

이완기법, 이완이론, 그리고 이완상태[†]

손정락[‡]

전북대학교 심리학과

“이완하다(relex)”라는 동사는 라틴어 relaxare에서 유래하였는데 “느슨하게 하다”라는 의미이다. 오늘날 “이완된”은 근육과 평화로운 생각 모두를 의미한다. 이완은 고대에서부터 현대까지 많은 사람들이 수행하여 왔으며 따라서 많은 기법이 나오게 되었다. 이 개관논문에서는 주요 이완훈련 기법(점진적 근육이완 훈련, 자생훈련, 호흡훈련, 명상 및 행동이완 훈련)을 살펴보고, 이완이론들을 조명하고, 끝으로 이완상태를 탐구해 보았다. 이러한 탐구가 앞으로의 연구를 촉진하고 더욱 효과적인 이완 훈련 방법의 개발에 도움이 될 것으로 보았기 때문이다. 끝으로, 이 논문의 요약과 앞으로의 연구 방향에 관해서 논의하였다.

주요어: 이완기법, 이완이론, 이완상태, 명상, 행동이완 훈련

이완(relaxation)이란 신체 긴장이 제한적이고, 불필요한 걱정이나 두려움으로부터 자유로운 것으로 특징지어지는 편안한 상태를 말한다(Payne & Donaghy, 2010). “이완하다(relax)”라는 동사는 라틴어 relaxare에서 유래하는데, “느슨하게 하다”라는 의미이다(Harvey, 1998). 이완에 대한 수많은 정의가 있어 왔는데, 덜 긴장되고, 덜 경직되게 하는 것, 근섬유를 늘어나게 하거나 덜 활성화시키

는 것, 쉬거나 기분전환을 시키는 것 등을 포함하고 있다(손정락, 2011). 이완은 따뜻함과 평안한 느낌 그리고 평화로운 느낌과 연관이 있다. 그러므로, 이완상태는 심리적 측면과 생리적 측면의 상호작용이 이루어지는 것으로 볼 수밖에 없다.

지금까지의 이완연구를 보더라도(손정락, 2011; Harvey, 1998; Smith, 2007 참조), 거의 100년 이상 신경생리학적 관점들이 이 분야 연구를 주도

† 이 논문은 2012년도 전북대학교 연구기반 조성비 지원에 의하여 연구되었음.

‡ 교신저자(Corresponding author) : 손정락, (561-756) 전북 전주시 덕진구 백제대로 567, 전북대학교 심리학과, Tel: 063-270-2927, Fax: 063-270-2933, E-mail: jrson@jbnu.ac.kr

하여 왔다. 즉, 19세기에 이완연구의 선구자인 James Braid는 “신경-최면론”에서 최면을 신경의 잠이라고 정의하였다. 20세기에 와서는, Jacobson (1929, 1938)과 Schultz(1932)가 신경근육과정과 자율신경과정을 조절하는 방법으로 점진적 근육 이완훈련과 자생훈련을 내어 놓았다. 1970년대에는, Benson(1975)이 모든 이완기법들에 기저하고 있는 총체적인 생리적 과정을 “이완반응 (relaxation response)”개념으로 명명하여 대중화 시켰다. Harvey(1998)는 다섯 가지 이완수준(근육 수준, 자율신경 수준, 정서적 수준, 정신적 수준, 영성적 수준)으로 정리하여 설명하고 있어서 신경 생리학적 관점을 포함하지만, 심리적 이완을 설명하는데 이르고 있다. 최근에 Smith(2005)는 심리적 이완 이론을 제안하고 있다.

이와 같이 오랜 세월에 걸쳐 이완훈련방법이 개발되어 왔지만, 과학적인 변인으로서 이완상태를 다룬 것은 극히 최근이라고 할 수 있다(손정락, 2012). 이완에 대한 다양한 탐구는 긴장과 스트레스가 만연된 현대에 와서 더욱 필요해졌다. 지금까지 사람들은 많은 이유로 그리고 많은 방식으로 이완을 수행하고 있다. 여기서 나온 많은 기법들은 수천 개의 경험적 연구의 주제였으며, 긴장과 스트레스 관리에 매우 인기 있는 도구였다. 그런데, 이완이론에 대해서는 이완기법 보다는 덜 탐구되어 왔으며, 그리고 이완자체 즉, 이완상태에 관해서는 아직까지 연구가 덜 체계적이었다고 할 수 있다. 이완에 대한 과학적 탐구는 기법훈련절차에서 뿐만 아니라 치료 성과에 대한 평가를 향상시킬 수 있다. 여러 가지 이완기법의 절차와 양상을 비교하여 특정장애와 내담자에게 가장 적절하고 비용효과적인 이완법을 적용할 필요가 있다

(손정락, 2011참조). 여기에서는 주요 이완기법, 이완이론 및 이완상태에 관한 지금까지의 탐구를 살펴보고, 앞으로의 연구방향을 논의해 본다.

이완 기법

이완에 대한 다양한 개념이 공식화됨에 따라, 많은 이완 훈련 방법들이 또한 개발되어 온 것은 놀랍지 않다. 어떤 훈련 절차는 이론적 개념화에 맞춰서 개발되어 온 반면, 어떤 훈련 절차는 단지 각성이나 긴장을 감소시키는 수단으로 개발되어 왔다. 많은 종류의 이완훈련 방법들이 존재하지만, 가장 잘 연구된 이완훈련절차는 점진적 근육 이완훈련, 자생훈련, 호흡훈련, 심상, 그리고 명상이다(Smith, 1999; Hobbs, 2010에서 재인용). 그런데 많은 이완절차가 개발되어 왔었지만, 이완이 단일 상태인지 많은 상태의 조합인지에 관해서는 논쟁이 있어왔다(Poppen, 1998). 이 주제는 이완상태를 다루는 마지막 부분에서 다시 다루기로 한다.

지금까지 개발되어온 다양한 이완 기법을 표1에 제시하고, 이 중에서 점진적 근육 이완 훈련, 자생훈련, 호흡훈련, 명상 및 행동이완 훈련을 기술한다(손정락, 2011; Davis, Eshelman, & McKay, 2006 참조).

점진적 근육 이완

지금까지 가장 널리 사용되어온 방법은 Edmund Jacobson의 점진적 근육 이완훈련인데, 그는 1929년에 저서 **점진적 이완**을 출간하였다. 이론적 배경은 간단한데, 우리는 몸이 따뜻해지는 행복감을 느끼면서 동시에 심리적인 스트레스를

경험할 수는 없다. Jacobson은 이 책에서 어떠한 상상, 의지 또는 암시도 필요하지 않은 깊은 근육 이완 기법을 기술하였다. 이 기법은 신체는 불안 유발사고와 사건에 근육긴장으로 반응한다라는 전제에 기반하고 있다. 그런 후 이러한 생리적 긴장은 주관적인 불안감을 증가시킨다. 깊은 근육 이완은 긴장을 감소시키고 불안과 동시에 존재할 수 없다. 어떤 하나에 반응하는 습관은 다른 하나에 반응하는 습관을 차단한다(Davis, Eshelman, & McKay, 2006). Jacobson은 근육긴장의 객관적 측정치로 무릎반사를 연구하였는데 (McGuigan, 1993), Bell 전화 연구소의 도움으로 EMG를 개발하였다(Hobbs, 2010에서 재인용). Jacobson은 골격근의 긴장으로 EMG수준이 증가하고, 또한 중추신경계의 활동을 증가시키고, 차례로 자율신경계, 심혈관계 및 내분비계를 포함하여 여러 기관계에서의 활동을 증가시킨다는 가설을 내놓게 되었다. 그러므로 Jacobson의 점진적 근육이완의 토대는 중추신경계를 이완시키기 위해서는 먼저 골격근을 이완시켜야 한다는 것이었다. Jacobson의 점진적 근육 이완 절차는 길고, 다소 번거롭기 때문에 Wolpe(1958)는 단축판을 개발하였는데, Jacobson(1929)의 절차와 유사하지만, 기간이 훨씬 짧아졌다(Hobbs, 2010에서 재인용). Wolpe의 단축판은 한 회기에 16 근육군 이완을 표적으로 하였는데, 각 근육군을 5~10초 동안 긴장시키고 30초 동안 긴장을 경감시키도록 하였다. 각 근육군이 일단 훈련되면, 긴장과 이완을 분별할 수 있고, 그런 다음에는 긴장을 도입하지 않고서도, 어떤 근육의 근육긴장도 경감시킬 수 있게 된다. 점진적 근육이완 훈련은 운동선수들의 경기력 향상을 위한 이완 증진이나 불안 감소에도 많이 활용되

고 있다 (예, 김태홍, 김기화, 최동렬, 1998; 박범영, 2004; 서경현, 2004; 손정락, 강혜자, 한인순, 1990; 이현중, 1999; 주동엽, 2002).

자생 훈련

자생훈련(AT)은 점진적 근육 이완 훈련(PMR)과는 대조적으로, 피훈련자편에서의 외현적 행동보다는 내현적 행동을 더 요구한다. 자생훈련(AT)은 유명한 두뇌 생리학자인 Oskar Vogt가 베를린 연구소에서 19세기 마지막 십 년 동안 수행한 최면 연구에 기원을 두고 있다. Vogt는 최면 피험자들 중 일부에게 트랜스 상태에서 자신의 피로, 긴장 그리고 두통과 같은 고통스러운 증상을 감소시키는 효과가 있다는 것을 알아냈다. 또한 그것은 피험자들이 자신의 일상을 더욱 효과적으로 처리하는데 도움이 된다는 것이 분명해졌다. 그들은 보통 그들이 피로하고 긴장이 되면 그들은 따뜻하고 무거워진다고 보고했다. 베를린의 정신과 의사인 Johannes H. Schultz는 Vogt의 연구에 흥미를 가지게 되었다. 그는 자신의 피험자들이 단지 사지에 무거움과 따뜻함을 생각만 해도, 최면의 트랜스 상태와 매우 유사한 상태를 만들 수 있다는 것을 발견했다. 본질적으로, 긴장을 풀고, 평정을 잃지 않으며, 편안한 자세로 사지에 따뜻함과 무거움을 암시하는 언어 문구에 수동적으로 집중하기만 하면 되는 것이었다. Schultz는 Vogt의 자기 암시 일부와 요가를 결합시켜 자신의 새로운 체계를 1932년에 **자생훈련**이라는 책으로 출판했다(Davis, Eshelman, & McKay, 2006에서 재인용). 최면의 현재 형태로서, AT는 전통적인 최면을 복원시켰을 뿐만 아니라

최면술사에게 의존하지 않아도 훈련이 가능하게 하였다. 자신이 선택할 때마다 이완과 연합된 따뜻함과 무거움을 유도하도록 학습할 수 있다. Schultz의 언어 문구는 네 가지 종류의 주요한 훈련으로 되어 있다: 신체를 정상화하는 언어문구, 마음을 진정시키는 언어 문구, 특정한 문제를 다루기 위해 고안된 자생적인 수정 훈련, 그리고 정신적 집중과 창조성을 개발하기 위한 명상 수행. 자생 훈련은 근육 긴장과 호흡계 질환(과호흡과 기관지 천식), 위장관(변비, 설사, 위염, 궤양 및 경련), 순환계(세차게 뛰는 심장, 불규칙한 심장의 박동, 고혈압, 손발 냉증 및 두통), 그리고 내분비계(갑상선 문제) 치료에 효과적이라는 것이 밝혀져 왔다. AT는 또한 일반적인 불안, 불안정성, 그리고 피로를 감소시키는데 유용하다. 그것은 통증에 대한 반응을 수정하고, 스트레스에 대한 저항력을 증가시키고, 수면 장애를 감소시키고 제거하는데 사용될 수 있다.

호흡 훈련

호흡훈련은 대부분의 사람들이 당연히 여기는 생명의 필수요건이다. 공기에 의한 매순간의 호흡으로, 산소를 얻고, 무익한 생성물인 탄소 산화물을 배출한다. 빈약한 호흡습관은 몸의 기체의 흐름을 감소시켜, 스트레스가 많은 상황에 대처하는 것을 더욱더 어렵게 만든다. 부적당한 호흡은 불안, 공황 발작, 우울, 근육긴장, 두통, 피로의 원인이 된다. 호흡을 자각하는 것을 학습하고, 호흡을 느리게 쉬면서 정상화하는 것을 연습함에 따라, 마음과 몸은 상당히 이완된다. 그것들을 하나만 연습하건, 또는 다른 이완 기법들과 결합하여 연

습하건, 호흡 자각과 좋은 호흡 습관은 심리적이고 신체적인 건강의 질을 높인다(예, 방석찬, 2002). 호흡을 살펴보자. 숨을 들이쉴 때, 공기는 코를 통해서 빨리 들어오고, 그곳에서 공기는 체온에 맞게 따뜻해지고, 축축하게 적시고, 부분적으로 정화된다. 허파와 복부를 분리시키는 얇은 판 같은 근육인 횡격막은, 들이쉬고 내쉬는 호흡을 할 때, 팽창하고 수축함으로써 호흡을 촉진한다. 허파는 신축성 있는 공기 주머니(폐포)에 공기를 운반하는 많은 가지(기관지)가 있는 나무와 같다. 폐포는 공기를 폐로 들일 때 팽창하고, 공기를 밖으로 흘러나가게 할 때 수축하는 풍선과 같은 능력을 가지고 있다. 폐포를 둘러싸고 있는 작은 혈관들(모세혈관)은 산소를 취하고, 그것을 심장으로 운반한다. 심장의 펌프 작용에 의해, 혈액은 온 몸에 산소를 운반한다. 산소를 받아들이고, 심장과 허파로 되날라져 방출된 무익한 생성물인 탄소 산화물을 내보내는 교환은, 혈구에서 일어난다. 이처럼 산소를 운반하고 교환하는 효과적인 방법은 생명을 유지하는데 절대적으로 중요하다. 사람은 호흡을 할 때, 두 가지 전형적인 패턴 중의 하나를 사용한다: (1)흉부 호흡과 (2)복식 호흡 또는 횡격막 호흡.

