



# Palyatif Bakım Kapsamında Psikoterapiler ve Uygulamaları

## Psychotherapies and their Practice within the Context of Palliative Care

Onur YILMAZ, Ahmet ÖZTÜRK

Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

Yazışma Adresi  
Correspondence Address

**Onur YILMAZ**  
Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp  
Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı,  
İstanbul, Türkiye  
E-posta: ony1978@gmail.com

Geliş tarihi \ Received : 22.02.2018  
Kabul tarihi \ Accepted : 16.03.2018  
Elektronik yayın tarihi : 08.11.2018  
Online published

Yılmaz O, Öztürk A. Palyatif  
bakım kapsamında psikoterapiler ve  
uygulamaları. Akd Tıp D 2019;1:7-14.

Onur YILMAZ  
ORCID ID: 0000-0002-8270-7354  
Ahmet ÖZTÜRK  
ORCID ID: 0000-0002-9854-7586

### ÖZ

Kanser hastaları ve diğer ölümcül ve/veya kronik hastalıkları olanlar için geliştirilen palyatif bakım, özellikle son on yılda multidisipliner bir tedavi yaklaşımı olarak geniş kullanım alanı bulmaya başlamıştır. Palyatif bakımda psikoterapi uygulamaları ise halen gelişimini sürdürmektedir. Psikoterapi ekollerinden klasik Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT), BDT nin üçüncü dalga ekolleri Sanat Terapi uygulamaları kanser hastaları başta olmak üzere palyatif bakım kapsamında kullanılmaktadır. Varoluşçu felsefenin ve varoluşçu psikoterapilerin palyatif bakım sürecinde kullanım öyküsü daha kısıtlı olsa da, bu özel popülasyonun psikolojik ihtiyaçlarına yanıt verebilecek uygulamalardan biri olabilir. Bu derlemenin içeriğinde palyatif bakım kapsamında günümüze kadar kullanılmış olan değişik psikoterapi ekollerinin bir bölümü ile bundan sonra bu alanda etkin olabilecek başka psikoterapi ekolleri tartışılmıştır.

**Anahtar Sözcükler:** Palyatif bakım, Bilişsel davranışçı terapi, Varoluşçu psikoterapi, Sanat terapi

### ABSTRACT

Palliative care is carried out for patients who have cancer and/or other chronic or fatal diseases. It has been put to use particularly in the last decade. However, psychotherapeutic approaches within the context of palliative care are still being developed. Among psychotherapy approaches, Cognitive Behavioral Therapy (CBT), third wave CBT approaches and Art Therapy are performed as part of palliative care, particularly for patients who have cancer. Even existentialist philosophy and existential psychotherapies have a limited story of usage in the course of palliative care and are supposed to be one of the psychotherapeutic approaches for the patients' psychological problems. Certain parts of various psychotherapy approaches practised within the context of palliative care and other approaches that might be useful for this purpose are discussed in this review.

**Key Words:** Palliative care, Cognitive behavioral therapy, Existential psychotherapy, Art therapy

### GİRİŞ

Palyatif bakım, Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımlaması ile “yaşamı tehdit eden hastalıklardan kaynaklanan problemler ile karşılaşan hastaların yaşam kalitesini, başta ağrı olmak üzere tüm fiziksel, psikososyal ve ruhsal problemlerin erken tespit edilerek ve etkili değerlendirmeler yapılarak önlenmesi, azaltılması veya hafifletilmesi yolları ile artırmayı hedefleyen” bir tıbbi yaklaşımdır (1). Son on yılda, sadece terminal dönemdeki kanser hastaları için değil, kanserin ilk teşhis edildiği andan itibaren (2), hatta kanser dışı nedenlerle hastanın ölümüne az zaman kaldığı tahmin edilen tüm hastalarda (3) uygulanabilir hale getirilmeye çalışılmaktadır.

Palyatif bakım sadece tıbbi ve medikal destek içermemekte, aynı zamanda psikoterapi ile de güçlendirilmektedir (4). Ancak bu hastaların psikoterapiyi kabul etmeme olasılıkları, önemli bir sorundur. Ölümü yaklaşmış olan birçok hasta, daha önce yaşamadığı şeyleri fiziksel sağlığının el verdiği ölçüde yapma gayreti içine girebilmekte, bu nedenle bazen hayati

