

REVIEW ARTICLE

J Korean
Neuropsychiatr Assoc
2016;55(3):143-157
Print ISSN 1015-4817
Online ISSN 2289-0963
www.jknpa.org

일제시대 조선총독부의원과 경성제대 정신의학자들의 정신과 치료에 관한 연구

효자병원 정신건강의학과,¹ 연세대학교 의과대학 정신건강의학교실²

민 성 길¹ · 이 창 호²

Research on Psychiatric Treatment by Psychiatrists of Chosun-Governor Hospital and Keijo Imperial University Hospital in Korea during Japanese Colonial Rule

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

¹Department of Neuropsychiatry, Hyoja Hospital, Youngin, Korea

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

This review describes the types of psychiatric treatment studied during the Japanese colonial period of 1910–1945 in Korea, known at the time as Chosun. Twenty-nine research papers and abstracts on psychiatric treatment were reviewed, which were published in the Shinkeigaku-zasshi (Neurologia), the Seishin-shinkei-gaku zasshi (Psychiatria Et Neurologia Japonica) and the Journal of Chosun Medical Association, by faculty members of the department of neuropsychiatry, Chosun-Governor Hospital and Keijo (Seoul) Imperial University School of Medicine. The major research area was biological psychiatry and biological treatment, as Japanese pioneers in psychiatry at that time had introduced German psychiatry into Japan. Professor Kubo published the most papers, followed by Dr. Hattori, Dr. Hikari, and Professor Suits. In Chosun-Governor Hospital, research on prolonged sleep therapy was an active field. In the Imperial University Hospital, malarial fever therapy, sulphur-induced fever therapy, and insulin shock treatment were the most frequent research topics. Some were tried for the first time in the Japanese Empire, which reflected the pioneering position of the university. These achievements are attributed to Professor Kubo. Six papers on psychotherapy were published. Among them, two papers were on persuasion therapy, three papers were case reports of psychoanalytic therapy, and one paper on Freud. However, this psychoanalytic therapy research seemed to be limited trials conducted following literal guidance, and no further development was noted. Generally, research was characterized by simple design, small numbers of subjects, lack of objective evaluation method, lack of statistical treatment, and especially lack of ethical consideration comparing with today's standard.

J Korean Neuropsychiatr Assoc 2016;55(3):143-157

KEY WORDS Korea · Medical history · Japanese colonial rule · Psychiatry · Treatment · Research.

Received January 4, 2016
Revised June 9, 2016
Accepted June 11, 2016

Address for correspondence

Sung Kil Min, MD, PhD
Department of Neuropsychiatry,
Hyoja Hospital, 1-30 Jungbu-daero
874beon-gil, Giheung-gu,
Yongin 17089, Korea
Tel +82-31-288-0600
Fax +82-31-288-0539
E-mail skmin518@yuhs.ac

서 론

한국에는 일제 강점기 한국의 정신의학에 대한 연구들¹⁻¹⁴⁾이 다소 있지만, 일본에서는 연구된 바가 많지 않고, 내용도 단순하고 피상적으로 보인다.^{15,16)} 일본에서의 연구들은 일제 강점기 동안 경성제국대학이 조선의 정신의학을 발전시켰고 인재를 키웠다고 하지만,¹⁵⁾ 사실은 다소 다르다.¹⁴⁾ 한편 세브란스연합의학전문학교의 McLaren 교수는 조선인 후계자를 키워 교수로 임명되게 하였고, 치료에 있어서도 그 자신이 시행하였던 기독교적인 역동적 영성 정신치료에 대하여 많은 자세한 기록을 남기고 있다.¹¹⁻¹³⁾ 또한 당시 조선에서 행해지

던 정신과 치료에 관련하여서는 몇몇 자료^{1-4,9,10,12,14)}에서 약물치료, 정신치료, 경련요법, 발열요법 등 치료법의 명칭만 현재 한국인 정신과 의사들에게 전해지고 있을 뿐, 그에 대한 구체적 정보가 거의 없다.

저자들은 일제강점기(1910~1945) 동안의 정신의학 역사에 대한 일련의 연구를 계획하고, 일차로 조선총독부의원과 경성제국대학 정신신경학교실에서 일하던 일본인 및 조선인 교수들과 교실원들이 연구하고 발표한 연구 논문 중, 기초 및 임상 연구 논문(치료 부분 제외)에 대한 분석을 발표한 바 있다.¹⁴⁾ 이에 이어, 저자들은 같은 기간, 같은 조선총독부의원과 경성제국대학의 정신과 의사들이 발표한 정신과 치료

에 대한 논문을 조사하여 보고하고자 한다. 이로써 부분적으로나마 역사적으로 당시 조선에서 행해지던 정신과 치료가 어떠한 것이었는지, 그리고 그로부터 어떤 교훈을 얻을 수 있는지, 알 수 있을 것으로 기대한다.

방 법

본 연구는 문헌 연구이다. 연구대상 문헌들은 1910년부터 1927년까지 18년간 조선총독부의원(및 부설 경성의학전문학교) 정신신경과 의사들과, 그리고 1928년부터 1945년까지 18년간 경성제국대학 의학부(이후 경성제대로 부름)의 정신신경과의 교수들과 조교수, 강사 등 교실원들이 발표한 문헌들이다. 여기에는 원저, 숙제보고, 그리고 학술대회에서 발표한 구연 초록 등이 포함되어 있다. 이들은 일본의 정신신경의학회가 발간한 학술지「신경학잡지(神經學雜誌)」(이후「정신신경학잡지(精神神經學雜誌)」로 개칭, 이하 정신신경학잡지) 또는 식민지 조선의 조선의학회가 발간한「조선의학회잡지(朝鮮醫學會雜誌)」등에 출판되었다. 그 문헌들 중에서 약물 치료, 기타 생물학적 치료, 그리고 정신치료 등 치료에 관련된 논문 15편(원저 11편, 숙제보고 4편) 및 초록 14편 등 모두

29편을 택하여 분석하였다. 한 문헌이 약물치료와 정신치료 두 가지를 모두 언급하고 있어 치료방법에 대한 자료는 모두 30개가 되었다.

결 과

연구경향의 개관

표 1에서 보는 바와 같이 경성제대에서 나온 논문 수가 22편으로, 활동기간이 더 긴 총독부의원(경성의전)에서 나온 논문 7편보다 훨씬 더 많았다. 발열요법과 인슐린 쇼크요법 등 당시의 주요 치료법에 대한 논문은 거의 모두 경성제대 정신신경과에서 나왔고, 일본 정신신경학잡지에 실렸다.

치료방법의 종류는 표 1에서 보는 바와 같다. 말라리아 발열요법에 대한 논문이 5편으로 가장 많았고, 모두 원저였으며, 5편 중 4편이 일본 정신신경학잡지에 실렸다. 다음 인슐린 쇼크요법이 4편으로 많았는데, 전부 일본 정신신경학잡지에 실렸다. 다음으로는 유행발열요법에 대한 초록이 3편으로 많았는데, 그중 2편이 일본 정신신경학잡지에 실렸다. 반면 정신치료에 관한 논문은 6편으로 적지 않았으나, 그중 대부분(5편)이 조선 의학회잡지에 실렸다.

Table 1. Number of papers by treatment methods

Methods	Japanese Journal				Korean Journal				Total	
	Governor Hospital		Imp. Univ. Hospital		Governor Hospital		Imp. Univ. Hospital		Total	
	Orig. paper	Abstract	Orig. paper	Abstract	Orig. paper	Abstract	Orig. paper	Abstract	Orig. paper	Abstract
Biological Tx										
Bromine prep					1	1			1	1
Vitamin B					1				1	
Cont. sleep Tx	1					1			1	1
Malarial fever Tx			4				1		5	
Sulfur fever Tx				2				1		3
Insulin shock Tx			1	3					1	3
Elect. shock Tx								1		1
Atrophin Tx				1				1		2
Opium tinct Tx				1						1
Erstin injection							1		1	
Elect. stimulation							1		1	
Abstinence Tx for addiction			1						1	
Subtotal	1		6	7	2	2	3	3	12	12
Psychotherapy										
Persuasion Tx						1	1		1	1
Psychoanalysis	1						2	1	3	1
Subtotal	1					1	3	1	4	2
Total	2		6	7	2	3	6	4	16	14
			15				15		30	

Tx : Treatment, prep : Preparation, Orig. : Original, Imp. Univ. : Keijo Imperial University, Cont. : Continuous, Elect. : Electrical

Table 2. Number of papers by author

Author	Japanese Journal		Korean Journal		Total	
	Paper (co-auth)	Abst (co-auth)	Paper (co-auth)	Abst (co-auth)	Paper (co-auth)	Abst (co-auth)
Governor Hospital						
Suits (水津)			1	2	1	2
Hara (原)			(1)		(1)	
Kitamura (北村)			(1)		(1)	
Kubo (久保)	2		1	1	3	1
Imp. Univ. Hospital						
Kubo (久保)	2	4 (1)	1	1	3	5 (1)
Hattori (服部)		3 (3)	1	(1)	1	3 (4)
Ito (伊東)		(1)	1		1	(1)
Hikari (光)	3		2		5	
Imazumi (今澄)	1	(1)		1	1	1 (1)
Kawaguchi (川口)				1		1
Ahn (安)				1		1
Total	8	7 (6)	7 (2)	7 (1)	15 (2)	14 (7)

Abst : Abstract, co-auth : Co-author, Imp. Univ. : Keijo Imperial University

저자별 논문 수는 표 2에서 보는 바와 같다. 총독부의원(경성의진)과 경성제대 교수직을 겸했던 구보가 논문 13편(공저 1편 포함)으로 가장 많은 논문을 발표하였고, 다음으로는 핫토리가 8편(공저 4편 포함), 히카리가 5편(모두 원저), 스이즈가 3편으로 많았다. 대개 저자는 한 명이었다. 논문은 모두 일본어로 출판되었다.

약물치료

취소제

스이즈¹⁷⁾가 1916년 당시로서는 최신 이론에 근거하여 뇌전증(간질)에 대해 취소제(臭素劑, bromine제제)와 저염 식이를 병용하는 요법을 소개하고 있다.

