

Terapia de aceptación y compromiso aplicada a un caso de patología dual

Bartolomé MARÍN ROMERO
Diputación de Córdoba

Resumen

En este artículo mostramos el trabajo llevado a cabo en un caso de diagnóstico doble o patología dual a través de las estrategias derivadas de la Terapia de Aceptación y Compromiso. Mediante este modelo de intervención abordamos un nuevo enfoque dirigido no tanto al cambio de determinados eventos internos relacionados con el consumo de drogas, tales como pensamientos y deseos subjetivos de droga, como a un cambio en la perspectiva dirigida a los valores del paciente. Describimos el caso de un paciente de 41 años, diagnosticado de Dependencia de Cocaína y Trastorno Límite de Personalidad. Se describen las distintas etapas de cambio respecto al manejo de dichos eventos y la puesta en valor de metas del cliente como herramienta para el abandono del consumo de sustancias.

Palabras clave: conducta adictiva, cocaína, Terapia de Aceptación y Compromiso, *mindfulness*.

Abstract

This paper shows the work carried out in a case of dual diagnosis or dual diagnosis through the strategies derived from Acceptance and Commitment Therapy. Using this model of intervention to address a new approach aimed not so much to change certain internal events related to drug use, such as thoughts and desires subjective drug, as a change in vision to the patient's values. We describe a patient 41, diagnosed with cocaine dependence and Borderline Personality Disorder. Describes the different stages of change regarding the management of such events and the enhancement of client's goals as a tool to quit substance use.

Key words: Addictive behavior, Cocaine, Acceptance and Commitment Therapy, Mindfulness.

La patología dual está definida como la concurrencia simultánea de dos trastornos mentales, normalmente un trastorno por uso de sustancias y otro trastorno, tanto del eje I como del eje II (López Durán *et al.*, 2007). En el caso de la patología dual en la que cursa simultáneamente un *trastorno de personalidad*, entendiendo este como *un conjunto de patrones persistentes de formas de percibir, pensar y relacionarse inflexibles y desadaptativas que se apartan de las expectativas de la cultura del sujeto* (López Durán *et al.*, 2007), con un *trastorno por uso de sustancias* la prevalencia podría ser más elevada de lo que en un primer momento podría parecer, así, los datos obtenidos por la Sociedad Española de Patología Dual (2008) muestran que de la totalidad de los pacientes atendidos en los Centros de Salud Mental y en los Centros de Atención a las Adicciones de la Comunidad de Madrid, un 53,2% podrían cumplir los criterios de dualidad de trastornos. Otros trabajos ponen el énfasis en la prevalencia según los distintos trastornos de personalidad en los usuarios de drogas. Algunos autores (Pedrero Pérez, López Durán y Olivar Arroyo, 2006) afirman que se da una elevada prevalencia del *trastorno negativista de la personalidad*, aquel en que la persona manifiesta excesiva indecisión, actitudes fluctuantes, comportamientos y emociones e impredecibilidad (Millon, 1998) señalando cifras del 34,3% en hombres y del 38,9% en mujeres en tratamiento por abuso de cocaína. Se registran diferencias en la prevalencia del mismo trastorno según la sustancia consumida, siendo en el caso de consumidores de cocaína del 42% frente al 26% y 27% de prevalencia cuando la droga usada es alcohol o heroína respectivamente (Pedrero Pérez *et al.*, 2006).

No obstante lo anterior, otros autores (Bornovalova y Daughters, 2007) ponen el énfasis en la elevada prevalencia del *trastorno límite de personalidad*, el cual se caracteriza por una falta en el control de la ira, cambios de humor frecuentes e intensos, impulsividad exagerada y relaciones interpersonales perturbadas, (Millon, 1999) en personas que cumplen los criterios para los *trastornos por uso de sustancias* señalando que se elevaría al 57,4% los pacientes que cumplirían los criterios de ambos diagnósticos, y a la inversa, del 5% al 32% de los pacientes que utilizan drogas cumplirían los criterios para el diagnóstico de trastorno límite de personalidad. Los mismos autores señalan la más precoz iniciación al consumo de drogas por parte de los pacientes que cumplen los criterios para ser diagnosticados de trastorno límite de la personalidad.