흉부 호흡은 종종 불안이나 또는 다른 감정적인 고뇌와 관계가 있다. 흉부호흡은 꼭 조이는 옷을 입는 사람들이나, 주로 앉아있는 사람들, 스트레스가 많은 생활을 하는 사람들에게서 흔하게 보인다. 흉부 호흡은 얇고, 또는 종종 불규칙하며, 가파르다. 공기를 들이쉬면, 공기를 빨아들이기 위하여 가슴이 팽창하고, 어깨가 올라간다. 불안한 사람들은 마음 졸임, 호흡 향진 또는 억제된 호흡, 얇은 호흡, 의식을 잃을 것 같은 공포를 경험할지

표 1. 이완 기법, 주요 원리 및 적용증(Payne & Donaghy, 2010 참조)

기법	주요 원리	권장되는 적용증
점진적 이완	<ul style="list-style-type: none"> •이완된 근육은 이완된 마음에서 반영된다. •단일 이론으로 보강됨. •생리적 원리가 우세하나 인지 요소가 있음. 	불안, 정신과적 상태들, 고혈압, 긴장형 두통, 천식, 불면증, 만성통증, 케양성 대장염, 수술 전후, 간질, 운동상해, HIV/AIDS, 폐작성 폐질환, 공황, 편두통
점진적 이완 훈련	<ul style="list-style-type: none"> •암시 사용 때문에 인지 요소가 더 강한것 외에는 점진적 이완과 유사. 	점진적 이완과 유사
응용 이완	<ul style="list-style-type: none"> •점진적 이완의 핵심 기법 중심으로 만들. •생리적 관점뿐만 아니라 인지 및 행동 관점에 나온 불안 개념에 역점을 둠. 	불안, 공황발작, 공포증, 두통, 이명, 간질, 만성통증
행동 이완 훈련	<ul style="list-style-type: none"> •행동주의자, 강화이론 및 교정적 적용으로 보강됨 •신체적 요소와 인지적 요소를 내포. 	학습 곤란, 운동 실조성 진전
Mitchell의 방법	<ul style="list-style-type: none"> •상호억제의 생리학적 원리에 토대를 둠 •약한 인지 요소를 가짐. 	분만, 고혈압, 류마티스성 관절염
Alexander 기법	<ul style="list-style-type: none"> •신체 포지셔닝 원리로 보강됨. •비논리적인. 	수행 스트레스, 운동 문제, 파킨슨 병
스트레칭	<ul style="list-style-type: none"> •이것은 생리학적 원리와 연결됨. •스트레칭 과정은 스트레칭 되고 있는 근육의 이완을 수반함. 	신체적 및 심리적 스트레스, 일반화된 불안, 만성적 목 긴장
운동	<ul style="list-style-type: none"> •본질적으로 신체적 이완 접근. •신경생물학적 변화와 연결되어, 생리학적 원리로 보강됨. 	심혈관 문제, 골감소증, 골다공증, 우울증, 만성 피로 증후군, 약물 및 알코올 의존, 섭식장애, 낮은 자존감
호흡	<ul style="list-style-type: none"> •자율신경계와 연결지어 생리학적 원리에 토대를 둠. •느린 호흡을 부교감-부지배와 연관됨. •호흡 순서를 수반하는 심상법으로 인지적 특징이 표상됨. 	관상성 심장 질환, 고혈압, 공황발작, 만성통증, 직무 스트레스
자기-자각	<ul style="list-style-type: none"> •자기에 관해 갖고 있는 생각과 관련있는 인지적 접근. 	낮은 자존감
심상법	<ul style="list-style-type: none"> •인지적 원리가 이 접근법에 기저함. •심상 만들기는 우측 대뇌 반구에 지배되는 것으로 생각됨. 	만성통증, 불안, 수술전후, 운동 상해, 직무 스트레스
목표-지향 시각화	<ul style="list-style-type: none"> •심상과 자기-암시 기법을 활용하는 인지적 접근. •신체는 심상된 사건과 경험된 사건 간을 구별할 수 없다는 믿음에 토대를 둠. 	수행 스트레스, 알코올과 물질 오용, 섭식장애, 금연, 만성통증, 스포츠와 운동, 공포증 및 공황 발작
자생법	<ul style="list-style-type: none"> •암시원리에 기초하는데, 가벼운 트랜스를 만들. •주로 인지적 접근, 비록 귀절로 생성되는 따뜻한 감각이 생리적 요소를 제공한다고 하더라도. •비논리적인. 	불안, 우울증, 불면증, 약물 및 알코올 오용, 섭식장애, 긴장형 두통, 고혈압, 관상성 심장 질환, 상해 재활, 천식, HIV/AIDS, 상이한 통증 종류
명상법	<ul style="list-style-type: none"> •왼쪽에서 오른쪽으로 대뇌 반구 지배의 변동이 되는 것으로 생각되는 것을 포함하고 있는 인지적 활동. 	고혈압, 관상성 심장 질환, 폐경 증후군, 불면증, 직무 스트레스, HIV/AIDS
Benson 방법	<ul style="list-style-type: none"> •단일 이론으로 보강됨. •만트라에 주의를 집중하는데서 인지적 원리가 우세함. •교감 신경계의 활동이 감소되어, 생리학적 원리에 가까움. 	고혈압, 관상성 심장질환, 심리적 스트레스, 과민성 대장 증후군, 폐경 문제
인지 행동 접근법	<ul style="list-style-type: none"> •한편으로는 인지 원리, 다른 한편으로는 행동 원리에서 나온 다양한 기법을 사용함. •자신의 상태를 관리하는데 협력적인 역할 채택을 고무받음. 	불안, 우울증, 섭식장애, 공황장애, 약물 및 알코올 의존, 고혈압, 만성 피로 증후군, 불면증, HIV/AIDS, 정신과 장애, 만성 통증
마음챙김 명상	<ul style="list-style-type: none"> •순간을 강조하고, 판단이나 비판 없이 일어나는 그대로 수용하는 명상 원리에 토대를 둠. 	암, 만성통증, 섬유 근종, 금연, 중독 수행, 스트레스, 우울증

도 모른다. 만약 충분한 양의 공기가 폐에 이르지 못하면, 혈액은 적절하게 산소와 결합하지 못할 것이며, 심장 박동과 근육 긴장, 그리고 스트레스 반응이 야기될 것이다.

복식호흡은 신생아와 잠들어 있는 성인의 호흡으로 자연적인 호흡이다. 들이쉴 공기를 폐로 깊게 빨아들여, 횡격막이 수축하고, 팽창할 때 숨을 내쉴다. 호흡은 평이하고, 이완된다. 호흡체계는 산소로부터 에너지를 산출하고, 무익한 생성물을 없애는 본래의 역할을 행할 수 있다. 호흡 패턴의 자각을 증진시키고, 보다 더 많이 복식 호흡을 함으로써, 근육의 긴장감과 스트레스 증상으로 지금 가지고 있는 불안이나 사고를 감소시킬 수 있다. 복식 호흡은 이완반응을 이끌어내는 가장 쉬운 방법이다.

호흡은 자율신경계 활동의 한 부분인 하나의 신체 반응이며, 또한 수의적으로 통제할 수 있다. 상호간의 영향도 존재한다: 빠르거나 얇게 호흡하면, 교감부를 활성화시키고, 천천히 호흡하거나 고르게 호흡하면 부교감부를 활성화시킨다. 들숨은 교감부 활성화와 연관이 있고, 날숨은 부교감부 활성화와 연관이 된다. 우리는 자율신경 균형을 이루기 위해 호흡양식을 활용할 수 있다(Harvey, 1998). 그러므로 명상이나 심리치료에서 호흡을 중요하게 여길 수밖에 없다.

명상

명상(Meditation)이란 마음을 고요하게 하고, 집중을 유지하고, 주의에 초점을 두고, 현재 순간에 대한 알아차림을 증진시키는데 사용하는 넓고 다양한 수행법이다(Feist & Rosenberg, 2011). 상이

한 목표를 가진 많은 상이한 유형의 명상 기법들이 있다. 즉, 집중명상, 마음챙김 명상 및 선 명상이 있다. 명상의 많은 형태들은 마음챙김을 발달시키는데, 현재 순간에 대한 완전히 의식적인 상태의 고도의 알아차림이다. 집중명상과는 달리, 마음챙김 명상은 미세한 순간적인 경험에 대한 주의를 장려하는데, 그 순간에 전심할 수 있는 모든 생각, 느낌 및 감각과 같은 것이다(Baer et al., 2006). 마음챙김 명상수련은 웰빙을 증진시키고, 스트레스를 감소시키며, 신체적 건강을 향상시키는 것으로 나타난다(Anderson et al., 2007; Kabat-Zinn et al., 1998; Teasdale et al., 2000). 명상은 또한 주의 기술을 향상시킬 수 있다(Jha, Krompinger, & Bairne, 2007). 선 명상도 사상에 대한 긍정적인 측면이나 부정적인 측면에 대한 평가가 일어남이 없이, 그 순간의 내적 자극이나 외적 자극에 몰입하여 외현적으로나 혹은 내현적으로 주의를 기울이는 것을 포함한다(Kabat-Zinn, 1994; Smith, 1999). 역시, 명상은 정신적 이완을 창조하는 최고의 훌륭한 방법이다(Harvey, 1998). Harvey(1998)는 마음챙김에서 자각(알아차림)을 다음과 같이 잘 설명하였다:

자각의 과정은 독특하게 인간의 자기-관찰 능력에 토대를 두고 있다. 우리는 지각하고 반작용하는 시스템뿐만 아니라 뇌의 활동을 관찰하고 모니터링하는 시스템을 뇌 안에 가지고 있다. 이 능력은 왕왕 너무 미개발되어 있다. 그러나 그것은 강화되어질 수 있는 능력이다.

자각에서 핵심요소는 알아차리는 것(noticing)이다. 우리는 작용과 반작용의 흐름 속에서 우리의 내부 실체를 관찰하기 위해 멈출 수 있다. 그러나

우리가 알아차리는 것을 판단하지 않는 것이 중요하다. 이것이 자각의 과정을 단아버리는 경향이 있다. 여러 차례 고르고 평탄한 횡격막 호흡을 하고, 순간의 평온함을 확보하고, 그런 다음 우리의 생각과 느낌을 알아차리는 것이 더 좋다.

우리는 “미래의 생각”이나 “과거의 생각” 같은 단순한 서술 문구로써 우리의 생각을 명명할 수 있다. 우리는 “분노”, “슬픔”, “두려운”이나 “협오”로 느낌을 명명할 수 있다. 우리는 한 가지 생각이 또 다른 생각과 어떻게 연관되어 있는지, 한 가지 느낌이 또 다른 느낌과 아래에 어떻게 놓여 지는지를 알아차릴 수 있다.

이 기법을 실습하는 한 가지 좋은 방법은 매일 5분 정도, 편안하게 앉아서, 고르게 호흡하고 눈을 살짝 감고, 그런 다음 떠오르는 느낌을 단지 관찰하는 것이다. 느낌의 층들을 알아차릴 수 있는데, 어떤 것은 위에 즉시 분명한 것일 수도 있고 어떤 것은 몇 분 후에 떠오르는 것일 수도 있다. 기억하라: 느낌들을 단지 알아차리기만 하라. 반작용하지 말라. 개입하지 말라. 느낌들을 알아차리라. 그런 다음 그것들을 내려놓으라. 실습을 할수록 마음챙김에 숙달될 것이다. 그리고 자신의 내부 자기에 더욱 연결되어 있는 것을 느낄 것이다. 또한 더 큰 평화와 평온을 체험할 것이다. 시간을 들여 실습하면, 그날 내내 자기-자각을 유지할 수 있을 것이다.

행동 이완 훈련(손정락, 2001, 2011; 허정일, 손정락, 2004; Poppen, 1998 참조).

Roger Poppen과 Don Shilling은 이완된 개인들이 외현적인 이완행동에 참가하는데, 이를 정의내

릴 수 있고 객관적으로 측정할 수 있다는 관찰을 토대로 행동이완훈련(Behavioral Relaxation Training: BRT)를 개발하였다(Poppen, 1998). BRT를 구성하고 있는 이완행동들은 EMG 감소와 자기-보고 이완 증가의 결과로 타당화되어 왔고 증명되어 왔다(Poppen & Maurer, 1982; Schilling & Poppen, 1983). BRT는 외현적인 운동 반응 양식과 내현적인 관찰 반응 양식의 지시를 강조한다. 훈련자는 피훈련자에게 동시에 10개의 이완행동 수행 기술을 지시한다. 10개의 이완행동은 행동적으로 정의되는데, 다음과 같다: 머리, 눈, 입, 목구멍, 어깨, 신체, 손, 발 그리고 고요한 호흡. 행동기술훈련 절차는 15분에서 20분 훈련기간 동안에 행동을 가르치는데 사용된다(Lundervold, Vick, Santoyo, Walsh, & Stern, 2010). 이 훈련 기간 다음에, 각 회기는 훈련 후 관찰과 함께 BRS(행동이완척도)를 사용하여 이완행동시간이 평가되고 정확한 이완행동 점수 백분율이 계산된다. 피훈련자는 그런 다음 가정에서 매일 20분 동안 BRT를 실습하도록 지시받는다. 더 훈련하는 것은 이완행동이 숙달될 때 까지 계속해서 하는 것이다; 세 번 연속 시행동안 80% 이완으로 정의된다. 이완 행동은 비교적 학습하기 쉽고, 1회기 또는 2회기에 획득될 수 있는데, 그런 다음에는 더 세련된 내현 관찰 기술 및 자기-조절 기술에 대한 숙달 훈련으로 뒤이어진다.

