https://doi.org/10.16946/kjsr.2022.25.1.17 pISSN 2287-6995 / eISSN 2671-7786
Korean J Schizophr Res Vol. 25. 1, 2022

정신병의 수용전념치료

예수병원 정신건강의학과
나의현

Acceptance and Commitment Therapy for Psychosis

Euihyeon Na, MD, PhD
Department of Neuropsychiatry, Presbyterian Medical Center, Jeonju, Korea

There has been increasing interest in the psychosocial treatment of psychosis based on Acceptance and Commitment Therapy (ACT), which has the primary aim of helping people more effectively engage in their lives guided by their values. The approach includes various techniques to change one's relationship to private experiences, such as hallucination and delusion, rather than rectifying the contents of these experiences. Using the six core processes of the ACT model (hexaflex) tailored to the characteristics of people with psychosis may help alleviate their distress from the symptoms and shape pragmatic value-consistent behaviors. This review introduces the ACT model of psychosis and illustrates the specific ways of applying ACT to people with psychotic experiences. (Korean J Schizophr Res 2022;25:17-21)

Keywords: Acceptance and commitment therapy; Psychosis; Psychological flexibility; Schizophrenia; Third wave cognitive behavioral therapy.

서 론

정신병은 망상 또는 환각을 경험하는 상태로 대개 현실 검증력이 손상되는 것이 특징이며, 조현병을 비롯한 여러 정신질환에서 환자의 기능에 부정적 영향을 미치는 핵심 증상이자 정신건강의학과 치료에서의 주요한 목표이다.[1] 항정신병약물을 비롯한 약물치료가 정신병의 일차 치료로 권고되지만,[2] 꾸준한 약물치료에도 불구하고 증상이 지속되거나 일상 기능의 저하로 인한 어려움을 호소하는 경우가 많기에 이에 대한 심리사회중재 또한 함께 적용하도록 제안된다.[3] 인지행동치료(Cognitive Behavior Therapy)는 정신병으로 인한 고통(distress)과 장애(disability)를 경감시키는 대표적인 근거 기반 정신심리치료 기법으로 망상이나 환각에 대한 내용(content)과 신념(beliefs)에 언어적으로 도전하여 증상을 개선하는 것을 목표로 삼는다.[4] 그러나 이러한 인지를 수정하려는 시도는 병식의 정도에 따라 저항에 부딪히거나,[5] 환자의 증상 특성에 따라 도입 자체가 어려운 상황이 생기기도 하며,[3] 통상 6개월 이상 소요되는 치료 기간으로 인해 조기 탈락이 빈번히 발생하는 등 시행하는 데 여러 제한이 있어 보다 효율적이며 임상실제에서 원활하게 적용할 수 있는 심리사회중재의 필요성이 대두되어 왔다.[3,6]

수용전념치료(Acceptance and Commitment Therapy)는 이러한 제한점을 극복할 유망한 대안으로 제시된다. 수용전념치료에서는 비합리적 신념을 비롯한 인지의 내용을 수정하는 대신 신념과 증상이 환자의 삶 속 행동과 경험을 지배하는 영향력을 감소시키는 것이 목표가 된다.[3] 달리 말하자면 망상이나 환각 같은 내적 경험 자체를 제거하거나 인지적으로 통제하는 데 초점을 맞추는 대신, 이에 반응하는 방식의 실효성(실제 효과성, workability)을 일깨우는 다양한 은유(metaphor)와 체험 연습(experiential exercise)을 통해 내적 경험에 반응하는 정도를 줄이고 역기능적인 외현 행동으로 이어지는 연결고리를 끊을 수 있도록 돕는다.[4] 정신병 환자를 대상으로 시행한 경험 연구를 통해 단기간에 걸친 소수의 회기에서도 수용전념치료의 치료 효과가 확인되었으며,[4,7] 미국심리학회(American Psychological Association)의 임상심리학 분과(Society of Clinical Psychology) 또한 수용전념치료를 정신병에서 임상적 유용성을 가진 경험으로 지지되는 치료

Received: April 1, 2022 / **Revised:** April 6, 2022
Accepted: April 9, 2022
Address for correspondence: Euihyeon Na, Department of Neuropsychiatry, Presbyterian Medical Center, 365 Seowon-ro, Wansan-gu, Jeonju 54987, Korea
Tel: 063-230-1559, Fax: 063-230-1568
E-mail: irene.h.na@gmail.com

