 아프리카 식민지를 지배하면서 혹은 피지배인 문화를 결정하고 지배자의 논리와 언어로 살게 강제함으로써 야기되는 열등감 문제를 연구함으로써 시작되었으며, 그 선구자들은 직접 아프리카 인들을 진료하였던 J. C. Carothers, Frantz Fanon 등이다.¹⁵¹⁾

식민주의 정신의학 내지 인종정신의학은 아프리카인에 대한 임상적 관찰에 기초한 소위 ‘객관적’인 연구, 즉 식민지의 피지배인들이 보이는 원시성, 지적 능력의 부족, 미신 신봉, 서구문화를 따라하려는 모방심리, 순진성, 범죄성 등을 제시함으로써 그들의 우생학적 내지 체질성 열등성을 강조하고, 그들만으로는 문화적 성취를 이루지 못할 것임을 주장하면서 식민주의적 지배를 정당화하고, 그 지배 논리를 옹호하였다. 그러한 식민주의의 논리가 식민지에서의 정신의학 연구나 진료에도 반영되었으며, 이에 더하여 그런 연구결과들은 식민지 지배를 정당화하는 수단으로도 쓰이게 되었다는 것이다.²⁰⁾ 이미 식민지를 경영하였던 서구에서는 자기비판이 일고 있고, 제3세계로부터도 비판을 받기 시작하고 있다. 특히 인도인, 아프리카 주민, 오스트레일리아와 뉴질랜드의 원주민, 영국내 아일랜드계 주민 등에 대하여 행하여졌던 식민지 정책들이 피식민지인의 정신건강에 미쳤던 영향에 대한 연구가 이루어지고 있다. 그러나 일본제국과 그 식민지들에 대한 이러한 식민주의 인종정신의학에 대해서는 알려진 바가 적다.

일본이 식민지 조선에서 이러한 식민주의 인종정신 의학을 시행했는가라는 질문에 대해서는 직접적인 증거로 확인되지는 않는다. 그러나 내선일체라는 이름으로 행하여졌던 모든 일본 제국의 식민지 정책들과 정신병에 대한 정책, 그리고 경성제대 정신신경과 연구자들이 보인 고찰들은 바로 식민주의 인종정신학과 같은 논리를 보여주고 있다. 영국이나 프랑스에서 실제로 아프리카 식민지에 소수지만 정신과 의사를 파견한 시기는 1920년 전후로서,¹⁵¹⁾ 이는 일본이 조선에 1913년에 스이즈를, 그리고 1926년에 구보를 보낸 시기와 유사하다. 또한 경성제대 의학부의 해부학교실에서 주로, 그리고 위생학교실, 법의학 교실, 산부인과 교실 등에서 수많은 ‘조선인’이라는 인종을 이해하기 위해 두개골 계측과 기타 생체계측, 그리고 일본인, 중국인 등과의 비교를 통한 체질(constitution) 또는 체질인류학(physical anthropology), 범죄자 신체형태 등 연구가 이루어졌다.²⁰⁾ 예를 들어 경성제국대학 의학부 법의학교실 사토 등¹⁵²⁾은 조선인의 혈액형을 조사하고 다른 민족과의 비교를 통해 조선인의 인종적 특징을 밝히고 그 이동 경로를 추적하였는데, 그 결과 인종별 우열을 수치와 도식으로 나타내었다. 즉 몽고보다 만주, 만주보다 조선북부, 조선의 북부보다 남부, 조선 남부보다는 일본이 인종계수가 높으며, 이들은 인류학상 서로 연관되어 있다는 것이다. 정신의학적 연구에서도 그런 관점이 발견되는 바, 즉 심호섭의 조선인 두개골 연구⁶⁾나 구보 등의 Krepelin 식 고찰³⁴⁾과 스기하라의 정신병자와 정치범에 대한 체질 연구^{90,100,105)} 등이 그러한 관점에 근거한 것으로 보인다.

당시 일본인들이 수입하고 추구하였던 근대 독일 정신의학 특히 Emil Kraepelin의 비교연구와 우생학적 견해는 이미 제국주의 내지 식민주의가 내포되어 있었다. 1900년대 초 Krepelin은 동남아시아와 인도네시아로 시찰여행에 올라, 주요 정신병의 보편성(普遍性)에 대하여 연구한 바 있다. 그리고 그 결과 식민지 사회는 미개하다는 것, 정신장애 예방을 위해 인종위생학(人種衛生學) 연구가 필요하다는 등의 견해를 밝히고 있다.¹⁵³⁾ 특히 자바(Javajia)섬에서 현장조사를 하여, 현지 정신병원의 입원 환자로 있던 인도네시아 원주민의 독특한 정신과적 증상 즉 amok과 latah를 같은 병원에 입원하고 있는 독일인과 비교하였다. Kraepelin은 이런 연구를 “비교정신병학(比較精神病学)” (Vergleichende Psychiatrie)으로 정의하고, 임상증상의 차이를 지적 발육단계(知的 發育段階)의 관점에서 해석하였다. 당시 그는 문화적 차이를 그 민족이나 인종의 생물학적 차이의 반영으로 간주하였다. 즉 지적 발달에 있어서의 “문명과 미개”라는 이분법, 유럽인과 미개인들 간의 임상증상의 차이를 정신발달단계의 관점에서 해석함, 서구 열강의 자문화 중심주의적인 관점, 정신장애의 생물학적 관점, 정신질환의 사회문화적 맥락을 무시하는 경향, 미개한 상태와 관련된 특수 정신장애, 즉 문화관련 정신과적 증후군(culture-bound psychiatric syndrome) 연구 등은 동시대의 정신의학과 문화인류학에 큰 영향을 미쳤는데, 이는 현재 서구 제국주의의 식민주의적 사고방식을 내재하고 있었다고 비판받고 있다.^{20,154)} 특히 Kraepelin은 자신의 우생학적 견해를 통해 독일민족의 우수성에 대해 발언하고, neo-Lamarckian views(신라마크주의)를 옹호하고, 이를 입증하기 위해 광범위한 임상적, 지역적 역학연구를 하였다는 점에서 그는 전문적 과학자였지만 정치적으로는 반동(보수)주의자(reactionary)였다고 비판 받고 있다.¹⁵⁵⁾ 특히 정신장애의 원인을 생물학적 퇴행이라고 하는 그의 degeneration theory는, 인종위생학과 더불어 이후 나치독일의 우생학 정책에 이용되었다고 여겨진다.^{156,157)} 따라서 Kraepelin은 정신장애의 치료와 예방도 알코올 금지, 매독 근절, 그리고 특히 인종위생학(人種衛生學) 등을 통해 변질을 억제하는 것이라는 주장도 하고 있었다.¹⁵³⁾ 이와 같은 문명과 미개라고 하는 이분법과 우생학적 개념은 동시대의 독일 정신의학과 일부 문화인류학에도 계승되었고, 지속적으로 식민지에서 학술연구나 정치에 응용되었다고 본다. 구보가 자주 인용했던 Ernst Rudin이나 Alfred Hoche 등도 당시 이름난 우생학자(eugenicist)로 알려져 있다.