행동이완 훈련은 위의 다른 이완 훈련들에 비해 상대적으로 배우기 쉽고 빠르게 학습할 수 있는 것으로 알려지면서 주목을 받기 시작하였다. BRT는 다른 이완 훈련법들보다 더 선호하게 되는 몇 가지 특징이 있는데, 첫째는 습득되는 이완행동이 비교적 쉽고, 신속하기 때문에 성인이나

아동 모두에게 사용될 수 있을 뿐만 아니라, 다양한 장애를 가진 개인들에게도 사용될 수 있다는 것이다. 둘째는 근육 수축을 필요로 하지 않기 때문에, 점진적 근육 이완훈련과는 다르게 근육수축과 관련된 문제 (예, 근막통증 등)가 있는 환자들에게 문제를 일으키지도 않는다. 셋째는 바이오피드백처럼 특수 장비를 필요로 하지 않는다. 그리고 명상이나 심상 기법과는 다르게, 훈련자와 피훈련자 모두가 표적 이완행동 획득을 쉽게 탐지할 수 있다는 장점을 들 수 있다.

BRT의 이론적 근거는 피훈련자가 훈련자의 지시를 따라야 하는 이유를 제공한다. “이완을 위한 규칙”은 선행사상, 행동 및 이완의 결과 사이의 관계를 진술한다. 즉, 문제행동개관, 대안으로서 이완 그리고 훈련 절차 기술이 도움이 된다.

첫째, 문제 행동 개관으로 피훈련자의 내력과 진단과정으로 현재의 문제를 밝혀주어야 한다. 복잡한 정서적 행동, 통증 행동 및 스트레스 행동 등의 선행 사상들에 대안적인 행동으로 이완의 잠재적 강화가치를 향상시켜준다. 둘째, 이완이 효과적인 대안으로 제안된다. 즉, 이완은 불안, 스트레스, 각성, 낮은 주의집중 또는 문제 상태와 양립할 수 없는 요소들이기 때문이다. 셋째, 예상 시간과 연습 참여에 따른 훈련 절차를 기술한다. 규칙적 연습이 유익하다는 것을 일깨워 준다.

이완 이론

Poppen(1998)은 이완이론을 단일이론(근육이론, 자율신경계 이론), 이원론(신체적 이완이론, 인지적 이완론), 삼원론(근육이론, 자율신경이론, 인지이론) 그리고 네 가지 양상이론(운동 근육행동,

언어행동, 내장행동, 관찰)으로 분류하였다. Payne과 Donaghy(2010)는 생리적 이론과 심리적 이론(인지이론, 행동이론, 인지-행동이론)으로 나누어 설명한다. 그리고 Smith(1999, 2001)는 주의 행동 인지 이론(Attention Behavioral Cognitive Theory; ABC Theory)을 개발하고, 이완상태에 관해서는 특정이완 절차-특정 이완 상태 이론(Smith, 2005)을 제안하였다. 이들의 이론 개관을 차례대로 정리해 본다.

Poppen(1998)의 이완 이론 요약

먼저 Jacobson(1929, 1938)의 점진적 이완 훈련에서의 근육이론을 들 수 있다. 그는 EMG에 의해 말초적으로 측정된 골격근 활동의 정지가 이완이라고 정의하였다. 그 후 이완의 근육측면 보다는 자율신경계 측면이 강조되었다. Wolpe(1958)는 교감신경계와 정 반대인 부교감신경이 불안을 중재하는 것으로 이완을 개념화하였다. Benson(1975) 역시 다양한 의학적 상태에 대한 이완의 효과를 강조하면서 부교감 신경이론을 제시하였다.

일반적으로, 근육긴장과 교감신경계의 활동이 직접적으로 연관되어 있다는 것이 인정된다. 그러나 이완 측정치들(예, 전두엽 EMG, 심박률, 혈압, 피부전도 활동, 피부 온도, 산소 요구량)이 이러한 이론을 뒷받침하지만, 필요충분한 일관된 증거는 존재하지 않고 있다.

이러한 이론들은 모두 단일 이론인 반면에, 마음과 몸 즉, 인지와 신체에 관한 이원론이 있다. 이원론에 따르면, 신체적 이완은 단일 이론에서 기술된 근육, 내장 및 신경기제와 관련된다. 그러

나 신체활동이 이완에 필요충분조건이라는 상세한 설명도 없으며, 또한 자기보고와 실제 생리적 측정치 사이의 관계에 관한 명확한 설명도 없다. Smith(1989)는 이완에 필요한 세 가지 인지 절차를 “집중”, “수동성”, 및 “작용성”이라고 하였다. 그러나 이러한 범주도 모두 개인의 보고에 의한 것이었다. 이완론 이론가들은 인지적 범주와 신체적 범주로 분리하였는데, 즉 점진적 이완과 신체운동 변인들은 “신체적”기법으로 범주화하고, 명상, 최면 및 심상 기법들은 “인지적”으로 범주화하였다(Brokovec & Costello, 1993). Davidson과 Schwartz(1976)는 신체적 이완 기법들은 신체적 불안에 더 효과적이고 인지적 기법들은 인지적 불안에 더 효과적이라고 제안하였다. 그러나 이에 대한 측정치들은 개별 특유적이며 종종 자기보고와 생리적 경로 사이에 일치가 없는 것으로 보여졌다.

삼차원 이론 중에서, Lehrer 등(1994)은 훈련의 주된 표적이나 결과들에 기반을 둔 이완훈련기법의 세 가지 범주를 제안하였다: “근육”, “자율신경”, 및 “인지”. 이것은 이완적 접근의 확장이라고 볼 수 있다. 즉, “신체적”양상을 근육요소와 자율신경요소로 쪼개었다.

끝으로, Poppen(1988, 1989)은 이완에 응용할 수 있는 복잡한 행동 분석을 위한 행동 분류학을 제시하였다. 이 체계는 관찰가능한 행동의 수준을 지지하고 정신, 화학 혹은 신경 영역에서 설명은 제안하지 않는다. 이 이론에 따르면, 이완을 포함하는 복잡한 행동은 네 가지 행동 영역에서의 반응에 관여된다. 다양한 이완 기법들은 이러한 양상들의 어떤 것을 강조하고, 다른 것을 경시하거나 무시한다. 이 행동 분류학은 이완이 일어나는

행동의 모든 영역을 묘사하는데, 다양한 훈련 기법들에서 뿐만 아니라 이완 행동의 다양한 측면들 사이의 상호작용 분석을 위한 틀로 제공한다.

이 네 가지 행동범주는, 근육운동, 언어 내장 및 관찰 양상들이다. 각 영역에서 행동은 그것의 기능적 특성과 구조적 특성에 따라서 더 기술될 수 있다. 비록 신경 생리학적 구조와 생화학적 구조들이 행동에 기저하고 있다는 것을 인식하고 있지만, 이 접근은 기능적 특성을 강조한다.

Payne과 Donaghy(2010)의 생리적 이론과 심리적 이론

이완상태란 심리적 시스템과 신경, 근육 그리고 심장, 폐, 신장, 간 및 비장 같은 주요기관이 포함되는 생리적 시스템의 복잡한 상호작용으로 되어 있다. 이완상태를 가져오는 것으로 생각되는 기제들이 탐구되어 왔는데, 그래서 많은 이론들이 생기기 되었다. 이들 중 어떤 이론들은 자율신경활동이나 근육 긴장 같은 생리적 측면을 강조하는데, 어떤 이론들은 생활 사건에 대한 자기-지각이나 해석 같은 심리적 요소를 강조하고 있다. 주요 이론들은 다음과 같다:

생리적 이론. 스트레스나 이완 상태와 관계가 있는 신체계통에는 한편으로는 자율신경계와 내분비계가 있고 다른 한편으로는 골격계가 있다. 모든 이들 계통의 통합적인 반응이 스트레스에 직면하여 일어난다.

자율신경계와 내분비계. 생리적 각성은 주로 자율신경계의 지배를 받는다. 이것은 두 개의 가지

로 되어있다: 교감부는 유기체가 위협에 처해 있을 때 각성을 증가시키고, 부교감부는 신체를 휴식상태로 복원시켜준다. 이것들의 작용은 불수의적이며, 유기체가 생존할 수 있게 설계되어 있다.

이들 변화를 활성화시키는데 포함되는 기관에는 부신이 있는데, 신장 위에 위치하고 있다. 이들은 내부 즉 연수와 외부 즉 피질로 되어있다. 척수를 경유하여 시상하부로부터 지시를 받는데, 환경 자극에 반응하여 내부 기관의 작용을 변화시키는 호르몬을 방출한다.

상황이 도전적인 것으로 지각되면, 뇌는 즉시 척수 신경절을 통해 반응하는데, 부신 수질을 자극하여 아드레날린이나 노어아드레날린 같은 카테콜라민을 혈류에 방출한다. 이들 신경전달 물질의 기능은 보편적으로는 ‘경악-도전-도망(fright-fight-flight)’으로 알려진 방식으로 기관이 행동하도록 준비시킨다. 이것은 심장박동을 증가시키고 내장으로부터 수의근으로 혈액 재분배를 증가시키게 된다. 혈압과 호흡률이 또한 증가되고, 경계심과 감각 자각이 고조되고, 근육 긴장이 증가하여 신체 열 손실의 기체가 초래하게 된다. 이들 요인이 개인에게 생리적 반응을 하게 한다.

교감부 작동의 결과로 일어나는 어떤 변화들은 알 수 있는 증상을 산출하는데, 예를 들면, 더 빨라지는 호흡, 위경련 및 땀이다. 두려움이나 분노 같은 상태가 이것을 예지해주며, 정서와 내부 기관간의 연결에 기저하고 있다. 그 변화들이 현저하고 자주 일어나게 되면, 해당 기관은 악화될 수 있고, 이것은 정신신체질환 개념의 원인이 될 수 있다.

자율신경계와 밀접하게 연관되어 있으나 장기간 작용하는, 뇌하수체 선은 부신피질 자극 호르

몬(ACTH)을 방출한다. 이는 부신 피질을 자극하여 물질을 산출하게 하는데, 이중 가장 중요한 것이 근육에 연료 공급을 유지시키게 하는 코티솔이다. 이렇게 하여, 카테콜라민 작용을 지원하는 것이다(Waugh & Grant, 2006). 정상 수준의 코티솔 자극은 면역체계를 향상시켜준다는 증거도 있다(Jefferies, 1991). 만성된 스트레스나 약물 복용으로 일으켜진 것 같은 높은 수준의 코티솔은 그렇지만, 면역체계 억제와 연관이 있다.

도전을 받게 되면, 위의 모든 호르몬이 방출된다. 도전 상황이 지나가고, 스트레스 반응이 더 이상 필요없게 되면, 신경전달물질이 자율신경계에 균형을 복원하기 위해 방출된다. 이전에 자극되었던 기관들이 이제는 자신들의 장악력과 작용을 약화시켜서 신체 신진대사를 평형상태로 되게 한다. 교감부의 지배가 사라지고 부교감부의 지배 쪽으로 변동이 일어난다. 교감부 활동의 산물이 신체적 활동으로 타오르지 않으면, 그것들이 혈류에 집중되고, 이것들이 다른 기관을 자극하게 되고, 혈관 약화로 진전하게 된다(Gill, 2008). 그러므로 이것의 영향을 감소시키는 것이 중요한데, 이는 스트레스원을 통제하거나 이완방법을 도입함으로써 행해질 수 있다. Benson의 이완방법은 부교감부의 작용을 진전시킴으로써 교감부 활동의 효과를 중화시키는 것이 목적인데, 그래서 자율신경계의 두 가지의 상호 성질을 이용하는 것이다.

그렇지만, 부교감부의 활동이 항상 좋은 것만은 아니다(Poppen, 1998). 천식은 기관지 수축으로 악화되며, 위궤양은 산 분비로 악화된다. 기관지 수축과 산 분비는 부교감부 지배와 연관이 있으나, 여전히 천식과 위궤양 상태는 흔히 이완으로 경

감되고, 스트레스로 악화된다. 이 이론은 일관되지 않고 있다.

심리적 이론. 이완에 관한 세 가지 유형의 심리적 이론(인지이론, 행동이론, 인지-행동이론)이 논의될 것이다:

인지 이론. ‘우리의 생각이 우리의 우주를 경계 짓는다’고 Piero Ferrucci(1982)가 *What we may be*에서 썼다. 우리가 우리에게 일어나는 것을 보는 방식이 우리가 그것에 관해서 어떻게 느끼는가를 결정한다. 이 아이디어가 생각의 함수로서 느낌을 보는 인지적 접근을 요약하고 있다. 해석, 지각, 가정 및 결론 이 모두 특정한 느낌을 일으키는데, 이것이 행동을 또한 지배한다. 이것은 우리의 스트레스 경험이나 불안 경험은 우리의 생활에서 우리가 사건을 해석하는 방식과 관계가 있다는 것을 의미 한다: 예를 들면, 우리는 그것들을 불필요하게 위협을 주는 것으로 보이는 방식으로 상황을 평가할 수도 있다는 것이다 (Lazarus & Folkman, 1984).

심리치료자 Ellis(1962, 1976)는 많은 불안을 개인에 의해 만들어진 불합리한 반응으로 귀인시켰는데, 다음 예를 인용하고 있다:

개인 X가 나에게 흥미를 잃는다면, 그것은 그녀가 나를 좋아하지 않는다는 것이 틀림없다.

그리고 그녀가 나를 좋아하지 않는다면, 그것은 내가 아마 호감이 가지 않기 때문이다.

