



Judith Alder

# **ACT in der Psychoonkologie**

Ein Praxisleitfaden

 hogrefe

## **ACT in der Psychoonkologie**



Judith Alder

# ACT in der Psychoonkologie

Ein Praxisleitfaden



**PD Dr. phil. Judith Alder**, geb. 1969. 1988-1994 Studium der Klinischen Psychologie in Basel. 1996-1998 Wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Universität Bern. 1999 Promotion. 1998-2013 Leitende Psychologin an der Frauenklinik des Universitätsspitals Basel. 2009 Habilitation im Bereich Verhaltensmedizin in der Gynäkologie und Geburtshilfe. Seit 2013 Mitinhaberin der Praxisgemeinschaft Schlüsselberg in Basel und Tätigkeit als Psychologische Psychotherapeutin und Psychoonkologin, Supervisorin und Ausbilderin.

**Wichtiger Hinweis:** Der Verlag hat gemeinsam mit den Autoren bzw. den Herausgebern große Mühe darauf verwandt, dass alle in diesem Buch enthaltenen Informationen (Programme, Verfahren, Mengen, Dosierungen, Applikationen, Internetlinks etc.) entsprechend dem Wissensstand bei Fertigstellung des Werkes abgedruckt oder in digitaler Form wiedergegeben wurden. Trotz sorgfältiger Manuskripterstellung und Korrektur des Satzes und der digitalen Produkte können Fehler nicht ganz ausgeschlossen werden. Autoren bzw. Herausgeber und Verlag übernehmen infolgedessen keine Verantwortung und keine daraus folgende oder sonstige Haftung, die auf irgendeine Art aus der Benutzung der in dem Werk enthaltenen Informationen oder Teilen davon entsteht. Geschützte Warennamen (Warenzeichen) werden nicht besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann also nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

**Copyright-Hinweis:**

Das E-Book einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar.

Der Nutzer verpflichtet sich, die Urheberrechte anzuerkennen und einzuhalten.

Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG  
Merkelstraße 3  
37085 Göttingen  
Deutschland  
Tel. +49 551 999 50 0  
Fax +49 551 999 50 111  
verlag@hogrefe.de  
www.hogrefe.de

Umschlagabbildung: © iStock.com by Getty Images/Nicola Branson  
Satz: ARThür Grafik-Design & Kunst, Weimar  
Format: PDF

1. Auflage 2020

© 2020 Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG, Göttingen

(E-Book-ISBN [PDF] 978-3-8409-2966-3; E-Book-ISBN [EPUB] 978-3-8444-2966-4)

ISBN 978-3-8017-2966-0

<https://doi.org/10.1026/02966-000>

**Nutzungsbedingungen:**

Der Erwerber erhält ein einfaches und nicht übertragbares Nutzungsrecht, das ihn zum privaten Gebrauch des E-Books und all der dazugehörigen Dateien berechtigt.

Der Inhalt dieses E-Books darf von dem Kunden vorbehaltlich abweichender zwingender gesetzlicher Regeln weder inhaltlich noch redaktionell verändert werden. Insbesondere darf er Urheberrechtsvermerke, Markenzeichen, digitale Wasserzeichen und andere Rechtsvorbehalte im abgerufenen Inhalt nicht entfernen.

Der Nutzer ist nicht berechtigt, das E-Book – auch nicht auszugsweise – anderen Personen zugänglich zu machen, insbesondere es weiterzuleiten, zu verleihen oder zu vermieten.

Das entgeltliche oder unentgeltliche Einstellen des E-Books ins Internet oder in andere Netzwerke, der Weiterverkauf und/oder jede Art der Nutzung zu kommerziellen Zwecken sind nicht zulässig.

Das Anfertigen von Vervielfältigungen, das Ausdrucken oder Speichern auf anderen Wiedergabegeräten ist nur für den persönlichen Gebrauch gestattet. Dritten darf dadurch kein Zugang ermöglicht werden.

Die Übernahme des gesamten E-Books in eine eigene Print- und/oder Online-Publikation ist nicht gestattet. Die Inhalte des E-Books dürfen nur zu privaten Zwecken und nur auszugsweise kopiert werden.

Diese Bestimmungen gelten gegebenenfalls auch für zum E-Book gehörende Audiodateien.

**Anmerkung:**

Sofern der Printausgabe eine CD-ROM beigelegt ist, sind die Materialien/Arbeitsblätter, die sich darauf befinden, bereits Bestandteil dieses E-Books.

# Inhaltsverzeichnis

<b>Vorwort</b> .....	<b>9</b>
<b>1 Einführung</b> .....	<b>11</b>
1.1 Beschreibung des ACT-Therapieansatzes .....	11
1.1.1 Theoretischer Hintergrund .....	12
1.1.2 Behandlungsprinzipien der ACT .....	14
1.1.3 Verwandte Konzepte und Behandlungsansätze aus der Psychoonkologie .....	17
1.1.4 Wirksamkeit von ACT .....	20
1.2 Psychische Herausforderungen von Krebspatienten aus der ACT-Perspektive .....	21
1.2.1 Erlebnisvermeidung durch unwirksame Kontrollstrategien: Mangel an Akzeptanz von Krankheit und Leid .....	24
1.2.2 Fusion bei Krebspatienten .....	27
1.2.3 Mangel an Präsenz im aktuellen Moment .....	31
1.2.4 Festhalten am alten Ich: Konzeptselbst anstatt Selbst-als-Kontext ....	35
1.2.5 Werteverlust durch die Veränderung von Lebensumständen .....	38
1.2.6 Untätigkeit und Beharrlichkeit von Vermeidungsverhalten: Angesichts der Krankheit das Leben aus den Augen verlieren .....	42
<b>2 Diagnostische Überlegungen und Fallverständnis: Fallkonzeptualisierung und Identifikation von zu fördernden Prozessen</b> .....	<b>45</b>
2.1 Fallkonzeption .....	46
2.2 Fertigkeiten in den sechs Kernprozessen einschätzen .....	50
<b>3 Mit ACT in der Psychoonkologie arbeiten</b> .....	<b>53</b>
3.1 Therapiebeziehung in der Psychoonkologie – und in ACT .....	53
3.2 Wenn der Lösungsansatz das Problem wird: Zweckmäßigkeit der bisherigen Bewältigungsstrategien untersuchen .....	56
3.2.1 Das Problem Krebs fassbar machen: Was führt Sie zu mir und was soll sich ändern? .....	57