Copyright © 2022 Korean Society for Schizophrenia Research

(empirically supported therapy)로 지정하였다.[8] 아울러 이러한 수용전념치료의 유용성은 정신병 환자의 급성 증상 뿐만 아니라 뒤이어 발생하는 기분 증상에서도 그 효과가 보고되어 정신병 치료의 일부 과정에 국한되지 않고 두루 적용할 수 있는 치료 기법으로 제안된다.[9]

본고에서는 수용전념치료 관점으로 정신병을 이해하고 중재하는 방법에 대해 다루고자 한다. 정신병 환자가 경험하는 증상과 심리적 고통과 일상 기능의 저하를 수용전념치료의 육각모형(hexaflex)를 이용하여 개념화하고, 정신병 환자에게 수용전념치료 기법을 적용할 때 고려해야 할 주요 사항을 제시하여 정신병의 수용전념치료에 대한 독자들의 이해 전반을 높이는 데 도움이 되고자 한다.

본 론

수용전념치료 관점으로 보는 정신병

심리적 경직성과 유연성

수용전념치료 관점에서 정신병리는 삶에서 나타나는 여러 도전적인 상황에서 효과적인 적응을 어렵게 만드는 심리적 경직성(psychological inflexibility)으로부터 비롯된다.[10] 주어진 사건이 일어나는 맥락(context)의 다양성과 행동의 살에 미치는 기능(function)을 알아차리지 못하고, 실제 변화가 필요한 경우에도 언어적 규칙에 따라 경직되고 협소한 행동 레퍼토리만 반복하게 되는 것이다.[11] 따라서 치료는 기능적 맥락주의(functional contextualism)에 입각하여 행동의 기능과 행동이 일어나는 맥락을 분석하는 기능 분석(functional analysis)에서부터 시작된다.[10] 기능 분석을 통해 확인할 수 있는 두 가지 초진단적 핵심 병리 영역은 인지 융합(cognitive fusion)과 체험 회피(experiential avoidance) 및 통제(control)로, 이를 통해 증상이 악화될 뿐 아니라 환자의 삶 자체도 극도로 협소해진다.[10,11] 망상적 사고와 강력히 융합되어 있거나 환각을 통제하고 없애려 애쓰는 정신병 환자를 떠올려 본다면 정신병 또한 본질적으로 이들 두 영역과 밀접한 관련이 있다는 점을 쉽게 이해할 수 있을 것이다.[12] 수용전념치료 작업에서는 인지 융합과 체험 회피가 포함된 여섯 가지 핵심 병리에 기반하여 환자가 가진 고유한 정신병리특성에 대한 사례개념화를 시행하고, 이를 바탕으로 치료 계획을 수립하며 궁극적으로는 환자가 심리적 유연성(psychological flexibility)을 획득하도록 돕는다.[10,11] 여섯 가지 핵심 과정은 육각형(hexagon)과 심리적 유연성을 조합한 용어인 육각모형으로 표현되며, 모형 내에서 심리적 유연성과 그에 대비되는 심리적 경직성을 구성하는 각 과정은 수용(acceptance) 대 체험 회피, 탈융합(defusion) 대 인지 융합, 현재 순간과 접촉하기(contact with the present moment) 대 과거 또는 미래에 몰두하기(conceptualized past and feared future), 맥락으로서의 자기(self-as-context) 대 개념화된 자기(conceptualized self), 가치(values) 대 가치 상실 또는 파괴(lack of values clarity), 전념 행동(committed action) 대 비활동(inaction) 또는 충동성(impulsivity)으로 불린다.[10]