이런 식민주의 인종정신의학적 견해를 나타낸 Kraepelin의 1904년 논문¹⁵³⁾은 구레에 의하여 같은 해 지체없이 번역되어 일본 신경잡지¹⁵⁸⁾에 게재되었다. 구레 자신도 Kraepelin

을 본받아 1911년 대만에서 크레틴병을 조사하였는데, 이는 일본에 있어서 최초의 비교정신의학 연구로 간주된다.¹⁵⁹⁾ 구레는 근대 일본정신의학의 창시자로 추앙받는 사람인데 이러한 구레의 생각과 활동은 분명 구레의 제자들뿐 아니라 일본 전역의 정신과 의사들에게 큰 영향을 미쳤을 것이다. 이러한 당시 독일 정신의학의 개념은 당시 제국화의 길을 가고 있던 일본의 식민지 정책과도 잘 맞았을 것이다.

일본 본토로부터 조선에 부임하였던 스이즈와 구보는 모두 구레의 제자들이었다.¹⁷⁾ 따라서 일본인 연구자들의 논문에서 Kraepelin에서 구레로 이어지고 있던 발육단계와 우생학적 관점이 엿보인다. 스이즈²³⁾는 그의 논문에서 “개화(開化)의 도(度)와 민도(民度)가 낮다”라고 언급하고 있다. 구보도 은연중에 조선인과 일본인 간의 정신장애의 빈도나 증상에서의 차이를 Kraepelin식 발육단계와 우생학의 관점에 근거한 미개와 야만의 이분법으로 해석하고 있는 것 같다. 즉 구보는 자신의 논문³⁴⁾에서 “Kraepelin 교수의 말씀하고 계시는 바” 등의 말을 하고 있다는 데서 엿볼 수 있다. 구보는 “조선은 이전에는 중국대륙의 영향에 의하여 일본보다도 일찍 진보하여 왔으니” 같은 언급을 함으로 객관성을 유지하려는 노력을 말하고 있기는 하지만, 그의 주된 관점은 일본에 비하여 “근대화가 늦었던 한반도에서 정신병 발생에 어떠한 차이가 생기는 것인가”하는 것이 그의 기본적 연구 질문이었고, 연구결과의 해석에서 “근대에 와서는 일본이 명치유신 이후에 서양문명을 수입하여, 그 문화에 있어서 큰 약진을 달성하였던 것에 반하여, 조선에서 문명의 발전은 일본 본토와 비교하면 크게 뒤떨어져 있다고 볼 수 있다”고 말하고 있다. 또한 조선 사회를 “단순한”, “미신”이 많은, “가난한” 사회라고 기술하고 있다. 조선의 정신병 비교연구에 대한 예사롭지 않은 구보의 의욕과 업적은 “오래된 기획”으로 그 개인의 단순한 학문적 관심사였기도 했겠지만, 그 말하지 않는 배경에 혹시 식민주의 정신의학의 개념이 자리 잡고 있을 수 있다. 그는 이를 당연하다고 생각하고, 그런 차이를 밝히는 것이 경성제대 의학부 교수로서의 사명으로 생각하였을 가능성도 있다고 본다.

또한 구보³⁴⁾는 Kraepelin이 정신분열병이나 조울병의 많고 적음은 해당 민족의 체형과 관련 있다고 한 바 있다고 하며, 이러한 사실은 경성제대에서 시행한 일본인·조선인의 체형 비교 연구에서도 같은 결과를 보였다고 하면서, 스기하라의 논문⁶⁾을 언급하고 있는바, 이 역시 같은 정치적 배경을 가지고 있는 것 같다. 스기하라³⁷⁾도 조선인에게 비만형의 범죄가 비교적 많은 것은, “교육과 사회가 양호하지 못한 상태”에 있기 때문이라고 생각하였다. 또한 정치범과 체형간의 관련에 대한 연구³⁸⁾에서, 공산당원에 대해 말하고 있는데, 이들

중에 독립운동가들도 포함되어 있었을 것이다. 스기하라가 정치범(공산당원)을 주로 “권유에 의하여 공산당에 가입했던 사람”, “부화뇌동(附和雷同)”, “명예욕을 만족시키기 위하여 가출했던 자”, “이념을 이해하지 못하고 단순한 반항심에서 시종일관 하고 있다고 생각되는 자” 등 정치범들의 진정성을 훼손하는 언급을 하고 있다. 체형과 정신장애를 연관짓는 견해를 정치범에까지 확대 적용하는 것은 크게 식민주의 이데올로기를 반영하는 것이 아닌가 생각된다.

조선에 대한 차별적 관점이 간접적으로 시사되는 또 다른 구보의 언급은 몰핀중독에 대한 연구⁵⁴⁾가 조선으로부터 위험한 몰핀중독이 일본으로 유입되어 사회안전을 위협할 수 있어 필요하다는 가정을 말하고 있다는 것이다(그러나 일본은 나중 methamphetamine을 생산하여 전세계와 한국으로 남용을 유행시킨 바 있다).

이러한 식민주의 인종정신의학 연구는 탈식민주주의 시대가 되는 1950년대 이후 횡문화 정신의학(transcultural psychiatry)으로 발전하는 토대가 되고 있다. 그러나 현대의 횡문화 정신의학은 과거 식민주의 정신 의학을 정당화하기 위함이 아니라, 이를 반성하고 정신질환의 진정한 사회문화적 맥락을 연구하는 것이다.¹⁵⁵⁾ 이러한 새로운 동향은 식민지배의 이데올로기로 인해 형성된 고정관념(stereotype)을 깨고, 의로운리를 포함하고, 문명이나 미개라는 문명발달 계층관에 좌우됨이 없는 본래의 모습을 밝혀 새로운 탄력성(resilience)을 갖도록 고차원적으로 통합하는 시도이다.²⁰⁾

그러한 의미에서 일본 내에서도 과거를 제대로 조망하고자 하는 노력이 미약하나마 한때 있었다. 구로가와¹⁶⁰⁾는 1982년에 동경도립 마츠자와병원에서 과거의 진료기록을 조사하고, 지난 한 세기에 걸친 10개의 사례에서 제일 조선인(한국인)의 정신장애에 대해 연구하였다. 이 연구에는 조선인 정신장애의 주요한 발병원인의 하나로서, 피식민지인으로서 받았던 민족차별을 포함하는 역사적 배경에 대한 반응성 요소가 거론되고 있으며, 당시 일본인 정신과 의사들에서 민족차별에 대한 관점과 지식이 부족하였다는 것을 지적하고 있다. 전후에 잠시 동안 지속되었던, 재일동포가 처해 있었던 이러한 상황은, 식민지 이후(post-colonial) 상황이라고도 지칭된다.

본 연구의 한계점

본 연구의 한계점은, 본 연구가 당시의 상황을 잘 알고 있는 사람과의 면담은 포함되지 않았으며, 문헌만으로 이루어졌다는 점이다. 또한 다른 일본어 학술잡지는 연구대상에 포함되지 않았다는 것도 한계점이다. 저자들이 그런 논문을 찾기 위해 노력하였지만, 국내와 일본내 도서관에서 이들을 찾

기는 어려웠다. 그러나 전체 상황을 파악하기에 전문 학술지에 발표된 114편의 논문은 충분한 숫자라 생각된다. 에세이나 신문기사가 아니기 때문에, 즉 엄격한 학술논문이라는 점에서, 혹시라도 사회정치적 의도가 논문에 시사된다면, 이는 식민주의 정신의학의 신빙성 높은 증거가 될 것이다.