3.2.2	Bewältigungsstrategien erfassen: Was haben Sie alles schon versucht, um mit dem Problem umzugehen? .....	58
3.2.3	Nutzen und Kosten der Bewältigungsstrategien erfassen: Wie gut hat das funktioniert? .....	60
3.2.4	Kreative Hoffnungslosigkeit fördern .....	61
3.2.5	Metaphern und Übungen .....	64
3.3	Klärung von Lebenswerten: Werte als sinnerfüllte Lebensrichtungen ...	68
3.3.1	Werte im Gespräch explorieren .....	71
3.3.2	Metaphern und Übungen für die Wertearbeit .....	77
3.4	Akzeptanz und Bereitschaft: Die unerwünschte Krankheit annehmen lernen .....	79
3.4.1	Akzeptanz im Gespräch fördern .....	82
3.4.2	Metaphern und Übungen zu Akzeptanz .....	87
3.5	Defusion: Distanz zur Geschichte im Kopf .....	90
3.5.1	Defusion im Gespräch fördern .....	95
3.5.2	Metaphern und Übungen zu Defusion .....	99
3.6	Im Hier und Jetzt präsent sein: Achtsamkeit .....	101
3.6.1	Kontakt mit dem gegenwärtigen Augenblick im Gespräch fördern .....	103
3.6.2	Metaphern und Übungen .....	108
3.7	Krankheitserleben aus der Perspektive des Beobachter-Selbst .....	109
3.7.1	Beobachter-Selbst im Gespräch fördern .....	113
3.7.2	Metaphern und Übungen .....	116
3.8	Engagiert handeln angesichts der eigenen Endlichkeit .....	119
3.8.1	Engagiertes Handeln im Gespräch fördern .....	123
3.8.2	Metaphern und Übungen .....	128
<b>4</b>	<b>Förderung von Selbstmitgefühl .....</b>	<b>131</b>
<b>5</b>	<b>Fallbeispiele .....</b>	<b>135</b>
5.1	Rezidivangst: „In den Krallen der Angst“ .....	135
5.1.1	Fallbeschreibung .....	135
5.1.2	Fallkonzept .....	139
5.1.3	Behandlungsverlauf .....	142
5.2	Lust-Verlust und Schmerz: Sexuelle Probleme nach Krebs .....	149
5.2.1	Fallbeschreibung .....	150
5.2.2	Fallkonzept .....	152
5.2.3	Behandlungsverlauf .....	155
	<b>Literatur .....</b>	<b>163</b>

<b>Anhang</b> .....	<b>169</b>
Arbeitsblätter zur Fallkonzeptualisierung .....	171
Fallkonzeptualisierung .....	171
Fragen zur Fallkonzeptualisierung .....	172
Zweckmäßigkeit der bisherigen Bewältigungsstrategien .....	173
Das Schicksalsdiagramm .....	173
Erfahrung im Fokus: Um welche schwierigen Gefühle, Gedanken, körperliche Zustände geht es? .....	174
Arbeit mit Werten .....	175
Werteschilderungen: Wofür soll mein Leben stehen? In welche Richtung möchte ich mich bewegen? .....	175
Ziele und Handlungen, in denen sich Werte verwirklichen lassen .....	176
Die Wertezielscheibe .....	177
Übungen zu Akzeptanz und Bereitschaft .....	178
Gefühlen Raum geben .....	178
Das Treffen von zwei unterschiedlichen Coaches .....	179
Das Gemälde .....	180
Defusionsübungen .....	182
Blätter im Fluss .....	182
Wörter und Gedanken verzerren .....	183
Gedanken einpacken und mitnehmen .....	184
Kategorisieren von Gedanken .....	185
Übungen zur Förderung der Präsenz im Hier und Jetzt .....	186
Achtsames Atmen .....	186
Im Inneren des Momentes – In fünf Schritten diesen Moment ganz erfassen ..	187
In die Gegenwart schalten .....	189
Pendeln zwischen dem Hier und Jetzt und den Gedanken an die Krankheit ...	190
Übungen zu Selbst-als-Kontext und zum Beobachter-Selbst .....	191
Bergmeditation .....	191
Beobachter eines schmerzhaften Momentes .....	193
Altes Ich – Jetziges Ich .....	194
Fördern von engagiertem Handeln .....	195
Liste von wertorientierten Handlungen .....	195
Tagebuch für wertorientiertes Handeln .....	196

Fördern von Selbstmitgefühl .....	198
Mitgefühlsmeditation .....	198
Als mitfühlender Freund sich selbst einen Brief schreiben .....	200
Begegnung mit dem Mitgefühl .....	201
Selbstmitfühlende Berührung .....	202
Übersicht über die Materialien auf der CD-ROM .....	203

**CD-ROM**

Die CD-ROM enthält PDF-Dateien aller Materialien, die bei der Durchführung der Interventionen verwendet werden können. Die PDF-Dateien können mit dem Programm Acrobat® Reader (eine kostenlose Version ist unter [www.adobe.com/products/acrobat](http://www.adobe.com/products/acrobat) erhältlich) gelesen und ausgedruckt werden.

# Vorwort

In der Schweiz und in Österreich erkranken je rund 40.000, in Deutschland rund 470.000 Personen jährlich neu an Krebs. Rund 40 bis 50 % der Menschen werden im Verlaufe ihres Lebens eine Krebserkrankung durchmachen, eine größere Zahl wird als Angehörige davon betroffen sein. Krebs stellt damit biografisch gesehen ein recht häufiges Lebensereignis dar, ist aufgrund der Unvorhersagbarkeit, den einschneidenden Veränderungen im Leben, die auch soziale Rollen und Beziehungen betreffen, der in der Regel hohen Bedeutung und starken emotionalen Reaktion und seines komplexen, lange andauernden Bewältigungsprozesses aber nicht als normativ zu betrachten.

Die Erkrankung trifft den Menschen zu unterschiedlichen Zeitpunkten seines Lebens, die mit verschiedenen Entwicklungsaufgaben einhergehen. Das hat auch eine Bedeutung im Verständnis dafür, was der Betroffenen gerade priorisiert und nach welchen Wertvorstellungen er sein Leben gestaltet. Krebs ist keine einheitliche Erkrankung, sondern ein Oberbegriff für mehr als 300 Arten, die sich in Bezug auf Häufigkeit, Entstehung, Behandlung und Verlauf unterscheiden. Jeder Mensch reagiert darauf individuell, seine bisherigen Lebenserfahrungen und Lernprozesse spielen dabei eine ebenso wichtige Rolle wie sein soziokultureller Hintergrund sowie seine Prädispositionen. Anders ausgedrückt ist der Kontext, in dem ein Mensch von Krebs betroffen ist, sehr verschieden und seine Reaktionen auf die Erkrankung maßgeblich geprägt von diesen kontextuellen Faktoren.

Wer an einer ACT-Weiterbildung teilnimmt, geht oft ganz beglückt mit einer Sammlung von Techniken und Interventionen nach Hause. So ging es mir, als ich vor rund 12 Jahren begonnen habe, mich gezielt in ACT weiterzubilden. Ich arbeitete damals bereits mehrere Jahre in der Psychoonkologie und das A von ACT hatte mich neugierig gemacht: Akzeptanz. Als kognitiv-verhaltenstherapeutisch geprägte Psychotherapeutin stieß ich in der Arbeit mit Krebspatienten an Grenzen, denn die Angstgedanken sind oft nicht irrational, die Gefühle hingegen so überwältigend, dass Patienten mit ihren Copingstrategien rasch an Grenzen kommen. ACT gab mir theoriebasiert die Erlaubnis, diese Themen auf eine andere Weise anzugehen. Bald entwickelte ich eine Lernbereitschaft und Leidenschaft für die Methode, die eben nicht eine Aneinanderreihung von schönen Metaphern und tollen Übungen ist.