육각모형을 통한 정신병의 사례개념화

환각과 망상을 비롯한 정신병의 주된 증상 및 이를 수용전념치료로 접근하는 과정에 관한 육각모형을 Fig. 1에 제시하였다. 육각모형을 이용하여 환자의 정신병을 사례개념화하고 그에 따른 치료 계획을 수립할 때는 각 과정을 반응 양식에 따라 분류한 세 축을 바탕으로 살펴보는 것이 유용하다.[10] 체험 회피와 인지 융합을 다루는 수용과 탈융합 과정은 환자가 자신의 내적 경험에 보다 개방(open)된 상태로 변화하도록 돕는다.[10] 이를 육각모형의 첫 번째 축인 개방성(openness) 축이라 한다.[10] 환각에 대한 반응으로써 환각에 휘말리거나 환각과 고군분투하게 되는 행동들을 체험 회피 영역에서, 환각의 침습성(intrusiveness)에 관한 생각이나 환각의 내용 또는 환각이 가지는(예: 환청의 '화자'에 대한) 대인관계 의미 등과 융합된 정도를 인지 융합 영역에서 확인해 볼 수 있을 것이다.[13] 망상을 믿는 정도(believability)와 망상의 기능 또한 체험 회피와 인지 융합 영역에서 평가해야 할 부분인데, 망상이 회피의 대상으로 작동하는지 또는 망상 그 자체가 적극적인(active) 체험 회피로 기능하고 있는지 고려해야 할 것이다.[14] 이는 수용전념치료에서 인간의 언어행동을 이해하는 관계구성이론(relational frame theory, RFT)의 관점이 반영된 것으로,[11] 환자가 처한 상황이나 불편한 내적 경험을 회피하기 위한 세상을 언어로 견고히 구축한 행동이 곧 망상이라는 관점을 반영한다.[12,14] 수용전념치료 개입 단계에서는 망상이나 환각을 정도의 차이는 있지만 일상에서 경험하는 생각이나 지각의 기능적 연속선상에 놓인 경험으로 접근하며(정상화, normalization),[12,15] 체험 회피 행동의 실효성, 즉 회피 행동이 환자가 바라는 더 나은 삶에 실제로 도움이 되었는지를 환자와 함께 검토한 다음 대안 행동으로써 수용에 대한 연습을 제시한다.[13,14] 아울러 증상을 비롯한 내적 경험으로부터 거리를 두는 탈융합 연습을 통해 증상에 따른 즉각 반응이 아닌 자신의 삶의 방향(가치)과 일관된 행동을 할 가능성을 키운다.[13,14]