En lo que sí coinciden los autores es en la dificultad que supone la intervención terapéutica en estos trastornos, (Linehan *et al.*, 2002, Pedrero Pérez, 2008) añadido a la falta de evidencia de las intervenciones, ya sean psicoterapéuticas o farmacológicas que muestren eficacia (Pedrero Pérez, 2008) No obstante, otros autores, (Martínez y Trujillo, 2003) señalan la importancia de abordar la casuística de los trastornos de personalidad para evitar el abandono prematuro del tratamiento, el consumo abusivo de otras sustancias diferentes a las consumidas y el uso abusivo y erróneo de psicofármacos, entre otros efectos.

Es, quizá, el abandono prematuro del tratamiento una de las consecuencias más evidenciadas en los casos de patología dual, (Martínez y Trujillo, 2003). Así, los pacientes diagnosticados de trastorno límite de la personalidad tienen las tasas más altas de abandono prematuro siendo estas del 66%. (Bornovalova, 2007). En-

tre los factores “pseudoexplicativos” (por tautológicos) que podrían predecir el abandono del tratamiento en usuarios diagnosticados de patología dual relacionada con el trastorno de personalidad límite y trastorno de uso de sustancias se señalan la motivación para el tratamiento, la alianza terapéutica y la tolerancia al malestar, esta última entendida como *la resistencia a persistir en los objetivos del paciente cuando la experiencia emocional es desagradable* (Bornovalova, 2007).

En definitiva, la evidencia clínica y empírica lo que viene a demostrar es que los individuos con trastorno por uso de sustancias y trastorno límite de la personalidad podrían caracterizarse por usar la evitación como estrategia para regular sus estados internos aversivos, (Luciano, Páez-Blarrina y Valdivia-Salas, 2010; Bornovalova, 2007). Así, se define el trastorno de evitación experiencial como una categoría funcional que incluye a la mayoría de trastornos que podrían incluir distintas topografías señaladas en los manuales pero idéntico patrón funcional (Ruiz, 2010). La evitación experiencial destructiva sería definida como un patrón de regulación de la conducta dirigida a evitar el malestar o escaparse del mismo (Luciano *et. al.*, 2010) Por ello, desde este punto de vista son comunes los diagnósticos formales de comorbilidad pero que en realidad forman parte de un patrón de evitación experiencial único, que termina dando lugar a un patrón inflexible y limitante (Luciano *et. al.*, 2010) Por tanto, habría que plantear si estamos hablando de la presencia simultánea de dos trastornos o quizá del mismo trastorno con distintos patrones topográficos.

La *Terapia de Aceptación y Compromiso* (ACT) como modelo de intervención psicológica está basada en el contextualismo funcional (Hayes, 1993) y fundamen-

tada teóricamente en la teoría de los marcos relacionales (Hayes, Barnes-Holmes y Roche, 2001). El principal objetivo de la ACT es socavar el repertorio inflexible que da lugar a la evitación experiencial (Ruiz, 2010, Luciano, 2010, Hayes, Luoma, Bond, Masuda y Lillis, 2006). En definitiva, con la aplicación de la ACT se persigue promover la flexibilidad psicológica contactando con el momento presente y modificar o persistir en la conducta si esta sirve a unos determinados valores finales (Wilson y Luciano, 2002). ACT mantiene seis núcleos con unos determinados objetivos; a saber, (1) la *aceptación*, como alternativa a la evitación experiencial, entendida dicha aceptación como un espacio para aquellos eventos privados desagradables, sin que haya intención de cambiar su forma o frecuencia; (2) la *defusión cognitiva*, como un conjunto de técnicas que persiguen alterar la función aversiva de eventos internos; (3) *estar en el presente*, centrado en el aquí y el ahora y tomando el pasado y el futuro como construcciones verbales; (4) el *Yo como contexto*, como perspectiva o lugar desde el que poder observar los procesos o eventos internos que pueden estar teniendo lugar; (5) los *valores*, como guías de nuestro actuar que se van desarrollando momento a momento a través metas más pequeñas dirigidas por ellos; y (6) el *compromiso*, para la consecución de los valores y las acciones dirigidas a ellos (Hayes, *et. al.*, 2006; Harris, 2007). Por supuesto, como se puede observar, los seis núcleos esenciales de la Terapia de Aceptación y Compromiso están interrelacionados.