구보¹⁸⁾는 1927년 신경쇠약증에 대한 한 종설에서, 당시 약물치료로서 취소제가 많이 사용되고 있다고 하였다. 구보는 외국 문헌을 인용하면서 취소제는 신경쇠약증에서 긴장감에 동반되는 불쾌감을 호전시킴으로 효과를 본다고 하였다. 당시 일반적인 취소제 투여 용법은 하루 4~6 g을 1주 연속 투여하는 것이다. 효과가 없으면 단연 중지한다. 구보는 남용이 문제가 될 수 있으므로, 취소제를 1주에 한 차례 사용하는 것은 좋으나 막연히 장기간 사용하는 것은 의미가 없으며, 오히려 유해할 수도 있다 하였다. 그는, Bielings 또는 Weichbrodt 등의 취소의 배설에 대한 연구를 인용하면서, 효과가 있더라도 같은 용량을 계속 투여하는 것은 유해할 수 있어, 점차 용량을 줄여야 한다고 하였다. 1주간 투여하고 1주간 중지하는 간헐적 투여도 좋은 방법이라 하였다. 장기간 남용

으로 중독 상태가 초래되면 정신이 멍해지고, 이해력이 감퇴되고, 기억장애가 생기고, 감정 지둔 등 신경쇠약증 증세와 유사한 상태가 발생하는데, 이때 취소제를 중지하면 이런 부작용이 줄어든다고 하였다. 취소제로 일시 신경쇠약 증상이 줄어들더라도 약물투여를 중지하면 증상이 금방 재발할 수 있다고도 하였다. 당시 흔히 사용되던 취소제에는 브롬칼시움 주사제, 스페르마틴, 네브로스탄 등이 있다고 하였다. 구보는 이런 약물들 각각은 약간의 효과는 있으나, 암시작용 때문일 수도 있다고 하면서, 일시적 암시작용에 의한 효과는 취소제 남용보다는 ‘죄가 적다’고 하였다.

비타민 B 투여

스이즈¹⁹⁾는 1924년 정신병동에 입원하고 있던 조선인 정신병 환자 5명을 대상으로 비타민 B 결핍 식이를 62일간 줌으로 각기병과 같은 신체증상을 나타냈다고 보고하고 있다. 또 별도의 실험을 통해 다른 4명의 조선인 정신병 환자들이 108일간 정해진 식사와 오리나민을 투여받음으로 각기병 신체증상들이 호전하였다고 하였다. 그는 이러한 실험으로 비타민 B 결핍증 때 각기병이 병발할 수 있음을 알 수 있다 하였다.

지속마취요법

구보는 총독부의원에 재직하는 동안 1926년, 솜니펜(somnifen) 지속마취(수면)를 경험하고 조선의학회 잡지에 초록²⁰⁾으로, 그리고 일본 정신신경학지에 원저²¹⁾로 발표하였다. 구보는 10명의 환자[조발성 치매(현재의 조현병) 7명, 조병(manía) 1명, 마비광(癡癡狂, general paralysis of the insane

또는 paralytic dementia) 1명, 초로기(初老期) 우울증 1명 : 남성 4명, 여성 6명, 나이 13~50세, 일본인 혹은 조선인이라는 출신에 관한 기술은 없음을 대상으로, 창시자 Kläsi가 제시한 방법을 약간 변형하여 지속마취요법을 시행했다. 즉 원래 Kläsi의 방법은 최초 스코폴라민(scopolamine) 0.001 mg, morphine 0.01 mg을 주사하고 약 반시간 후에 솜니펜 4.0 cc를 근육주사하고 그 후 2.0 cc를 1일 2회 혹은 그 이상을 사용해 적어도 1주일간 마취를 지속하는 것이었다. 그러나 구보는 Kläsi의 방법보다도 투여량을 다소 줄이고 수면기간을 4일로 한정하는 등 신중하게 시행하였다. 마취를 시작할 당시 먼저 스코폴라민 0.0005~0.001 mg을 피하주사하고 30분 내지 1시간 후, Kläsi가 권장한 모르핀 주사과정은 생략하고, 솜니펜 2.0 cc를 근육주사한다. 이후 환자 수면 상태에 따라 1일 2회 1.0~4.0 cc를 연속 4일간 주사하여 지속수면을 유지하였다. 수면 동안 영양섭취와 대소변을 관리하여 주었다. 결과는 우수하여 구보는 이 방법을 새로운 치료법으로 생각할 만 하였다고 하였다. 구보가 개선한 방법에 의하면 사망의 위험도 낮고 마취로부터 각성한 후에 불쾌감도 적다고 하였다. 구보는 조발성 치매의 급성증상에 대해서는 그 유효성을 인정하였으나, 만성증상에서는 효과가 부족하였다고 말하고 있다. 단 조심할 요소로서 솜니펜의 축적작용과 습관성, 노폐 또는 실금, 불쾌감의 우려 등 부작용을 말하고 있다. 다른 종류의 정신장애에 대한 지속마취요법의 효과에 대해서는 환자 수가 적어 결론을 내리지 못한다고 하였다.

황산아트로핀 요법

핫토리와 구보²²⁾는 1932년 유행성 뇌염후유증으로 나타난 근강장증(筋強剛症, muscle rigidity)에 대해 스코폴라민 요법에 문제가 있다고 보고, 대신 1929년 안나 크레망(クレマン)이 소개한 다량의 황산아트로핀 요법을 시행하였다. 그 결과, 6예 중 5예에서 종래 앓았던 작업능력이 호전함을 보았다. 또한 저자들은 아트로핀 투여에 의해 결신경련(欠神痙攣, absence epilepsy), 사지염전경련(四肢捻轉痙攣, limbs twisting spasm) 등이 소실되었고, 수면장애, 불안, 자발성 결여, 성격이상 등이 개선되는 효과를 확인하여, 다른 방법에 비하여 우위성을 나타내었다고 하였다. 구보와 핫토리²³⁾는 같은 내용을 조선의학회잡지에도 발표하였다.

아편정식 요법

아편정식 요법(阿片定式療法)은 우울증의 한 치료법으로, 일본에서 1935년까지 사용된 바 있는데, 이는 아편팅크제(opium tincture)를 소량에서 점차 증량하는 요법이다.²⁴⁾ 구보²⁵⁾는 아편팅크제를 2명의 나르콜렙시 환자에 대해 사용하

고, 탈력발작에 효과가 있었다고 보고하고 있다.

에르스틴 주사

이토²⁶⁾는 1939년 빈혈에 의한 중추신경계 장애를 동반한 정신장애 1예(남자, 29세)에 대해 문헌고찰과 더불어 에르스틴(erstin) 주사에 대해 보고하였다. 당시, 악성빈혈은 소위 증상정신병을 유발하는 신체질환으로 주목받고 있었는데, 이에 대해 Bonhoeffer는 외인성 내지 반응형 학설로 설명하고 있었다. 한편 에르스틴은 1930년대 사용된, 단백질의 리포이드와 지방을 함유하고 있는 주사제로, 적혈구를 분해하여 골수 조혈 기능을 자극하여 적혈구와 혈소판을 증가시킨다고 하여, 감기 등에 사용되고 있었다. 이토는 간장제제와 더불어 비특이적 자극요법으로 에르스틴을 주사한지 2개월 후 적혈구 수, 혈색소, 색소계수, 백혈구 수 등이 개선되면서 환자의 정신상태도 호전하였다고 하였다.

말라리아 발열요법

핫토리는 경성제국대학으로 오기 전 이미 큐슈대학에서 말라리아 발열요법에 대해 연구하고 있었다. 그런 배경으로 인해, 핫토리는 경성제국대학에 부임한 후, 1932년 조선의학회잡지에 마비성 치매에 대한 발열요법에 대한 숙제보고²⁷⁾를 발표하였다. 그 논문에서 핫토리는 우선 발열요법의 역사적 배경을 고찰하였는데, 즉 히포크라테스와 갈렌 등 고대 그리스의학에서부터 근대 Pinel 등에 이르기까지 열병이 정신병을 치료한다는 사실이 알려져 있었고, Friedrich Nasse (1772~1851)가 티부스병에 걸린 정신병자 21명 중 10예에서 정신병이 완치되었다고 보고한 바 있으며, Alexander Rosenblum (1864~1875)이 22명의 정신병자 중 재귀열에 걸린 11명에서 정신병이 치유되었다고 보고한 바 있고, 이에 근거하여, 1887년 Julius Wagner-Jauregg (1857~1940)는 열병이 정신병에 치료효과를 나타낸다는 연구를 발표하였다고 하였다. Wagner-Jauregg는 실제로 정신병 환자에게 발열을 유도하기 위해, 1889년 단독(丹毒, erisipela)균(*Streptococcus pyogenes*) 접종, 1890년 튜버쿨린 등 여러 백신 접종 등을 시도해 보다가, 1917년 3일열 말라리아균 접종을 시도하게 되었다는 것이다. 핫토리는 말라리아 요법의 적응증[단순 매독, 척수로(脊髄癆, tabes dorsalis), 마비성 치매 등], 그리고 발열기 상태, 치료에 필요한 발열 횟수(回數) 등에 대해 상세하게 기술하였다. 또한 말라리아 요법으로 호전되는 증상, 관해율, 말라리아 발열요법 사용에서의 주의와 금기 등을 논하였다. 이 요법의 신체적 부작용으로 핫토리는 빈혈, 체중 감소, 심한 피로, 황달, 간비대, 단백뇨, 설사, 그리고 드물게 나타나는 위장출혈, 경련발작, 담마진 등이 있고, 정신의학

적 부작용으로 말라리아를 앓을 때 나타나는 정신증상인 피로감, 섬망, amentia, 긴장증, 망각(환각), 편집증 등이 나타날 수 있다고 하였다. 핫토리는 자신의 경험에 의하면, 부작용으로 조병과 우울병 상태도 나타난다고 하였다. 또한 요법 후에 급격하게 나타나는 치매 현상[감정 둔마 상태, 불관(不關, indifference) 상태, 경도 혼미 상태 등]도 관찰된다고 하며, 이는 Kraepelin이 기술한 '전염병후 급성 치매'와 유사하다고 하였다. 사망하는 경우는 말라리아 이환이 직접적 사인인 경우가 230예 중 36예(16.1%)였다. 기타 사망 관련 임상 상태는 심장쇠약(11명), 일반 쇠약(6명), 악액질(2명), 진창(癰瘡, bed sore)(2명), 마비성 발작(9명), 폐렴(7명), 일반 수종(5명), 장출혈(2명), 기타 급성 위장 카타르, 흑수열, 자살, 거식증, 인후암, 장티부스 등이 각 1명씩이었고, 미상이 6명이었다. 논문에는 말라리아 접종방법, 혈액보존법, 말라리아 원충 채취법, 접종 후의 혈액상태 등에 대한 자세한 기술이 이어졌다. 기타 발열요법과 순환기 병변과의 관계, 잠복기, 말라리아 요법 후 상태에 대한 특수 치료 방법, 면역, 재감염 등도 기술되었다. 특히 흥미 있는 바는 조선에서 말라리아가 지방 풍토병으로 존재하기 때문에 마비성 치매 환자가 일본에서 보다 적다는 견해이다. 외국에서도 말라리아가 창궐하는 지역에서는 마비성치매가 적는데, 이는 이미 사람들이 말라리아에 면역되어 있기 때문으로 추측된다고 하였다. 따라서 조선인에게는 말라리아 발열요법 대신 유행발열요법이 좋은 결과를 나타낸다고 하였다. 말라리아 요법의 작용기전에 대해서는 다수의 가설이 있다 하며, 고열이 매독균을 사멸시킨다는 가설부터, 전신적으로 조직을 능동화하여 회복을 촉진한다는 가설, 즉 말라리아균이 소위 치료적 염증을 야기한다는 가설, 저하된 뇌의 방어기제가 말라리아균으로 항진된다는 가설, 세포반응이 매독균 증식에 불리하게 변한다는 가설, 고열과 오한이 부교감신경계를 자극하여 백혈구, 임파구 등이 증가하여 병변을 후퇴시킨다는 가설 등을 소개하고 있다. 그러면서 말라리아 요법과 다른 발열요법 간의 공통작용기전에 대해 생각해야 한다고 말하고 있다.