개방성 축에서 관찰되는 환자의 경직된 특성은 환자의 자기(self)에 대한 감각과 현재 순간을 알아차리는(aware) 영역

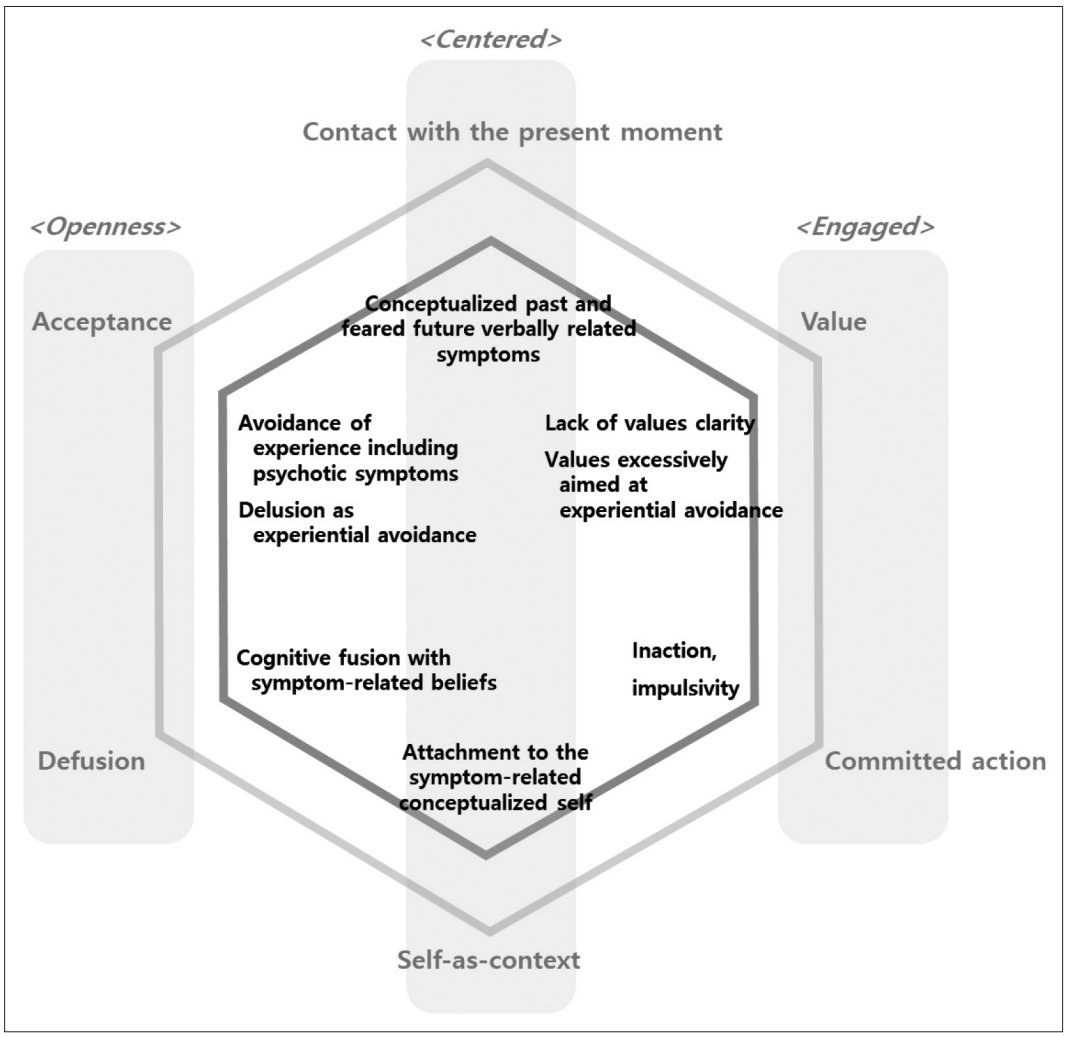

Fig. 1. The hexaflex model of psychopathology (psychological inflexibility) and psychological flexibility applied to people with psychosis (adapted from Hayes et al., 2011[10]).

인 중심성(centered) 축에서의 병리로 연결된다.[16] 망상 속 자기 개념(self-concept)과 유착된 환자는 이를 일종의 규칙(rule)처럼 따르며 부적응 행동을 하게 되고, 현재 순간에 있는 그대로 접촉하지 못하고 증상과 언어적으로 관계된 과거나 미래에만 경직되게 주의를 기울이게 된다.[17] 수용전념치료는 이러한 경향성을 마음챙김(mindfulness) 기법으로 다룬다. 관찰자 관점(observer perspective)를 촉진하여 실제 삶 속에서 매 순간 일어나는 다양한 경험과 접촉하며 생각이나 판단에 유착된 자기보다는 관찰하는 자기에 대한 감각을 키우게 한다.[10] 특히 환각 증세가 있는 환자에게는 환각으로부터 주의를 거두는(away) 마음챙김 연습과 환각에 주의를 가져가는(toward) 마음챙김 연습을 각각 시행해 볼 수 있다.[13] 다시 말해 환자의 상태에 따라 환각에 몰두하지 않도록 호흡 등으로 주의를 돌리게 할 수도, 환각을 그저 경험의 하나로 비판단적으로 관찰하게끔 하여 수용해보도록 안내할 수도 있다.[13]

육각모형의 마지막 축은 가치와 전념행동으로 구성된 참여(engaged) 축으로,[10] 정신병 환자의 수용전념치료 효과를 가시적으로 확인할 수 있는 영역이다.[17] 치료 동맹과 치료 순응도의 증대가 전념행동 중 하나로 다뤄지며,[18] 가치는 이러한 전념행동의 동력이 된다.[12,18] 그러나 정신병 환자는 가치가 매우 모호하며 가치에 기반한 삶의 목적이나 방향 또한 불분명하거나,[18] 체험 회피에 유착되어 '불편감을 없애기' 또는 '무언가를 하지 않기'라는 제한된 목표로 가치를 오인하는 경우가 빈번하다.[17] 그 결과 환자의 행동은 비활동 상태나 충동성을 띄는 형태 또는 반복되는 체험 회피로 인한 경직되고 협소한 레퍼토리만을 보이게 된다.[14,17,18] 수용전념치료자는 치료 초반부터 가치에 대한 탐색을 통해 환자의 치료 동기를 강화하