Presentación del problema

El paciente tiene 42 años en el momento de acudir a consulta, viene aconsejado por su ex esposa, de la cual está

separado desde hace seis años. Ha estado en diversos recursos de tratamiento, todos ambulatorios. En el momento de acudir está en tratamiento farmacológico desde hace varios años, con alprazolam 1mg, en dos dosis por día, diagnosticado por su médico de familia por presentar un cuadro de ansiedad generalizada; pero el paciente refiere que el tratamiento farmacológico no le atenúa el malestar. Refiere asimismo intensos deseos de consumo de cocaína, sustancia que ha estado consumiendo durante más de cinco años en cantidad variable, incluido un tiempo en prisión, oscilando dicho consumo entre 0,3 y 1 gr. por día, si bien dicha cantidad se veía incrementada los fines de semana, llegando a 2 grs. por día. También refiere estado anímico muy deprimido que oscila a lo largo del día de manera muy intensa así como impulsividad para justificar sus comportamientos (relacionados con máquinas tragaperras, relacionados con gastos excesivos, deseo de algo y tenerlo “ya”, dos intentos de autolisis mediante ingesta de fármacos en una ocasión ocho meses antes y otra mediante consumo de una sobredosis de heroína y cocaína cinco meses más tarde, por los cuales fue ingresado en la Unidad de Hospitalización de Salud Mental). Afirma sentirse mal por “haberlo perdido todo” por culpa del consumo pero al mismo tiempo se justifica por ser incapaz de abandonarlo por lo cual no encuentra sentido a seguir intentándolo y cree que es mejor “quitarse de en medio”. Presenta problemas en su vida familiar, la esposa y sus hijas le abandonaron, no encuentra trabajo, argumenta que al tratarse de una localidad donde todo el mundo se conoce nadie le quiere contratar, tiene riesgo de ingresar en prisión por la acumulación de penas y su familia de origen le rechaza.

Es el menor de tres hermanos, donde según se recoge en la historia clínica no hay antecedentes psicopatológicos familiares. Tal y como establece el protocolo del Proceso Asistencial de Atención por Consumo de Cocaína, se derivó al Médico del equipo de la Unidad de Drogas con el objetivo de realizar una valoración fisiológica que permite detectar un valor elevado de gamma glutamil transpeptidasa (GGT) . Así mismo se le mantiene la medicación propuesta.

Intervención

A) Primera fase: evaluación e introducción a la terapia (2 sesiones)

Siguiendo el esquema propuesto por Hayes *et al.*, (1999), en la primera sesión firmamos un documento de confidencialidad y de inclusión en programa de intervención, en el cual se le explicaba en qué consistiría el tratamiento, informándole de que habría muchas diferencias con otro tipo de intervenciones que el paciente había probado con anterioridad en los distintos recursos de tratamiento por los que había pasado. En esta parte le informábamos que no nos íbamos a centrar en exclusiva en sus problemas de consumo sino en otros aspectos de la vida que muy probablemente el paciente había abandonado como consecuencia de su conducta de consumo de cocaína y que serían importantes para él. Así mismo, le pedíamos un compromiso con la terapia y que no juzgara según los distintos estados anímicos por los que iba a pasar a lo largo de las sesiones. Para ello introdujimos diversas metáforas (la del vaso sucio, la del dentista...).

En un primer momento utilizamos la Entrevista Estandarizada de la Unidad,

donde se queda recogida la información básica del paciente y de los problemas que le llevan a pedir ayuda. Durante la recogida de estos pudimos observar que el consumo de cocaína respondía a una estrategia de evitación dirigida a transformar el malestar (Gil Roales-Nieto, 1996, Luciano, 2010) sobre el papel reforzador de la cocaína en las vertientes positiva y negativa y como regulador de los aspectos cognitivos y emocionales. Así mismo decidimos utilizar los siguientes cuestionarios: MCMII, Inventario Clínico Multiaxial de Millon-II (Millon, 1999), SCL-90-R, Cuestionario de 90 síntomas (Derogatis, 2002) y *Craving Questionnaire* (Weiss *et al.*, 1997).

Los resultados obtenidos en el MCMII mostraron datos significativos en algunas escalas, pero era especialmente llamativo en la Escala de Personalidad Patológica Límite (valor > 112). En el caso del Cuestionario de Derogatis, puntuaba elevado y con significación clínica en la escala de Somatización, Ansiedad y Depresión (PD 2,5; 2,7 y 1,9 respectivamente). En el caso de las puntuaciones obtenidas en el *Craving Questionnaire* todos los ítems estaban por encima del 6 con tendencia a mostrar deseos extremadamente intensos.