1933년 히카리²⁸⁻³⁰⁾는 집중적으로 말라리아 발열요법에 대한 자신의 연구 논문을 발표하고 있다. 종합하면 진행마비의 유형에 따라 말라리아 발열요법 효과가 차이가 있다는 것인 바, 분열성 비정형적 병형(病型)을 나타낸 13건에서는 완전 관해가 7.7%인데 반하여, 37건의 정형 예에서는 43.2%로, 치료성적에 유의한 차이가 인정된다고 하였다. 또한 말라리아 발열요법을 진행하는 도중 또는 그 이후에 의식장애를 주된 증상으로 하는 급성 정신병 상태가 나타날 수 있는데, 이는 외인성 반응형(外因性 反應型)으로 일과성으로 오며, 예후는 양호하다고 말하고 있다. 그러나 진행성 마비에 의한 기질적

손상이 심해지면 위독한 반응이 나타나고 오랜 시간 지속되는 경과를 보이며, 조현병(정신분열병) 증상으로 이행하기도 한다고 하였다. 히카리는 그럼에도 불구하고, 진행성 마비에 발열요법은 여전히 효과가 있다는 것이 인정된다고 하였다.

같은 해 이마즈미와 핫토리³¹⁾는 진행성 마비에 대한 말라리아 발열요법시, 매독성 대동맥 염증이라는 합병증에 의해 환자가 사망할 수 있어 주의가 필요하다고 하였다.

유행발열요법

이마즈미³²⁾는 1932년 구보 교수의 지도를 받아, 진행성 마비 환자에 유행발열요법(疏黃發熱療法)을 시행하고 그 결과를 보고하였다. 치료제를 만드는 방법은 다음과 같다: 유행 3.0% 농도의 올리브유 혼탁액을 만들고 이를 2시간 동안 섭씨 80도로 가열하고 식힌 후 결정체는 걸어낸 후 남은 용액을 보존하면서 사용한다. 8 cm짜리 주사기로 둔부 근육에 주사하되 골막에 닿을 정도로 깊이 주사한다(근육 내에 주사하면 통증이 심해진다). 용량은 처음 1~2 cc, 그 후 3일간 매일 0.5~1 cc 증량하며 10회 정도 주사한다. 주사한지 10시간 후에 열이 나기 시작한다. 따라서 전날 밤 늦게 주사하면 다음 날 낮에 열이 나기 시작하여 밤까지 지속된다. 처음에는 체온이 섭씨 40도까지 올라간다. 이마즈미는 7예의 마비성 치매 환자에 이를 시행하여 전원에서 정신증상 전반에 경쾌(輕快)를 가져왔고, 뇌척수액 소견도 개선되었으며, 세포수도 감소하였다고 하며 실제적으로 우수한 가치가 있다고 하였다.

핫토리와 이마즈미³³⁾는 1934년 3년간 진행성 마비에 대한 유행발열요법을 실시한 바 그 치료성적을 보고하였다. 관해율은 63.9%나 되어, 말라리아 발열요법에 비해 손색없는 치료성적이었다. 그러나 치료환자의 16.5%가 사망하였는데, 전체 사망원인 중 약 절반에서 발열요법 자체가 사망원인이었다. 부작용으로 주사 부위의 통증, 장시간의 발열에 의한 불면과 피곤함, 심한 설사와 배뇨 곤란, 마비성 발작 등이 관찰되었다. 이러한 증후군은 유행의 중독 작용에 의한 것이라고 판단되었다.

구보와 핫토리³⁴⁾는 조현병(정신분열병)에 유행발열요법을 실시하여 경쾌율(輕快率)을 높였다고 보고하고 있다. 특히 흥분한 환자의 경우 주사 후 신속히 진정상태로 이행함으로써 심한 피로를 모면하는 것을 관찰하였다 한다. 이 요법은 특히 긴장병형에서 효과가 있었다. 예후가 좋지 않았던 경우는 주사시의 고통을 나타내지 않고 실내에 틀어 박혀 지내는 환자의 경우였다고 한다.

인슐린 쇼크요법

구보³⁵⁾는 1937년 자신의 논문에서, 비엔나의대의 Sakel이

1933년 처음으로 인슐린 쇼크요법을 공개하였는데, 자신이 비엔나 유학 중 1935년 7월에 Sakel의 한 동료인 Sakel의 연구책자를 자신에게 주면서 치료효과를 확인해 볼 것을 권유하였다고 한다. 구보는 귀국 후 같은 해 9월부터 경성제대에서 그 치료법을 시도하였다. 그는 1936년까지 조현병(정신분열병) 환자 21명, 정신신경증 환자 5명에 대하여 인슐린 쇼크요법을 시행하고, 치료 경과, 증상의 관해(寬解), 예후 등 그 결과를 학회에서 구연^{36,37)}하였고, 1937년 논문으로도 발표하였다.³⁵⁾ 대상은 남자 13명(일본인 4명, 조선인 9명), 여자 12명(일본인 9명, 조선인 3명)이었다. 치료 결과 dementia paranoias 진단군, katatone 진단군, paranoid-katatone 진단군 등이 hebephrenie 진단군에 비교해서 치료효과가 더 좋았다고 하였다. 발병기간이 반년 이내였던 경우에는 83%에서 호전하였고, 반년 이상 1년 미만의 경우는 66%에서 호전하였고, 1년 이상의 경우는 47.3%에서 호전하여 발병기간이 길수록 호전율이 낮았다. 그중 2명이 사망하였다. 그러나 이 성적은 지속수면요법이나 유행발열요법에 비하여 현저하게 더 좋은 성적이었다. 즉 구보는, 이전의 유행발열요법에 의한 증상 호전율은 60건 가운데 30%였던 반면, 인슐린 쇼크는 56%로 약 2배의 효과가 확인된다고 하며, 이러한 결과들은 Sakel 등의 치료성과를 일치한다고 하였다. 그는 이처럼 치료성적은 뚜렷하였지만, 2건의 사망 사례가 있어 그 위험에 대한 경계도 촉구하였다.

그 이후 핫토리³⁸⁾는 인슐린 쇼크요법 중, 천천히 진행되는 혼수상태에 빠졌던 천연성 혼수(遷延性昏睡, delayed coma) 6건의 사례를 보고하면서, 양호한 예후를 보인 사례와 더불어 2건의 사망 사례를 확인하였다. 사망 원인은 인슐린의 과량사용, 호흡장애가 있더라도 각성을 우려하여 설탕 투여를 하지 않았던 것, 또는 치료에 대한 과신 때문이라고 고찰하고 있다.

전기치료

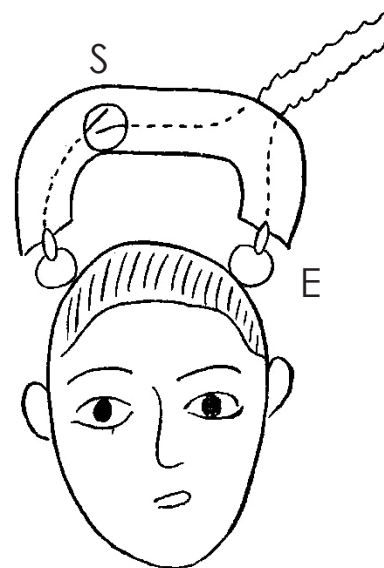
전기경련요법

가와구치³⁹⁾는 당시 정신과 치료에 있어, 인슐린 쇼크요법, Meduna의 cardiazol 경련요법, 조현병의 정신요법 등에 대한 문헌을 review하고, Cerletti와 Bini가 1936년 5월에 조현병에서 전기경련요법을 시작하여, cardiazol 경련요법에서와 같은 효과를 보았다고 소개하였다. 그리고 일본에서도 구주대학 정신신경과 무카사(向笠)와 야스코우치(安河内), 두 사람이 1939년 8월에 전기경련 요법 실시방법을 발표하였는데, 1940년대에 이르러 그 실시방법이 간편하고 치료성적이 우수하여 이 요법이 정신병 치료계를 석권하고 있다고 하였다.

경성제대 정신신경과교실도 일본에 전기경련요법이 도입된 즉시 1939년 9월 이래 정신분열병에 대해 본 요법을 실시하여 결과가 심히 양호하다 하여 이를 학회에 발표하였다.³⁹⁾ 실시방법은 그림 1에서 보는 바와 같이 양측 대뇌 운동영역에 전도자를 고정 설치하고 1~5초간 교류 전기를 통전시켜, 전형적인 전간발작을 야기하는 것이다. 소요전류는 90~100 V, 100~200 mA, 통전시간은 1~5초간이다. 치료횟수는 주 2회가 원칙이며, 증상이 완전히 소실되고 병식이 회복될 때까지 이 방법을 반복한다. 연구대상은 모두 62명으로, 경련횟수 4~60회(평균 15회), 치료기간 최단 2주에서 최장 30주, 평균 7주간이었다. 치료성적은 62명 중 완전관해 23명, 불완전관해 13명, 경쾌 13명, 불치 13명이었다(관해율 58%). 발병기간이 반년 이내인 경우 35명 중 관해율이 83%, 발병기간이 반년 이상 1년 이내인 18명 중 관해율은 22%(4명), 발병기간이 그 이상인 19명 중 관해율은 15%(3명)로, 발병기간이 길수록 관해율이 낮았다. 유형에 따라 긴장형에서 관해율이 가장 높았고(25명 중 20명, 80%), 다음 망상형(13명 중 9명, 69%), 그리고 단일 파괴형(24명 중 7명, 29%) 순이었다. 또한 발열요법으로 치료가 어려웠던 마비성 치매 환자 6명에서도 전기경련요법 7~21회로서 환각과 망상 증상이 완전 소실된 경우가 1예, 거의 완전히 소실된 경우가 4예, 경쾌된 경우가 1예 관찰되었다고 한다.

조울병의 조병 3명과 울병 2명도 전기경련요법 7~22회에 의해 현저한 관해를 보였다. 특히 울병에서 확실히 효과가 있

第 1 圖



E ; 刺戟電導子 S : 開閉器

Fig. 1. Method of electroshock treatment (shown in the paper³⁹⁾. E : Electrodes, S : Switch.

었다고 하였다. 주정 환각병의 경우 2명에서 2회의 전기경련으로 급속하게 망상과 환각이 소실되었다. 환각과 망상이 주 증상인 심인성 정신병, 증상성 정신병 등 5예에서도 4~5회의 전기경련요법은 현저한 호전을 나타냈다고 한다.

이로써 연구자들은 결론적으로 이 전기경련요법은 환각과 망상을 주로 보이는 증상군에 대해 극히 탁월한 효과가 인정된다고 하였다. 그리고 이러한 성적은 이전의 연구자들의 결과와 유사하다고 하였다.