일본정신의학의 유산

가자마즈리¹⁵⁻¹⁷⁾는 경성제대 정신신경과학교실이 한반도의 정신의학 발전에 공헌하였다고 말하고 있다. 그러나 해방 후 조선에 남겨진 그들의 유산을 보면 그렇다고 보기에는 의문이 여지가 많다. 즉, 내선일체가 식민지 정부의 정책이라고 하였고, 거의 40여 년간 일본인 의사들이 한국인 환자들을 진료하고 연구하고, 한국인들을 교육하였고, 그 예로서 명주완을 들고 있지만,^{15,17)} 조선인 명주완도 교실에서 조교수로 승진하지 못하였다. 경성제대 개교 이래 20년 동안 법문학부에서는 단 한 명의 조선인 조교수가 없었으며, 의학부 교원으로는 1928년 조교수로 임용된 윤일선(尹日善)이 일 년간, 고영순(高永珣)이 단 2일간 재임했을 뿐이다.²⁰⁾ 조선인 연구생은 부수보에서 부수, 기껏해야 조수까지 되었다가 곧 교실을 떠났다. 일제말 일본인 의사들이 태평양전쟁에 소집된 후 남은 부수와 조수 자리에 대거 조선인 조수들이 들어왔지만, 전시 상황을 고려하면 제대로 교육이 이루어질 수도 없었을 것이다. 사립기관인 세브란스에서의 정신과 의사 교육도 결국 세브란스에 대한 정치적 압박으로 중단되었다고 볼 수밖에 없다.¹²⁾

1945년 광복이후 일본인 정신과 의사들이 떠났을 때 한국인 2천만 인구를 위한 정신과 의사는 개업하고 있던 명주완과 세브란스의전 출신 5명, 기타 의전 출신 3명, 그리고 제국대학 의국에 남아 있던 7명의 한국인 조수들을 모두 포함하여 약 15여 명의 한국인 정신과 의사가 있었을 뿐이다.¹⁸⁾ 일제 강점기 동안 조선총독부는 정신병원 같은 의료기관을 많이 설립하였는가 하면 그렇지도 않다. 해방 후 한국의 정신병상 수는 경성제국대학 40병상을 포함하여 전국에 100여 병상에 불과하였다.¹⁸⁾

조선인 제자들을 후계자로 키우지 않았기에 제국대학의 그나마 독일계 기술정신의학 및 생물정신의학적 전통과 일본식 학문은 조선에 뿌리내리지 못했다. 단지 임상에서는 신체요법에 대한 선호, 독일식 권위주의적 의사-환자 관계, 그리고 대학의 신경정신과(소위 교실이나 의국으로 불리는데)의 위계적 조직과 운영문화 등 제국대학의 권위주의적 문화가 남아 전해졌다. 그들이 물려준 지속수면요법, 유허발열요법, 인슐린 쇼크 요법, 전기경련 요법 등은 해방 후 한동안 지속되었는데, 대개 6.25전쟁 이후에는 사용되지 않았으나, 전기

경련요법방법은 그대로 계속 전수되었던 것 같다. 그들의 연구(논문)는, 일본에서는 어떤지 몰라도, 한국에서는 그 후 추후 연구로 이어지거나 다른 연구에 인용되거나 하는 경우가 거의 발견되지 않아 연구유산으로 한국인들에게 남겨지지 않았다고 본다. 1945년 이후 1980년대까지 40여 년간 한일 간에 학술교류도 단절되었다. 그 사이 당시의 일본어 논문을 해독할 수 있는 한국 정신의학자도 은퇴하였고, 그 논문들이 다른 논문에 인용되는 경우도 거의 없었다.

한편으로 사회적 유산으로 정신병에 대한 낙인문제가 있다. 경성제국대학 정신신경과학 교실의 연구가 Kraepelin식(우생학적) 내지 독일식 생물학적 정신의학 일변도였던 것, 식민지 정부의 정신질환에 대한 정책, 즉 정신질환자를 위험한 잠재적 범죄인으로 보고 사회로부터 정신병원으로 격리시켜 의학적 치료(약물, 발열, 인슐린 쇼크, 전기경련, 뇌수술 등)를 하도록 한 것, 일간 신문에 등장하는 정신병자의 난폭한 범죄행동과 단종 같은 우생학적 이론에 대한 정신과 의사의 계몽적인 칼럼 등은 “미개한” 조선인들이 가지고 있던 정신질환에 대한 기존의 낙인을 더욱 악화시켰다고 본다.¹⁴⁴⁾

남은 문제

본 연구를 계기로 한국 정신의학사가 더 깊이 연구되었으면 한다. 우선 청산해야 할 것은 일본 식민지 정부의 정책에서 비롯된 낙인문제이다. 이러한 개념은 현재까지 이어지고 있다고 보는데, 이를 해결하기 위해서라도 과거에 대한 자세한 연구가 필요하다.

두 번째로, 일본인 학자들이 남긴 당시의 정신장애나 마약 남용에 대한 기술과 통계자료들을 검토하여 그 정신사회학적 의미를 다시 확인하는 작업이 필요하다. 이를 통해 현재의 상황을 보다 더 잘 이해할 수 있고, 반성함으로 미래 발전을 도모할 수 있을 것이다. 특히 근래에 한국인 학자들이 주로 생물학적 내지 약물학적 연구를 중시하고 사회문화적 연구를 소홀히 하고 있는 것을 볼 때 Kraepelin식 생물학적 견해가 부지불식간에 현재의 한국의 정신의학자들의 생각과 가치관을 지배하고 있지 않나 하는 것이다.

보다 근본적으로 사회문화적 맥락에서, 일제 식민지 경험, 특히, 아직 실체를 제대로 드러내지 못하고 있지만, 일본제국주의가 조선에 심은 식민주의 인종정신의학적 잔재를 청산하는 문제이다. 즉 조선은 미개하였는가, 또는 조선인은 우생학적으로 열등한가, 피식민지 경험(트라우마)을 통해 한국인에게 열등감이 조성되지 않았는가 하는 것이다. 일찍이 몇 선구자들께서 이 점을 지적하여 왔는데, 예를 들면 고 이 동식 교수는 일찍부터 민족노이로제라는 이름으로 일제 피식민지 시대의 상처(trauma)가 치유되지 못해 이후 지속적

으로 한국의 정신문화의 발전을 방해하고 있다고 주장하였다.¹⁶⁾ 그러나 지금까지 이에 대한 한국 정신의학계에 의미있는 노력은 드물었다.

역사 연구를 통한 한국사회의 과거사를 정리하는 노력은 미래 발전을 위해 중요하다고 생각된다.

결 론

일제 강점기 조선총독부의원과 경성제국대학교 의학부 신경정신학과 연구진에 의해 연구되어 일본 정신신경학잡지와 조선의학회잡지에 발표된 원저와 학술대회 초록 등 114편 중, 일차적으로 임상연구 83편을 대상으로 그 연구내용을 분석하였다.