며,[12,18] 치료실 밖 삶에서 환자가 실제로 수행 가능한 전념 행동을 계획하고 치료 전 과정 동안 점진적으로 달성해 가도록 돕는다.[13,16]

정신병에서 특징적인 수용전념치료 기법

치료 전반에서 고려해야 할 사항

정신병에서 수용전념치료 기법을 적용할 때는 환자가 이용하기 편하고, 이해하기 쉬우며, 기억할 수 있는 방식으로 제공하는 것이 무엇보다 중요하다.[15] 환자의 증상 특성, 인지 결함 수준, 의사소통 기술 정도에 따라 치료의 복잡성과 제공 방식이 달라져야 한다.[12,15,18] 예를 들어 환청을 외부 경험으로 여기는 환자와 작업할 때는 이를 '내적' 경험으로 지칭하는 대신 '조절할 수 없는' 경험으로 지칭하며 작업을 진행할 수 있다.[13] 인지 결함이 확인된 환자에게는 기법의 종류를 늘려서 제공하는 것보다는 핵심 기법 한가지를 다양한 형태로 매 회기마다 반복 제시하는 것이 도움이 될 것이다.[7,12,15] 아울러 추상적이고 긴 은유보다는 소품을 이용하거나 행동으로 표현할 수 있는 간단하고 구체화된 은유를 핵심 은유로 선택해야 할 것이며,[12] 환자가 기억하기 쉽도록 유인물을 제작하고 배포하는 방법도 고려해야 할 것이다.[13] 중심성 축을 다루기 위한 마음챙김 기법을 적용할 때도 긴 침묵을 유지하기보다는 10분 이내의 짧은 시간에 걸쳐 구두 안내를 지속적으로 제공하는 구체적인 방식으로 진행하는 것이 권고되며,[15] 이러한 방식으로도 환자가 집중하기 어려워하는 경우에는 마음챙김 먹기나 걷기 같은 활동 중심의 연습을 이용할 수도 있다.[18] 전념행동을 과제로 제공하는 경우에는 지나치게 장기적인 목표를 제시하기보다 수 일 내로 환자가 간단하게 경험할 수 있으면서도 활력을 느낄 만한 행동으로 구성되었는지 고려해야 할 것이다.[13]

가치 작업으로 삶과 다시 연결되기

앞서 언급하였듯 정신병의 수용전념치료에서 가치 작업은 환자의 치료 참여에 동기를 부여하며 향후 행동 변화를 기꺼이 하게(willingness) 만드는 동력을 만들어낸다.[12,18] 특히 병식이 부족하거나 비자발적으로 치료에 참여하게 된 환자에서 가치 작업은 중요하다.[12,18] 환자가 가진 치료에 대한 관점을 증상의 옳고 그름을 논쟁하거나 증상을 제거하려는 과정이 아닌 환자가 보이는 현재 행동이 환자의 가치와 일치하는지 검토하며 환자가 보다 자신의 삶의 방향에 부합한 삶을 살도록 돕는 과정으로 전환할 수 있는 계기가 되기 때문이다.[12,14,18] 추상적 개념을 다루기 어려운 정신병 환자의 특성을 고려하였을 때, '가치 있는 삶 질문지(Valued Living Questionnaire, VLQ)'같은 주요 가치 영역을 세분하여 제시하는 척도를 이용하며 작업을 진행하는 방식이 필요할 수도 있다.[18,19] 아울러 망상을 보이는 환자와 작업할 때는 환자가 가진 가치는 비교적 뚜렷하지만 이러한 가치를 자신이 구축한 망상 속 세상에서 실천하려고 하지는 않는지 확인하는 것이 필요하다.[14,20] 이런 경우에는 환자가 가진 가치와 일치하는 행동을 현실 속 사회 맥락에 부합하게 실현시킬 수 형태로 변환시키는 작업을 함께 고려해야 할 것이다.[14]