Die Arbeit mit ACT basiert auf einer Theorie von Sprache und Kognition, nach der mir meine bisherigen Bemühungen um Modifikation von Verhalten und Gedanken plötzlich brachial erschienen und zu einer weiteren nicht funktionalen Kontrollbemühung wurden. ACT ist eine Therapiemethode, die der dritten Welle der verhaltenstherapeutischen Interventionen zugeordnet wird. Neben den achtsamkeitsbasierten Interventionen sind aber auch humanistische und sinnbasierte Konzepte in ACT enthalten. Im Zentrum steht das Verständnis dafür, dass Verhalten und Erleben immer aus dem Kontext heraus, in dem es auftritt, verstanden wird und dass es zudem eine Funktion hat bzw. eine bewusste oder unbewusste Absicht darin liegt. Der individuelle Kontext des Patienten ist gleichzeitig auch der Rahmen, in dem psychoonkologische Begleitung stattfindet. Die Auseinandersetzung mit existenziellen Fragen hat eine besondere Auswirkung auf die Therapiebeziehung. In der Verletzlichkeit des Menschseins unterscheiden sich Krebsbetroffene von ihren Psychoonkologen nicht, Krebs kann jeden treffen.

Die Erfahrungen, die ich in der Anwendung von ACT in der Psychoonkologie mache, haben mich dazu motiviert, dieses Fachbuch zu schreiben. Das Behandlungsmodell und die einzelnen Prozesse, die es beinhaltet, werden jeweils zu Beginn der Abschnitte beschrieben und übertragen darauf, wie sie sich in der Auseinandersetzung mit der Erkrankung und den oft belastenden Auswirkungen von Behandlung und weiterem Krankheitsverlauf zeigen.

Das Ziel des Buches ist es, Psychoonkologen in der Beratung und Therapie eine Orientierung darüber zu geben, wie Erleben und Verhalten von Krebsbetroffenen aus Sicht der ACT verstanden werden können. Weiterhin geht es darum, konkrete Hilfestellungen für die Begleitung des Adaptationsprozesses aufzuzeigen, damit Betroffene die ihnen zur Verfügung stehende Lebenszeit dem widmen können, was ihnen wirklich wichtig ist.

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wurde für die Bezeichnung von Therapeutinnen und Psychoonkologinnen jeweils die weibliche Form gewählt, bei Patienten, es sei denn, es handelt sich um ein Fallbeispiel einer Krebspatientin, die männliche Form. Die Angaben beziehen sich aber immer auf alle Geschlechter.

Ich möchte mich von ganzem Herzen bei den Menschen bedanken, die mich im Verlauf des Entwicklungsprozesses dieses Buches begleitet und unterstützt haben: Silvia Hatebur, Corinne Urech, Martina-Barbara Bingisser und Otto Schmid; Andrew Gloster, der mir sozusagen den Startschuss dazu gegeben hat; all die Lehrer, die mir in Workshops und Kursen die Breite von und Freude an ACT vermittelt haben. Und vor allem möchte ich mich bei den vielen Menschen bedanken, die ich in einer ihrer schwierigsten Lebensherausforderungen als Psychoonkologin begleiten durfte. Es ist mein großes Privileg, von ihnen so viele Möglichkeiten zum Lernen, Berührtsein und persönlichen Wachstum erhalten zu haben.

Basel, Frühjahr 2020

Judith Alder

# 1 Einführung

## 1.1 Beschreibung des ACT-Therapieansatzes

Über die Grundlagen der Akzeptanz- und Commitment-Therapie (ACT) und ihren wissenschaftstheoretischen Hintergrund, Behaviorismus und die Bezugsrahmentheorie, ist schon viel geschrieben worden. Auch zur Anwendung von ACT bei einzelnen psychischen Störungsbildern gibt es bereits mehrere Bücher, auch wenn eine zentrale Eigenschaft von ACT ihr transdiagnostischer Charakter ist. ACT versteht sich sowohl als Modell für psychische Flexibilität als auch als evidenzbasierter therapeutischer Ansatz, welcher psychische Flexibilität fördert. Diese wiederum befähigt Menschen, sich an sich stetig verändernde intrapsychische und äußere Umstände und Herausforderungen anzupassen und in der Konfrontation mit Hindernissen nicht einer Entwicklungsträgheit zu unterliegen.

Ein Leben ohne Probleme und Leiden, Zweifel, Unsicherheit, negativem Denken u. a. gibt es nicht, sie gehören zu den normalen menschlichen Erfahrungen. Sicher, es gibt Unterschiede in der Menge von kritischen Lebensereignissen, psychosozialen und gesundheitlichen Belastungen, die Menschen über den Verlauf ihres Lebens erfahren werden. Und es gibt Unterschiede, wie Menschen auf diese reagieren und wie es ihnen gelingt, trotz unglücklicher Umstände ein subjektiv gutes Leben zu leben. Leiden ist aber nicht einfach äußeren Widrigkeiten zuzuschreiben, sondern resultiert aus normalen intrapsychischen Prozessen wie Wahrnehmung und Denken, die sich im Verlauf der Entwicklung immer mehr ausdifferenzieren und in einem spezifischen Kontext zu einem Verlust an Verhaltensflexibilität beitragen können. Die ACT greift mittels erfahrungs- und erlebensorientierter Übungen und Metaphern in diese Prozesse ein mit dem Ziel, trotz Leid und aufkommenden belastenden Gedanken und Gefühlen adaptiv und sinnerfüllt handeln zu können – denn das gute Leben beginnt nicht erst dann, wenn alle Probleme gelöst sind.

Eine ACT-Therapeutin bewegt sich in einem therapeutischen Modell, welches aus sechs Kernprozessen besteht, anhand derer sie ihre Fallkonzeption erstellt, die Interventionen ableitet und durchführt. Die Prozesse sind Teil eines Ganzen (psychische Flexibilität) und nicht als klar abgrenzbare und eigenständige Defizite oder

Stärken zu verstehen. An dieser Stelle sei ein erster Überblick über die ACT gegeben. Die einzelnen Kapitel dieses Buches vertiefen das Modell und die Arbeit mit den einzelnen Prozessen in der Psychoonkologie.