안면마비에 대한 전기치료

히카리⁴⁰⁾는 1927~1931년 사이에 전기치료를 시행하였던 안면신경마비 환자 78예에 대해 보고하였다. 이 논문에서 저자들은 그 전기치료방법에 대한 자세한 기술과 더불어, 그 효과(완전 회복 37.8%, 경쾌 24.3%, 효과 미상 25.7%, 치료 중단 5.4%, 치료 중 6.8%), 주의사항, 그리고 그 치료기전(열작용, iontophoresis, 양극간 이온 이동, 전기자극 작용 등) 등에 대해 기술하고 있다.

정신치료

설득요법

스이즈⁴¹⁾는 강박장애에 대한 듀보아(Paul Charles Dubois, 1848~1918)의 설득요법(persuasion therapy)을 소개하고 있는데, 제목만 제시되어 있어, 그 내용을 알 수 없다.

정신분석 치료

일찍이 구보는 정신분석 치료에 관심을 가졌기 때문인지 훗카이도 대학에 적을 두고 있을 때부터 독자적으로 정신분석에 대해 공부하고 있었으며, 조선에 오기 전 이미 1923년 히스테리의 치유기전에 대한 논문을 신경학 잡지에 발표하기도 하였다.⁴²⁾ 또한, 구레(呉)가 마츠자와병원에서 한 강박관념증 환자에 대해 임상 강의한 내용이 1925년 신경학잡지에 발표된 바 있는데, 구보가 마츠자와병원에 있을 때 그 환자를 계속 정신분석으로 치료하였다고 한다. 구보는 그 치료 결과를 1926년 경성의전에 근무하는 동안 논문으로 발표하였다.⁴³⁾ 이는 13페이지에 걸친 장문의 논문으로 구보는 환자의 증상, 가정생활, 성생활 등에 대해 기술하고, 꿈 분석과 자유연상 등 정신분석적 요법으로 치료하였다고 한다. 그 결과 6년간의 고질이 완치되었다고 하며, 그 과정을 Charcot의 이론, Freud의 이론, Adler의 이론, Dubois의 설득요법, 모리타의 신경질에 대한 요법, 암시요법 등과 관련하여 고찰하고 있다. 구보는 히스테리의 치유기전에 있어, 결국 Freud, Ferenczi, Rank 등의 정신분석 이론, 리비도 이론, 전이 이론에 따

라 히스테리가 치유될 수 있다는 데 동의하고 있다.

또한 구보는 질병의 치료를 위해서는 질병 자체에 대한 연구로는 부족하기 때문에, 병을 가진 '사람'에 대한 연구로 보완되어야 한다고 하였으며, 이러한 방침은 의학교육에도 반영되어야 한다고 하였다. 그는 끝으로 E. Bleuler 또는 E. Kretschmer 등이 제시한 의학적 심리학에도 공감을 표시하였다.

안종일⁴⁴⁾은 여러 히스테리 환자들에 대해 정신분석을 시도하였다고 하며, 그중의 한 증례를 1929년 제17회 조선의학회에서 구연하였다. 이때 그는 구보의 지도를 받은 듯하다. 그는 리비도의 발달이 원만하지 못해 히스테리 증후군이 구성된다고 주장하였으며, 그 리비도의 발육 불완전함은 선천적 성격이상과 후천적 인습과 교육의 결함에 기인한다고 하며, 결국 리비도의 발달을 정상적 궤도로 이끌어 환자가 굳게 가지고 있던 소아적 성적 원망을 포기하게 하면 해당 증상이 용해, 소실된다고 하였다.

히카리⁴⁵⁾도 1930년 구보의 지도를 받으며 성적불감증을 주소로 하는 히스테리 환자를 정신분석으로 치료한 증례를 보고하고 있다. 요약하면 다음과 같다 : 환자는 22세의 교양 있는 일본인 여성이었다. 1년 전 결혼하였으나 부부관계에서 성감을 경험하지 못했고, 성행위에 대한 혐오감과 성기에 대한 불쾌감을 가지고 있었다. 취침 전 외음부에 일종의 비정상적인 불쾌감과 뇨의빈작감(尿意頻作感, urinary urgency)도 느꼈다. 월경불순, 복부팽만과 긴장감과 통증 등도 있어 산부인과 외래로 갔으나 경한 자궁발육부전과 냉(白帶下) 이외에는 별다른 소견이 발견되지 않아 정신신경과로 의뢰되었다. 환자는 선글라스를 끼고 화장을 하지 않아 전체적으로 남성적으로 보였다. 그러나 불결하지는 않았고, 좋은 옷을 단정하게 입고 있었다. 면담에 대해 적극적으로 협조하였으나, 감정 표현은 자제하는 편이었다. 신체를 노출하는 검사에 수치심 보임이 없이 잘 응했다. 신경학적 증후는 없었다. 과거력에 비뇨생식기 장애는 없었다. 그러나 가족력에서 자라난 가정환경이 엄격하였다. 9세경 친하게 지내던 오빠가 환자의 성기에 손가락을 집어넣는 행동 때문에, 그리고 오빠의 발기한 성기를 본 것에 놀란 적이 있다 한다. 여학교 시절 성에 대해서는 무지한 편이었고, 초경시에 놀란 적이 있고, 월경에 대해 혐오감이 있었고, 월경통이 심했다. 수음 경험은 부인했다. 환자는 결혼 이후 부부 간 성생활에 대해 싫어하고 성관계에서 불편감과 통증을 느꼈다. 점차 부부 간 갈등이 심화되었고, 근자에는 별거나 이혼에 대해 고민하고 있었다. 히카리는 이러한 문제가 넓은 의미에서 정신적 문제로 인한다는 것을 고려하여 Freud의 방법을 사용하기로 하였다. 구보 교수의 지도를 받아가며 프로이트식 꿈의 해석, 자유연상

등 정신분석 세션을 20회 넘게 시행하였다. 자유연상 기법으로, 질문에 대해 환자가 관계없이 보이더라도 생각나는 대로 숨김없이 진술하도록 하였다. 그는 Freud에 의하면 꿈은 신경증을 이해하는 데 반드시 필요하다고 하기 때문에, 꿈에 대한 감상을 듣고, 사실 여부에 대해 질문하였다. 다음은 정신치료의 대화록 일부이다.

9월 25일 : 꿈. “산중을 걷고 있을 때, 맞은 편에서 두 쌍의 커플이 왔다. 남자 얼굴은 모르겠고, 여자 중 하나는 미혼인 내 친구였고, 다른 한 여자는 나와는 사이가 좋지 않은 친구로 최근 결혼한 여자이다. 어두워져서 그 두 쌍의 커플은 모두 거기서 잠을 자게 되었다. 남녀가 같이 있으면 곤란할 것이라 생각했다.”

질문 : “두 쌍의 커플이 나타난 것에 대해 어떤 생각을 하였는가?”

답 : “나의 신혼여행 중에 옆방에 누군가 숙박하고 있었다는 생각이 난다.”

질문 : “그들이 거기서 관계한다고 생각했나?”

답 : “조금 전에 나는 남편에게 그런 행위를 하는 것은 우리들만이라 말했더니, 남편이 그렇게까지 말한다면 그 방에 가지 보지 그래 하면서 나를 혼냈다. 나는 옆방 사람들이 그런 짓을 안 할 것이라 생각했다.”

질문 : “그렇다면 곤란해질 이유가 없지 않는가?”

답 : ...

환자는 치료 초기에는 말을 잘 하지 않았는데, 히카리는 그러한 치료 초기의 완강한 저항을 콤플렉스로 해석하였다. 그러나 나중에는 스스로 말을 잘 하면서 증상이 호전하였다. 분석치료를 받은 지 3주 후 취침 전 국부불쾌감이 소실되었고, 5, 6주 이후에는 불감증도 줄어들었고, 매일 정기적으로 찾아오던 복통발작도 줄어들었다. 예민한 정신상태도 개선되고, 일상생활도 안정되었다. 고찰에서 히카리는, 이 증례는 Freud가 히스테리에 대해 설명한 바에 적절한 예라고 하면서, 그러한 증상이 유년시절의 경험 때문으로 보는 프로이트 이론이 이해된다고 하였다. 저자는 환자의 근본문제, 죄악 감정(Schuldgefuehl, guilty feeling)이 강하여 그 심적 갈등과 금지명령으로 환자가 자신의 행동을 스스로 강제하여 증상이 나타났다고 보았다. 히카리는 이 현상을 어릴 때의 경험, 오이디푸스 콤플렉스, 근친상간 콤플렉스(incest complex), 억제(Verdraengung, repression), 거세공포, 여성기능(월경, 임신, 분만 등)에 관련된 콤플렉스, 전환(Konversion, conversion), 전이(Uebertragung, transference), 의사환자 관계 등의 이론과 용어로 설명하고 있다. 특히 전환증상의 출현에

대해 Freud가 설명한 바에 따라 비교적 자세히 토론하였다. 저자는 환자의 복통발작을 분만공상(分娩空想, Geburtsphantasie, pseudocyesis)으로 해석하였다. 그는 치유효과에 대해서는 암시나 설득에 의해서가 아니라, 환자가 스스로 이러한 콤플렉스를 진술하면서 증상이 호전하였다고 설명하고 있다. 그래서 히카리는 정신분석을 작게는 1시간, 길게는 2, 3시간 환자와 이야기하는 ‘talking cure’라고 하였다. 그는 정신분석 치료를 Babinsky가 말한 암시와 강제, 듀보아의 논리적 설득, 정통 정신병학자들이 말하는 암시 등과 비교하면서, 정신분석은 암시하거나 강제하는 것은 아니라고 말하고 있다. 히카리는 마지막으로 이 증례에서 약하지만 전이현상이 있었다고 하면서, 전이현상을 간과하지 말아야 된다고 말하고 있다. 그는 전이를 의사에 대한 환자의 리비도의 전이라고 하면서, 그렇기 때문에 치료자는 치료에서의 자신의 중요한 역할을 인식해야 한다고 하였다. 즉 ‘의사는 환자의 호소를 듣기만 하지 말아야 하며, 자신의 치료계획을 잊지 않아야 한다’는 것이다. 전이현상의 예로서 환자는 의사에 대해 기이한 반응을 보인다는 것을 말하고 있다. 즉 분석치료 초기, 즉 분석의 1단계에서 환자는 치료에 대해 복종하기도 하나 의사를 믿지 않기도 하고, 욕하고 도망가기도 하지만, 또한 환자는 양가적인 의미에서 의사를 신뢰하고, 그래서 의사를 바꾸는 것을 싫어하기도 한다고 하였다. 이 시기를 지나면 환자는 예외 없이 의사를 신뢰한다는 것이다. 이때 다수가 의사를 이상적으로 또는 애인으로 보기도 한다는 것인데, 이때는 남성 환자도 남자 의사에 대해 그런다는 것이다. 제2단계는 분석자가 분석의 부산물로 고통을 받는 것인데, 의사는 이 고통을 인내하고 적절히 통제해야 한다고 하였다. 제3단계에서 환자는 자신의 태도를 바꾸게 되고, 의사를 애인에서 친구로 바꾸고, 의사와 환자는 좋은 관계를 맺게 된다는 것이다. 결론적으로 히카리는 ‘환자의 의지를 교육하는 것’이 보다 효과적이라 하였다. 그는 정신분석이든 설득이든, 의사가 환자에게 진심으로 치료적으로 대하여야 한다고 말하고 있다.