B) Segunda Fase: intervención

Se llevaron a cabo 18 sesiones semanales de una hora aproximadamente para la intervención y posteriormente 4 quincenales de seguimiento. El esquema que utilizamos en las distintas sesiones era el siguiente: análisis del estado del cliente, revisión de las tareas para casa, posteriormente introducimos las técnicas de ACT dirigidas a socavar el programa de evitación que tiene el cliente para, posteriormente, terminar con un breve resumen y las tareas

para casa, consistente normalmente en grabaciones que permitieran trabajar al cliente los distintos aspectos trabajados en sesión así como lecturas rápidas elaboradas con el fin de repasar los distintos elementos que tratábamos de consolidar.

B.1) Intervención intensiva (sesiones 1 a 5)

En los primeros momentos de la intervención la motivación del cliente para el tratamiento estaba fundamentalmente dirigida a la eliminación de determinados eventos que el paciente experimentaba de manera aversiva como es el “*craving*” por la cocaína. Planteamos que sería muy difícil controlar los deseos de consumo, y preguntábamos qué hacía él para intentar controlar dichos deseos y si le daban resultado las distintas estrategias llevadas a cabo, a lo cual el cliente comentaba que la única forma que desaparecían era consumiendo, algo contradictorio con lo que él quería conseguir, esta estrategia de evitación experiencial daba fruto a corto plazo pero interfería a largo plazo con lo que era importante para el paciente, fomentando de esta manera la desesperanza creativa poniendo de manifiesto qué beneficios obtenía y cuál era el costo del control. En este momento utilizábamos algunas metáforas tales como la de “la pala y el hoyo”. En este contexto introducimos determinadas acciones que el paciente consideraba valiosas y que sí entraban dentro de las conductas que él podía controlar, tales como pasar más tiempo con sus hijas y esposa, implicarse en actividades de búsqueda de empleo. A partir de este momento para potenciar el compromiso con las metas elegidas trabajamos la elección y su responsabilidad a la hora de elegir, que toda elección conlleva. No obstante, el paciente refería sentimientos de fracaso debido a su

experiencia de recaídas. En este contexto trabajamos el “compromiso con la acción elegida” tratando dichos sentimientos como lo que son, productos de la mente que no tienen control, para lo cual introducíamos el ejercicio de los números. El compromiso con sus propias elecciones, dejando este trabajo el terapeuta en manos del paciente, es un asunto de vital importancia para que sea el propio paciente el que se comprometa con acciones dirigidas a sus valores, para lo cual es necesario enfatizar que el compromiso es vivir de acuerdo a sus normas regidas por los valores del paciente, los cuales nunca se alcanzan totalmente, sino que es algo que se persigue constantemente. Así, se planteó un cambio respecto a su manera de pasar el tiempo de ocio, incrementando progresivamente el tiempo que pasaba con sus hijas, realizando actividades manuales, pasando más tiempo en casa sin que pretendiera conseguir un resultado concreto, simplemente se elegía, hasta que se pudiera normalizar su vida por el hallazgo de un empleo.

Paralelamente, fuimos introduciendo el trabajo con los pensamientos y deseos de consumir cocaína, facilitando y potenciando recuerdos de situaciones de consumo, dejando hacer la exposición a dichos eventos según vayan surgiendo y permitir al paciente contactar con ellos a través de distintos ejercicios, tales como el ejercicio del frasco o la observación y aceptación de pensamientos, que le permitían contactar con dichos eventos internos. Así mismo introducimos metáforas tales como *la del ordenador, la mente como una radio*, permanentemente encendida y trabajamos la perspectiva del yo como lugar desde el cual observar los pensamientos y permitir manejar los pensamientos como algo distinto de la persona que los está teniendo para lo cual utilizamos el ejercicio del ob-

servador, lo que fue muy impactante para el paciente.

Tal y como establece el proceso asistencial de la Unidad de drogas, una vez desaparecido el consumo de sustancias durante un periodo de aproximadamente un mes, el paciente fue derivado a la Unidad de Salud Mental justificando tal derivación en los datos obtenidos por la evaluación y por otros terapeutas a los que había visitado anteriormente, acerca de manifestar distintos síntomas relacionados con TLP.