이 예에서 이 개인은 자신에 대한 관점을 한 가지 고정된 사상으로 토대를 삼고 있다. Ellis는 또한 그러나 개인을 절대적인 견지에서 생각하는

경향이 있다고 지적한다: ‘모든 사람들이 나를 좋아해야 해, 그렇지 않으면 나는 가치가 없다고 느껴질꺼야.’ 이런 양식의 생각으로 묶인 개인은 그 자신에게 설정하고 있는 불가능한 기준 때문에 실망과 불안을 선고하고 만다.

치료는 불합리한 신념을 규명하고, 그것들에 도전시키고, 더욱 합리적인 대안을 고려하게 하는 것으로 구성된다. 이러한 아이디어는 Ellis의 합리적 정서 치료의 토대를 형성하고 있다.

Beck(1984)은 현대의 정신의학으로서, 또한 불안(과 우울)을 잘못된 생각에서 나온 것으로 보고 있다. Beck에게, 고통(distress)은 개인이 사건에 대한 왜곡된 관점을 가지게 하는 잘못된 생각 패턴으로 생겨난다. 예를 들면: 어떤 개인은 자기가 책임이 없음에도 불구하고 어떤 일이 잘못 될 때마다 자신을 비난 한다; 그는 한 가지 직업 거절을 당한 후에 자신은 취직이 불가능하다고 느낀다; 그는 한 가지 사소한 실수를 대재앙으로 과장한다; 우연히 그의 차가 긁혔는데, 그는 구제할 수 없는 손해를 입은 것으로 본다. 이런 개인은 자신의 약점을 확대하고, 자신의 사소한 실수를 재앙으로 보는 경향이 있다; 그는 자신의 실패를 곰곰이 생각하고, 자신의 성취는 깨끗이 잊어버린다.

치료의 첫 번째 단계는 잘못된 생각 패턴을 이루고 있는 자동 사고를 규명하는 것이다. 이는 불안관련 사건일지를 그것을 수반하고 있는 생각과 판타지 그리고 정서 수준에 대한 기술과 함께 계속 씬으로서 행해진다. 이러한 생각들은 그 다음에 그것들을 증명하는 증거가 무엇인지를 물어서 실상에 대한 검증이 되게 하는 것이다. 그것들은 그럴듯한가? 도전할 만한가? 그 사람이 두려워하

는 것이 일어난다면 중요한가? 자동차사고가 현실 검증에 대해서 유효하지 않다면, 그는 그것들을 수정할 필요가 있을 것이다. 또 다른 흔한 오류는 위협을 과대평가하고 대처 능력을 과소평가하는 것이다. 스트레스가 습관적인 생각 오류 때문이거나 특정한 사건에 의하지 않을 때를 인식하는 것이 사건이나 상황의 영향을 즉시 줄이는 것이다. 어떤 생각 패턴은 더 긍정적으로 되고 덜 부정적으로 될 필요가 있을 수도 있지만, 치료의 주요 목표는 개인이 스스로와, 자신의 세계 및 자신의 미래에 대한 더욱 현실적인 관점을 채택하게 하는 것이다(Beck, 1996).

Beck의 인지치료의 가치에 대한 인식이 증가하고 있다. 지난 30년 이상 다양한 주요 정신 건강 문제에 미친 영향은 약물치료, 행동치료 및 대인 관계치료의 효과와 비교되어 왔는데, 더 우수하거나 동등한 효율성이 발견되었다(Butler et al., 2006; Elkin et al., 1989; Gloaguen et al., 1998; Hollon et al., 2005).

Ellis와 Beck 모두 개인을 자신의 생각을 통제하는 능력을 가지고 있고, 따라서 자기가 원하면 자신의 느낌이나 행동을 수정하는 힘을 가지고 있다고 본다. 이들의 모형은 각기 불합리한 생각에 도전하고 잘못된 생각 패턴 의문을 갖는데 관심을 가졌다. 이러한 접근법들은 인지 재구조화 영역에 속한다(Lichstein, 1988). 이들의 이론이 많은 방식에서 유사하지만, 이들의 치료 양식은 서로 다르다: Ellis는 직면 접근법을 채택하고 있는데, Beck은 더욱 협력적이다(Neimeyer, 1985).

인지 분야에 영향을 미친 연구자는 Seligman (1975)이다. 그는 어떤 개인이 자신의 환경에 대하여 가지고 있는 그 자신을 지각하는 통제의 정

도에 초점을 두었다. 이러한 통제를 결여한 사람들은 우울증의 소인이 되는 ‘학습된 무기력’상태의 사람들이다. Seligman의 최근 작업은 ‘긍정심리학’으로 불리어져 왔다. 이 작업은 의미 있고 만족스러운 생활로 이끄는 방법에 관한 안내를 제공하고 있다. 그 원리는 긍정 정서, 긍정적 심리 특성에 토대를 두고 있다(Seligman & Csikszentmihalyi, 2002).

인지적 방법은 마음을 포함시키고 있는 대부분의 접근법들을 포함시키고 있는 것으로 보일 수도 있다. 따라서 자기-대화와 정신적 전환의 인지적인 것과 같이 생각을 재구조화하는 것을 목표로 하는 다른 기법들도 있다. 그렇지만, 이들 중 어떤 기법은 Beck의 구조화된 접근법보다는 과학적 조사 보고에 덜 따르는 것 같다.

행동 이론. 행동 이론은, 대조적으로, 관찰 가능한 행위에 관심이 있다. 행동 이론은 마음속에 일어나고 있는 것을 고려하지 않고, 환경 사상에 의해 조건화된 것으로서 행동을 보고 있다. 그러한 사람들은 예측 가능한 방식으로 개인을 행동하게 이끄는 것으로 보여 진다. 고전적 조건 형성에서는, 행동은 연합에 의해 지배 된다; 예를 들면, Pavlov의 개는 종소리가 음식 냄새와 연결되었기 때문에 종소리에 침을 분비하는 것을 학습하였다. 이 자동 연합은 두려운 반응이 어떻게 발달될 수 있는지를 설명하게 해주었다. 두려움이 유발되는 상황 내에서 규칙적으로 일어나는 어떤 자극도 그 자체 두려운 반응에 방아쇠를 당기게 할 것이다.

조작적 조건형성의 경우, 행동은 강화 체계에 의해 지배된다(Skinner, 1938). 정적 보상은 상황

에 대하여 어떤 것을 더함으로써 강하게 되는 반응을 말한다; 예를 들면, 회사에 이익을 낼 때마다 피고용인에게 보너스를 주는 것. 이는 피고용인이 계속해서 일을 열심히 하는 결과를 가져온다. 부적 강화는 상황에서 어떤 것을 제거함으로써 반응을 강하게 하는 것을 말한다; 예를 들면, 아스피린을 복용해서 두통이 제거되면, 다음번 두통을 제거하는 데 아스피린을 복용할 가능성이 증가한다. 이들 두 개념 모두 행동을 조형하는 데 활용될 수 있다.

행동주의 접근에는 근육이완, 주의분산, 등급화된 노출 및 사회적 기술이 있다. 근육이완은 복잡한 심리적 체계와 생리적 체계의 상호작용을 포함한다; 주의분산은 주의를 딴 데로 돌리는 활동으로 구성 된다; 등급화된 노출은 두려운 대상이나 상황에 대해서 정복을 하는 단계별 접근을 제공한다; 그리고 사회적 기술 훈련은 대인 의사소통에 관심을 가지고 언어 및 비언어 행동을 다루고 있다. 주장 기법은, 1970년대에 Alberti와 Emmons에 의해 개발되었는데, 중심 성분이 사회적 기술 훈련이다. 이 저자들은 사람들이 지나친 불안을 경험하지 않고 타인들의 권리를 부인하지 않고 자신들의 가장 좋은 이득으로 행위 하는 행동으로서의 개념을 규정하였다(Alberti & Emmons, 1982). 주장 훈련에 포함된 주제들은 다음과 같다: 인적 권리를 연습하기; 개인적 우선권을 설정하기; 관점을 표현하기; 요청하기; 요청을 거부하기; 다른 사람들의 조종 행동에 대항하기; 스스로에게 실수를 허용하기. 행동양식은 공격적인 것에서부터 복종적인데까지 범위에 이를 수 있지만, 대부분의 상황에서 선택 양식은 주장적인 것이다. 언제, 어떻게 그것을 활용할 것인지를 아

는 것은 사회적 기술의 하나이다.

처음에는 생각과 정서는 행동을 이해하는데 불필요 하였다는 것이 행동치료자들에 의해 고려되었다. 그렇지만, 시간이 지나면서 그러한 문제는 완전히 따로 고려될 수 없으며, 또한 인지 방법과 행동 방법 간에 어떤 중복이 존재한다는 것이 증명되었다(Homme, 1965). 예를 들면, 주장 훈련이 강력한 인지 요소를 내포하고 있다는 것이 보여질 수 있었다. 이는 일부 연구자들에게 두 가지 접근법을 포함하게 하였다.

인지-행동 이론. 이 이론은 양쪽 철학으로부터 온 아이디어를 함께 가져온다. 조합된 접근을 인지-행동 훈련이라고 한다. Beck과 Ellis는 둘 다 이 새로운 발달에 대한 가치를 인정하고, 인지 치료에 행동 연습을 포함시켰다(Davidson, 2008). 연구는 광범위한 불안 장애에서 적어도 약물치료만큼이나 효과적이라는 것을 보여주었다(Blackburn & Twaddle, 1996; Davis et al., 2000). 인지-행동 중재의 한 성분으로서, 이완 훈련은 불안과 다른 임상 장애들에서 생리적 증상의 치료에 핵심적인 부분을 담당한다(Donaghy et al., 2008).

주의 행동 인지(ABC) 이론 및 특정이완 절차-특정 이완 상태 이론

Smith(1999)는 이완에 대한 주의 행동 인지(ABC)이론을 개발하였는데, 이는 그의 주장 “이완의 핵심은 외현 행동과 내현적 인지 활동이 감소되는 동안 주의를 유지하는 것”이며 활동 또한 “수동적 단순 초점을 유지하는 것”으로 알려진 것

에 토대를 두고 있다(1999, p. 4). 그는 이완을 세 가지 성분으로 나누었는데; 수동성, 계획적인 노력의 감소로 정의됨; 집중, 한 가지 단순 자극에 주의를 두는 것으로 정의됨; 그리고 지속성인데 이것이 일어날 때 이완이 유지된다(Smith, 1999). 이완 참여자들은 수동적 단순 집중을 유지할 수 있을 때, Smith(2005)가 “갱신의 주기”라고 부른 것을 경험하는데, 이들은 세상을 경험하는데 자신들을 “철회하고, 회복하고, 다시 재개 시킨다.”

Smith(1999)는 이완의 정도와 진행에 대한 내담자의 보고를 이해하지 않고서는 이완이 완전히 이해될 수 없을 것이라고 주장하였다. 따라서, 그는 내담자의 이완에 대한 자기-보고를 기술하고 측정하는데 보편적인 어휘를 차용하기 위해 **이완 상태(Relaxation States; R-States)** 개념을 개발하였다. R-상태는, Smith의 정의에 의하면, “이완을 실습하고 수동적이고 단순한 집중을 유지하는 행위를 숙달하는 것과 연관된 심리적 마음상태”이다(1999, p. 5). Smith(2005)는 이완 텍스트북과 전문 실무자들로부터 나온 이완을 기술하는데 사용된 용어 400개 이상에 대하여 여덟 개의 요인분석 연구를 시행하였다. 현재, 15개의 R-상태가 기술되었으며, 5개의 이론적 구성개념으로 분류되었다(Smith, 2001).

Smith(1999)의 이완이론은 원래 14개의 측정 가능한 R-상태를 포함하고 있다: 졸음(Sleepiness), 해방(Disengagement), 신체적 이완(Physical Relaxation), 휴식의/상쾌한(Rested/Refreshed), 정신적 평온(Mental Quiet), 기쁨(Joy), 어린애와 같은 천진함(Childlike Innocence), 경외심과 경탄(Awe and Wonder), 신앙심 깊음(Prayerfulness), 사랑과 감사(Love and Thankfulness), 내구력

(Strength), 마음편한/평화(At Ease/Peace), 시간 초월(Timelessness), 그리고 신비(Mystery). 15번째 R-상태는 상위-상태 자각(Meta-state Aware)으로 기술되었으나, 측정되지는 않았다. 경험 많은 실무자들과의 그 후 더 요인분석 연구를 한 후에, Smith(2005)는 이제는 이론적으로 측정 가능한 R-상태인 자각(Aware)으로 그의 이론을 변경하였다. 그렇지만, 이들 변화에 대한 이론적, 경험적 이유는 분명하지는 않다. 현재, Smith 이완 척도 항목표-개정판(Smith Relaxation Scale Inventory-Revised; SRSI-R)을 이루고 있는 구성개념과 R-상태는 다음과 같다: (a) 기본적인 스트레스 경감: 졸음, 해방, 휴식의/상쾌한 및 에너지를 주는; (b) 즐거움과 기쁨: 신체적 이완, 마음편한/평화 및 기쁨; (c) 이기심 없음: 정신적 평온, 어린애와 같은 천진함, 감사와 사랑; (d) 영성과 초월: 신비, 경외심과 경탄, 신앙심 깊음 및 시간 초월/경계 없는/무한한/하나로 일치; 그리고 (f) 자각: 자각. Smith는 더 나아가서 R-상태 자각이 마음챙김의 측정이라고 생각하게 되었다.