구보의 정신치료에 대한 견해

구보¹⁸⁾는 신경쇠약증의 치료에 있어서, Binswanger의 규칙적 생활법의 강화나 모리타의 절대와욕법(絕對臥褥法)처럼, 정신요법은 시간적으로 외래에서 철저히 시행하기 어려운 치료법이라 생각하였다(신경쇠약증의 약물치료로서는 취소제가 추천되고 있었는데, 그에 대해서는 앞서 소개하였다). 구보는 이론보다는 의사의 경험이 중요하다고 하면서, 신경쇠약증의 정신요법으로는 친절한 태도, 치료단념을 권하는 등의 설득 등을 말하고 있다. 그는 다른 의사들이 주장하는 독창적인 정신요법의 방법을 따르기도 곤란하고 또 비판하

기도 어렵기 때문에, 그는 단순히 자신의 경험에 의한 견해를 피력하고자 한다고 하였다. 즉 그의 정신요법의 핵심은, 환자로 하여금 쓸데없는 주변적인 공포가 근거 없다는 것을 확신시키는 것이다. 나아가 예후가 나쁠 것으로 예상되는 환자 또는 치료가 어려운 환자에 대해서는 곧바로 치료하는 수단이 없다고 말해주고, 의사나 치료에 의지하는 마음을 버리라고 말해야 된다는 것이다. 즉 있는 그대로 지금 상태로 있을 수밖에 없다는 생각을 하게 하고, 치료를 통해 효과를 보겠다는 기대를 단념하도록 설득하는 것이다.

구보는 신경쇠약환자에게는 두 가지 형태가 있다고 하였다. 첫 번째 자신의 고뇌를 끝없이 호소하는 환자형이 있는데, 이들에게는 정신요법이 비교적 효과를 나타낸다고 하였다. 두 번째 유형인 말이 없고 피로감이 심한 환자형이 있는데, 이들에게는 정신요법은 전혀 효과가 없다고 하면서, 이러한 환자에게는 시기를 보아 정신요법이 효과가 없으므로 치료를 단념하도록 열심히 설득하는 것이 낫다고 주장하였다. 환자가 치료를 단념하더라도, 그래서 자각 증상은 그대로 남아 있더라도, 이전에 비해 고민하는 증상이 더 악화되지는 않고, 불충분하지만 사회일원으로 생활하는 것은 가능하다는 것이다. 요는 함부로 약물을 사용하기보다는 병리를 설명하고 결함에 대해 단념시키는 것이 친절한 의사라는 것이다.

한편 구보는 어떤 경우라도 정신요법에서는 시사(암시)하는 것이 중요하다고 하였다. 한편 그는 일본인에게는 유효한 설득요법이 조선인에게는 전혀 효과가 없었다고 하였는데, 그 이유에 대한 견해는 밝히지 않았다.

한편 구보⁴⁶⁾는 1930년 8월 말 Freud가 괴테상을 받게 되었다는 신문보도를 보고, Freud가 지난 30년간 연구 노력하여 세계적 인정을 받게 된 그의 생애와 업적을 소개하고 있다. 구보가 이 논문을 쓸 당시 Freud는 74세로 건강이 좋지 않아 전집 출판기념회를 계기로 학계에서 은퇴하여 비스바덴에서 방문객을 피해 조용히 지내고 있었다. 이때는 Jung, Adler, Stekel 등은 이미 떠나고, Rank, Ferenczi 등이 프로이트를 계승하고 있었다. 구보는 말하기를, 정신분석학의 세밀한 이론은 이해하기 어려우며, 실제적 문제로 정신분석 이론이 공론(空論)이 아닐까 하는 의문이 든다고 하였다. 또한 구보는 정신분석은 의사의 시간과 노력도 많이 드는 데 비해 치료비를 받아내기 어렵고, 당시 의사들이 행하는 일반 환자에 대한 투약이나 수술방법과 정신분석을 조화시키는 데 문제가 있어 실제 이를 사용하는 데 한계가 있다고 말하고 있다.

마약금단 치료

구보는 마약중독에 대한 숙제보고⁴⁷⁾에서 금단증상 치료에 대해 즉시금단법(即時中斷法), 점감법(漸減法) 등을 열거하

고 있다. 그중에서 구금환경(拘禁環境)에서의 즉시금단이 재발방지에 가장 유효하다는 결론을 내리고 있다. 그러나 한꺼번에 금단법을 시행하다가 요양소 내에서 군중심리에 의하여 폭동이 야기되는 것을 막기 위해서 점감법을 추천하고 있다. 기타 치료법으로 헤로인과 코데인 치환요법(置換療法), 지속수면법, 인슐린 요법 등도 시험되고 있다고 하였다. 구보는 또한 자극요법(刺激療法)을 소개하고 있는데, 이는 금단현상을 경감시키기 위해 온수 목욕, 사혈(venesection), 단백질이나 자가 혈액 등을 함유한 제제의 주사 등을 포함하는 치료법인데, 그 결과는 다소 기분을 개선하는 정도라고 하였다. 회복기의 치료법으로서 사회적 요법, 작업요법(作業療法), 정신요법 등등이 열거되었다.

고 찰

전체적 연구 경향을 보면, 대부분의 연구업적, 특히 주요 신체요법에 대한 연구들은 1930년대부터 경성제대에서 나왔는데, 연구의 질이나 양에 있어 이는 일본 내의 다른 제국대학과 같은 제국대학이라는 위상에 걸맞는 것이었다고 본다. 반면 총독부위원 및 그 부속 경성의학전문학교(경성의전)는 연구 중심 기관이라기보다 치료 및 교육기관으로, 그 위상은 낮았고, 1920년대까지는 전 세계적으로도 지속수면요법 이외에 새로이 개발되는 치료기술도 별로 없어 연구도 그리 필요하지 않았을 것이다.

1930년대에 이르면 정신신경과 치료 분야에서, 비엔나 등 유럽의 독일어권 중심으로 말라리아 발열요법, 유행발열요법, 인슐린 쇼크요법, 전기충격요법, 카디아졸 경련요법 등 신체치료(身体治療) 방법들이 폭발적으로 개발되고 있었다. 당시 일본인 정신의학 연구자들은 독일의 신경정신의학 개념과 방법을 받아들이고 있었는데,⁴⁸⁾ 이러한 일본 본국에서의 추세에 따라 경성제대 정신신경과에서도 일본의 제국대학답게 당시의 첨단의료였던 신체치료를 관하여 적극적인 시도와 연구 논문과 학회발표가 이루어졌다. 특히 인슐린 쇼크요법의 시도와 논문은 일본제국 내 최초로 아마도 당당하게 일본의 정신신경학회지에 발표되었던 것 같다.

생물학적 치료에 대한 연구들이 일본의 정신신경학잡지에 실렸던 것에 비해, 정신치료에 관한 연구들은 대부분 조선의학회지에 실렸는데, 그 이유는 아마도 당시 생물학적 정신의학이 주류를 이루고 있는 일본에서는 정신치료에 대한 연구는 변방적인 것으로 관심을 덜 받고 있지 않았나 생각된다. 지금도 그러하지만, 정신치료는 생물학적 치료법에 비해 치료기전을 연구하기 어렵고, 실험적 연구도 하기 어려워, 독일적 학풍이 강한 일본에서 학문적 가치를 인정받기

어려웠을 것이다. 구보도 정신분석에 대해 시도를 해보았지만 그 가치에 대해서는 양가적 견해를 가지고 있었던 것 같다.⁴⁶⁾ 그렇기 때문에 일본 본토의 권위 있는 학술지에 출판하기 어려웠을 것으로 짐작된다. 이러한 일본 정신신경학잡지와 조선의학회잡지 간의 위상에서의 차이는 기초적 생물정신의학적 및 정신병리학적 연구에서도 드러난다.¹⁴⁾

연구자들 중 구보 교수는 연구업적의 수나 그 내용에서 뛰어나다. 그는 구레 교수의 제자로 일찍이 비엔나 유학을 다녀왔고 당시 여러 정신과 이론이나 신체요법, 그리고 정신분석에 이르기까지 다양한 관심과 더불어 직접 연구를 하거나 교실원들을 지도하였던 것 같다. 일본에서는 과거부터 현재까지 한 교실에서 한 사람의 교수만 있으며 그는 과장이며 주임 교수로서, 임상은 물론 연구와 교육 모두를 지도하는 자리에 있다. 구보 교수는 일본의 소수의 제국대학들 중 하나인 경성제국대학의 교수로서 그 주어진 역할을 충실히 하려고 했던 것 같다. 구보는 특히 일본에서 인슐린 쇼크요법을 최초로 시행하였다는 명성을 얻고 있다.¹⁵⁾

생물학적 치료에 있어 일제 강점기 초기, 생리수 주입법이 소개되었는데,³⁾ 그에 관하여는 조선에서는 연구 논문은 없다. 생리적 식염수(링거액) 주입 요법은 나가사키 대학의 이시다 노보루(石田昇) 교수가 개발하여 1916년 일본의 제15차 신경학총회에서 발표한 것으로, 미국 American Journal of Insanity(American Journal of Psychiatry의 전신)에 출판되었다.⁴⁹⁾ 이는 0.85% 생리적 식염수 500~1000 cc를 1회 또는 15일에서 30일 간격으로 2~3회 주입함으로써 정신장애를 치료한다는 것으로, 그 치료기전에 대한 이론적 설명은, 전해질(chloride)의 결핍을 호전시킨다는 것이다. 또 다른 가능성으로 오염된 식염수에 의한 발열의 효과도 거론되었었다.

취소제의 임상 사용에 대해 일찍이 스이즈¹⁷⁾가 보고한 바 있지만, 이는 간질에 대한 것이었다. 구보¹⁸⁾의 취소제에 대한 용법, 남용, 부작용 등에 대한 고찰은 현재의 관점으로 보아도 훌륭하다고 생각된다. 취소제, 즉 브롬화합물, 특히 potassium bromide는 19세기 후반 및 20세기 초에 항경련제, 신경안정제 또는 두통약으로 사용되었다. 현재도 국가에 따라 수의학이나 의학에서 브롬제제는 진통제, 안정제, 그리고 항경련제로 사용되기도 한다. 부작용으로는 중추신경계 억제, 피부발진 등 만성 독성(bromism)이 있다.