DOI: 10.17954/amj.2018.1072

önemi olan tıbbi girişimleri dahi reddedebilmektedir (5). Kendisine zaman kaybettirebileceği, gerçekçi olmayacağı gerekçeleriyle terapi girişimlerini kabul etmeyen hastalar olabilir. Ayrıca, ölümü yakın olan hastayla çalışacak olan terapistin de hastanın öleceği gerçeğini bilmeye ve terapiyi bu gerçek zemininde yürütmeye tahammül edebilmesi gerekir (6). Palyatif bakım kapsamında planlanan psikoterapilerin, genel psikoterapi yaklaşımlarından bazı farklılıkları vardır. Öncelikle, bu hastalarda değişimden ziyade, kabule odaklanılmalıdır. Kısıtlı zaman kaldığı gerçeği, hem hasta hem de terapist üzerinde baskı kurmaktadır. Psikoterapide genel anlamda, “yaşamla daha sağlıklı ve otantik bir bağ kurmak” hedeflenirken, palyatif bakım hastalarında ise “yaşam ile olan bağını kaçınılmaz biçimde yitirecek olduğu gerçeğine” rehberlik etmek hedeflenir. Ayrıca terapistin, hastanın ölümüne dair keder, tükenmişlik, yarımsız kalmış olma, suçluluk gibi duygularını, genel psikoterapide olduğundan daha fazla açığa vurması beklenir (6). Palyatif bakım sürecindeki tüm psikoterapilerde, hastanın sorunlarını betimlemesine ayrılan sürenin ve terapist çabasının nispeten azaltılarak, hastanın acısını paylaşmak, önemsendiğini ve umursandığını ona hissettirmek daha öncelikli hedef olmalıdır. Hızlı ve etkin olma hedefine odaklanma hatasından uzak durarak, hastaya tüm kalbiyle kendinden bir şeyler verebilmeye gayret edilmesinin, hastanın terapiye katılımını belirgin şekilde artıracığı öngörülebilmektedir.

Hastanın bazı bedensel ve duyuşsal fonksiyonlarındaki kısmi veya tam kayıplar psikoterapilerin etkinliğini kısıtlayabilir. Örnek olarak, ayağa kalkmakta güçlük çeken hastalara, herhangi bir Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT) seansı sonunda verilebilecek davranışçı ödevlerin kapsamı belirgin şekilde kısıtlanacaktır. İşitme fonksiyonunda, sözel iletişimi engelleyecek seviyede bir kayıp olan hastalarda psikoterapi yaklaşımlarının hemen hepsinin etkinlik alanı belirgin ölçüde azalacaktır. Buna rağmen psikoterapilerin kullanımını son dönemlerini yaşayan hastalarda giderek artan bir uygulamadır.

Son on yılda, çeşitli sistematik incelemeler ve meta-analizlerde, psikoterapinin kanser hastaları arasında depresyon üzerindeki etkinliği araştırılmıştır. Faller ve ark. (7) psiko-onkolojik müdahalelerin yetişkin kanser hastalarında duygusal sıkıntı ve yaşam kalitesi üzerine etkilerini araştırmış ve hem bireysel psikoterapi hem de grup terapisinin hafif-orta derecede etkili olduğunu bulmuşlardır. Hart ve ark. (8) kanser hastalarında depresyon semptomlarının artışına karşı yapılan psikoterapötik müdahalelerin etkinliğinin bir meta-analizini gerçekleştirmiştir. Birincil analizde, her türlü müdahale, kontrol koşullarıyla karşılaştırılmıştır. Bir alt grup analizi, bilişsel davranış terapilerinin kontrol koşullarından daha etkili olduğunu ortaya koymuştur. Kanser hastalarının depresyon tedavisinde psikoterapiyi

farmakoterapiye nazaran daha çok tercih ettiğini gösteren çalışmalar mevcuttur (9)

Biz de bu derlemede, bazı psikoterapi türlerinin palyatif bakım hastalarının psikiyatrik semptomlarını iyileştirmeye dair hedeflerini ve etkinliğini incelemeyi amaçladık.

## **PALYATİF BAKIMDA BİLİŞSEL DAVRANIŞÇI TERAPİLER**

Bilişsel Davranışçı Terapilerin (BDT) kanser hastaları başta olmak üzere, ölümü yaklaşmış olduğu değerlendirilen hastalarda yaşam kalitesinin yükseltilmesinde, sıkıntının azaltılmasında, psikolojik ve fiziksel belirtileri hafifletmekte en etkili tedavi yöntemlerinden birisi olduğu birçok çalışmada belirtilmiştir (10-13) Kısa vadeli ve nispeten kolay uygulanabilir olması, hastaların öz yeterliliğini artırması nedeniyle BDT nin kanser hastaları başta olmak üzere palyatif terapilerde etkili olabileceği bildirilmiştir (14).

Palyatif bakım alan, özellikle hastalığın ileri evresinde ya da yaşam beklentisi kısa olan ve tedavisinin seyri ile ilgili gerçekçi korkuları olan hastalar için klasik BDT teknikleri yetersiz kalabilir. Bu hastalar için alternatif BDT yaklaşımları geliştirmeye yönelik girişimler mevcuttur. Yeni tanı alan ve erken evrede olan kanser hastaları gibi hastalarda BDT, hastalıkla ilgili belirtileri ve tedavinin neden olduğu yan etkileri azaltmak için kullanılabilirken, ölümüne kısa süre kaldığı değerlendirilen hastalarda ise anksiyeteyi azaltmak, anksiyeteye başa çıkma stratejilerini öğretmek ve hastanın ölüme yakın olduğunu kabullenmesine yardımcı olmak için kullanılır. BDT hem bireysel seanslar halinde hem de grup terapisi şeklinde uygulanabilir.