각 구성개념을 하나에서 세 개의 항목으로 이루어진 R-상태로 구성되어서 다섯 개의 R-상태로 이루어져 있다. R-상태는 전문가의 사후, 회고적인 이완효과의 보고를 토대로 요인 분석적으로 도출되어서, SRSI-R의 검사-재검사 신뢰도나 내적 일관성에 대한 전향적 평가는 보고되지 않았다. 구성개념에 대한 신뢰로운 측정이 그것의 타당도가 수립될 수 있기 전에 먼저 얻어져야만 할 것이다. 통계적이고 이론적인 관점에서, 한 문항을 구성하고 있는 구성개념과 척도를 개발하는 것은 부적절하다. 더욱이, 한 문항 척도에 대한 측정 신뢰도를 얻는 것이 불가능하지 않다면, 그것은 대

단히 어려운 것이다.

Smith(2005)는 R-상태는 이것이 나온 방식에서 다르다고 언급하였다. 그는 특정 이완 훈련 절차, 예를 들면, PMR은 일련의 특정 R-상태를 산출할 것이라는 것과 같은 **특정 이완절차-특정 R-상태 이론**을 제안하였다. 그는 더 나아가 호흡 실습과 요가 스트레칭은 모두 **마음편안/평화 및 에너지를 주는 R-상태**를 불러일으킬 것이라고 제안하였다. PMR은 해방 및 신체적 이완 보고를 증가시킨다는 것이다. 자생훈련은 졸음뿐만 아니라 해방 및 신체적 이완도 불러일으킨다는 것이다. 심상은 다음의 어떤 것을 불러일으킨다: 마음편안/평화, 에너지, 기쁨, 어련에 같은 천진함, 깊은 신비, 감사와 사랑 그리고 해방. 명상은 정신적 평온, 자각 그리고 시간 초월/경계 없는/무한한/하나로 일치를 산출한다. Smith(2005)는, 그렇지만 자신의 특정 이완 절차- 특정 R-상태 이론을 지지하는데 한정된 경험적 증거를 제공하였다. 수행되었던 연구에서, 이완 훈련 절차는 치료나 정규 실무에서 있게 되는 동일한 방식으로 수행되지 않았다. 연구 결과들은 빈번하게 서로 모순되었다. 더 나아가, Smith(2005)는 추측과는 별개로 자생훈련, 심상 또는 명상 효과에 관하여 그의 주장에 대한 지지를 제공하지 못하였다.

오직 4편의 특정 절차- 특정 R-상태 이론을 검증하는 전향적 실험 연구가 수행되었다. Khasky와 Smith(1999)는 114명의 남·여 대학생들 PMR($n=20$), 요가 스트레칭($n=19$), 또는 심상($n=19$) 실험 실험집단에 무선적으로 할당하여 연구하였다. 나머지 사람들($n=56$)은 통제 조건(인기 잡지 읽기)에 할당되었다. 세 실험집단은 자신들의 각자 이완 기법에 대한 음향 지시를 들었다.

자신들의 이완 활동에 한번 참여하고 난 뒤에, 각 집단은 9문항으로 된 SRSI를 실시하였다(Smith, 1999). 요가집단과 심상집단 모두 신체적 이완에서 통제집단보다 더 높은 점수를 받았다. PMR 집단은 신체적 이완에서 어떤 유의한 차이도 보이지 않았다.

Matsumoto와 Smith(2001)는 PMR과 깊은 호흡으로 산출된 R-상태를 연구하였다. 참가자는 남·여로 구성된 42명의 학부 대학생들이었다. 이들은 PMR 집단($n=21$)이나 깊은 이완 집단($n=21$)에 무선적으로 할당되었다. PMR 집단과 호흡 집단 모두 각자의 이완 방법에 대한 지시를 읽고 5주 회기를 받았다. 각 회기에서, 참가자들은 사전 검사(훈련 전)와 사후 검사(훈련 후)로 SRSI(Smith, 1999)를 완성하였는데, 1회기와 5회기에서는 “후-검사”(사후 검사 후 3분)를 받았다. PMR은 호흡 재훈련을 포함하지 않았는데, 가끔은 PMR의 일부로 포함되는데, PMR 집단과 호흡 집단 간의 영향을 완전히 세분화하기 위해서였다. PMR 집단은 5주 훈련 내내 신체적 이완과 해방에서 더 높은 점수를 보였으며, 5주째 후-검사에서 정신적 평온과 기쁨에서 더 높은 점수를 보였다. 깊은 호흡 집단은 내구력과 자각에서 더 높은 점수를 보였다.

Ghoncheh와 Smith(2004)는 Matsumoto와 Smith(2001)의 연구를 반복하였는데, 깊은 호흡 집단 대신에 요가 스트레칭 집단을 채택하였다. 요가 스트레칭 집단과 PMR 집단 모두에게 자신들의 이완 기법에 대한 지시를 읽어 주었으며 5주 회기를 시행하였다. Ghoncheh와 Smith(2004)는 사전 검사, 사후 검사 및 후-검사로 SRSI를 제시하였다. 결과 양상이 Matsumoto와

Smith(2001)와 유사하였는데, PMR 집단에서 모든 주에 걸쳐서 더 높은 신체 이완과 해방을 보고하였으며, 4주째에 기쁨, 그리고 5주째에 정신적 평온이 더 높았다. 요가 집단은 첫째 주에서 신체 이완에서 더 높은 점수를 보였다.

또 다른 연구에서, Smith와 Jackson(2001)은 96명의 남·여 사회 서비스 피고용인들을 포함시켰다. 참가자들에게 스트레칭과 호흡, 횡격막 호흡, 입술을 통한 호흡, 그리고 깊은 호흡을 상이한 무선 순서로 가르쳤는데, 각 집단은 5-20명의 참가자로 구성되었다. 각 집단은 5분씩 호흡 연습을 실시하였다. 각 연습 후에 참가자들은 간편 SRSI(원 SRSI의 단축판)를 완성하였다. 깊은 호흡 집단이 신체 이완, 마음편한/평화, 졸음 그리고 내구력과 자각에서 더 높은 R-상태 점수를 보였다. 모든 호흡 절차는 사랑과 감사 점수에서 감소를 보였다.

이들 연구 결과는, 특정 이완 절차가 특정 R-상태를 산출한다는 이론을 지지하는데, 아무리 하더라도, 포함되지 못한다. Kasky와 Smith(1999)의 연구는 PMR이 R-상태에서 유의한 변화를 보이지 않았는데도 신체 이완을 산출해야 한다는 Smith의 원래 주장을 부정하고 있다. Matsumoto와 Smith(2001) 그리고 Smith와 Jackson(2001) 모두 R-상태가 호흡 연습을 통해 증가된다는 Smith의 주장을 지지하는데 실패하였다. 더 나아가, Ghoncheh와 Smith(2004)의 연구는 PMR과 요가 모두 신체 이완을 산출할 수 있다는 것을 보여주고 있다. 모든 이들 연구는 Smith의 특정 상태 이론과 상반되는 증거를 내어 놓았다. 흥미롭게도, Smith의 실험실 외에는 R-상태에 관한 연구가 수행되지 않았다.

이완 상태

대부분의 이완 기법은 어느 정도 물러남(거리두기)을 포함하는 수동적인 이완 연습에 초점을 두고 있다. 그러나 이완이란 무엇이며, 그것은 어떻게 작용하는가? (Smith, 2007). 이완상태와 이완에 관한 관점을 Harvey(1998)의 이완의 다섯 수준(근육 수준, 자율신경 수준, 정서적 수준, 정신적 수준 및 영성적 수준)과 이 수준들에서 긴장양식을 살펴보고, Smith(1985, 1986, 2007)의 심리적 이완 이론에서 주장하는 이완 상태(R-상태)를 알아보고, 끝으로 행동이완 훈련이 이완상태와 마음챙김에 미치는 효과(Hobbs, 2010)를 개관해 본다.

이완의 다섯 수준과 긴장(Harvey, 1998).

근육수준. 근육수준에서는, 긴장(tension)은 단순히 골격근의 지속적인 일련의 수축이다. 근육긴장의 경험은 누구에게나 흔한 일이다. 고된 일과나 힘든 주말 후에, 우리 모두는 근육긴장 증상을 느끼는데, 쭈시는 목, 어깨와 등을 통하는 뻣뻣함, 긴장성 두통을 느낀다.

근육 이완은 근육의 지나친 지탱이나 팽팽한 것(조임)을 풀어주는 것이다. 기저 원리는 근육을 느슨하게 하고, 신장시키고, 놓아주는 것이다. 이렇게 하는 많은 방법이 있다.

자율신경 수준. 자율 신경계 수준에서 긴장은 더욱 복잡하다. 이 신경계는 내부 기관을 통제하는데, 심박률, 혈압, 위장 활동 및 호흡률을 조절한다. 자율 신경계는 두 부로 이루어져 있다. 교감부는 내장 활성을 증가시키는데, 부교감부는 내장

활동을 감소시키거나 억제한다. 교감부 활성화는 신체를 도주하거나 도전하도록 준비 시킨다; 부교감부는 신체를 쉬거나 이완시키도록 움직인다. 자율신경 수준에서 긴장은 장기적인 활동이나 장기적인 억제가 있을 때 일어난다.

우리는 우리의 신체 내부에서 자율신경 긴장을 경험한다. 교감부 활성화는 심계항진, 짧은 호흡, 지나친 땀 분비 및 차갑거나 냉습한 손을 초래한다. 부교감부 증상에는 낮은 에너지, 지나친 한숨 및 완만한 소화가 있다.

자율신경 수준에서의 이완 원리는 균형 즉, 개인이 평화롭고, 한결 같고, 평온함을 느끼도록 활성화와 억제 사이에 역동적인 균형을 달성하는 것이다. Schultz와 Luthe에 의해 기술된 자율신경 상태가 자율신경 이완이다. 느리고, 한결같은 심박률, 따뜻한 복부, 부드러운 호흡 및 차가운 이마의 감각이 자율신경 이완의 특징이다.

정서적수준. 긴장은 정서 상태에 극적인 영향을 미칠 수 있다. 두려움, 불안, 슬픔, 분노 및 혐오와 같은 부정적인 정서는 생활 자세를 지배할 수 있다. 이들 만성적 정서는 우울이나 무기력 상태에 빠지게 할 수 있다. 만성적인 부정적 정서는 점점 많은 건강 문제에 기저 원인으로 알려져 왔다.

정서 이완은 만성적인 부정적 느낌을 내려놓는 것을 의미한다. 분노와 두려움 같은 강렬한 느낌은 자연스럽게 보호적인 가치를 갖고 있지만, 오랫동안 지속될 때는 해롭게 된다.

정서 이완은 또한 긍정적인 면과 항의적인 면을 갖고 있다. 우리가 부정적인 정서의 속박을 느슨하게 하면, 만족, 행복 및 즐거움과 같은 감정이 우리의 생활 경험에 스며들기 시작한다. 부정적인

정서가 흩어져 없어지면, 이들 긍정적이고, 활기 넘치고, 긴장을 주는 정서가 진정한 정서이완 경험을 우리에게 주게 된다.

정신적수준. 정신적 수준에서 긴장은 사고양식과 지각구조를 포함한다. 긴장된 마음은 산만하며, 생각에서 생각으로 도약하며, 여전히 특정한 몰두와 강박적인 생각에 빠져있다. 지각은 제한되어 있고, 좁고, 유연하지 못하다.

긴장된 마음 경험은 혼란 일이다. 긴 하루의 끝에서 정신적 긴장을 알게 될 수도 있다. 우리의 마음은 회전 속도가 빨라지고 산만해지며, 걱정이나 문제에 사로잡히게 된다. 우리가 이완하려고 시도하면, 마음은 되풀이해서 걱정의 고리에 잡혀 있게 된다. 잠들려고 하면, 우리 마음은 중단되지 않는다. 우리가 거기 누워서 마음이 흔들리고 만대로가 있는 동안 우리 마음은 생각에서 생각으로 질주하고 있다.

정신적 수준에서 이완의 원리는 초점과 개방의 흥미로운 조합이다. 마음은 집중되어 있기도 하고 열려 있기도 하다. 많은 사람들은 그림을 그리거나, 가구를 조립하거나 정원을 손보는 것과 같은 취미에 열중할 때 정신적 이완을 맛본다. 한 가지 활동에 즐겁게 몰입하게 되면, 초점으로 되면서 열려 있으며 가능성에 정신을 바짝 차리게 된다. 정신적 이완은 우리가 오래 산책을 하면서 걱정을 내려놓고 주변의 소리나 광경에 열려 있게 될 때 또한 경험할 수도 있다.

영성적수준. 이완에서 영성의 중요성은 완전하고 깊은 이완에 도달하기 위하여 기도나 명상이 많이 하는데서 반영되고 있다. 사실, 가장 포착하

기 힘든 긴장이 영성 수준에서 일어난다. 이 긴장은 신성과의 연결 결여, 인생의 목적에 관한 혼돈 그리고 자기-지식의 부재로 특징지어 진다. 영성적 긴장은 소외, 고립 및 공허의 느낌으로 이끈다.

영성적 긴장은 우리가 신성에 대한 비전을 개발하고, 우리 자신을 알고 수용하는 것을 배우고, 우리의 독특한 내적인 잠재력을 자각하게 되고, 인생의 분명한 목적감을 개발 시키게 되면, 경감될 수 있을 것이다. 영성적 긴장은 우리가 주변의 자연과 인생을 이해하게 되고, 우리 인생은 더 큰 양식의 일부라는 것을 인식하기 시작하면 극복된다.

상호작용. 이 다섯 수준의 이완은 분리되어 있지 않다. 이들은 많은 방식으로 상호작용한다. 한 가지 수준에서의 긴장은 다른 수준에서의 긴장을 만들어낼 것이다. 예를 들면, 감정 수준에서의 만성적인 분노는 복수의 생각, 뒤끓는 위, 턱을 가는 긴장을 만들어 낼 수도 있다.