### 1.1.1 Theoretischer Hintergrund

Zu den Vätern von ACT gehören Steven Hayes, Kelly Wilson, Kirk Strosal und John P. Forsyth, die in den frühen 1990er Jahren aufbauend auf Forschungen zur Bedeutung der Symbolisierung von Erfahrungen für die Entwicklung von Denken und für das Verstehen von psychischen Reaktionen die ACT entwickelt haben (im weitesten Sinne ist mit Symbolisierung Sprache gemeint; die Verbindungen zwischen Erfahrungseinheiten können aber bereits in der präverbalen Entwicklungsphase beobachtet werden). Die dahinterliegende Theorie ist die Bezugsrahmentheorie BRT (Relational Frame Theory), die verbales Verhalten (vorwiegend das nicht sichtbare Verhalten wie Denken, Fühlen, Erinnern) analysiert. Eine gute Darstellung der Bezugsrahmentheorie bietet das Buch von Törneke (2012). Die BRT beschreibt, wie Reize resp. Ereignisse mittels unterschiedlicher kombinatorischer Prozesse (eben verbalem Verhalten) zueinander in Beziehung gesetzt werden und Menschen aufgrund dieser Beziehungen (und nicht unbedingt wegen der Ereignisse im Hier und Jetzt) reagieren. Unser Hirn stellt also ständig Bezüge zwischen Ereignissen her und das ist das, was mit verbalem Verhalten gemeint ist (Hayes, et al., 2001). Dabei wird die Art, Dinge in Beziehung zu setzen durch kontextuelle Hinweisreize geleitet. In einem Gespräch machen dies Sprecher und Zuhörer – für uns im Stillen machen wir das auch und sind Zuhörer und Sprecher gleichzeitig.

#### Hinweis: Bezugsrahmentheorie

Die Bezugsrahmentheorie beschreibt, wie Menschen mittels kombinatorischer Prozesse – verbalem Verhalten – Erfahrungen und Ereignisse zueinander in Beziehung setzen und auf dieser Grundlage reagieren.

Die Diagnose Krebs wird von den meisten Menschen mit Sterben in Verbindung gebracht, denn sie haben im Verlauf ihres Lebens diese Regel gelernt (Krebs = Sterben), selbst wenn sie keine persönliche Erfahrung damit haben. Die Bezugsrahmung „Krebs = Sterben“ lässt in einer ersten Reaktion für den Betroffenen keine andere Möglichkeit für einen Schmerz in der Rippe zu, als dass er Anzeichen einer Metastase und damit des nahenden Todes ist, selbst bei Personen, die kurativ behandelt wurden. Als Psychoonkologin werden Sie die Erfahrung gemacht haben, wie schwierig es für Betroffene ist, andere Erklärungen für einen Schmerz in der Rippe zu finden – je stärker die Regel „Krebs = Sterben“ (z. B. über das Lesen von Todesanzeigen, in denen diejenigen Personen, die dieser Regel widersprechen, ja nicht erscheinen) ausgeprägt ist, desto schwieriger. Primär ist es aber einfach ein Schmerz

in der Rippe, den man als neutraler Beobachter wahrnehmen und anhand seiner Merkmale beschreiben kann, ohne ihm eine schlimme Bedeutung zuzuschreiben. So funktioniert unser Gehirn aber nicht, denn wir sind ständig daran, Bezüge herzustellen, diese mit Regeln abzugleichen und uns entsprechend dieser zu verhalten. Und so wird der Gedanke an die Metastase, der etwas sehr Angstvolles symbolhaft repräsentiert, zum bedrohlichen Reiz und nicht der Schmerz in der Rippe selbst.

Die Fähigkeit zu dieser Bezugsrahmung erweist sich einerseits als ein großer Überlebensvorteil für den Menschen, hat andererseits aber auch seine Kosten, indem Gedanken und nicht reale Gegebenheiten psychische Reaktionen auslösen können – und dies in der Realität wohl öfter tun als die realen Gegebenheiten des Momentes. Die Bindung an und Dominanz von verbalen Inhalten wie den Gedanken „das ist eine Metastase“ fördert neben einer starken emotionalen Reaktion eine Unachtsamkeit gegenüber dem aktuellen Moment, die Gedanken beziehen sich rasch auf eine beängstigende Zukunft. Damit geht die regelvorgegebene Geschichte des Verstandes weiter und die gefühlte Bedrohung nimmt zusätzlich zu.

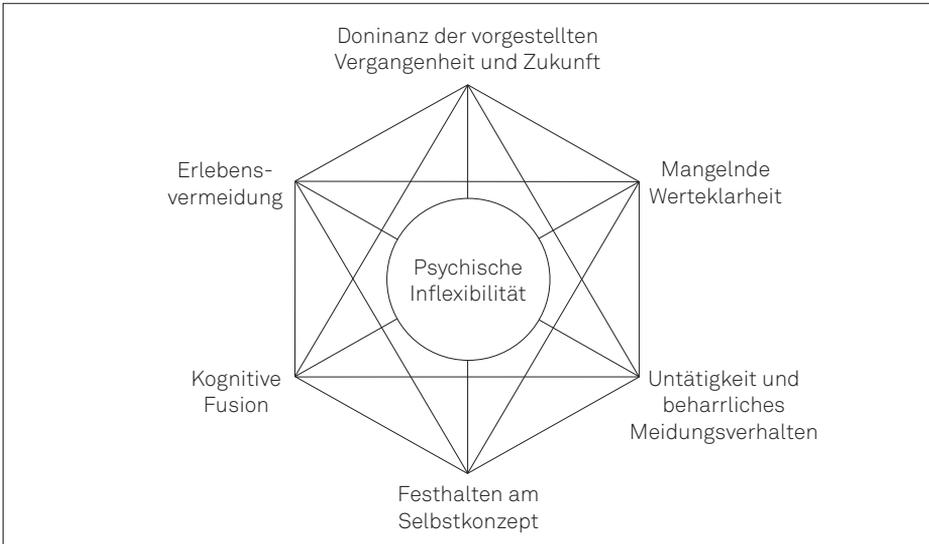
Auch die subjektiven Krankheitsmodelle, die Betroffene über die Ursachen ihrer Krebserkrankung aufstellen, machen deutlich, wie unser Hirn darin trainiert ist, Bezüge herzustellen. In vielen Lebenssituationen lernen wir, dass unser Verhalten auf die Gesundheit einen Einfluss hat: Im kalten Winter ohne warme Kleidung unterwegs zu sein, erhöht das Risiko einer heftigen Erkältung. Selbst wenn wir diese Erfahrung selbst nie gemacht haben, hat sich diese Regel in uns etabliert. Entsprechend stellt sich manch einer die Frage, ob er wohl nicht warm genug gekleidet gewesen war, wenn die Erkältung dann zuschlägt. Die Regel „eigenes Verhalten = Krankheit“ lässt sich in vielen subjektiven Krankheitsmodellen von Krebsbetroffenen wiederfinden: zu viel Stress, nicht genügend auf mich geachtet, zu ungesund gelebt.

Unser Gehirn speichert vorwiegend die den Erfahrungen übergeordneten Regeln und nicht einzelne Ereignisse ab. So wird nicht die Erfahrung „am 1. März greifen Hunde an“ abgespeichert, wenn ich am 1. März von einem Hund angegriffen worden war, sondern die Regel „Hunde sind gefährlich und ich muss sie meiden“. Regelgeleitetes Verhalten kann damit zunehmend unflexibel werden und sich immer mehr von dem, was für den Betroffenen von Bedeutung ist, entfernen – zum Beispiel einen Waldspaziergang zu machen (denn auch Hundebesitzer gehen gerne in den Wald). Bei einer (therapeutischen) Konfrontation mit einem Hund und Reduktion der Angstreaktion wird ein neuer Bezugsrahmen geschaffen. Dabei wird der alte aber nicht gelöscht, denn Lernen erfolgt über Addition und nicht Subtraktion. Je häufiger aber der neue Bezugsrahmen bestätigt wird, desto stärker wird er verhaltenssteuernd wirken (Jacoby & Abramowitz, 2016). Die nicht gelöschte Regel erklärt das nicht seltene Wiederauftreten von bereits überwundenen Ängsten, vor allem in vulnerablen Lebensphasen.