전체적으로 연구경향은, 1880년대 이후 일본의 정신의학 선구자들이 독일 정신의학을 주로 받아들였기 때문에, 독일 정신의학의 기술적 및 생물학적 연구가 주를 이루었고, 역동적 정신의학 연구는 아주 소수였다.

최초의 논문은 1916년 심호섭에 의해 쓰여졌다. 논문 편수에서 주임교수 구보가 발표하거나 지도한 논문이 가장 많았고 다음으로 히카리와 핫토리의 논문이 많았다. 연구주제에서 증상성 정신병과 아편류 중독이 가장 많았고, 다음으로 마비성 치매, 정신병, “정신분열병”(또는 조발성치매), 기타 신경학적 장애, 기면병, 뇌전증, 신경쇠약 등의 순서로 많았다.

현재의 시각에서 보아도 의미있는 연구로는 입원한 한국인과 일본인 정신병 환자의 병명에 따른 빈도의 비교와 정신병 증상의 빈도의 비교, 그리고 조선의 마약류 남용에 대한 것이다.

그들은 일본인에 비해 한국인에서 정신병의 빈도가 낮은 것에 대한 설명으로, 조선의 정신병자들을 병원에 데려가기보다 가족이나 지역사회에서 돌보는 것이 가능하고, 많은 경우 미신에 의존하고 또 가난하기 때문이라 하였다. 또한 조현병에 비해 조울정신병이 적은 것에 대해, 일본에 비해 조선이 문화적 발달이 지연된 것과 관련있다고, 근친간 결혼을 억제하는 전통적 결혼 풍습 때문이라 추론하였다. 진행성 마비가 적은 것은 말라리아 같은 풍토병 때문이라거나, 뇌전증이 많은 것은 위생이 나빠 그렇다는 등의 설명을 하고 있다. 또한 정신병 증상이 불명(不明, 아마도 미분화된)이거나 임상양상이 비전형인 경우가 많다고 하였다.

또한 구보는 조선의 모르핀 중독 연구는 모르핀 중독이라는 위험한 범죄적 현상이 조선으로부터 일본에 유입되는 것을 예방하기 위해 필요하다고 말하고 있다. 조선인 정신장애 환자와 범죄인에 대한 체형연구도 독특하다.

구보는 일본인들이 조선이라는 생소한 문화권에 살면서

적응문제로 정신장애가 발병할 수 있다는 언급은 남기고 있다. 그럼에도 불구하고, 정신장애와 관련하여 식민지배하의 조선인들의 정치적 경제적 어려움이나 정신문화적 상황에 대한 인식이나 언급은 전혀 찾아 볼 수 없었다.

일본 정신의학의 독일식 생물학적 및 기술적 정신의학 연구 일변도의 연구경향과 일본 식민지 정부의 정신병자를 정신병원에 격리한다는 정신보건 정책은 당시 정신장애에 대한 낙인을 악화하였다고 생각된다. 이러한 연구경향과 정책은 식민주의 인종정신학과 관련되는 것 같다.

일본식 정신의학 연구전통은, 이차대전 종식과 일본 식민지 지배의 종식에 따라 일본인 연구자들이 일본으로 귀환함에 따라 단절되었다.

중심 단어 : 정신의학사 · 조선총독부의원 · 경성제국대학병원 · 신경정신의학 · 한국 · 일본식민지배.

Acknowledgments

본 연구는 2013년도 대호 배대균 민족정신의학 연구기금으로 수행하였음.

본 연구의 요지는 2014년 4월 10, 11일 대한신경정신의학회 춘계 학술대회에서 발표되었음.

이 문헌을 완성하는데 있어 자료수집에 도움을 주신 연세의대 유형식 명예교수님께 깊은 감사를 드립니다.

Conflicts of Interest

The authors have no financial conflicts of interest.

REFERENCES

- 1) Rhi BY. [Psychiatric care and its change under the Japanese government in Korea with the special reference to the clinical activities at the Colonial Government Hospital: 'Chosun-Chong-Dok-Bu Ui-Won' (1913-1927)]. Uisihak 1994;3:147-169.
- 2) Rhi BY. Hundred Years' Psychiatry in Korea (1899-1999). Korean J Med Hist 1999;8:157-168.
- 3) Lee NM, Rhi BY. The Introduction of the Western Psychiatry into Korea (1): from the mid seventeenth century to 1911, the time of Japanese forced annexation of Korea. Korean J Med Hist 1999;8: 233-268.
- 4) Chung WY. History of modern western psychiatry in Korea. From early 1920s to 1945 [dissertation]. Seoul: Seoul National University;1997.
- 5) Chung W, Lee NM, Rhi BY. The Introduction of Western Psychiatry into Korea (II) Psychiatric Education in Korea during the Forced Japanese Annexation of Korea (1910-1945). Korean J Med Hist 2006;15:157-187.
- 6) Kee CD. Kyongsong Imperial University Medical College. Korean J Med Hist 1992;1:64-82.
- 7) Lee MY. A History of Christian Medical Work in Korea. Seoul: Accanet;2003.
- 8) Yeo IS. The Establishment of SUMC (Severance Union Medical College) Psychiatry Department and the Formation of Humanistic Tradition. Korean J Med Hist 2008;17:57-74.
- 9) The department of psychiatry, Yonsei University College of Medicine. The foundation of the Department of Psychiatry, Severance Union Medical School. Seoul: The department of psychiatry, Yonsei University College of Medicine;2006.