그러나 수준들간의 이 상호작용은 긍정적인 방향에서 작동될 수 있다. 깊은 근육 이완은 신경계

를 평온하게 할 것이고, 심박률을 낮추고, 호흡을 부드럽게 하고, 차분한 마음을 가져다 줄 것이다. 바꿔 말하면, 우리가 마음에 집중하고 평온하게 하면, 더 쉽게 호흡하고, 근육 긴장을 풀게 되면, 우리는 평화로움을 느낀다.

다섯 수준의 이완이 조합되어 완전하고 통합적인 이완 경험을 형성하게 된다: 완전한 이완 — 최적의 건강과 웰빙을 위한 분명한 역량과 잠재력. 우리가 다섯 수준 모두에서의 이완을 의식적으로 만들어내면 완전한 이완을 성취하게 될 것이다.

그림 1의 각 수준에서의 긴장을 더 자세하게 기술하면 다음과 같다. 이 긴장과 대조되는 것이 이완상태라고도 할 수 있을 것이다. 수준 VI은 긴장의 일반적인 증상이다: **수준 I의 근육긴장**에는 근육 경련, 목이 아픴, 등이 아픴, 어깨 굳음, 나쁜 자세, 다리 경련, 두통, 털이 굳음, 이갈이, 근육 긴장, 신경 틱, 전율이 포함된다. **수준 II의 자율신경계 긴장**에는 소화 불량, 과민성 대장, 만성 변비, 만성 설사, 고혈압, 심계 항진, 얇은 혹은 굵

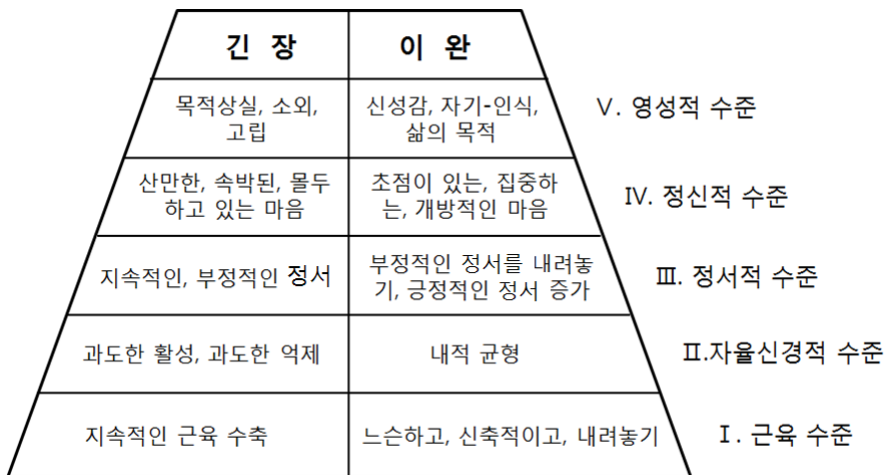


그림 1. 다섯 수준의 이완과 긴장

한 호흡, 편두통, 땀 많은 손, 찬 손, 지나친 땀이 포함된다. **수준Ⅲ의 정서긴장**에는 적대감, 조급증, 분노, 슬픔, 울음 발작, 낙담, 무희망, 불안, 성질 폭발, 두려움, 우울, 좌절, 공포증이 포함된다. **수준Ⅳ의 정신적 긴장**에는 주의 산만, 빈약한 집중, 강요된 생각, 강박적 사고, 망각, 몰두, 좁아진 시각, 질주하는 생각, 혼란(당황), 걱정, 우유부단, 기억력 저하가 포함된다. **수준Ⅴ의 영성적 긴장**에는 목적 상실, 영감 결여, 목표 및 방향 상실, 연결 상실, 모호한 우울, 소외, 고독, 냉소주의, 꿈 상실, 권태 또는 지루함이 포함된다. **수준Ⅵ의 긴장의 일반적인 증상**에는 잠들기 어려움, 잠을 설침, 잠깨기 힘들, 과도한 수면, 카페인 사용습관 신경 성 섭식, 식욕 부진, 점점 더 많은 정크푸드 섭식, 피로, 기력 저하, 지루한 서류작업, 혼란, 생산성 감소, 미루는 버릇, 끊임없이 일하기, 체중감소/증가, 사고를 일으키기 쉬운, 타인들과 갈등이 포함된다.

모든 다섯 수준에 공통적인 뚜렷한 이완의 질은 무엇일까? Harvey(1998)는 다음과 같이 공통적인 이완의 질을 기술하고 있다:

이완은 학습된 기술이다. 많은 기술과 마찬가지로, 이완은 적절한 교육으로 가장 잘 학습되며, 지속적이고 주의 깊은 수행으로 숙달된다.

이완은 의식적인 자기-지시기술이다. 사람들이 많아서 TV를 보거나, 책을 읽거나 친구들과 저녁식사를 하러 나가거나 하면 어느 정도 이완될 것인데, 많은 사람들은 이완이 어떤 즐거운 활동물의 부산물인 것처럼 잘못 생각하고 있다. 이 즐거운 활동들은 어느 정도의 이완을 가져다주지만, 충분하지 않다.

깊고 철저한 이완의 핵심은 내면으로 주의를

향하게 하는 것이며, 체계적인 방법을 적용하며, 의식적으로 완전한 이완을 만들어내는 것이다. 이것을 행하기 위하여, 우리는 자기-지시 이완의 내적 언어를 배울 필요가 있다. 우선, 이것은 도전적일 수도 있지만, 시간과 실습으로, 이들 기법들에서 능숙하게 될 수 있다.

이완은 수동적인 의지력을 포함하고 있다. “수동적인 의지력”이란 용어는 바이오피드백 분야에서 나왔다. 이것은 내적 상태를 변화시키려고 하지만 그것에 붙잡히지 않고 이를 달성하기 위해 의도(의지력)를 가지는 과정을 묘사하는 것이다. 이완하기 위해, 우리는 분명한 의도를 가지고 시작해야만 하는데, 그것을 억지로 밀어붙이지 않으면서 이완이 일어나게 허용 해야만 한다.

수동적인 의지력 기법은 외부 세계와는 대조적인데, 보통은 더 많은 노력이 더 큰 결과를 가져온다. 냄비를 반짝거리게 하려면, 냄비를 더 열심히 닦는다. 더 많은 돈을 벌려면, 더 열심히 일해야 한다. 우리는 노력을 더 많이 할수록, 더 큰 결과를 얻는다고 믿고 있다. 그러나 애를 쓰면 긴장을 만들어 낼 수도 있고, 이완을 방해하게 될 수도 있다. 이완의 열쇠는 내려놓는 것을 배우는 것이다.

이완은 본질적으로 개인적인 것이다. 누구에게나 작용하는 단일한 이완기법은 없다. 사람들이 긴장을 어떻게 표현하는지, 이완을 어떻게 획득하는지는 독특하다고 할 수 있다. 일반적으로는 가장 긴장이 있는 수준에서 시작해야만 한다. 근육긴장으로 고생한다면, 근육 이완기법으로 시작해야 한다. 급한(질주하는) 신경계를 가지고 있다면, 자율신경 이완기법으로 시작해야 한다.

학습 스타일과 기질 또한 이완 기법 선택에 영

향을 미친다. 당신이 청각적인 학습에 더 익숙하면, 이완 지시를 반복해서 경청하는 것을 선호할 수도 있다; 당신이 시각적인 학습에 더 익숙하면 이미지에 더 잘 반응할 것이다; 그리고 촉각적인 학습에 더 익숙하다면, 움직임과 감각을 더 선호할 것이다.

기질 면에서, 어떤 사람들은 이완하는데 감정적 접근을 선호하고, 어떤 사람들은 논리적이고 과학적인 접근을 원한다. 어떤 사람들은 직접적이고 확실한 기법에 가장 편안해 하며, 어떤 사람들은 드러내 놓는 형식으로서의 이완을 경험하기를 좋아한다. 어떤 사람들은 분명한 순서와 종결이 있는 기법을 필요로 하며, 어떤 사람들은 개방적인 절차를 필요로 한다. 궁극적으로, 각 개인은 자신에게 가장 잘 작동하는 접근을 실험하고, 관찰하고, 선택해야 한다.

이완의 효과는 누적적이고 계통적이다. 이완의 효과는 시간이 경과하면서 누적되며, 점점 더 많은 범위의 신체, 마음 및 영성에 영향을 미치는 경향이 있다.

R-상태(Smith, 1985, 1986, 2007)

Smith(2005)의 심리적 이완이론의 최신 주장을 살펴보고, 경험적 연구를 개관하고, 이완을 가르치기 위한 심리학적 기반 접근법을 기술해 본다. Smith(2007)는 이완의 신경생리학적 모형들의 장점을 인정하지만, 지나친 강조는 어떤 중요한 것을 잃을 위험이 있다고 하였다. 예를 들어 명상 수행자들은 평생의 수행에서 신체적 변화 이상의 더 많은 어떤 것을 발견한다는 것이다.

이완상태와 이완. 심리적 이완 이론은 현저하게 적응 훈련자들이나 연구자들이 묻는 단순한 질문으로 시작한다: 당신이 이완될 때 당신이 경험하는 것은 무엇인가? 당신이 점진적 근육 이완 훈련, 요가 스트레칭, 호흡 연습, 자생훈련, 명상 또는 마음챙김을 배우는 학생들에게 묻는다면, 긍정적 심리적 상태의 풍부하고 다양한 무지개를 재빨리 직면하게 될 것이다. 어떤 사람은 “평화로운”이나 “휴식된”을 느낀다. 어떤 사람들은 “졸린”이나 “멀리” 또는 “에너지 주는”이나 “기쁜”을 느낀다. 그리고 엄격히 수도적인 접근을 하는 수행자들은 깊이 영성적 느낌을 가질 수도 있다.

Smith가 심리적 이완 이론을 개발하는 첫 번째 단계는 이완 또는 그가 선호하는 “이완상태”와 연관된 긍정적 심리상태를 규명하고 지도를 받는 것이었다. Smith는 점진적 근육이완, 자생훈련, 요가, 호흡연습, 심상법, 창조적 시각화, 태극권, 자기-취미, 명상, 묵상 및 기도에 관한 200개 이상의 핵심 텍스트북에서 사용된 400 단어 목록으로 시작하였다. 9개의 출판된 요인분석 연구는, 6,077명의 참가자가 40개 이상의 이완 기법과 활동이 동반되었는데, 최소한 12개의 기본 이완 상태를 가리키고 있다(Smith, 1999, 2001a, 2005): 1. 수용하기; 2. 마음편한 / 평화로운(정신적으로 이완된); 3. 자각하는 / 집중하는 / 명료한; 4. 해방된(거리를 두는, 무관심한, 멀리 느끼는 것); 5. 기쁜; 6. 신비(사물의 “깊은 신비”를 체험하는 것); 7. 낙관적인; 8. 신체적으로 이완된; 9. 평온한(마음이 고요한, 생각이 없이); 10. 경건한 / 잘 기도하는; 11. 졸린; 12. 시간을 초월한 / 경계가 없는 / 무한한 / 하나로 일치된.

이 단어들은 심리적 이완에 대한 기본적인 어휘

목록이나 보편적인 “자연 언어”의 시작으로 볼 수 있을 것이다. 그러나 이 단어들은 어떻게 조직되어야 하는가? 어떤 기저하고 있는 과정들을 반영하고 있는가? Smith의 최근 생각은 이들을 네 개의 이완경험 범주를 반영하고 있다는 것이다: 기본적인 이완, 핵심 마음챙김, 긍정 에너지 및 초월.

기본적인 이완. 보통의 이완 모형들은 신경생리학적 각성의 감소에 초점을 둔다. 네 개의 R-상태는 심리적 각성 감소의 유사 범주로 이루어져 있다. 즉, 기본적인 이완: 졸린, 해방된, 신체적으로 이완된 그리고 마음편한/ 평화로운이다. 각각을 심리적 긴장 감소의 한 측면을 묘사하고 있는데, 이것은 신경생리학적 상관을 가질 수도 가지지 않을 수도 있음을 주목하라. 예를 들면, 투쟁을 해결한 뒤에 강렬한 평화로움을 경험할 수도 있다. 그러한 평화는 심리적 긴장 감소를 경험하면서 상당한 뇌 활동이 아주 뚜렷할 수도 있는 것이다.

핵심 마음챙김. 마음챙김 명상을 현재 이완에 대해서 가장 널리 연구되어진 접근법이다. Smith 자신의 2001-2007년 동안의 PsycINFO 검색은 모든 이완 형태에서 우뚝 치솟은 마음챙김을 인용하고 있는 388개의 연구를 발견하였다. 여기에는 다음이 포함되었다: 마음챙김이나 초월명상(292 인용), 마사지(201), 이완/스트레스 관리를 위한 측면(110), 이완/스트레스 관리를 위한 바이오피드백(109), 이완/스트레스 관리를 위한 시각화/심상(104), 점진적 근육 이완/점진적 이완(83), 자생훈련(78), 태극권/기공/tau yim(77), 음악과 이완(73), 호흡 연습/횡격막 호흡(43), 초월명상(39), 사우나/온천/목욕(28), 이완을 위한 침술(20), 요가 스트레

칭/하타 요가(10), 스트레스 관리/이완을 위한 기도(7), 웃음/유머어 치료(7), 이완을 위한 예술 치료(6), 약초 보충/비타민 및 이완(2), 이완 부양(감각박탈) 탱크(1), 향기 치료(1), Benson명상(1), 그리고 임상적으로 표준화된 명상(0), 전형적으로, 마음챙김이란 지속된 집중, 생각 정교화 부재, 그리고 비판단적 수용으로 정의된다(Bishop et al., 2004). 이 차원들은 R-상태인 자각하는/집중하는/명료한, 평온한, 그리고 수용하기와 유사한 것으로 보인다.