탈융합과 수용을 통해 증상과 새로운 관계 맺기

탈융합과 수용 기법 적용의 시작점인 행동의 실효성을 확인하는 작업은 대개 환자에게 불확실성과 정서적 불편감을 불러일으키기에 정서적 활성에 취약한 정신병 환자에서 이 과정을 작업하려면 환자가 충분히 안전하다고 느낄 수 있는 치료 관계가 조성된 다음 섬세하고 조심스럽게 진행해야 한다.[13,14] 환자가 보이는 망상과 환각을 '증상'으로 언급하기 보다는 특수한 '경험'으로 보는 치료자의 태도와 용어 사용(예: 이런 경험, 그 현상)이 공감을 바탕으로 하는 정상화 작업이 안전한 치료 관계 조성에 도움이 된다.[12,15] 조절할 수 없는 내적 경험을 통제하려는 시도의 무용함에 대해 언급할 때는 환자가 가진 정신병 증상의 특수성을 배제한 정서 증상 등을 예시로 드는 것이 효과적이며,[14] 망상을 적극적 회피 행동으로 접근하고자 한다면 회피의 대상이 되는 감정(피해망상에서의 두려움, 과대망상에서의 열등감 등)에 관한 상황을 제시할 수도 있다.[12,14,17] 이후 치료는 대개 탈융합부터 시작하며,[12] 생각의 내용이 아닌 생각과 관계를 맺는 방식에 초점을 맞춘다는 점을 환자에게 안내하여야 한다.[12,18] 생각과 행동 사이에 거리를 두는 탈융합 은유와 연습(대표 예: 마음과 함께 산책하기[21])을 통해 환자는 증상 및 증상과 관련된 생각을 그저 수많은 생각 중 하나로 여기며 증상을 애써 억제하려 들지 않으면서도 증상을 믿는 정도가 감소하며 적응적인 행동을 할 수 있게 된다.[12,14] 정신병에서 수용전념치료를 적용한 연구에서 재입원율 등의 치료 결과는 개선을 보였으나 동시에 증상을 보고한 횟수는 증가하였다는 역설적인 결과는 이러한 치료 기법을 뒷받침하는 예시로 볼 수 있다.[4,22]

결 론

수용전념치료는 정신병 환자의 증상을 기능적 맥락주의 관점에서 다루며, 증상을 제거하거나 증상의 내용을 변화시키려는 기존 심리사회중재 기법과는 달리 증상의 기능을 탐색하고 환자가 증상과 맺고 있는 관계를 변화시키도록 진행된

다. 증상의 정신병리는 여섯 가지 핵심 과정으로 제시되는 심리적 경직성으로 개념화되며, 치료 계획 또한 각 과정에 대응하여 수립된다. 수용전념치료의 궁극적인 치료 목표는 환자가 심리적 유연성을 획득하여 자신이 진정으로 살고자 하던 삶을 살도록 돕는 것이다. 정신병에서의 병식 부족으로 인한 비자발적 치료 현장에서 수용전념치료의 가치 작업은 환자의 치료 참여도를 높이고, 증상과 논쟁하지 않으면서도 환자가 증상으로부터 거리를 두고 삶의 다채로운 영역을 바라보며 실효성 있는 행동을 선택하도록 지지하는 탈융합과 수용 작업은 환자의 안녕감을 증대하는 데 도움이 될 것으로 여겨진다. 정신병 환자의 인지기능과 증상의 특성을 고려한 마음챙김 기법 또한 환자가 살아가는 현재와 안전하게 접촉하는 데 기여할 것이다. 향후 정신병 환자를 대상으로 하는 표준화된 수용전념치료 프로그램이 개발되고, 국내 임상 현장에서도 활발히 적용되어 정신병 환자의 회복과 안녕에 역할을 다 할 수 있기를 기대한다.

중심 단어: 수용전념치료; 심리적 유연성; 정신병; 제3동향 인지행동치료; 조현병.