Dicha derivación fue rebotada de nuevo a nuestra Unidad, negando la evidencia anterior y nos planteamos trabajar continuando los mismos principios que para el abandono de cocaína.

B.2) Fase de amplio espectro comportamental (sesiones 6 a 18)

Debido a la prescripción normativa sobre atención a pacientes con patología dual el inicio de la intervención iba dirigido a potenciar la flexibilidad comportamental respecto al consumo de sustancias, no obstante, la falta de criterio compartido entre los profesionales de la Red de Salud Mental y la Red de Atención a las Drogodependencias nos permitió continuar la atención al paciente dirigida a incrementar el ámbito de actuación a los distintos eventos internos que correlacionan con el TLP. Para lo cual, propusimos al médico de la Unidad, previa propuesta al paciente, la progresiva reducción de alprazolam para que pudiéramos trabajar con el paciente dichos eventos. En el contexto de tal reducción aparecieron determinados síntomas que podría ser debidos al efecto rebote de alprazolam, tales como disforia e insomnio, inquietud, si bien no son descartables también como “restos” del abandono de cocaína. Para el trabajo con

los síntomas de TLP introdujimos técnicas basadas en *Mindfulness* y potenciación del yo como contexto para desbloquear las frecuentes oscilaciones del estado de ánimo y pensamientos relacionados con la idea de abandono de la terapia. Las técnicas de *mindfulness* nos permiten centrarnos en el “aquí y ahora”, entre otras, enseñamos la “*técnica de meditación sentados*” (Kabat-Zinn, 2009) pero no como estrategia de evitación, sino como actividad que nos permita situarnos en el momento presente.

En la sesión número 12 se retiró definitivamente el alprazolam, apareciendo un cuadro sintomatológico de abstinencia que dio lugar a que el paciente quisiera “tirar la toalla” y estuvo consumiendo toda la semana hasta la siguiente sesión. En este caso, introdujimos ejercicios de aceptación tales como fisicalización de las sensaciones con respecto a los eventos derivados de la abstinencia del alprazolam como inquietud, malestar subjetivo lo cual el paciente refirió su malestar por lo que había ocurrido y recurrió de nuevo a la sensación de ser incapaz de abandonar el consumo lo que fue enriquecedor en tanto nos permitió “traer” a sesión dichos pensamientos y sentimientos para permitir la exposición (aceptación de los mismos) a la vez que nos facilitaba trabajar el compromiso con las metas y acciones dirigidas a los valores del paciente.

B.3) Fase de seguimiento

Se llevaron a cabo 4 sesiones quincenales de seguimiento en las que se hacía una revisión acerca de la implicación del paciente en las acciones dirigidas a sus valores así como controles toxicológicos que determinaran el posible consumo de tóxicos. Todo ello se contrastaba mediante entrevista a su pareja.

En la sesión el paciente se mostraba satisfecho del trabajo llevado a cabo a través de la intervención psicoterapéutica, así manifestaba estar más implicado en tareas del hogar, manifestaba ser más “cariñoso” con la pareja y sobre todo pasaba mucho más tiempo con sus hijas. Seguía exponiéndose a situaciones consideradas de riesgo en las que seguía pasando algún tiempo con sus amigos, si bien ya era muy reducido y a pesar de manifestar que en ocasiones tenía deseos de consumo “*se limitaba a observarlos*”, manifestando el paciente que llevaba la vida que quería.

Resultados

En el caso que hemos presentado observamos que los resultados de la intervención han ido dirigidos a normalizar la vida del paciente. El consumo de cocaína ha desaparecido para dejar paso a acciones relacionadas con las metas y valores del paciente, sin que ello haya llevado a la evitación de lugares o amistades relacionadas con el consumo de sustancias. Paralelo al abandono del consumo de cocaína hemos retirado la administración de *alprazolam* y el paciente ha adoptado una postura de aceptación de distintos eventos frente a la estrategia de evitación que conlleva la administración de distintos fármacos. Habla del “control” que mantiene sobre determinados hábitos que él consideraba inevitables tales como episodios de gran gasto en máquinas tragaperras o actitudes de pasividad cuando se sentía “decaído”. A través de ACT el paciente se ha mostrado activo frente a las conductas que le trajeron a consulta realizando sus tareas independientemente del estado anímico y eliminado conductas de su repertorio que están alejadas de sus valores. Los resultados de los cuestionarios aplicados al principio