긍정 에너지. 많은 연구가 긍정 정서와 건강 및 장수와 관련지었다(Pressman & Cohen, 2005). 대부분의 연구들은 “행복”과 “낙관주의”에 초점을 두었는데, R-상태의 기쁨과 낙관적인과 대응하고 있다. 모두 이들은 핵심적인 이완 차원의 긍정 에너지를 시사하고 있다. 넓게 정의하면, 긍정 에너지는 고도로 상관이 있는 상태의 무지개를 포함하는데, 여기에는 무엇보다도 아름다움, 조화, 행복 그리고 유쾌가 있다.

초월. R-상태의 경건한/잘 기도하는, 신비, 시간초월/경계 없는/무한한/하나로 일치된 뿐만 아니라, 분명히 말로 나타낼 수 없거나 스스로보다 더 크거나 더 위대한 어떤 것을 경험하는 영성적 상태이다. 초월 경험을 신적인 하느님에 대한 믿음을 요구하지는 않는데, 한 사람이 고요하게 아름다움이나 장엄한 우주를 직면할 때 그러한 순간의 이완에서 나타날 수 있다.

Smith(2007)는 R-상태를 “새롭게 하기 창문”에 편성하였다(그림 2. 참조). 이 도식에는 추가적으로 가정된 R-상태인 휴식의/상쾌한(기본적인 이

완), 에너지를 주는(긍정 에너지), 감사하는/사랑하는(긍정 에너지), 천진한(핵심 마음챙김), 중심에 두는(핵심 마음챙김), 깨어있는(핵심 마음챙김), 그리고 경외심과 경탄이 있다. 이들 R-상태가 아직은 출간된 연구에서 독립된 요인들로 나타내야 하지만, Smith는 이것들이 상당한 임상적 효율성이 있다는 것을 발견하였다.

R-상태의 가치. R-상태는 무엇이 좋은가? 첫째, Smith는 R-상태가 이완수행을 시작하고 유지 시켜주는데 강력한 강화물이라고 제안한다. R-상태를 설명하고, 측정하고, 논의함으로써, 내담자를 지속적 수행의 잠재적 보상에 민감하게 만들어준다. 둘째, R-상태는 긍정적인 이완성과에 중심이

될 수도 있는데, 왜냐하면 사회가 흔히 R-상태를 진정한 생산성으로부터 산만한 것으로, 게으른 것으로, 단지 작업 후에 즐겁게 되는 필요 없는 방종으로, 도는 기껏해야 좋은 식사에 대한 지나가는 기억만큼이나 대수롭지 않은 것으로 에누리해서 생각하기 때문이다. 긍정심리학은 긍정 상태가 건강, 면역기능 및 심지어 장수에 직접적인 영향을 미친다는 것을 분명하게 보여주었다. 아마 이완 지도자들의 가장 중요한 관제는 내담자에게 R-상태가 사소하거나 지나가는 기분이 아니라 모든 이완의 근본적이고 강력한 부분이라는 것을 설득하는 것이다.

R-상태는 내담자가 자신의 이완 목표를 분명하게 생각하게 하고, 생활의 휴식으로써 이완을 통

<p>초월 시간초월/ 경계 없는/ 무한한/ 하나로 일치된 신비 경건한/ 잘 기도하는 경외심과 경탄</p>	
<p>핵심 마음챙김 평온한 자각하는/ 집중하는/ 명료한 수용하기 천진한 중심에 두는 깨어있는</p>	<p>긍정 에너지 기쁜 낙관적인 에너지를 주는 감사하는/ 사랑하는</p>
<p>기본적인 이완 마음 편한/ 평화로운(정신적으로 이완된) 신체적으로 이완된 해방된("멀리, 무관심한") 휴식의/ 상쾌한</p>	

그림 2 새롭게 하기 창문: R-상태 범주(Smith, 2007).

합하게 하는데 도움을 준다. 이완은 단순하게 신체적 스트레스 경감으로 보았다면, 낮잠보다 더 나은 게 없을 것이다. 한 사람이 기법을 수행하고, 일하러 되돌아간다. R-상태의 전체 무지개를 고려해봄으로써, 내담자는 스트레스 경감을 넘어서서 이완의 가치를 목표로 생각할 수 있으며, 수행 회기를 넘어서서 이완을 활동과 관심으로 통합시키는 방식을 생각할 수 있을 것이다.

심리적 이완 이론은 네 군집의 잠재적 이완 목표를 제안하고 있다: 부적인 목표(수면 향상시키기, 스트레스 관리하기, 치유과정을 향상시키기), 정적-수행목표(건강과 에너지를 향상시키기; 평안하고, 직접적인 행위; 생산성, 그리고 효과성), 긍정적-표현적인 목표(자발적 즐거움, 창의성 및 통찰), 그리고 초월적 목표(신에 대한 영성, 명상 및 마음챙김). 이 공식화는 수많은 요인분석 연구를 통하여 나왔다(Smith, 2001c, 2005).

우리의 R-상태 새롭게 하기 창문(그림 2.1)은 다양한 이완 목표가 어떻게 접근될 수 있는지에 관해 비추고 있다. 내담자들과 피훈련자들에게 풍부하고 많은 기법들을 주게 되면, 그들이 발견하는 길은 전형적으로 고도로 개별화되며, 뚜렷한 창의성을 보여준다. 하나의 마음챙김 프로그램이 명상, 요가 및 심상을 조합할 수도 있고, R-상태 해방된, 자각하는/ 집중하는/ 명료한, 평온한, 그리고 수용하기에 초점을 둘 수도 있다. 고혈압 내담자는 R-상태 신체적으로 이완된, 마음 편한/ 평화로운, 그리고 수용하기를 원할 수도 있어서, 점진적 근육 이완, 호흡 연습 및 심상 프로그램을 계획할 수도 있다. 근심걱정에 묻힌 대학생은 R-상태 즐거운, 낙관적인, 그리고 평온함을 표적으로 하는 요가나 자생훈련으로 된 휴식시간 연습을

만들 수도 있다. 어떤 종교 집단은 R-상태 경건한/ 잘 기도하는, 낙관적인, 그리고 신비로 가는 길로서 기도 심상법과 호흡연습을 생각해 볼 수도 있다. 불면증이 있는 사람은 R-상태 해방된과 졸린을 위해 점진적 근육 이완과 자생훈련을 혼합할 수도 있다. 이완의 심리학을 생각해보면, 가능성은 끝이 없다. 이완에 대한 상이한 접근법은 상이한 이완 상태를 일으킬 것이다. 다중 기법을 사용하는 이완 훈련은 더 큰 범위의 이완상태를 촉진하고, 치료 준수, 효과 및 회기를 넘어서서 일반화에 기여할 수도 있을 것이다.

이완행동 훈련과 이완상태(Hobbs, 2010)

Hobbs는 행동 이완 훈련(BRT)이 이완상태와 마음챙김 명상에 미치는 효과를 검증하였다. BRT가 자기보고 마음챙김과 이완에 미치는 효과에 대한 실험분석이 피험자들의 전반적인 다중 기저선을 사용하여 수행되었다. 이완이나 명상 수련 내력이 없고 현재 불안경감제 사용 내력이 없는, 3명의 대학생이 참가하였다. 종속변인은 행동이완 척도(BRS), 이완 행동의 직접 관찰 측정치 및 자기-보고 질문지; Smith 이완 상태 항목표-개정판(SRSI-R) 및 마음챙김의 다섯 국면 질문지(FFMQ)였다. 독립변인은 행동 이완 훈련(BRT)였다. 기저선 측정에 뒤이어, 참가자들은 매주 6회 20분 훈련회기의 의자에 기대어 누운 BRT를 받았다. 훈련 후 평가는 각 회기 후에 실시되었다. 이완행동 백분율이 BRT 후에 즉각 증가되었다. 기저선에서, R-상태는 변동적이었는데, 마음챙김 점수는 높았다. BRT후에, 15회의 R-상태 중 12회에서 그리고 5회의 마음챙김 국면 중에서 3회에

서 체계적 증가가 보고되었다.

Hobbs는 타당하고 신뢰로운 이완 측정과 관련 지어 이완상태의 크기와 방향에 대한 검증이 필요하다 하였다. 예를 들어, 이완의 신체적, 인지적, 생리적 양상에서의 생리적 반응과 자기-보고 변화 그리고 외현적 이완 행동이 고려되어야 할 것이라는 것이다.

요약 및 앞으로의 연구 방향

오랜 세월에 걸쳐 이완 훈련 방법이 개발되어 왔지만, 과학적인 변인으로서 이완상태를 다룬 것은 극히 최근이라고 할 수 있다(손정락, 2011). 이를 위하여, 본 개관 논문에서는 첫째, 지금까지 개발되어온 다양한 이완기법을 표1에 제시하고, 이 중에서 점진적 근육 이완훈련, 자생훈련, 호흡훈련, 명상 및 행동이완 훈련을 살펴보았다. 특히 최근 마음챙김 명상과 행동이완 훈련을 살펴본 것은 심리적 이완이론의 정교화와 이완 상태에 관한 연구들이 앞으로 많은 기여를 할 것으로 보았기 때문이다.

둘째, 이완이론을 조명하였다. 지금까지 많은 사람들이 많은 이유로 그리고 많은 방식으로 이완을 수행하여 왔으며, 여기서 나온 많은 기법들은 수많은 경험적 연구 주제였으며, 긴장과 스트레스 관리를 넘어서서 이완과 행복을 추구하는데 매우 인기 있는 도구였다. 그런데, 이완이론에 관해서는 이완기법보다 덜 탐구되어 온 것이 사실이다. Poppen(1998)은 이완 이론을 단일이론(근육이론, 자율신경계 이론), 이완이론(신체적 이완이론, 인지적 이완이론), 삼원론(근육이론, 자율신경이론, 인지이론), 그리고 네 가지 양상이론(운동근육 행동,

언어행동, 내장 행동, 관찰)으로 기술하였다. Payne과 Donaghy(2010)는 생리적 이론과 심리적 이론(인지이론, 행동이론, 인지-행동이론)으로 나누어 설명하였다. 그리고 Smith(1999, 2005)는 주의 인지 행동 이론(Attentional Behavioral Cognitive Theory; ABC Theory)을 개발하고, 이완 상태에 관해서는 특정 이완 절차-특정 이완 상태 이론(Smith, 2005)을 제안하였다.

셋째 이완 훈련의 결과로 산출되는 이완 상태를 조명하였다. 먼저, Harvey(1998)의 이완의 다섯 수준(근육 수준, 자율신경 수준, 정서적 수준, 정신적 수준, 영성적 수준)과 그 상호작용 그리고 다섯 수준에 따른 긴장을 또한 살펴보았다. 그리고 공통적인 이완의 질은 학습된 기술, 의식적인 자기-지시 기술, 수동적인 의지력, 본질적으로 개인적이라는 것, 이완의 효과는 누적적이고 계통적이라는 것을 밝혔다. Smith(1985, 1986, 2007)의 이완상태 설명은 초월, 핵심 마음챙김, 긍정 에너지 및 기본적인 이완으로 나누어 형용사로 표현하였다. 이완 상태의 가치에 관해서도 언급되었다. 끝으로, Hobbs(2010)의 이완행동 훈련과 이완 상태를 다루었다.

많은 훈련 방법이 수세기 동안 채택되어 왔지만, 과학적인 변인으로서 이완상태를 다룬 것은 최근인데, 그 주요 이유는 이완을 주로 주관적 상태로 가정한 것을 객관적으로 측정하는 체계가 부족하였기 때문이다(Poppen, 1998). 지금까지의 연구의 대부분은 치료 절차와 증상변화 사이의 대략적인 이완 측정치를 받아들여온 것이 사실이다(손정락, 2011).

앞으로도 이완 훈련 방법은 그 잠재력이 크기 때문에, 그 활용이 더욱 확대되어야 하고, 효용성

도 더욱 적립되어야 한다. 각 이완기법은 더욱 진화되어야 한다. 또한 다양한 기법들의 조합 절차도 고려해 볼 수 있다. Harvey(1998)가 제안한 다섯 가지 이완 수준에 따른 이완기법 즉, 근육이완 기법, 자율신경이완 기법, 정서적 이완기법, 정신적 이완기법 및 영성 이완기법의 조합 절차도 고려해 볼 수 있다. 예컨대, 정서적 이완 기법에서 호흡과 조합한다면 “미소 호흡” 방법을 행동이완 훈련에 적용할 수도 있을 것이다. 또한 마음챙김 명상의 바디스캔 절차를 행동이완훈련과 조합하고 행동이완 척도와 명상이완 측정으로 이완의 본질을 규명해 볼 것을 제안한다(예, 손정락, 2011).

Payne과 Donaghy(2010)는 이완이론과 이완수행을 더욱 강조하면서 다음과 같이 내다보았다: 스트레스는 세 가지 양상 중 어떤 것으로 그 자체 표현 된다: 신체적(생리적), 인지적(심리적), 그리고 행동적(관찰 가능한 행위). 인지적 이완기법으로 산출된 변화 패턴은 생리적인 것으로 산출된 것과는 상이할 것이며, 또한 문제에 치료를 대응시킨 것에서부터 이득이 파생될 수 있다는 것이 제안되어 왔다. 예를 들면, 긴장형 두통은 잘못된 생각 패턴을 교정시키는 것 같은 인지적 접근에 반응하는 것 보다는 근육 긴장을 풀어주는 것 같은 신체적 접근에 더 잘 반응하는 것 같다 (Lehrer, 1996; Yung et al., 2004).