지속마취요법은 Zürich 대학에서 E. Bleuler의 지도하에 있던 Jakob Kläsi가 1922년 조발성 치매에 대하여 제시한 솜니펜을 사용하여 장기간 수면을 유도하는 요법이다. 솜니펜은 두 가지 바비탈 산 혼합액으로 로슈 제약회사가 개발한 수면제이다. 이 요법은, 별달리 정신병에 대한 치료법이 없는

‘절망적인’ 상황에서, 유럽과 전 세계에 소개되면서 활발히 사용되었다. 이는 일본을 거쳐 조선에서도 1920년대 후반부터 조선총독부 의원에서 시행되기 시작한 것 같다. 특히 1927년 구보가 Kläsi의 지속마취요법에 있어 마취투여량과 마취기간을 짧게 하는 등 나름대로 개선된 방법을 사용하여 조발성 치매 치료에서 사망률을 낮추었다는 연구들^{20,21)}은 당시로서는 훌륭한 업적으로 생각된다. 그러나 지속마취요법은 그 효과가 의문시되고 사망률도 높아(약 5%), 당시에 그 유용성에 대하여 찬성과 반대가 나뉘어지게 되었다. 그리고 1930년대 중반에 인슐린 쇼크요법과 cardiazol 경련요법이 나오면서 수면요법은 점차 사용되지 않게 되었다. 한편 일본에서는 1922년 시모다 미츠조(下田光造)에 의해 수면제로 소개되고 있던 sulfonal(sulfonmethane)을 사용하는 지속수면요법이 고안되어 시행되고 있었는데,⁵⁰⁾ 이 방법은 sulfonal 하루 3.0 g을 한도로 투여하여, 낮에도 경민상태(傾眠狀態)로 2~3주간 지속하게 함으로써 난치성 양극성 장애, 우울증 등에서 치료효과를 거둔다는 것이다. 이는 1932년경에 공식화되어 일본의 한 표준적 치료법이 되어 전국적으로 퍼졌으며, 1941년경에는 우울증 치료법 중 first choice였다고 한다.⁵¹⁾ 그러나 장관마비 등 각종 부작용과 통증 등이 알려지면서 항정신병약물의 도입과 함께 점차 소멸하였다. 조선에서는 이에 대한 연구 논문이 없다.

경성제대 정신과 의사들이 특히 많이 발표한 논문은 진행마비에 대한 발열요법(fever therapy, pyrotherapy)에 대한 것이다. 진행마비는 1822년 처음으로 하나의 독립된 병명으로 기술되었다. 당시 진행마비는 주로 20~40대 남성에서 발병하였으며, 정신병원 입원환자의 약 12%(사망의 2%)를 차지했다고 한다. 초기에는 이 병의 원인이 타고난 성격 내지 체질의 취약함으로 생각되었으나, 1910년대에 이르러 아마도 매독 때문이 아닐까 하는 견해가 대두되었다. 1913년 Hideo Noguchi 및 J. W. Moore가 진행마비 환자의 뇌에서 syphilitic spirochaetes를 발견함으로써 의문은 해소되었다. 그러나 이 장애는 페니실린 치료법 발견 이래 전 세계적으로 줄어들어, 현재는 개발도상국 이외에서는 드물게 발견된다. 발열요법은 인위적으로 고온의 체온을 유도하여 여러 가지 병을 치료하고자 하는 시도를 말한다. 1917년 Julius Wagner-Jauregg(1857~1940)가 말라리아 발열요법을 고안하여 당시로서는 진행마비에 대한 획기적 치료법이 되었다.⁵²⁾ 말라리아 발열요법은 말라리아에 걸린 환자에서 말라리아 원충이 포함된 혈액 2~10 mL를 채취하여 이를 신경매독 내지 진행마비 환자에 1일 간격으로 8~12회 정맥주사로 이식하는 것이다. 이식 후 보통 수일에서 10일간의 잠복기 후 39°C에서 41°C의 발열이 시작된다. 발열치료를 끝낼 시점이 되면 quinine

또는 methylene blue로 말라리아 증상을 치료한다. 말라리아 발열요법은 당시 정신병원의 많은 정신병 환자로 하여금 퇴원이 가능하게 해 줌으로, Kraepelin 등의 예후/경과 중심의 정신의학과 치료적 비관주의를 극복하게 해 주었다. 이는 생물정신의학의 최초의 실질적인 큰 성취로서, 이 치료법의 개발로 Wagner-Jauregg는 1927년 정신의학계 최초의 노벨 의학상을 수상했다. 발열요법은 동시대의 Freud의 정신분석에 버금가는 치료법으로, 이후 생물학적 원인에 따른 치료법 내지 약물요법의 개발에 대한 희망을 갖게 하였다. 그러나 이차세계대전 후 일기 시작한 윤리 문제(환자에게 informed consent를 받지 않았음 등), 페니실린 치료법의 등장, Wagner-Jauregg 자신이 나치에 동조했던 정치적 입장 등으로 그의 업적은 이후 빠르게 잊혀졌다.⁵³⁾

당시 말라리아 요법을 위해 말라리아 원충을 구하고 보존하는 문제가 현실적으로 쉽지 않았다. 그리하여 구하기 용이한 발열 유도 물질을 찾게 되었다. 그리하여 다른 병원성 agent, 백신(장티푸스 백신, 튜버쿨린 등), 이중 단백질, 화학물질(유황) 등을 사용하는 발열요법이 개발되었다. 발열을 야기하는 물질을 pyrogen이라 한다.

1927년 덴마크의 Knud Schroeder가 비감염성인 유황발열요법을 창안하였다.⁵⁴⁾ 유황발열요법은 3% 유황 올리브오일(또는 0.5~5%의 농도 또는 콜로이드 유황)을 3~20회 근육주사하는 것이다. 즉 Sulfosin(유황 오일 현탁액)이라는 제품을 사용하여 조발성 치매 환자 허벅지 안쪽의 위 1/3 지점에서 1~10 cc를 주 2회 도합 12회 근육주사하여 체온을 104°F로 높이는 것이다. 발열의 기전으로는 유황이 근육을 괴사시켜 생겨나는 단백질 때문이라고 생각되었으며 따라서 유황치료(sulphurtherapy)의 기전으로 일종의 protein shock가 아닌가 하였다. Schroeder는 진행성 마비에 대한 유황발열요법의 효과는 말라리아 발열요법에 비해 손색이 없었다고 하였다. 이어 유황발열요법은 조발성 치매에도 시도되었다.⁵⁵⁾ 이 치료법으로 1935년 당시 10%의 환자가 회복, 약 10%의 환자에서 호전, 5%에서 악화, 75%에서 변화가 없었다고 보고되었다. 유황요법의 부작용으로 주사 부위가 아프고 경직되는데, 이는 뜨거운 찜질로 대처하였다고 한다. 때로 의식 혼탁, 섬망 상태 등이 알려져 있다. 기타 기억력 저하, 작화증, 역행성 건망이 보이기도 하는데, 이들은 유황의 중독 작용에 의한 것으로 추정되었다. 이런 부작용 때문에 환자들이 이 치료법을 싫어하는 주된 이유가 되었다. 기타 합병증으로 농양이 보고되었다.

그러나 항생제 치료가 시작되면서 진행마비에 대한 발열요법은 거의 사용되지 않게 되었다. 또한 항정신병 약물이 시작된 이후에는 조현병에 대한 유황발열요법도 시행되지 않

게 되었다. 그러나 발열요법 자체는 지금도 정신장애 이외에 피부염증, 류마티스관절염 등 다른 내과적 치료나 수의학 치료에 이용되고 있다. 발열요법의 금기는 악성종양, 고혈압, 혈액장애, thyrotoxicosis 등이다. 치료기전으로는 고열이 혈액순환, 인체대사활동, 면역반응 등을 활성화하는 것으로 설명되고 있다.

비엔나의 Sakel(1900~1957)이 인슐린 쇼크요법을 개발하여, 1933년에 시행하였다.⁵⁶⁾ 그는 마약중독 환자가 인슐린 주사에 의한 심각한 저혈당을 경험한 후 호전을 보인다는 관찰에 근거하여, 조현병의 치료에 이를 응용하였던 것이다. 즉 공복시에 인슐린의 양을 순차적으로 높여 주사함으로 저혈당을 유도하여 뇌전증과 같은 경련이 유발되고 이어 혼수(그래서 insulin coma therapy라고도 한다)에 들어가게 한다. 그리고 얼마 후 포도당 주입으로 깨운다. 20회 정도를 1주기로 한다. 그 결과 조현병, 조울성 흥분 등에 인슐린 쇼크요법이 유효함이 입증되었다. 이는 항정신성 약물이 개발된 1960년대까지 전기충격요법과 더불어 중요한 정신병 치료방법이 되었다. 그러나 지연성 쇼크 등의 부작용도 발견되었고 심지어 사망하는 예도 있었으므로, 환자들은 이 치료를 두려워하였다. 이 역시 1950년대 이후 항정신성 약물의 도입과 더불어 사용이 중단되어 갔다.

1938~1940년 사이, 일본정신신경학회 총회에서는 인슐린 쇼크요법, 카디아졸 경련요법, 및 전기 충격요법이 3대 첨단 치료법으로 관련 논문이 다수 발표되고 있었다. 카디아졸 경련요법도 전기경련요법의 보급에 따라 사용이 급속히 줄었다.⁵⁷⁾ 이에 대한 경성제대 교수들에 의한 연구는 없으나, 논문에 언급은 되고 있다.³⁹⁾

지속마취요법을 개선했던 구보의 연구나, 말라리아 발열요법을 일본에서 가장 빠르게 연구했던 핫토리²⁷⁾의 업적이나, 1936년 구보가 일본에 있어서 최초로 조현병(정신분열병)에 대해 인슐린 쇼크요법을 개시했던 업적들³⁵⁻³⁸⁾은 평가할 만하다.⁵⁸⁾ 규슈제국대학에 재직 중 말라리아 발열요법을 일본에서 처음으로 보고한 핫토리와 비엔나에서 신체요법을 공부한 구보는 서로 협력하는 아주 적절한 협력관계에 있었다고 생각된다. 그들이 보고한 바, 비록 평가방법에 타당성이나 신뢰성이 있는지 의문이지만, 각종 신체요법이 나타난 관해율이 최근의 약물요법이 나타내는 관해율에 비해 손색이 없다는 점이 주목된다. 또한 이런 생물학적 치료가 급성환자에게는 효과가 있으나, 만성일수록 환자에서는 효과가 감소한다는 관찰^{21,35)}은 지금 보아도 주목할 만한 관찰이다. 발열요법이 효과를 나타내는 기전으로 치료적 염증²⁷⁾을 거론한 것은 지금 보아도 의미 있는 견해이다. 따라서 과거 요법을 새롭게 해석하고 진전된 방법으로 다시 시도할 가치가 있다고 본다.⁵⁹⁾

이렇게 경성제대 학자들이 선구적으로 여러 요법을 시도했다는 점은 매우 인상적이다. 식민지였기 때문에 일본 본토에 비하여 경성에서 처음으로 실험적 신체요법을 시험하기 쉬웠다는 견해도 있지만,⁶⁰⁾ 본토에 있는 타 대학에서도 신체요법의 연구보고가 활발하였던 것 등을 감안하면, 구보와 경성제대의 선구적 업적을 부인할 근거는 발견되지 않는다.