- 10) Min SK. Professor Charles I. McLaren, MD (1) : His Life and Medical Philosophy. J Korean Neuropsychiatr Assoc 2011;50:172-186.
- 11) Min SK. Professor McLaren (2). His Theories of Psychiatry. J Korean Neuropsychiatr Assoc 2012;51:25-35.
- 12) Min SK. Faith and life achievement of Professor McLaren. Seoul: Yonsei University Press;2013.
- 13) 岡田靖雄. 日本精神科医療史. 東京: 医学書院;2002.
- 14) 岡田靖雄. 戦争と日本の精神医学. 東京: 日本精神神経学会百年史;2003. p.629-630.
- 15) 風祭元. 太平洋戦争 終結以前の朝鮮半島の精神医学. 精神医学史研究 2010;14:105-115.
- 16) 風祭元. 近代精神医学史研究. 東京: 中央公論事業出版;2012.
- 17) 風祭元. 朝鮮半島の精神医学を築いた3人の医学者. -水津信治・久保喜代二・明柱完-. 日本医事新報 2012;4624:86-89.
- 18) Korean Neuropsychiatric Association. One hyndred years' history of psychiatry in Korea. Seoul: Korean Neuropsychiatric Association; 2009.
- 19) The department of psychiatry, Seoul National University College of Medicine. History of the department of psychiatry, Seoul National University College of Medicine. Seoul: The department of psychiatry, Seoul National University College of Medicine;2008.
- 20) Bhugra D, Littlewood R. Colonialism and Psychiatry. New Delhi: Oxford University Press;2001.
- 21) Kim OJ. Physical Anthropology Studies at Keijo Imperial University Medical School. Korean J Med Hist 2008;17:191-203.
- 22) 沈浩燮. 脳脊髄液内ニ於ケル あみらーゼニ 就テ (原著). 神経學雜誌 1916;15:496-504.
- 23) 水津信治. 朝鮮ノ精神病患者ニ關スル設備及ビ精神病学教授狀況 (雜録). 神経學雜誌 1918;17:108-109.
- 24) 水津信治. べらぐら精神病ニ就テ (日本精神神経学会総会演説要旨). 神経學雜誌 1923;23:55-58.
- 25) 久保喜代二. 久保喜代二: 吳博士の嘗て講述せられたる強迫觀念症の一例に就いての其後の觀察. 神経學雜誌 1926;26:314-326.
- 26) 久保喜代二. ぞむにふえん持續麻酔ニ就テ (原著). 神経學雜誌 1927;27:444-448.
- 27) 杉原滿次郎. 感應性精神病ノ知見補遺 (原著). 神経學雜誌 1929;30:248-272.
- 28) 杉原滿次郎. 體型ト精神トノ關係ニ就テノ知見補遺. 第一回報告 (原著). 神経學雜誌 1930;31:457-498.
- 29) 杉原滿次郎. 受刑者ノ體型學的觀察 (第一報) (日本精神神経学会総会演説要旨). 神経學雜誌 1930;31:662-663.
- 30) 光信幸. 「なるこれぶしい」(narcolepsy)ノ分類ニ關スル一考察 (日本精神神経学会総会演説要旨). 神経學雜誌 1930;31:745-746.
- 31) 久保喜代二. 睡眠中樞ト睡眠解離狀態ニ就テ (日本精神神経学会総会演説要旨). 神経學雜誌 1930;31:746.
- 32) 久保喜代二, 光信幸. ジェリノー氏なるこれぶしい (narcolepsy)ニ就テ (原著). 神経學雜誌 1930;32:89-119.
- 33) 安鐘一. 腸ちふす後コルサコフ氏症候群ヲ呈セル一例ニ就テノ精神病理學的並ニ組織病理學的考察 (原著). 神経學雜誌 1930;32:161-192.
- 34) 久保喜代二, 服部六郎. 朝鮮ニ於ケル精神病ニ關スル研究 (其ノ一) -躁鬱病・麻痺性癡呆・癲癇ノ罹病率統計ニヨル比較精神病理學的考察- (原著). 神経學雜誌 1931;32:534-554.
- 35) 服部六郎. 各種精神病患者ニ於ケルちふす菌凝集素產生ニ就キテ (日本精神神経学会総会演説要旨). 神経學雜誌 1931;33:207-208.
- 36) 久保喜代二, 光信幸. 慢性酒精中毒者ノ研究 (原著). 神経學雜誌 1931;33:237-285.
- 37) 杉原滿次郎. 體型ト精神トノ關係ニ就テノ知見補遺. 第二回報告. 受刑者ニ於ケル體型ト情性ニ就テノ觀察 (原著). 神経學雜誌 1932;34:255-294.
- 38) 杉原滿次郎. 體型ト精神トノ關係ニ就テノ知見補遺. 第三回報告. 犯罪ト體型並ニ情性トノ關係 (原著). 神経學雜誌 1932;34:423-465.
- 39) 光信幸, 服部六郎. 精神乖離性酒精中毒症ニ發シタル譫妄狀態ノ臨床的並ニ病理組織學的考察 (原著). 神経學雜誌 1932;34:465-502.
- 40) 服部六郎, 久保喜代二. 流行性腦炎後遺症ニ對スル高量アトロピン(atrophine)療法治驗 (日本精神神経学会総会演説要旨). 神経學雜誌 1932;34:537.
- 41) 光信幸. 所謂非定形進行麻痺ニ關スル疑義 (上) (原著). 神経學雜誌 1933;35:609-651.
- 42) 光信幸. 所謂非定形進行麻痺ニ關スル疑義 (中) (原著). 神経學雜誌 1933;35:692-728.
- 43) 光信幸. 所謂非定形進行麻痺ニ關スル疑義 (下) (原著). 神経學雜誌 1933;36:68-110.
- 44) 光信幸. 清水精一. 朝鮮ニ於ケルもろひね習慣症ニ關スル統計的觀察 (日本精神神経学会総会演説要旨). 神経學雜誌 1933;36:172-175.
- 45) 久保喜代二, 服部六郎. 朝鮮人ノ分離症ニ就テ (日本精神神経学会総会演説要旨). 神経學雜誌 1933;36:190-192.
- 46) 今澄重雄. 脊髄腔内カゼオの一注入ノ腦脊髄液所見ニ及ボス影響 (日本精神神経学会総会演説要旨). 神経學雜誌 1933;36:201-203.
- 47) 今澄重雄, 服部六郎. 麻痺性癡呆ト微毒性大動脈炎 (原著). 神経學雜誌 1933;36:250-255.
- 48) 今澄重雄, 服部六郎. まらりあ血液保存法並ニ接種まらりあ原蟲像ニ就テ (原著). 神経學雜誌 1933;36:255-265.
- 49) 服部六郎, 今澄重雄. 硫黃療法ノ成績ニ就テ (日本精神神経学会総会演説要旨). 神経學雜誌 1934;37:363-365.
- 50) 久保喜代二, 服部六郎. 精神分離症ニ於ケル硫黃發熱療法 (日本精神神経学会総会演説要旨). 精神神經學雜誌 1935;38:602-604.
- 51) 久保喜代二, 明柱完. ワルテンベルグ氏現象ノ診斷學的價值ニ就テ (日本精神神経学会総会演説要旨). 精神神經學雜誌 1935;38:616-617.
- 52) 久保喜代二, 伊東高麗夫. 真正なるこれぶしい知見補遺 (日本精神神経学会総会演説要旨). 精神神經學雜誌 1935;38:625-626.
- 53) 久保喜代二, 服部六郎. 精神分離症ニ對スルいんしゅりん=しょく療法 (日本精神神経学会総会演説要旨). 精神神經學雜誌 1936;40:608-610.
- 54) 久保喜代二. もろひね中毒 (宿題報告論文). 精神神經學雜誌 1936;40:661-697.
- 55) 宮本松若. Deckert氏尿中微量もろひね檢出法ノ追試 (日本精神神経学会総会演説要旨). 精神神經學雜誌 1937;41:428.
- 56) 久保喜代二. 精神分離症におけるSakel式インシュリンショック療法の經驗 (日本精神神経学会総会演説要旨). 精神神經學雜誌 1937;41:452-453.
- 57) 久保喜代二. 精神分離症ニ於ケルいんしゅりん-しょく療法ノ成績ニ就イテ (原著). 精神神經學雜誌 1937;41:553-557.
- 58) 久保喜代二. 精神分裂病は不治性疾患なりや (日本精神神経学会総会演説要旨). 精神神經學雜誌 1939;43:442-443.
- 59) 服部六郎. インシュリンショック療法の遷延性昏睡に就いて (日本精神神経学会総会演説要旨) (学会抄録). 精神神經學雜誌 1939;43:448.
- 60) 川口清人, 伊東高麗夫. 精神分裂病患者血清の Maus 麻酔に及ぼす影響 (日本精神神経学会総会演説要旨). 精神神經學雜誌 1941;45:365-366.
- 61) 久保喜代二. 半島人の神經衰弱症に就いて (東京精神神経医学会演説要旨). 精神神經學雜誌 1942;46:67.
- 62) 伊東高麗夫, 名越繁夫. 挿間膜腫症 (Kleist) について (原著). 精神神經學雜誌 1942;46:195-203.
- 63) 豊川晴景. 1例の少年期精神病に就いて (日本精神神経学会総会演説要旨). 精神神經學雜誌 1942;46:386-387.
- 64) 邊道雄. 朝鮮に於ける精神病 (日本精神神経学会総会演説要旨). 精神神經學雜誌 1943;47:747-748.
- 65) 伊東高麗夫, 明柱完. 痙攣現象に對する腦下垂體間腦系統の意義 (日本精神神経学会総会演説要旨). 精神神經學雜誌 1943;47:767.