그렇지만, 인지-행동 이론에서 최근 생각은 신체적 과정, 인지적 과정 및 행동 과정 간에 상호작용이 일어난다는 모형을 선호하고 있다; 예를 들면, 통증이 있는 관절은 단순히 신체적 증상만이 아닌 걱정 같은 심리적 요인도 포함하는 증상이며 통증과 연관된 어떤 활동의 회피 같은 행동

증상이다(Vlaeyen & Morley, 2005). 상이한 기법들이 다양한 측면의 불안에 영향을 주기 위해 활용될 수도 있으며, 어떤 치료적 중재의 목표도 그것의 상이한 요소들의 통합이 될 것이다(Ralston, 2008). 이완 기법을 선택하는 방법은 특정 장애에 따른 기법 선택에 관한 건강진료 전문가들의 연구에서 지침을 받을 수 있다. 앞의 표1은 상이한 방법들에 대한 권장된 적용증을 항목별로 제시하고 있다. 또한 개인이 긍정적 체험을 한 기법, 장애의 성질과 기법의 적절성, 증거기반 기법이 선택에 중요할 것이다. 무엇보다도 효과성을 증명하는데는 모든 기법들이 체계적인 검증을 거쳐야 할 것이다. 그것이 당일 이완 방법이든지 기법들의 조합이든지 많은 시도를 거치면서 검증 받아야 한다. 그래서, 이완기법, 이완이론 및 이완 상태에 관한 앞으로의 체계적인 연구가 더욱 기대된다.

끝으로, 이완은 평생에 걸친 탐구와 성장의 과정이라고 생각된다. 시간을 들이면 이완수행이 변화하고 발달하는 자신을 거리를 두면서 볼 수 있게 될 것이다. 자신만을 위한 새로운 이완기법이나 조합도 발견할 수 있을 것이다. 이완상태가 어떤 것인지 체험할 수도 있을 것이다. 이완의 여러 기법들은 우리의 인생여정에 활용해 볼 필요가 충분하다.

참 고 문 헌

- 김태홍, 김기화, 최동렬 (1998). 점진적 근육 이완 운동이 Bowling 경기의 득점향상에 미치는 영향. 한국체육과학회지, 7(1), 385-394.
- 박태영 (2004). 심리기술 훈련이 대학골프선수들의 불안

- 과 심박수에 미치는 영향. 한국체육과학회지, 13(2), 369-378.
- 방석찬 (2002). Relaxation training effect on depression for the Korean elderlyimmigrants. 한국심리학회지: 건강, 7(2), 257-273.
- 서경현 (2004). 스트레스와 이완훈련. 2004 한국건강심리학회 제4차 학술대회 및 워크샵 자료집, 103-114.
- 손정락 (2001). 행동이완 훈련과 평가. 2001 한국건강심리학회 하계 학술발표대회 및 Workshop 자료집, 1-39.
- 손정락 (2011). 행동이완훈련과 평가. 한국심리학회지: 일반, 30(4), 973-993.
- 손정락, 강혜자, 한인순 (1990). 바이오피드백과 스포츠과학. 서울: 성원사.
- 이현종 (1999). 스트레스 대처훈련이 조정선수의 경쟁불안 감소에 미치는 효과. 한국체육과학회지, 8(1), 185-192.
- 주동엽 (2002). 심리기술훈련방법이 경쟁 상태 불안 해소에 미치는 영향. 한국체육과학회지, 11(1), 137-147.
- 허정일, 손정락 (2004). 행동이완훈련. 2004 한국건강심리학회 제4차 학술대회 및 워크샵 자료집, 103-114.
- Alberti, R. & Emmons, M. (1982). *Your perfect right : A guide to assertive living*(4th ed.). Impact, San Louis Obispo, California.
- Anderson, N. D., Lau, M. A., Segal, Z. V., & Bishop, S. R. (2007). Mindfulness-based stress reduction and attentional control. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 14, 449-463.
- Bear, R. A., Smith, G. T., Hopkins, J., Krietemeyer, J., & Toney, L. (2006). Using self-report assessment methods to explore facts of mindfulness. *Assessment*, 13, 27-45
- Beck, A. T. (1984). Cognitive approaches to stress management. In P. M. Lehrer, R.L. Woolfolk, W. E. Sime (3rd ed.). *Principles and practice of stress management*. New York: Guilford Press.
- Benson, H. (1975). *The relaxation response*. New York: William Morrow.
- Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N. D., Carmody, J. et al., (2004). Mindfulness : A proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11, 230-241.
- Blackburn, I. M. & Twaddle, V. (1996). *Cognitive therapy in action*. London: Souvenir Press.
- Brokovec, T. D., & Costello, E. (1993). Efficacy of applied relaxation and cognitive behavioral therapy in the treatment of generalized anxiety disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 611-619.
- Butler, A. C., Chapmen, J. E., Forman, E. M., et al. (2006). The empirical status of cognitive-behavioural therapy: A review of meta-analyses. *Clin Psychol. Rev.*, Ch, 26, 17-31.
- Davidson, K. (2008). Cognitive-behavioural therapy: Origins and developments. In M. Donaghy, M. Nicol, & K. Davidson (eds.), *Cognitive-behavioural interventions in physiotherapy and occupational therapy*. Butterworth-Heinemann, Edinburgh, pp.3-18.
- Davidson, R. J., & Schwartz, G. E. (1976). The psychobiology of relaxation and related states: A multiprocess theory. In D. I. Mostofsky (ed.), *Behavior control and modification of psychological activity*(pp. 399-442). New York: Prentice-Hall.
- Davis, M., Eshelman, E. R., & McKay, M. (2006). 긴장이완과 스트레스 감소워크북[*The relaxation & stress reduction workbook*(5th ed.)](손정락 역). 서울: 하나의학사. (원전은 2000에 출판)
- Donaghy, M. E., (2008 a). Cognitive-behavioural

- approaches in the treatment of alcohol addiction. In M. Donaghy, M. & Nicol, K. Davidson(Eds.), *Cognitive-behavioural interventions in physiotherapy and occupational Therapy* (pp.105-120). Butterworth-Heinemann Elsevier, Edinburgh.
- Elkin, I., Shea, M. T., & Watkins, J. T. (1989). General effectiveness of treatments. *Arch Gen Psychiatry*, *46*, 971-982.
- Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. New York: Lyle Stuart.
- Feist, G. J. & Rosenberg, E. L. (2011). 커넥션의 심리학 [Psychology: Making connections](손정락, 강혜자, 김교현, 박순권, 박창호, 이민규, 최영은 역). 서울:교보문고. (원전은 2010에 출판)
- Ghoncheh, S. & Smith, J. C. (2004). Progressive muscle relaxation, yoga stretching, and ABC relaxation theory. *Journal of Clinical Psychology*, *57*, 839-846.
- Gill, J. S. (2008). Biomedical links between cognitions and behaviour. In M. Donaghy, M. Nicol, & K. Davidson (Eds.), *Cognitive behavioral interventions*. Heinemann Elsevier, Edinburgh.
- Gloaguen, V., Cottraux, J., Cucherat, M., et al., 1998. A meta-analysis of the effects of cognitive therapy in depressed patients. *J. Affect. Disord* *49*, 59-72.
- Harvey, J. R. (1998). *Total relaxation*. New York: Kodansha America.
- Hobbs, C. N. (2010). *The effects of behavioral relaxation training on relaxation states and mindfulness*. Master Dissertation. Centtal Missouri University, USA.
- Hollon, S. D., de Rubeis, R. J., Shelton, R. C., et al. (2005). Prevention of relapse following cognitive therapy vs medications in moderate to severe depression. *Arch Gen Psychiatry*, *62*, 417-422.
- Homme, L. E., (1965). Perspectives in psychology: The operants of the mind. *Psychol. Rec* *15*, 501-511.
- Jacobson, E. (1929). *Progressive relaxation*. Chicago: University of Chicago Press.
- Jacobson, E. (1938). *Progressive relaxation*(2nd ed.). Chicago: University of Chicago Press.
- Jefferies, W. M. (1991). Cortisol and immunity. *Med Hypotheses*, *34*, 198-208.
- Jha, A. P., Krompinger, J., & Baime, M. J. (2007). Mindfulness training modifies subsystems of attention. *Cognitive Affective and Behavioural Neuroscience*, *7*, 109-119.
- Kabat-Zinn, J. (1994). *Wherever you go, there you are: Mindfulness meditation in everyday life*. New York: Hyperion.
- Kabat-Zinn, J., Wheeler, E., Light, T., et al. (1998). The influence of a mindfulness intervention on rates of skin clearing in patients with moderate to severe psoriasis. *Psychosom Med* *60*(5), 625-632.
- Khasky, A. D., & Smith, J. C. (1999). Stress, relaxation states, and creativity. *Perceptual and Motor Skills*, *88*, 409-416.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer Publishing Co.
- Lehrer, P. M., Carr, R., Sargunraj, D., & Woolfolk, R. L. (1994). Stress management techniques: Are they all equivalent or do they have specific effects? *Biofeedback and Self-Regulation*, *19*, 353-401.
- Lichstein, K. (1988). *Clinical relaxation strategies*. New York: Wiley.
- Lundervold, D. A., Vick, L. B., Santoyo, J. C., Walsh, M., & Stern, E. R. (2010). Validating a skills training procedure for Behavioral Relaxation Training: Acquisition and generalization.

- Poster presentation. Association for Psychological Science, Boston, MA.
- Matsumoto, M. & Smith, J. C. (2001). Progressive muscle relaxation, breathing exercises, and ABC relaxation theory. *Journal of Clinical Psychology, 57*(12), 1551-1557.
- McGuigan, F. J. (1993). Progressive relaxation: Origins, principles, and clinical applications. In P. M. Lehrer, R. L. Woolfolk, & W. E. Sime (ed), *Principles and practice of stress management*. New York: Guilford.
- Neimeyer, R. A. (1985). Personal constructs in clinical practice. In P. C. Kendall (ed.), *Advances in Cognitive behavioral research and Therapy*. Academic press, Orlando, FL.
- Payne, R. & Donaghy, M. (2010). *Payne's handbook of relaxation techniques: A practical guide for the health care professional*. London: Churchill Livingstone, Elsevier.
- Poppen, R. & Maurer, J. (1982). Electromyographic analysis of relaxed postures. *Biofeedback Self Regul. 7*, 491-498.
- Poppen, R. (1988). *Behavioral relaxation training and assessment*. New York: Pergamon.
- Poppen, R. (1989). *Some clinical implications of rule-governed behavior: Cognitions, contingencies, and instructional control*. New York: Plenum.
- Pressman, S. D. & Cohen, S. (2005). Does positive affect influence health? *Psychological Bulletin, 131*, 925-971.
- Schilling, D. J. & Poppen, R. (1983). Behavioral relaxation training and assessment. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 14*, 99-107.
- Schultz, J. H. (1932). *Das Autogene Training-Konzentrierte Selbstentpannung*. Leipzig: Theime.
- Seligman, M. E. P. (1975). *Helplessness*. Freeman, San Francisco.
- Seligman, M. E. P., Csikszentmihalyi, M. (2002). Positive psychology: An introduction. *Am Psychol. 55*(1), 5-14.
- Skinner, B. F., (1938). *The behavior of organisms*. New York: Appleton Century Crofts.
- Smith, J. C. (1985). *Relaxation dynamics: Nine world approaches to self-relaxation*. Champaign, IL: Research Press.
- Smith, J. C. (1986). *Meditation: A sensible guide to a timeless discipline*. Champaign, IL: Research Press.
- Smith, J. C. (1989). *Relaxation dynamics: A cognitive-behavioral approach to relaxation*. Champaign, IL: Research Press.
- Smith, J. C. (1999). *ABC relaxation theory: An evidence based approach*. New York: Springer.
- Smith, J. C. (2001). *Advances in ABC relaxation: Applications and inventories*. New York: Springer.
- Smith, J. C. & Karmin, A. D. (2001). *Idiosyncratic reality claims: ABC relaxation theory and relaxation dispositions*. Chicago: Roosevelt University.
- Smith, J. C. (2005). *Relaxation, Meditation, and Mindfulness*. New York: Springer.
- Smith, J. C. (2007). *The psychology of relaxation. Principles and practice of stress management*(3rd ed., pp.38-52). New York: Guilford.
- Smith, J. C., & Jackson, L. (2001). Breathing exercise and relaxation states. In J. C. Smith(Ed.), *Advances in ABC relaxation: Applications and Inventories*. (pp. 202-204). New York: Springer.
- Teasdale, J. D., Segal, Z., Williams, M. G., Ridgeway,

- V. A., Soulsby, J. M., & Lau, M. A. (2000). Prevention of relaps/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*, 615-623.
- Waugh, A., Grant, A., (2006). *Ross & Wilson anatomy and physiology in health and illness*(10th ed.). Churchill Livingstone Elsevier, Edinburgh.
- Wolpe, J. (1958). *Psychotherapy by reciprocal inhibition*. Stanford, CA: Stanford University Press.

원고접수일: 2012년 11월 30일

게재결정일: 2012년 12월 9일

Relaxation Techniques, Relaxation Theories, and Relaxation States

Chong-Nak Son
Department of Psychology
Chonbuk National University

The verb "relax" comes from a Latin word *relaxare*, meaning "to loosen". Today, the word "relaxed" is used to refer either to lax muscles or to peaceful thought. Many people practiced relaxation procedures from ancient to modern era. Thus, a number of relaxation techniques and theories were derived. In this review article, five major relaxation techniques (Progressive Muscle Relaxation Training, Autogenic Training, Breathing Exercise, Meditation, and Behavioral Relaxation Training), relaxation theories, and relaxation states were explored. These are to stimulate further research and to aid in the development of more effective relaxation techniques. Finally, the summary and future directions of the article were discussed.

Keywords: relaxation techniques, relaxation theories, relaxation states, meditation, behavioral relaxation training