정신치료에 있어, 1920년대 스이즈⁴¹⁾뿐 아니라 구보¹⁸⁾도 설득요법(persuasion therapy)을 논하고 있는 것을 보면 일제 초기부터 정신치료적 방법에 대해 꽤 관심이 있었던 것 같다. 설득요법은 스위스의 신경학자 듀보아(Paul Charles Dubois, 1848~1918)가 Heinroth의 영향을 받아 개발한 정신치료 방법으로 소크라테스식 대화법과 의사-환자 관계를 통해 환자의 지능과 이성에 호소하여 신경증 환자로 하여금 부정적이고 자기파괴적인 병적 행동을 하지 않도록 설득하는 방법이다. 현재의 인지치료와 유사하다고 여겨진다. 구보는 일본인에게는 유효한 설득요법이, 조선인에게는 전혀 효과가 없었다고 하였는데,¹⁸⁾ 그 이유에 대한 견해는 밝히지 않았다.

일제 강점기 일본에서나 조선에서 정신분석이 어떻게 수용되었는지는 매우 흥미로운 주제이다. 흥미롭게도 구보는 일찍이 정신분석에도 관심을 가져 공부⁴²⁾도 하고 실제 시행도 해보았고,⁴³⁾ 프로이트의 업적을 높이 평가하기도 하였다.⁴⁶⁾ 그래서인지 구보는 정신장애의 역동적 의미를 이해하고 있었던 것 같다. 예를 들어 그는 조선인의 신경쇠약증은 내지인에 비하여, 일반적으로 질병에의 도피, 병증이득(病症利得)의 경향 등 신경증적인 경향이 강하다고 말하고 있다.¹⁸⁾ 또한 조선인 강박증에는 일본인 신경질 환자(모리타 치료 대상)에서 보는 죄업감(罪業感, guilty feeling)이 발견되지 않는다고도 하였는데,⁴³⁾ 이는 흥미로운 견해이며, 아마도 조선인들의 문명수준을 낮게 보게 하는 근거가 되는 듯하다. 이에 대해서는 향후 보다 깊이 있는 연구가 필요하다.

구보는 또한 그의 제자인 안종일⁴⁴⁾과 히카리⁴⁵⁾의 정신분석적 치료 시행과 논문발표를 지도한 것 같다. 정신분석적 치료에 있어서도 구보 교수의 지도를 받았다고는 하지만, 구보 교수 자신도 다른 치료자를 훈련할 경험이 부족하였다고 생각된다. 그러나 히카리⁴⁵⁾의 증례보고는 그가 정신분석에 대해 상당한 식견과 나름대로의 경험을 가지고 있는 것처럼 보이게 한다. 한편 그들이 당시 새로운 방법을 시도하였던 진취성은 높이 살 만하다고 본다. 그러나 구보의 정신분석에 대한 관심은 오래 지속되지는 않았던 것 같다. 일본에서의 정신분석에 대한 역사에서 구보는 언급되지 않는다.⁶¹⁾ 아마도 구보가 정신분석에 대해서 시간과 비용이 많이 들고, 치료효과도 의문시된다고 말하고 있는 등¹⁸⁾ 그가 일본의 정신분석 발전에 기여한 바가 적기 때문일 것이다. 그러나 구보는 질병의 치료

를 위해서는 질병 자체에 대한 연구로는 부족하며, 병을 가진 ‘사람’에 대한 연구로 보완되어야 한다는 견해¹⁸⁾는 1927년 당시로서는 탁월한 통찰력을 보인 것으로 생각된다. 그러나 1930년대 이후 정신분석이론이나 정신분석 시행이 어떻게 한국에 수용되었는지에 대해서는 자세히 알려져 있지 않다.

한편 구보의 신경쇠약증에 대한 정신치료에 대한 견해는 독특하다. 즉 어떤 종류의 신경쇠약증 환자에 대해서는 정신치료는 도움이 되지 않으며, 정신치료를 포기하라고 하는 것이 낫다는 견해를 밝히고 있다.¹⁸⁾ 그러나 구보 개인적으로는 제국대학의 교수로서 정신장애의 생물학적 측면뿐 아니라 정신사회적 요인에 대해서도 이해가 깊은 듯하다. 즉 한반도에 이주하였던 일본인(내지인)이 겪었던 익숙하지 않은 기후 풍토, 타향에서 심신이 피곤함, 다른 문화(異文化)의 체험, 고독감 등 스트레스 때문에 그리고 고독과 애수를 위로하기 위해 주색과 친해지는 경우가 많아 매독에 잘 이환될 수밖에 없었을 것이라고 설명하고 있다.⁶²⁾ 그러나, 구보는 식민지 조선인들이 겪는 정신사회적 고통이나 그로 인한 정신장애의 발생이나 정신사회적 치료에 대해서는 어떤 논문에서도 전혀 언급하고 있지 않다. 그들은 식민지 통치하에 있는 조선인의 정치사회적 상황에 대해서는 무시 내지 부인(denial)의 기제를 사용하고 있었던 것 같다.¹⁴⁾ 따라서 경성제국대학의 일본인 정신과 의사들은 정신사회적 요인에 의한 신경쇠약을 포함한 정신신경증에 대해서는 원인은 물론 치료에 대해서도 연구할 여유가 없었을 것이다. 한편 일본의 모리타(森田, Morita Masatake, 1874~1938)가 개발한 모리타요법에 대해서는 한 논문¹⁸⁾에서 그 명칭이 언급은 되고 있으나, 경성제대에서 모리타요법에 대해 연구 발표한 논문은 한 편도 없었다.

정신사회적 요법과 관련하여, 일제 초기 즉 1910~1920년대 조선총독부의원 연보에 정신과 병동에서 작업요법(정원일, 봉투붙이기, 청소 등), 위락일산(慰樂逸散), 일광욕, 풍기욕(風氣浴) 등과 병동 개방 등이 시행되었다고 기술되어 있다.⁵⁾ 이같은 치료방법은 Pinel 시대 이후, 약물치료나 발열요법이 개발되기 전, 세계적으로 널리 시행되던 방법으로, 일본에서도 1900년대부터 구레 등의 선구적 개혁에 따라 당시 일본 문화에 맞게 개선되고 있었다.¹⁶⁾ 그러나 당시 정신과 의사들은 이에 대한 연구를 발표한 바 없다. 한편 일제가 보인 독특한 정신사회적 재활 요법은 마약 관련 정책에서 볼 수 있다. 마약환자 수용소에서는, 형식적이었는지는 몰라도, 다양한 대책이나 정신사회적 재활요법이 시도되었던 것 같다.^{47,63,64)} 이에 대한 자세한 연구가 별도로 필요하다.

현시점에서 보면 일제 강점기 치료에 대한 연구방법에 여러 문제점들이 관찰된다. 즉 연구에 포함된 환자 수가 적었고, 연구체계가 단순하였고, 대조군이 없었고, 치료효과에

대한 평가방법의 타당도나 신뢰도가 고려되고 있지 않았고, 검정에 통계적 방법을 사용하지 않았고, 그리고 특히 윤리적 고려가 결여되어 있었다. 식민지 환자라고 해서 또는 정신과 환자를 사회에 위협스러운 범죄자처럼 보기 때문에 그렇게 함부로 했을 것 같지는 않다. 왜냐하면 다른 논문⁴⁵⁾을 통해 구보에게서 환자를 존중하는 태도를 엿볼 수 있기 때문이다. 무엇보다 1910~1945년 당시 설명 후 허락(informed consent)이나 임상연구를 위한 Institutional Review Board에 대한 개념 등 연구윤리가 발전되고 있지 않았다는 것을 고려해야 한다. 당시 일본에서는 물론 전 세계적으로도 대부분의 의학 적 연구가 그런 식으로 시행되었을 것으로 이해된다. 심지어 유사한 또는 같은 내용의 논문을 일본 정신신경학잡지와 조선의학회잡지에 이중으로 출판하는 경우도 있었다.

본 연구의 한계점은 연구가 문헌만으로 이루어졌다는 점이다. 현재로서는 연구현장을 답사한다거나 당시 연구자를 만나 직접 면담한다는 것은 어려운 일이다. 또한 신경정신의 학계 잡지가 아닌 다른 일본어 학술 잡지는 연구대상에 포함되지 않았다는 것도 한계점이다. 그러나 저자들이 그런 논문을 찾기 위해 노력하였지만, 국내 도서관에서 이들을 찾기는 어려웠다. 또한 일제 강점기 당시 일본의 정신의학이 식민지 조선에 미친 영향을 자세히 알기 위해서는 당시 조선에서 일한 스이즈, 구보, 와타나베, 핫토리, 이토 등 일본인 정신과 교수나 조교수 개개인에 대한 개인사적 연구와 일본제국의 식민지에서의 정신보건정책이 어떠하였는지에 대한 연구가 필요하다.

또한, 이전의 생물학적 및 정신병리학적 연구에 관한 논문¹⁴⁾에서도 확인된 바, 치료에 관한 연구도 거의 생물학적 연구 일변도였다. 정신사회적 내지 정신치료에 관한 연구는 적기도 하지만 거의 증례보고로 한정되고 그나마 변방의 조선의학회잡지에 발표되고 있었다. 이는 당시 식민지 조선에서는 물론 일본제국 전체적으로 정신장애의 정신사회적 내지 문화적 측면은 경시되고 있었다는 사실을 시사하며, 이는 제국주의적 사회와 피식민지 지역에서 나타날 만한 현상이라 여겨진다.

본 연구의 의의 중 하나는, 일본 식민지 의료정책이나 의학 교육정책이 한국의 발전에 공헌하였는가에 대한 답을 줄 수 있는가 하는 것이다. 일본이 1910년 이후 조선총독부의원에 정신신경과를 개설하여 조선인 환자를 치료하였다는 것을 하나의 발전을 위한 공헌으로 볼 수도 있으나, 조선총독부의 의료정책은 기본적으로 일본제국의 식민지 통치를 뒷받침하기 위함이었다, 그러한 의료기관은 주로 일본인 거주자들을 위함이었다. 이전에 발표된 바, 생물정신의학적 연구나 정신병리학적 연구에서도 조선인 연구자가 극히 적었지만,¹⁴⁾ 이번의 치료 측면의 연구에서도 조선인 연구자는 한 명에 불

과하였는데, 이는 경성제국대학에서는 조선인 연구자를 키우지 않았다는 방증이다. 그들의 연구, 특히 경성제국대학 의학부의 연구는 일본의 한 제국대학으로서 일본의 정신의학 발전을 위한 것이었고, 인재교육도 일본제국을 위해 공헌하기 위함이었다.^{65,66)} 일제 말 일본인들이 전장에 나가고 대신 교실에 들어와 있던 조선인 조수들은 해방 후 한국 정신의학의 지도자들이 되었다. 그들에 의해 유행발열요법, 인슐린 쇼크요법, 전기경련요법 등의 치료방법이 본격적인 정신약물학의 도입 때까지 한동안 계속 사용되면서, 생물정신의학이 주류가 되게 하였다. 그리고 정신치료는 6.25사변을 거치면서 1950년대 미국정신의학의 영향을 받을 때까지 발전을 보지 못하였다.