- 66) 沈浩燮. 朝鮮人 頭 盧項ノ 統計的 觀察 (第一報告) (第四回 朝鮮醫學會 總會 講演要旨). 朝鮮醫學會雜誌 1915;(第13號): 早号 (第四回 朝鮮醫學會 總會 講演要旨). p.62-66.
- 67) 水津信治. 真正 癲癇ノ 治療ニ 就テ (第11回 京城支會 例會 講演要旨). 朝鮮醫學會雜誌 1916;(第14號):64-66.
- 68) 沈浩燮. 腦脊髓液 内ニ「アミラゼ」ニ 就テ. 朝鮮醫學會雜誌 1916;(제16호):第5回 朝鮮醫學會 總會 會員講演. p.62-74.
- 69) 水津信治. 真正 癲癇ノ 一異型ニ 就テ. 朝鮮醫學會雜誌 1916;第16號 第5回 朝鮮醫學會總會 (講演要旨):128-130.
- 70) 沈浩燮. 精神病者ニ 應用セル 催眠劑ト 血壓トノ 關係 (초록). 朝鮮醫學會雜誌 1917;(第17號):51-54.
- 71) 水津信治. 虎列刺 屍ニ 於ケル 中樞神經系ノ 變化 (神經學會 雜誌. 雜報) (抄録). 朝鮮醫學會雜誌 1917;(第17號):55-56.
- 72) 水津信治. 氣管支 喘息ニ 於ケル 下垂體 越幾斯ノ 作用 及 喘息ノ 學說ニ 就テ (抄録). 朝鮮醫學會雜誌 1917;(第17號):56-58.
- 73) 水津信治. 「ゴールドソール」反應ニ 就テ (抄録. 京城醫師集談會). 朝鮮醫學會雜誌 1917;(第17號):80.
- 74) 水津信治. 左側 半身 不隨意. 癲癇樣 痙攣發作 及 精神障礙ヲ 伴ヘル 肺二口蟲病ノ 腦 轉移症ノ 一例 (抄録. 京城醫師集談會). 朝鮮醫學會雜誌 1917;(第17號):81-82.
- 75) 沈浩燮. 精神病者ニ 應用セル 催眠劑ト 血壓トノ 關係. 朝鮮醫學會雜誌 1917;(第17號):(第六回 朝鮮醫學會 總會 講演要旨) (本護臨床實驗 例欄ニ 掲載セリ) 10-11.
- 76) 水津信治. 腦 及 脊髓ニ 於ケル「スピロヘ-テ, オベルマエリ-」ノ 分佈ニ 就テ. 朝鮮醫學會雜誌 1917;(第17號):早号 第6回 朝鮮醫學會 總會誌 講演抄録. p.53-54.
- 77) 沈浩燮. 既往 五個年ニ於ケル 精神病者 脚氣 合併症ニ 關スル 統計的 觀察ニ 就テ. 朝鮮醫學會雜誌 1917;(第19號):早号 第7回 朝鮮醫學會 總會 講演 抄録. p.78-85.
- 78) 水津信治. 「コレラ」病 續發セル「コルサコフ」症狀群ニ 就テ. 第24回 京城支會 講演. 朝鮮醫學會雜誌 1921;(第30, 31號):204.
- 79) 水津信治. 強拍概念症ト デュボア氏 說得療法. (第27回 京城支會 講演). 朝鮮醫學會雜誌 1921;第32號:89.
- 80) 原振緒. 朝鮮人 精神病者ノ 妄覺ニ 關スル 統計的 觀察 (第10回 朝鮮醫學會 總會 講演 要旨). 朝鮮醫學會雜誌 1921;(第35號):47-60.
- 81) 北村庸人. 精神病者群ニケル 植物性 神經機能的 檢查ニ 就テ. 朝鮮醫學會雜誌 1921;(第 35號)(第10回 朝鮮醫學會 總會誌):89.
- 82) 北村庸人. 精神病群ニ 於ケル 植物神經系統ノ 藥効學的 技能檢查ニ 就テ (豫報). 朝鮮醫學會雜誌 1921;(第36號):52-65.
- 83) 水津信治, 北村庸人, 原振緒. 朝鮮人 體の 實驗的「ヴァタミン」B 欠乏症. 朝鮮醫學會雜誌 1924;第47-52號:79-83.
- 84) 久保喜代二. 「ゾムニフエン」持續麻醉ニ 就テノ 經驗 (第14回 朝鮮醫學會 總會 講演要旨). 朝鮮醫學會雜誌 1926;(第69號):93-95.
- 85) 久保喜代二. 神經衰弱症ノ 病理, 分類 並ニ 療法ニ就テ (第15回 朝鮮醫學會 總會 宿題 報告). 朝鮮醫學會雜誌 1927;(第82號):66-77.
- 86) 杉原滿次郎. 低溫度ニ 於テ 蛙(虫圭)摘出 骨格筋 疲勞曲線ニ 對スル 藥物ノ 影響(第一報告) (原著). 朝鮮醫學會雜誌 1927;(第83號):43-55.
- 87) 安鍾一. 腸「チフス」後 コルサコフ氏 症候群ヲ 呈セル 一 剖檢例 (第16回 朝鮮醫學會 總會 講演要旨) 朝鮮醫學會雜誌 1928;(第94號):121-123.
- 88) 腹部六郎, 杉原滿次郎. ハンチントン氏 舞蹈病 一 剖檢 例 (第16回 朝鮮醫學會 總會 講演要旨). 朝鮮醫學會雜誌 1928;(第94號):128-129.
- 89) 久保喜代二. 外傷性 神經症ニ就テ (朝鮮醫學會 京城支會). 朝鮮醫學會雜誌 1929;19:137.
- 90) 杉原滿次郎. 精神病者 並 神經衰弱者ノ 體型的 觀察 (第17回 朝鮮醫學會 總會 講演要旨). 朝鮮醫學會雜誌 1929;11(第106號):202.
- 91) 安鍾一. 「ヒステリー」ノ精神分析 例 (第17回 朝鮮醫學會 總會 講演要旨). 朝鮮醫學會雜誌 1929;11(第106號):202.
- 92) 李奎鍾. 精神疾患者ノ 血漿内 蛋白質 分布ニ 就テ (第17回 朝鮮醫學會 總會 講演要旨). 朝鮮醫學會雜誌 1929;11(第106號):203.
- 93) 杉原滿次郎. ハンチントン氏 舞蹈病ノ 知見補遺. 朝鮮醫學會雜誌 1930;20(3)(第110號):46-73.