de la intervención también han manifestado los cambios cuando se aplicaron al final de la intervención, mostrando un descenso tanto en la Escala Límite del MCMI-II (pasando de 112 a 74) y en las de Somatización (de 2,5 a 0,97) Ansiedad (de 2,7 a 1,23) y Depresión (de 1,89 a 0,90) vemos por tanto, que hay una disminución muy marcada en las puntuaciones. Es de destacar como prácticamente no hay diferencias en la Escala de Craving, oscilando la media de puntuaciones en los distintos ítems en torno al 5,76

Discusión y conclusiones

Coherente con los principios que sustentan la Terapia de Aceptación y Compromiso, en el caso aquí presentado vemos cómo los sistemas actuales de clasificación, DSM IV-TR y CIE-10, basado en topografías y no en funciones de la conducta puede dar lugar a la existencia de planteamientos terapéuticos con fines totalmente contrapuestos, uno basado en la aceptación y otro en la evitación, lo cual no deja de ser contradictorio y con sistemas paralelos de atención como ocurre en la Comunidad Autónoma de Andalucía. Lo que aquí se evidencia es que ACT ha sido efectiva en el presente caso y que tras la intervención se ha conseguido el objetivo principal cual era socavar las estrategias que el paciente traía al principio de la intervención, centradas en la modificación de cambios de eventos internos, pasando a un enfoque dirigido a alterar la función de dichos eventos. Paralelamente se ha fomentado un repertorio conductual más flexible y se han incrementado otro tipo de conductas más en consonancia con lo que al paciente le importa en su vida. Por tanto, creemos, estamos ante un nuevo enfoque que choca frontalmente con postulados biologicistas de los distintos trastornos, pasando el en-

foque psicológico basado en la aceptación a ser una estrategia útil en distintos trastornos (Hayes, Luoma, Bond, Masuda y Lillis, 2006; Luciano, 2010; Ruiz, 2010).

Referencias

- Bornoalova, M.A. y Daughters, S.B. (2007). How does dialectical behavior therapy facilitate treatment retention among individuals with co-morbid borderline personality disorder and substance use disorders? *Clinical Psychology Review*, 27 (8), 923-943.
- Linehan, M.M., Dimeff, L.A., Reynolds, S.K., Comtois, K.A., Welch, S.S., Heagerty, P. y Kivlahan, D.R. (2002). Dialectical behavior therapy versus comprehensive validation therapy plus 12-step for the treatment of opioid dependent women meeting criteria for borderline personality disorder. *Drug and Alcohol Dependence*, 67 (1), 13-26.
- Kabat-Zinn, J. (2009). *Mindfulness en la vida cotidiana. Donde quiera que vayas, ahí estás*. Barcelona: Paidós.
- López Durán, A., Becoña Iglesias, E., Casete Fernández, L., Lage López, M. T., Díaz Castro, E., García Janeiro, J.M., Senra Comesaña, A., Cancelo Martínez, J., Estévez Vorkauf, C., Sobrado Lens, J., Vieitez Fernández, I., Lloves Moratinos, M. y Moneo Montes, A. (2007). Dependencia de la cocaína y trastornos de personalidad. análisis de su relación en una muestra clínica. *Trastornos Adictivos*, 9 (3), 215-227.
- Luciano, C., Paez-Blarrina, M. y Valdivia-Salas, S. (2010). La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) en el consumo de sustancias como estrategia de Evitación Experiencial. *International*

- Journal of Clinical and Health Psychology*. 10 (1), 141-165.
- Pedrero Pérez, E.J., López-Durán, A. y Olivar Arroyo, A. (2006). El trastorno negativista de la personalidad y su relación con el abuso de sustancias. *Trastornos Adictivos*, 8 (1), 22-41.
- Pedrero Pérez, E.J. (2008). El tratamiento de la dependencia de la cocaína «guiado por la personalidad». *Trastornos Adictivos*, 10 (4), 226-241.
- Ruiz, F.J. (2010). A Review of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) Empirical Evidence: Correlational, Experimental Psychopathology, Component and Outcome Studies. *International Journal of Psychopathology and Psychological Therapy*. 10 (1), 125-162.