### 1.1.2 Behandlungsprinzipien der ACT

Ebenso wie die kognitive Verhaltenstherapie (KVT) zielen auch die Interventionen von ACT auf mentale Repräsentationen ab. Allerdings geht es anstatt einer inhaltlichen Veränderung von Denken, wie sie in der KVT über die kognitive Umstrukturierung angestrebt wird, darum, den verhaltensbezogenen und funktionalen Einfluss von Denkprozessen zu verändern. Nicht der Inhalt des Gedankens ist relevant, sondern die Funktion, die der Gedanke erhalten hat, wie es aus der oben beschriebenen Bezugsrahmung verstehbar wird. Therapeutisch gesehen ist dies eine Bewegung weg von der Geschichte, die der Gedanke erzählt, hin zu einer Haltung, dass Gedanken nicht mehr und nicht weniger als kognitive Aktivität sind (vereinfacht gesagt abgespeicherte, generalisierte und übergeordnete Regeln). Damit wird psychische Flexibilität gefördert, die mit Offenheit, Bewusstsein und Im-Kontakt-Stehen mit dem gegenwärtigen Moment einhergeht und eine Flexibilität von Verhalten ermöglicht – ein Verhalten, welches sich an Lebenswerten orientiert.

Das Verständnis von psychischen Problemen aus Sicht der ACT basiert auf sechs Kernprozessen, die eine flexible Anpassung an sich verändernde Umgebungsbedingungen und innere psychische Prozesse erschweren (vgl. Abb. 1). Das Modell, welches in der ACT-Sprache als Hexaflex (eine Verbindung von Hexagon für Sechseck und Flexibilität) bezeichnet wird, ist der Kontext, in dem sich die Therapeutin bei der Fallkonzeptionierung und Behandlung bewegt, und anhand dessen sie die erfahrungsorientierten Übungen, Metaphern u. a. ableitet. Den sechs Kernprozessen ist jeweils ein Behandlungsziel zugeordnet (vgl. Abb. 2).



**Abbildung 1:** Sechs störungsrelevante Prozesse von psychischer Inflexibilität (Hayes, Strosahl & Wilson, 1999)

**Hinweis**

Die ACT operiert innerhalb von sechs miteinander in Beziehung stehenden Prozessen, die psychische Flexibilität fördern und den kontextuellen einschränkenden Einfluss von belastenden Gefühlen und Gedanken zugunsten von werte- und lebenszielorientiertem Verhalten reduzieren.

Abbildungen 1 und 2 stellen mit den Spitzen des Sechsecks die Kernprozesse von ACT dar. Die Verbindungslinien sind als genauso wichtig zu verstehen, denn sie bilden die Interaktionen zwischen den Prozessen ab. Im Verlauf dieses Buches wird immer wieder deutlich, dass die Arbeit mit einem ACT-Prozess auch mit anderen verbunden ist: So ermöglicht die Präsenz im Hier und Jetzt das, was an Gefühlen da ist, als einen Aspekt des momentanen Lebensmomentes wahrzunehmen und führt die Arbeit mit dem Prozess Akzeptanz dazu, dass das, was gerade hier ist, nicht bekämpft wird, sondern mit einer offenen Haltung begegnet werden kann.

*Dominanz der vorgestellten Vergangenheit und Zukunft* beschreibt die Fähigkeit unseres Verstandes, sich vom aktuellen Moment und dem Geschehen im Hier und Jetzt zu lösen, und in Gedanken vergangene Ereignisse zu besuchen oder sich zukünftige auszudenken. Evolutionsbiologisch betrachtet ist diese Fähigkeit für den Menschen ein zentraler Überlebensvorteil. Aus emotional-kognitiver Sicht ist sie Segen und Fluch und kann die Verhaltensmöglichkeiten im aktuellen Moment einschränken. Bei Krebspatienten zeigt sich das stark, wenn die Angst vor dem weiteren Verlauf der Erkrankung intensiv wird und die Gedanken sich eine mögliche,



**Abbildung 2:** Sechs Therapieprozesse zur Förderung von psychischer Flexibilität (Hayes, Strosahl & Wilson, 1999)

noch kränkere Zukunft ausmalen. Die Arbeit mit ACT verbindet die Patienten immer wieder mit dem Gegenwärtigen und fördert die *Präsenz im Hier und Jetzt* mittels formaler Achtsamkeitsübungen ebenso wie mittels eines konsequenten „Zurückkehrens“ in den aktuellen Moment in den Therapiesitzungen.

*Erlebnisvermeidung* ist das Gegenteil von *Akzeptanz und Bereitschaft* und beschreibt alle Bemühungen, innere Erlebnisse wie Gefühle und Gedanken, Erinnerungen und Vorstellungen oder Körperempfindungen zu unterdrücken und zu vermeiden. Damit werden aversive innere Reize kontrolliert, was zwar kurzfristig zu einer Erleichterung führen kann, langfristig aber viel psychische Energie kostet und zu einer Einschränkung der Lebensmöglichkeiten führt. Das Vermeiden von Gefühlen hat viele Gesichter und erfolgt mehr oder weniger bewusst, z. B. indem ein emotionales Thema nicht angesprochen wird, oder unbewusst durch eine emotionale Selbstunterbrechung. *Akzeptanz* bedeutet, dem gegenwärtigen Erleben mit einer nicht beurteilenden Offenheit zu begegnen.

*Kognitive Fusion* bezeichnet eine „Verschmelzung“ mit den eigenen Gedanken, die nicht mehr als Gedanken erkannt werden im Sinne einer beliebigen geistigen Aktivität, sondern zu einer verhaltenssteuernden absoluten Wahrheit werden. Dieser innere Kontext hat oft wenig mit dem äußeren Kontext, also den aktuellen Ereignissen gemeinsam. Die Gedanken reflektieren eine auf der Basis von Erfahrungen und Antizipationen negativ bewertende Interpretation von Ereignissen oder können auch völlig abgekoppelt von der aktuellen Situation sein. Die inneren verbalen Ereignisse sind verhaltenssteuernd, während die Aufmerksamkeit von anderen Aspekten des aktuellen Kontexts abgezogen wird. Fusion zeigt sich in Tagträumen, Grübeln oder Ruminieren. Mit *kognitiver Defusion* wird der Prozess bezeichnet, mittels dessen Patienten lernen, sich aus diesen Kognitionen zu lösen und deren Einfluss auf Verhalten zu reduzieren. In der Arbeit in diesem Behandlungsprozess wird der Sprache besondere Aufmerksamkeit geschenkt und der Unterschied zwischen dem Inhalt des Gedankens und der Tatsache, dass dieser Gedanke gerade da ist, immer wieder herausgearbeitet.