- 94) 光信幸. 性的 不感症ヲ 主訴トセル「ヒステリー」ノ 一分析治驗 例. 朝鮮醫學會雜誌 1930;20(10)(第117號):167-177.
- 95) 久保喜代二. 精神分析學ノ 創始者 フロイド氏ニ 就テ. 朝鮮醫學會雜誌 1930;20(10)(第117號):178-182.
- 96) 光信幸. 流行性 腦炎 及 ビ 基ノ 後續症期ニ 於ケル 眼症狀ニ 就テ (原著). 朝鮮醫學會雜誌 1930;20(11)(第118號):150-177.
- 97) 腹部六郎. 精神病者ニ 於ケル「チフス」菌 凝集素 產生ニ 於テ (第18回 朝鮮醫學會 總會 講演要旨). 朝鮮醫學會雜誌 1930;20(11)(第118號):215.
- 98) 安鍾一. Verschamte Manieノ 一例ニ 就テ (第18回 朝鮮醫學會 總會 講演要旨). 朝鮮醫學會雜誌 1930;20(11)(第118號):215.
- 99) 朴鍾榮, 光信幸. 中酒性 精神病ノ 一剖檢例 (第18回 朝鮮醫學會 總會 講演要旨). 朝鮮醫學會雜誌 1930;20(11)(第118號):216.
- 100) 杉原滿次郎. 受刑者ノ 體型學的 觀察 (第18回 朝鮮醫學會 總會 講演要旨). 朝鮮醫學會雜誌 1930;20(11)(第118號):216.
- 101) 久保喜代二. 酒精 癲癇ニ 就テ (第18回 朝鮮醫學會 總會 講演要旨). 朝鮮醫學會雜誌 1930;20(11)(第118號):216-217.
- 102) 信幸. 大腦皮質 催眠劑 及 ビ腦幹 催眠劑ノ 血液「カタラーゼ」ニ 及 ボス影響ニ 就イテ (第18回 朝鮮醫學會 總會 講演要旨). 朝鮮醫學會雜誌 1930;20(11)(第118號):224.
- 103) 光信幸. 大腦皮質 催眠劑 及 ビ腦幹 催眠劑ノ 血液「カタラーゼ」ニ 及 ボス影響ニ 就イテ (原著). 朝鮮醫學會雜誌 1931;21:1-13.
- 104) 久保喜代二, 安鍾一. 阿片中毒ニヨル 假性球 麻痺ノ 一治驗例ニ 就テ (原著). 朝鮮醫學會雜誌 1931;21:133-144.
- 105) 杉原滿次郎. 朝鮮ニ 於ケル 受刑者ニ 就テ 一般的 考察 (原著). 朝鮮醫學會雜誌 1931;21:90-108.
- 106) 光信幸. 吾教室ニ 於ケル 顔面神經麻痺ノ 統計的 觀察 (第19回 朝鮮醫學會 總會 講演要旨). 朝鮮醫學會雜誌 1931;21:125.
- 107) 明柱完. 「サリチール」酸ノ 運命 (第19回 朝鮮醫學會 總會 講演要旨). 朝鮮醫學會雜誌 1931;21:156.
- 108) 光信幸. 顔面神經麻痺ニ 就テ. 吾教室ニ 於ケル 統計 並 ビニソノ 臨床 及 治療 (原著). 朝鮮醫學會雜誌 1931;21:106-132.
- 109) 今澄重雄. 麻痺性 癡呆ニ 於ケル 硫黃療法ニ 就イテ (朝鮮醫學會 京城支會 講演抄録). 朝鮮醫學會雜誌 1932;22:107-108.
- 110) 腹部六郎. 麻痺性 癡呆ノ「マラリヤ」療法 (宿題報告). 朝鮮醫學會雜誌 1932;22:58-78.
- 111) 光信幸. 痙攣性 捻頸 torticollis spasmodique 三例ニ 就テ (朝鮮醫學會 京城支會 講演 抄録). 朝鮮醫學會雜誌 1932;22:108-111.
- 112) 久保喜代二. 流行性 腦炎 後續症ニ 對スル 高量「アトロピン」療法 (朝鮮醫學會 京城支會 講演抄録). 朝鮮醫學會雜誌 1932;22:111.
- 113) 安鍾一. 實驗的 麻藥 中毒ニヨル 中樞神經系統ノ 變化ニ 就テ (第20回 朝鮮醫學會 總會 講演要旨). 朝鮮醫學會雜誌 1932;22:81.
- 114) 光信幸. 朝鮮ニ 於ル 麻藥類 習慣症ノ 現狀ニ 就テ 第22回 朝鮮醫學會 總會 (第一回 鮮滿 聯合醫學會) (講演要旨). 朝鮮醫學會雜誌 1934;24:100.
- 115) 今澄重雄. 興奮ト 轉性ト 麻痺 (其一). 神經纖維ノ 興奮傳導速度 筋攣縮ノ 重疊ヲ起ス 刺激 最小間程トノ 不併行ニ 就テ (原著). 朝鮮醫學會雜誌 1935;25:88-100.
- 116) 今澄重雄. 興奮ト 轉性ト 麻痺 (其二). 侵害方法ノ 特異性ニ 就テ (特). 朝鮮醫學會雜誌 1935;25:101-110.
- 117) 今澄重雄. 神經纖維ニ 於テ 平流電氣作用時ニ 感應電氣 刺激ヲ 上向式 或ハ 下向式ニ 與ヘタル 場合ノ 閾閾刺激強度ニ 就テ (原著). 朝鮮醫學會雜誌 1935;25:111-115.
- 118) 伊東高麗夫. 松葉腺ノ 實驗的 研究. 第一報. 抗生殖腺作用 (抄録) (第二回 鮮滿聯合醫學會 講演要旨). 朝鮮醫學會雜誌 1936;26:93.
- 119) 安鍾一. 麻藥 中毒 動物 中樞神經系統ノ 組織病理學的 比較研究 (特). 朝鮮醫學會雜誌 1937;27:148-237.
- 120) 明柱完. 朝鮮ニ 於ケル 慢性「デラウジッド」中毒 (原著). 朝鮮醫學會雜誌 1937;27:37-48.
- 121) 明柱完. 松尾三郎. 慢性「モルヒネ」中毒ニ 於ル 血糖ノ 消長ニ 就テ (原著). 朝鮮醫學會雜誌 1937;27:49-57.
- 122) 明柱完. 肢端 知覺 異常症 Akroparathesie (原著). 朝鮮醫學會雜誌 1937;27:202-217.