ORCID iD

Euihyeon Na https://orcid.org/0000-0001-8657-8855

REFERENCES

1) Arciniegas DB. Psychosis. Continuum (Minneap Minn) 2015;21(3 Behavioral Neurology and Neuropsychiatry):715-736.
2) Foussias G, Remington G. Antipsychotics and schizophrenia: from efficacy and effectiveness to clinical decision-making. Can J Psychiatry 2010;55:117-125.
3) Thomas N, Shawyer F, Castle DJ, Copolov D, Hayes SC, Farhall J. A randomised controlled trial of acceptance and commitment therapy (ACT) for psychosis: study protocol. BMC psychiatry 2014;14:1-11.
4) Bach P, Hayes SC. The use of acceptance and commitment therapy to prevent the rehospitalization of psychotic patients: a randomized controlled trial. J Consult Clin Psychol 2002;70:1129.
5) Naeem F, Kingdon D, Turkington D. Predictors of response to cognitive behaviour therapy in the treatment of schizophrenia: a comparison of brief and standard interventions. Cognit Ther Res 2008;32:651-656.
6) National Institute for Clinical Excellence: Schizophrenia. London: NICE;2002.
7) Gaudiano BA, Herbert JD. Acute treatment of inpatients with psychotic symptoms using Acceptance and Commitment Therapy: Pilot results. Behav Res Ther 2006;44:415-437.
8) Society of Clinical Psychology. Acceptance and Commitment Therapy for Psychosis. Available from: http://www.div12.org/psychological-treatments/treatments/acceptance-and-commitment-therapy-for-psychosis.
9) White R, Gumley A, McTaggart J, Rattrie L, McConville D, Cleare S, et al. A feasibility study of Acceptance and Commitment Therapy for emotional dysfunction following psychosis. Behav Res Ther 2011;49:901-907.
10) Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG. Psychologial flexibility as a unified model of human functioning. In: Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG. Acceptance and commitment therapy: the process and practice of mindful change. 2nd ed. New York, NY: Guilford Press; 2011. p.60-99.
11) Hayes SC. Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. Behav Ther 2004;35:639-665.
12) Bach P. ACT with the Seriously Mentally Ill. In: Hayes SC, Strosahl KD, editors. A practical guide to acceptance and commitment therapy. New York, NY: Springer;2004. p.185-208.
13) Thomas N, Morris EM, Shawyer F, Farhall J. Acceptance and commitment therapy for voices. In: Morris EM, Johns LC, Oliver JE, editors. Acceptance and commitment therapy and mindfulness for psychosis. New York, NY: John Wiley & Sons;2013. p.95-111.
14) Montes JM, Álvarez MP, Garcelán SP. Acceptance and Commitment Therapy for delusions. In: Morris EM, Johns LC, Oliver JE, editors. Acceptance and commitment therapy and mindfulness for psychosis. New York, NY: John Wiley & Sons;2013. p.112-128.
15) Butler L, Johns LC, Byrne M, Joseph C, O'Donoghue E, Jolley S, et al. Running acceptance and commitment therapy groups for psychosis in community settings. Journal of Contextual Behavioral Science 2016;5:33-38.
16) Oliver JE, Joseph C, Byrne M, Johns LC, Morris EM. Introduction to mindfulness and acceptance-based therapies for psychosis. In: Morris EM, Johns LC, Oliver JE, editors. Acceptance and commitment therapy and mindfulness for psychosis. New York, NY: John Wiley & Sons;2013. p.1-11.
17) Bach P. Acceptance and commitment therapy case formulation. In: Morris EM, Johns LC, Oliver JE, editors. Acceptance and commitment therapy and mindfulness for psychosis. New York, NY: John Wiley & Sons;2013. p.64-75.
18) Gaudiano BA, Busch AM. Engaging people with psychosis in acceptance and commitment therapy and mindfulness. In: Morris EM, Johns LC, Oliver JE, editors. Acceptance and commitment therapy and mindfulness for psychosis. New York, NY: John Wiley & Sons;2013. p.76-94.
19) Wilson KG, Sandoz EK, Kitchens J, Roberts M. The Valued Living Questionnaire: Defining and measuring valued action within a behavioral framework. Psychol Rec 2010;60:249-272.
20) Veiga-Martínez C, Pérez-Álvarez M, García-Montes JM. Acceptance and commitment therapy applied to treatment of auditory hallucinations. Clin Case Stud 2008;7:118-135.
21) Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG. Taking your mind for a walk exercise. In: Acceptance and Commitment Therapy: An Experiential Approach to Behavior Change. New York, NY: Guilford Press; 1999. p.162-163.
22) Bach P, Gaudiano BA, Hayes SC, Herbert JD. Acceptance and commitment therapy for psychosis: intent to treat, hospitalization outcome and mediation by believability. Psychosis 2013;5:166-174.