Dafür spielt auch die Einnahme einer Beobachter-Perspektive, also *das Beobachter-Selbst resp. Selbst als Kontext* eine wichtige Rolle in der Arbeit mit ACT. Das Selbstkonzept hat jedem Menschen im Verlaufe seiner Entwicklung eine Fülle an Selbstbeschreibungen beschert, die oftmals generalisierenden Charakter aufweisen. Diese ichbezogenen Beschreibungen werden durch Erklärungen ergänzt, warum jemand so ist. „Jeder erfindet sich früher oder später eine Geschichte, die er für sein Leben hält“ (Max Frisch, aus: *Mein Name sei Gantenbein*). Selbstbeschreibungen sind ein normaler und natürlicher Prozess in der Entwicklung eines Menschen und werden nur dann problematisch, wenn sie als eine übergeordnete, generalisierte Wahrheit Verhalten und Erleben auf eine rigide Art prägen und zu inflexiblem Einnehmen von Rollen führen – einem *Festhalten am Selbstkonzept*. Bei Krebspatienten kann dies zum Beispiel dann zum Ausdruck kommen, wenn mit

der Erkrankung eine Reihe von Konzepten assoziiert werden: als Kranker nutzlos sein oder den Krebsstempel aufgedrückt bekommen. Die Arbeit mit ACT zielt darauf ab, dass Patienten eine andere Perspektive auf ihre Erfahrungen einnehmen können: diejenige des Beobachters, also eines Anteils, der all das, was gedacht, gefühlt und getan wird, aus einer neutralen Position beobachten und beschreiben kann. Damit kann ein Verständnis für die Vergänglichkeit dieser Ereignisse aufgebaut werden.

Von besonderer Bedeutung für die Arbeit mit ACT ist, dass alle beschriebenen therapeutischen Bemühungen stets darauf ausgerichtet sind, die Lebensqualität der Patienten zu verbessern, indem sich Verhalten an eigenen Werten und Lebenszielen orientiert. Verschiedene Lebensphasen, Aufgaben und Rollen, denen Menschen nachgehen, bergen die Gefahr, sich von diesen Grundwerten zu entfernen oder sich gar nicht klar darüber zu sein, was wirklich wichtig ist – Werte wandeln sich über den Verlauf des Lebens ja auch. Dies wird als *mangelnde Werteklarheit* bezeichnet. Bei der *Klärung von Lebenswerten* geht es in erster Linie darum, zu verstehen, was dem Patienten wirklich am Herzen liegt und dessen appetitive Funktion im Sinne eines oder mehrerer Annäherungsziele herauszuarbeiten. Werte werden in ACT als Richtungen eines Lebenskompasses gesehen, sie geben Orientierung und prägen eine innere Haltung, aus der heraus sich sinngebende Entscheidungen und Verhalten ableiten lassen.

Sich konsequent entsprechend der eigenen Lebenswerten zu verhalten, braucht oftmals Mut und bedingt, dass auch unangenehme Erfahrungen in Kauf genommen werden. Dies gelingt nicht immer und ist oftmals auch einer der Gründe, warum eine Therapie begonnen wird – wenn sich das Verhalten von Patienten durch *Untätigkeit und einem beharrlichen Vermeidungsverhalten* auszeichnet, welches zunehmend dazu geführt hat, dass Symptome aufrechterhalten bleiben und sich Lebensmöglichkeiten einschränken. Dies zeigt sich auch dann, wenn die Beschäftigung mit Kontrolle von Leidenszuständen zur Hauptaufgabe wird. Mit den Fertigkeiten, die mit den ACT-Prozessen aufgebaut werden, zielt die Therapie darauf ab, *engagiertes, entschlossenes Handeln* im Dienste der eigenen Lebenswerte zu fördern.

### 1.1.3 Verwandte Konzepte und Behandlungsansätze aus der Psychoonkologie

In der Psychoonkologie sind verschiedene Behandlungsansätze zu finden, die eine Verwandtschaft zu ACT bzw. zu einigen ACT-Prozessen aufweisen. Insbesondere die verschiedenen Programme und Interventionen mit einem sinnorientierten Ansatz sind in der werte- und lebenszielorientierten Arbeit von ACT erkennbar (oder umgekehrt). Aufgenommen werden damit die mit einer Krebserkrankung einher-

gehenden existenziellen Belastungen und Fragen, die sich in einem Verlust des Gefühls von Sinnhaftigkeit, Demoralisierung und spirituellem Leiden manifestieren können (Kissane, Clarke & Street, 2001; Le May & Wilson, 2008). Die Wurzeln dieser Ansätze liegen in der Existenzialphilosophie (u. a. Kirkegaard; Nietzsche; Jaspers; de Beauvoir), welche existenzielle Themen wie Lebenssinn und Sinnverlust, Angst, Leiden und Schmerz beleuchtet. Die existenzialpsychologischen Therapierichtungen, u. a. die Logotherapie von Frankl (Frankl, 1984) und die Existenzielle Psychotherapie von Yalom (Yalom, 1980) stellen diese Themen in ihren psychotherapeutischen Konzepten ins Zentrum. Frankl bezeichnet mit dem Begriff der Tragischen Trias die Unzertrennlichkeit der menschlichen Existenz von Leiden, Schuld und Tod. Er betont, dass weder Leiden noch eigenes Verschulden noch Tod vermieden werden können. Der Mensch hat aber die Möglichkeit, diese Existenzialien durch die Art und Weise zu transformieren, wie er mit seinem Leiden umgeht, indem er Schuld als Ausgangspunkt zur persönlichen Weiterentwicklung nutzt und verantwortlich mit seiner Lebenszeit umgeht. Grundlegend dafür ist die Haltung, auch in schwierigen Erfahrungen einen individuellen Sinn zu erkennen, die sich im Zitat „Die letzte der menschlichen Freiheiten ist die Wahl der Einstellung zu den Dingen“ wiederfindet (Frankl, 2009, S. 102). Für Yalom sind neben der Begrenztheit des Lebens durch den Tod auch die Freiheit in der Übernahme von Verantwortung und Entscheidungen, die Erfahrung der Isolation und der Sinnlosigkeit bzw. die Aufgabe des Einzelnen, einen eigenen Lebenssinn zu konstruieren, zentrale existenzielle Herausforderungen des Menschen (Yalom, 2010). Sowohl die humanistische Grundhaltung als auch das Wissen darum, dass Therapeutin und Patient bei diesen Themen im gleichen Boot sitzen, sind für die Therapiebeziehung auch in ACT vergleichbar prägend.