- 123) 伊東高麗夫. 松果腺ノ實驗的 研究 (第三報). 鹽類ニ 因ル 發熱 其他 二三 事項トノ 關係 (第25回 朝鮮醫學會 總會 講演要旨). 朝鮮醫學會雜誌 1937;27:282-283.
- 124) 伊東高麗夫. 健康家免血清ノ 麻醉 抑制性質ノ 本態ニ 關スル 研究 (第3回 鮮滿聯合醫學會 講演要旨). 朝鮮醫學會雜誌 1938; 28:139.
- 125) 伊東高麗夫. 健康家免血清ノ 抗麻醉性 物質ニ 關スル 研究 (特抄). 朝鮮醫學會雜誌 1939;29:209-233.
- 126) 伊東高麗夫. 重症 貧血ニ 因ル 痙攣性 脊髓麻痺ニ 併發セル 精神 障礙 (石疑) ニ 就テ. 朝鮮醫學會雜誌 1939;29:234-240.
- 127) 伊東高麗夫. 松果腺ノ 機能ニ 關因スル 實驗的 研究. 第二編. 所謂 鹽類熱トノ 關係 (原著). 鮮醫學會雜誌 1940;30:22-38.
- 128) 伊東高麗夫. 松果腺ノ 機能ニ 關因スル 實驗的 研究. 第三編. 松果腺ノ 麻醉 及 ビ痙攣 ニ 對 スル 意義 ニ 就テ (原著). 鮮醫學會 雜誌 1940;30:56-74.
- 129) 明柱完, 伊東高麗夫, 松尾三郎. 「モルヒネ」中毒ニ 於ケル 腦脊髓 液 (原著). 鮮醫學會雜誌 1940;30:17-24.
- 130) 久保喜代二, 光信幸. 朝鮮ニ 於ケル 麻藥中毒ニ 於關スル 研究. 第 I編. 朝鮮ノ 麻藥中 毒 流行ノ 沿革トソノ 對策史 (其ノ一) (原著). 朝鮮醫學會雜誌 1940;30:1-13.
- 131) 久保喜代二, 光信幸. 朝鮮ニ 於ケル 麻藥中毒ニ 於關スル 研究. 第 I編. 朝鮮ノ 麻藥中 毒 流行ノ 沿革トソノ 對策史 (其ノ二) (原著). 朝鮮醫學會雜誌 1940;30:118-124.
- 132) 久保喜代二, 光信幸. 朝鮮ニ 於ケル 麻藥中毒ニ 於關スル 研究. 第 II編. 朝鮮ニ 於ケル 麻藥中 毒ニ 於 關スル 統計的 觀察 (其ノ一) (原著). 朝鮮醫學會雜誌 1940;30:23-38.
- 133) 久保喜代二, 光信幸. 朝鮮ニ 於ケル 麻藥中毒ニ 於關スル 研究. 第 II編. 朝鮮ニ 於ケル 麻藥中 毒ニ 於 關スル 統計的 觀察 (其ノ二) (原著). 朝鮮醫學會雜誌 1940;30:1-14.
- 134) 伊東高麗夫, 鈴木正郎. 癲癇病患者 血清ノ 抗麻醉性 能ニ 就テ (第四回 鮮滿聯合醫學會 講演要旨). 朝鮮醫學會雜誌 1940;30:70-71.
- 135) 川口清人. 電氣痙攣 療法ノ 治療成績 (第四回 鮮滿聯合醫學會 講演要旨). 朝鮮醫學會雜誌 1940;30:71-73.
- 136) 水津信治. 動脈硬化症の 療法 (抄録). 朝鮮醫學會雜誌 1913;第4号:95.
- 137) 水津信治. 不染色ノ 儘ニテ腦脊髓漿液中ニ於ケル 細胞ノ 検査法 (抄録). 朝鮮醫學會雜誌 1913;第4号:96-97.
- 138) 水津信治. 「ルミナル」ノ 臨牀的 注意ニ就テ (抄録). 朝鮮醫學會 雜誌 1913;第4号:97-98.
- 139) 岩館 敏晴, 牛島 定信, 大野 裕, 岡上 和雄, 金 吉晴, 堺 俊明, et al. Schizophrenia の 訳語の 歴史. 精神神經學雜誌 1996;98:239-244.
- 140) 腹部六郎. 朝鮮人ノ 精神病ニ 關スル 研究 (第1回 報告). 滿洲醫 學雜誌 1930;12:950-953.
- 141) 加藤敏, 神庭重信, 中谷陽二, 武田雅俊, 鹿島晴雄, 狩野力八郎, et al. (編集). 現代精神 医学事典. 東京: 弘文堂;2011.
- 142) 久保喜代二. 「ヒステリー」治療機轉ニ就テ. 精神學雜誌 1924;제 24권:244-248.
- 143) Kretschmer E. Korberbau und character. Berlin: Springer-verlag; 1955. 相場 均 (翻訳) エルンスト・クレッチメル. 体格と 性格 - 體質의 問題および 氣質의 學說によせる 研究. 東京: 文光堂;1960.
- 144) 高崎宗司. 植民地朝鮮の 日本人. 東京: 岩波書店;2002.
- 145) Lee BH. Modern approach to treating mental patients in colonial Chosun. Korean J Med Hist 2013;22:529-578.
- 146) 岡不二太郎, 和田豊治. アイヌ種族の 性格調査 所見 (日本精神神經學會總會演說要旨). 精神神經學雜誌 1943;47:748.
- 147) 牧野武郭文泰, 陳煜鉉. 滿洲旗人 (滿洲族) の 精神醫學的 調査 (日本精神神經學會總會演說要旨). 精神神經學雜誌 1943;47:749.
- 148) 奥村二吉, 伊藤正雄, 奥村集. 臺灣に於ける邦人移民村の精神醫學的研究 (日本精神神經學會總會 演說要旨). 精神神經學雜誌 1943;47:748-749.
- 149) Yoon HD, Hur S, Lee YK, et al. Reading again the modern. Seoul: Yeoksa Bipyeong-sa;2006. p.51-57.
- 150) McLaren CI. An hypothesis concerning the relationship between the body and the mind. Seoul: Research Department Severance Union Medical College;1928.
- 151) McCulloch J. Colonial Psychiatry and the African Mind. Cambridge: Cambridge University Press;1995. p.1-8.
- 152) 佐藤武雄, 國房二三, 野村捷一, 萩森壽. 朝鮮人の 血液型に 就て (第一報). 社會醫學雜誌 1931;539:1-2.
- 153) Kraepelin E. Vergleichende psychiatrie. Zbl Nervenheilk 1904;27: 433-437.
- 154) Roelcke V. Biologizing social facts: an early 20th century debate on Kraepelin's concepts of culture, neurasthenia, and degeneration. Cult Med Psychiatry 1997;21:383-403.
- 155) Kirmayer LJ. Cultural psychiatry in historical perspective. In: Bhugra D, Bhui K, editors. Textbook of Cultural Psychiatry. Cambridge, UK: Cambridge University Press;2007. p.3-19.
- 156) Engstrom EJ. 'On the question of degeneration' by Emil Kraepelin (1908). Hist Psychiatry 2007;18(71 Pt 3):389-404.
- 157) Hoff P. Kraepelin and degeneration theory. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 2008;258 Suppl 2:12-17.
- 158) 吳修三. 比較精神病学. Vergleichende Psychiatrie. Centralblatt fuer Nervenheilkunde und Psychiatrie 1904, Juli. 精神學雜誌 1904;(第3號):311-318.
- 159) 岡田靖雄. 戦争と 日本の 精神医学. 東京: 日本精神神経学会百年史;2003.
- 160) 黒川洋治. 在日朝鮮・韓国人と日本の精神医療. 東京: 批評社;2006.
- 161) Rhee DS. The present men and stress. Seoul: Hangansu;2012.