한편, 일제 강점기 마약문제는 정치, 사회, 경제적 측면에서 중요한 이슈였다. 마약관련 정책, 역학, 연구, 치료법, 환자 수용소 등에 대해서는 별도의 자세한 연구가 필요하다.

마지막으로 본 연구를 통해, 생물학적 치료방법들은 새로운 학설과 기술이 개발되면서 빠르게 옛것을 대체해 나간다는 것을 알 수 있으나, 정신장애에 대한 결정적 치료법이 아직 개발되지 않고 있다는 점에서 옛 방법을 새로이 검토할 만하다고 생각된다. 즉 최근 생물학적 치료에서 발열요법이 새로이 해석되고 시도될 수 있다.⁵⁹⁾ 또한 정신치료에서는 종교적 방법, 도덕적 교육, 최면술, 설득요법, 정신분석, 인지행동치료 등이 차례로 등장하였어도, 옛것이 사라지기보다 새 것과 공존하거나 통합되어 지속적으로 유용하게 사용된다는 사실을 확인할 수 있다.

결 론

일제 강점기 조선총독부의원 및 경성제국대학교 의학부의 정신과 의사들에 의해, 일본 정신신경학잡지, 그리고 조선의학회잡지 두 학술지에 발표된 약물치료, 기타 생물학적 치료 그리고 정신치료 등 치료에 관련된 논문 15편(원저 11편, 속제보고 4편) 및 초록 14편 등 모두 29편을 조사하였다.

전체적으로 연구경향은, 일본의 정신의학 선구자들이 독 일어권 정신의학을 주로 받아들였기 때문인지, 생물학적 치료에 대한 연구가 주를 이루었다. 경성제대의 교수 구보가 발표하거나 지도한 논문이 단연 많았고, 히카리와 조선총독부 의원의 스이즈가 그 다음으로 많은 논문을 발표하였다. 특히 총독부의원에서는 지속수면요법, 그리고 경성제국대학 신경정신과에서는 인슐린 쇼크요법, 말라리아 발열요법, 유행발열요법 등이 주된 연구주제였다. 그중 일부는 일본에서 최초로 시도되었다는 점에서 일본의 전체 대학 중 상당히 선진적인 지위를 확립하고 있었던 것 같다. 이에 는 구보의 기여가

켰다고 볼 수 있다. 정신분석치로나 정신치료에 대해 관심을 가졌던 것은 주목되나 몇 증례보고에 그쳤으며, 특히 구보는 정신치료에 대해 중요시하지 않았던 것 같고, 따라서 이후 그 발전에 기여한 흔적은 보이지 않는다. 전반적으로 연구디자인이 단순하며, 연구 대상자 수가 적고, 치료효과를 단순하게 주관적으로 평가하고 있고, 통계학적 자료처리가 없고, 현대적 의미의 연구윤리가 고려되고 있지 않은 점 등이 인정된다.

중심 단어 : 한국 · 의학사 · 일제 강점기 · 정신의학 · 치료 · 연구.

Acknowledgments

본 연구는 2013년도 대호 배대균 민족정신의학 연구기금으로 수행하였음.

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

이 논문을 완성하는 데 있어 자료수집에 도움을 주신 연세의대 유형식 명예교수님께 깊은 감사를 드립니다.

Conflicts of Interest

The authors have no financial conflicts of interest.

REFERENCES

- Rhi BY. Government in Korea with the special reference to the clinical activities at the Colonial Governmental Hospital: 'Chosun-Chong-Dok-Bu Ui-Won' (1913-1927). Korean J Med Hist 1994;3:147-170.
- Rhi BY. Hundred years' psychiatry in Korea (1899-1999). Korean J Med Hist 1999;8:157-168.
- Chung WY. History of modern western psychiatry in Korea. From early 1920s to 1945 [dissertation]. Seoul: Seoul National University;1997.
- 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.
- Lee HY. Past, present and future of Korean psychiatry. Psychiatry Investig 2004;1:13-19.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- Korean Neuropsychiatric Association. One hundred years' history of psychiatry in Korea. Seoul: Korean Neuropsychiatric Association;2009.
- Min SK. Professor Charles I. McLaren (1). His life and medical philosophy. J Korean Neuropsychiatr Assoc 2011;50:172-186.
- Min SK. Professor Charles I. McLaren (2). His theories of psychiatry. J Korean Neuropsychiatr Assoc 2012;51:25-35.
- Min SK. Faith and life achievement of Professor McLaren. Seoul: Yonsei University Press;2013.
- Min SK, CH Lee, Lee KB. Research by psychiatrists of Chosun Chongdokbu Hospital and Keijo Imperial University in Korea during Japanese colonial rule. J Korean Neuropsychiatr Assoc 2015;54:142-171.
- 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.
- Kanekawa H. [Academic presentation of neurology and psychiatry of Keijo Imperial University at annual meetings]. Seishin Shinkeigaku Zasshi 2012;114:1180-1186.
- 水津信治. 眞正 癲癇ノ治療ニ就テ (第11回 京城支會 例会 講演要旨). 朝鮮醫學會雜誌 1916;(14):64-66.
- 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;(82):66-77.
- 水津信治, 北村庸人, 原振緒. 朝鮮總督府醫院 精神科 朝鮮人體の實驗的「ビタミン」B 欠乏症. 朝鮮醫學會雜誌 1924;(47-52):79-83.
- 久保喜代二. 「ゾムニフエン」持續麻痺ニ就テノ經驗 (第14回 朝鮮醫學會 總會 講演要旨). 朝鮮醫學會雜誌 1926;(69):93-95.
- 久保喜代二. ゴむにふえん持續麻痺ニ就テ (原著). 神經學雜誌 1927;27:444-448.
- 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 (日本精神神経学会總會演說要旨). 神經學雜誌 1932;34:537.
- 久保喜代二, 服部六郎. 流行性 腦炎 後遺症ニ對スル 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.
- 風祭元. 心の病に効く薬 — 向精神薬入門. 東京: 有斐閣選書;2002. p.198.
- 久保喜代二, 伊東高麗夫. 眞正 なるこれふしい 知見補遺 (日本精神神経学会 總會 演說要旨). 精神神經學雜誌 1935;38:625-626.
- 伊東高麗夫. 重症 貧血ニ因ル 痙攣性 脊髄麻痺ニ併發セル 精神障礙(石疑)ニ就テ. 朝鮮醫學會雜誌 1939;29:234-240.
- 服部六郎. 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.
- 光信幸. 所謂 非定形型 進行麻痺ニ關スル 疑義 (上) (原著). 神經學雜誌 1933;35:609-651.
- 光信幸. 所謂 非定形型 進行麻痺ニ關スル 疑義 (中) (原著). 神經學雜誌 1933;35:692-728.
- 光信幸. 所謂 非定形型 進行麻痺ニ關スル 疑義 (下) (原著). 神經學雜誌 1933;36:68-110.
- 今澄重雄, 服部六郎. 麻痺性 癡呆ト 微毒性 大動脈炎 (原著). 神經學雜誌 1933;36:250-255.
- 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.
- 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 總會 演說要旨). 神經學雜誌 1934;37:363-365.
- 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 總會 演說 要旨). 精神神經學雜誌 1935;38:602-604.
- 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.
- 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 總會 演說要旨). 精神神經學雜誌 1936;40:608-610.
- 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 總會 演說要旨). 精神神經學雜誌 1937;41:452-453.
- 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 總會 演說要旨). 精神神經學雜誌 1939;43:448.
- 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.
- 光信幸. 顔面神經麻痺ニ就テ. 吾教室ニ於ケル 統計 並ニ ピンソノ臨床 及 治療 (原著). 朝鮮醫學會雜誌 1931;21:106-132.
- 水津信治. 強拍概念症トデュボア氏 説得療法 (第27回 京城支會 講演). 朝鮮醫學會雜誌 1921;32:89.

- 42) 久保喜代二. ヒステリーの 治癒機轉に 就いて. 神學雜誌 1923;24:244-248.
- 43) 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. 神學雜誌 1926;26:314-326.
- 44) 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;11:202.
- 45) 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;20:167-178.
- 46) 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;20:178-182.
- 47) 久保喜代二. も る ひ ね 中 毒 (宿題報告論文). 精神神學雜誌 1936;40:661-697.
- 48) Hashimoto A. A 'German world' shared among doctors: a history of the relationship between Japanese and German psychiatry before World War II. *Hist Psychiatry* 2013;24:180-195.
- 49) Ishida N. Results produced in dementia praecox or so-called "endogenous dementia" by the infusion of sodium chloride solution. *Am J Psychiatry* 1917;73:541-547.
- 50) 中尾弘之. 持續睡眠療法 — 下田光造の ストーリー. 原健士郎, 渡辺昌祐(編). 精神科治療の 発見. 東京: 星和書店;1988. p.263-276.
- 51) 下田光造, 杉田直樹. 最新精神病学. 増訂5版. 東京: 克誠堂書店;1932. p.364-365.
- 52) Beckman H. A brief review of fever therapy in neurosyphilis. *Arch Derm Syphilol* 1933;28:309-319.
- 53) Tsay C.J. Julius Wagner-Jauregg and the legacy of malarial therapy for the treatment of general paresis of the insane. *Yale J Biol Med* 2013;86:245-254.
- 54) Schroeder K. Sulfosin therapy in general paralysis of the insane. *Lancet* 1930;216:549.
- 55) Menzies D. Pyrotherapy in dementia praecox. *Lancet* 1935;2:994-996.
- 56) Wortis J. In Memoriam Manfred Sakel. *Am J Psychiatry* 1958;115:287-288.
- 57) 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. 現代精神医学事典. 東京: 弘文堂;2011.
- 58) 岡田靖雄. 日本 精神科 医療史. 東京: 医学書院;2002.
- 59) Hanusch KU, Janssen CH, Billheimer D, Jenkins I, Spurgeon E, Lowry CA, et al. Whole-body hyperthermia for the treatment of major depression: associations with thermoregulatory cooling. *Am J Psychiatry* 2013;170:802-804.
- 60) 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.
- 61) Okonogi K. History of psychoanalysis in Japan. *J Korean Psychoanal Soc* 1999;10:26-43.
- 62) 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 比較精神病学の 考察- (原著). 神學雜誌 1930;32:534-554.
- 63) 久保喜代二, 光信幸. 朝鮮ニ 於ケル 麻薬中毒ニ 於關スル 研究. 第I編. 朝鮮ノ 麻薬中 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.
- 64) 久保喜代二, 光信幸. 朝鮮ニ 於ケル 麻薬中毒ニ 於關スル 研究. 第I編. 朝鮮ノ 麻薬中毒流行ノ 沿革トソノ 對策史 (其ノ二) (原著). 朝鮮醫學會雜誌 1940;30:118-124.
- 65) Kim OJ. Physical anthropology studies at Keijo Imperial University Medical School. *Korean J Med Hist* 2008;17:191-203.
- 66) 奇昌德. 京城帝國大學 醫學部. 醫史學 1992;1:64-82.