In den letzten Jahren sind in der Psychoonkologie verschiedene sinnorientierte Interventionen für Gruppen und im Einzelsetting entstanden (für eine Übersicht siehe Le May & Wilson, 2008; Mehnert, Braack & Vehling, 2011). Übergeordnet fördern die Ansätze eine sinnorientierte Krankheitsverarbeitung, welche auf einer Erweiterung des transaktionalen Stressmodells um den Sinnaspekt (global meaning) basiert (Park & Folkman, 1997). Der damit verbundene Lebenssinn wird in Beziehung zum Vorliegen von individuell wertvollen (Lebens-)Zielen gebracht. Die Interventionen zielen auf die Reduktion von existenziellen Belastungen und der Förderung von Wohlbefinden ab. Die therapeutischen Elemente beinhalten u. a. die kognitiv-emotionale Auseinandersetzung mit Sinnfragen und der Konstruktion resp. dem Erkennen der Bedeutung des eigenen Lebens, achtsamkeitsorientierte Interventionen, Psychoedukation, Interventionen zur Beziehungsstärkung mit Angehörigen und den Aufbau von Problemlösestrategien. Damit sind auch Elemente aus der kognitiven Verhaltenstherapie wiederzuerkennen, die Interventionen greifen aber auch das Thema der Spiritualität auf, die insbesondere in der Palliative Care in den letzten Jahren an Bedeutung gewonnen hat. Karkela

und Constantinou (2010) schaffen hier in ihrer Arbeit eine Verbindung zwischen den religiös-spirituellen Werten, die im Zusammenhang mit einer Krebserkrankung die Krankheitsbewältigung unterstützen können, und der Wertearbeit in ACT.

Viele der sinnorientierten Interventionen in der Psychoonkologie sind für Patienten in einem fortgeschrittenen Krankheitsstadium entwickelt worden. Die Diagnose einer Krebserkrankung löst jedoch bei der Mehrzahl der Betroffenen gleich zu Beginn durch die Möglichkeit, bei einem ungünstigen Verlauf an Lebenszeit einzubüßen, existenzielle Sorgen und Ängste aus. Die lebensziel- und werteorientierte Perspektive von ACT kann hier das Sinn-Thema aufgreifen und ihm eine konkrete und lebensorientierte Richtung geben. Dies bietet sich gerade für die Arbeit mit Ersterkrankten und Survivors an, die sich während resp. nach ihrer Behandlung meist nicht mit dem Lebensende auseinandersetzen wollen, sich aber sehr wohl den Fragen zur Prioritätensetzung im Leben, den eigenen Wünschen und nicht gelebten Träumen stellen.

Neben dieser Nähe von sinnorientierten Interventionen zur Wertearbeit in der ACT gibt es einen weiteren Therapieansatz mit Ähnlichkeiten und Überschneidungen, die Metakognitive Therapie, der vor allem für die Behandlung von Progreddienzangst untersucht wird (Fardell et al., 2016; Fisher, Byrne & Salmon, 2017). Der Zusammenhang zwischen Metakognitionen, beispielsweise dass es schädlich ist, sich stark zu sorgen, oder wichtig ist, Kontrolle über Gedankeninhalte zu haben, wurde mit höheren Distress- und insbesondere Angstwerten bei Krebspatienten in Verbindung gebracht (Quattropani, Lenzo, Mucciardi & Toffle, 2015; Anderson et al., 2019). Die Metakognitive Therapie verfolgt ebenso wie ACT einen transdiagnostischen Ansatz und basiert auf dem Self-regulatory executive function (S-REF)-Modell (Wells & Matthews, 1994; Wells, 2013), welches metakognitive Prozesse für die Entwicklung von psychopathologischen Symptomen und insbesondere von Angst und Depression verantwortlich sieht. Es betont, dass emotionale Probleme durch das sog. Kognitive-Aufmerksamkeits-Syndrom (KAS) ausgelöst resp. aufrechterhalten werden. Dieses zeichnet sich durch repetitive Denkmuster (Ruminieren, Sorgen, Überanalysieren), einer unflexiblen und selbstfokussierten Aufmerksamkeit und ungünstigen Bewältigungsstrategien aus, die die Kognitions- und Emotionsregulation stören. Es wird angenommen, dass das KAS durch positive und negative metakognitive Überzeugungen aktiviert und unterhalten wird, beispielsweise die Auffassung, dass es hilfreich ist, sich vorab mit allen möglichen (aktuell nicht vorhandenen) Problemen auseinanderzusetzen, um bei deren eventuellem Auftreten vorbereitet zu sein. Auch der Gedanke darüber, dass negatives Denken negative Ereignisse anzieht, ist eine metakognitive Einstellung, die emotional-kognitive Prozesse beeinflusst. Die Metakognitive Therapie setzt entsprechend eine Methode ein, die eine Nähe zur Defusion in ACT aufweist: Das Einüben des Sich-Distanzierens von Kognitionen durch eine spezi-

fische Form von Achtsamkeit (detached mindfulness) unterstützt die Patienten darin, sich von ihren kognitiven Überzeugungen zu lösen, indem auf den Inhalt der Kognitionen nicht eingegangen wird. Zusätzlich wird der Unterschied zwischen der Selbstwahrnehmung und den inneren kognitiven Ereignissen eingeübt, vergleichbar wie dies mit den Interventionen zum Selbst-als-Kontext in der ACT gemacht wird.

Eine weitere Strömung, die in der Psychoonkologie mittlerweile stark etabliert ist, sind die achtsamkeitsbasierten Interventionen (Haller et al., 2017), ausgehend von der mindfulness-based stress reduction (MBSR; Kabat-Zinn, 1990). Der Fokus liegt hier auf dem achtsamen, nicht bewertenden Annehmen und Beobachten des Jetzt und wird mittels verschiedener meditativer Übungen eingeübt. Im formalen Achtsamkeitstraining werden gleichzeitig mehrere Prozesse von ACT berührt: Die Praxis fördert den Kontakt mit dem gegenwärtigen Moment sowie die Akzeptanz von dem, was gerade ist und unterstützt, sich von Gedanken zu lösen. Gleichzeitig erfolgt die Praxis aus der Beobachter-Perspektive.

#### 1.1.4 Wirksamkeit von ACT

Die Forschung zu ACT bei chronischen körperlichen Erkrankungen lässt sich in zwei Gruppen einteilen: Die einen untersuchen den Zusammenhang zwischen körperlichem und psychischem Befinden sowie einzelnen Faktoren, die in ACT eine Bedeutung haben, z. B. dem Konstrukt Psychische Flexibilität. Die andere Gruppe der Interventionsstudien untersucht die Wirksamkeit von Behandlungsansätzen, die auf ACT basieren.

Einige Studien weisen darauf hin, dass höhere Akzeptanz-Werte, gemessen anhand des AAQ II (Bond, Hayes, Beer et al., 2011), mit einem niedrigerem psychischen Leidensdruck und höherem körperlichen Funktionsniveau in einer Stichprobe verbunden sind, die vorwiegend unter verschiedenen Krebserkrankungen litt (Low et al., 2012). In einer Gruppe von mehr als 100 Krebspatienten fanden Gillanders und Kollegen kognitive Fusion als einen Prädiktor von Angst, während krebsbezogene Gedanken und vermeidendes Bewältigungsverhalten höhere Depressionswerte voraussagten. Ebenso zeigte sich, dass Selbstmitgefühl diese Zusammenhänge abschwächt (Gillanders, Sinclair, MacLean & Jardine, 2015). Zudem sind in einer Gruppe von Patientinnen mit metastasiertem Brustkrebs eine höhere Symptomlast mit höherer psychischer Inflexibilität und einem weniger engagierten, werteorientierten Verhalten in Verbindung gebracht worden (Mosher et al., 2017).

Die höchsten Effektivitätsnachweise von ACT bei körperlichen oder psychosomatischen Erkrankungen liegen bisher für den Umgang mit chronischen Schmerzen vor (vgl. Überblicksarbeit von Veehof, Oskam, Schreurs & Bohlmeijer, 2011).

Graham, Gouick und Krahé (2016) fassten die bestehenden Studien zur Wirksamkeit von ACT bei chronischen körperlichen Gesundheitsproblemen (Hirnverletzung, Krebs, Herzkrankheiten, Diabetes, Epilepsie, Multiple Sklerose) zusammen und schlussfolgern, dass ACT mit einer Verbesserung in Lebensqualität, Distress-Abnahme, Verbesserung von Gesundheitsverhalten und Symptombewältigung sowie einer Zunahme an psychischer Flexibilität verbunden ist. In beiden Reviews wird auf eine noch eingeschränkte Studienqualität hingewiesen. Mittlerweile sind einige Arbeiten publiziert worden, die eine Wirksamkeit von ACT auch bei Krebspatienten (Arch & Mitchell, 2016; Feros, Lane, Ciarrochi & Blackledge, 2013; Hawkes et al., 2013; Rost, Wilson, Buchanan, Hildebrandt & Mutch, 2012; Ghasemi, Dehghan, Farnia, Tatari & Alikhani, 2016) und Angehörigen (Köhle et al., 2017) nachweisen, was sich in verbessertem psychischen Befinden, höherer Lebensqualität, geringerer Rezidivangst, weniger Intrusionen, erhöhten Akzeptanz- und Hoffnungswerten zeigte. Insgesamt zeigt sich, dass eine Reduktion von kognitiver Vermeidung und eine Zunahme an psychischer Flexibilität zentrale Mediatoren einer Verbesserung der Krankheitsbewältigung sind (Rost, Wilson, Buchanan, Hildebrandt & Mutch, 2012; Wicksell, Olsson & Hayes, 2011).

## 1.2 Psychische Herausforderungen von Krebspatienten aus der ACT-Perspektive

An Krebs erkrankt zu sein, bedeutet nicht unweigerlich, psychische Probleme zu entwickeln. Die Prävalenz einer psychischen Störung bei Krebskranken liegt bei ca. 30 % (Singer, Das-Munshi & Brahler, 2009) und bei einer palliativen Krankheitssituation mit ca. 50 % etwas höher (Miovic & Block, 2007). Auf dem Hintergrund eines kategorialen Verständnisses von psychischer Gesundheit resp. Krankheit bleibt demnach die Mehrheit der Patienten angesichts ihrer Krebserkrankung psychisch gesund. Für die Beschreibung der emotionalen Reaktion auf das lebensbedrohliche Ereignis einer Krebserkrankung greift dieses Verständnis jedoch zu kurz. Daher hat sich in der Psychoonkologie der Distress-Begriff etabliert. Holland, Jacobsen und Riba (2001) beschreiben Distress als

... a multifactorial unpleasant emotional experience of a psychological (cognitive, behavioral, emotional), social, and/or spiritual nature that may interfere with the ability to cope effectively with cancer, its physical symptoms and its treatment. Distress extends along a continuum, ranging from common normal feelings of vulnerability, sadness and fear to problems that can become disabling, such as depression, anxiety, panic, social isolation, and existential and spiritual crisis. (S. 6)

Damit wird die Breite der möglichen Belastungen auf emotionaler, kognitiver, verhaltens-, sozialer und spiritueller Ebene auf eine Krebserkrankung hervorgehoben:

- Eine Krebsdiagnose löst starke Emotionen, u. a. Angst und Panik, Wut, Hilflosigkeit oder Hoffnungslosigkeit aus.
- Patienten beschäftigen sich gedanklich intensiv mit ihrer Situation und bemühen sich um ein Verständnis als Grundbedingung, die Diagnose überhaupt annehmen zu können. Sie suchen im Internet nach Informationen, sie sind gefordert, komplexe Informationen zu verstehen und schwierige Entscheidungen zu treffen und können sich in Gedanken über einen möglichen schlechten Krankheitsverlauf verlieren.
- Auf Verhaltensebene lässt sich oftmals ein Rückzug aus Lebensbereichen und -aufgaben beobachten. Einerseits binden die oftmals langwierigen und belastenden medizinischen Behandlungen Ressourcen, andererseits können Patienten das Vertrauen in ihre Fähigkeiten verlieren oder sie beginnen, ihre Interessen aufzuschieben und zu vernachlässigen auf eine Zeit „nach der Krankheit“.
- Auf sozialer Ebene können sich Rollen und Aufgaben verändern, was zu Verunsicherung und Selbstwertproblemen führen kann.
- Auf spiritueller Ebene stellen sich unter anderem Sinnfragen – angesichts der Konfrontation mit einem möglichen früheren Lebensende können sich Werte und Ziele verändern und einen Prozess der persönlichen Neupriorisierung auslösen.

ACT ist ein flexibler, störungsübergreifender Therapieansatz, der die Bereiche des Hexaflex-Modells ins Zentrum der therapeutischen Arbeit stellt und psychische Flexibilität für den Umgang mit Herausforderungen in allen Lebensbereichen fördert. Ein erfolgreicher Bewältigungsprozess einer Krebserkrankung zeigt sich darin, dass Patienten eine gute Lebensqualität erreichen und aufrechterhalten, sich den Anforderungen gewachsen fühlen, psychisch gesund bleiben und zu ihrer Gesundheit aktiv Sorge tragen, sich in ihrem sozialen Kontext sicher bewegen können und ein allfälligen Einschränkungen angepasstes Funktionsniveau auf psychischer, körperlicher und sozialer Ebene aufrechterhalten können. Eine wesentliche Bedingung dafür ist der Aufbau von Flexibilität auf mentaler und Verhaltensebene, um auf die wechselnden Anforderungen adaptiv reagieren zu können. Anpassungsbemühungen im Rahmen der Krankheitsbewältigung können jedoch ins Stocken geraten. Oftmals zeigt sich dies in einem verstärkten Ruminieren und dem sich Verlieren (in der ACT-Sprache als Fusion bezeichnet) in Gedanken an die gesunde Vergangenheit oder die ungewisse Zukunft, was zu einer Einschränkung des Erlebens der aktuellen Situation führt. Starke emotionale Reaktionen auf innere und äußere Reize können zu Vermeidungsverhalten oder konflikthaften sekundären Emotionen führen. Schwierigkeiten beim Akzeptieren, dass auch Krankheit und Leid zum Leben gehören, treten auf und zeigen sich in einem inneren Kampf gegen Symptome wie Müdigkeit oder körperlichem Schmerz, der wiederum viele psychische Ressourcen bindet. Eine schwere Krankheit kann das Wertesystem eines Betroffenen ändern oder eine Sinnkrise