### ***BDT nin bireysel seanslarda uygulanışı***

Başlangıçta terapistler psikoeğitim yoluyla hasta ile etkin bir ilişki kurarak hasta hakkında sağlıklı bir bakış açısı geliştirmelidir. Hastanın kaygısını hasta ile birlikte tanımlamaya ve anlamaya çalışmak sonraki adımdır. Bu aşamadan sonra hastanın kaygısının ne kadar gerçekçi olduğuna göre yaklaşım ve müdahaleler değişecektir. Kaygısı gerçekçi olmayan ya da beklenenden fazla seviyede olan hastalarda davranışçı tekniklerden önce bilişsel müdahalelerin kullanılarak kaygının, üzerinde çalışılabilir seviyeye indirilmesi daha uygun olacaktır. Bu amaçla, duygu ve düşünceleri izleme, yeniden düzenleme ve çerçeveleme, karar verme için stratejiler geliştirme ve düşünceleri durdurma gibi bilişsel teknikler uygulanabilir. Kaygısı gerçekçi seviyede olan hastalarda ise davranışçı tekniklerin kullanımına daha erken geçilebilir. Hedef belirleme, gevşeme eğitimi, doktora sorulacak soru listesi oluşturma, günlük tutma, dikkat odağını dağıtma, etkinlik planlama gibi teknikler faydalı olabilir. Hastanın kaygısının gerçekçiliği ile ilgili şüpheye düşülüyorsa, tam ve tedavi süreci ile ilgili daha fazla bilgi toplamak üzere ilgili klinisyenlere (onkologlar gibi) danışılmalıdır.

BDT'deki bilişsel teknikler, palyatif bakım alan hastaların psikolojik tepkilerinin sadece fiziksel etkilerine değil aynı zamanda hastanın hastalığı nasıl değerlendirdiğine ve başa çıkma mekanizmalarının neler olduğuna göre de düzenlenmelidir (15). Hastalara, duygusal durumlarının olumsuz yönde değişmesine aracılık eden olumsuz otomatik düşünceleri belirlemek amacıyla tasarlanmış bilişsel teknikler öğretilmelidir. Palyatif bakım alan hastalarda sık görülebilen düşünce hatalarına örnek olarak şunlar sıralanabilir:

Ya hep ya hiç biçiminde düşünme: *“Doktorlar benim gerçekten ne hissettiğimi hiç anlamadı ve bundan sonra da anlayamazlar”*

Kişiselleştirme: *“Kendimi o kadar çok stres altında bıraktım ki, sonunda kanser olacağıma belliydi. Bu benim hatam”*

Etiketleme: *“Evde ilaç kutusunu nereye koyduğumu unuttuğum için bazı ilaçlarımı alamadım, demek ki aptal biriyim”*

Seçici Soyutlama: *“Bu kanser ilacının prospektüsünü okudum. Akciğerlerimde mutlaka sertleşmeye ve sonra da nefes darlığına yol açacak”*

Akıl okuma: *“Doktor bugün tetkiklerime bakıp kalbimi dinledikten sonra kaşlarını çattı. Demek ki hastalığının ilerlediğini ve artık sona geldiğimi düşünüyor”*

En sık kullanılan tekniklerden biri yeniden çerçeveleme ve yapılandırma. Hasta bir sıkıntı veya olumsuz duygu ifade ettiğinde, bu şekilde hissetmesine neden olan düşüncenin içeriği sorgulanır. Terapist bu düşüncelerin duyguları tetikleme sürecini hastaya gösterir. Böylece, hastanın durum karşısında nasıl hissedeceğini belirleyen en önemli etkenin var olan durumun kendisi değil, ona dair getirilen yorum olduğu vurgulanmış olur.

Davranışçı teknikler arasında, günlük tutmanın da ayrı bir yeri vardır. Hasta düşünce ve duygularını günlüğe kaydeder. Günlük, seansta hasta ile birlikte incelenebilir. Günlükte hastanın kendi düşünce kalıplarından açıklayıcı örnekler kullandığı yerler, bilişsel müdahalenin yapılması için terapistin en uygun kaynakları sunduğu yerlerdir. Bu yolla terapist hastanın hangi davranışlarının gerisinde hangi olumsuz otomatik düşünceler olduğunu hızlı ve kolay bir şekilde öğrenebilir.

### **BDT'nin grup terapi seanslarında uygulanışı**

Grup terapilerinin, kanser hastaları gibi palyatif bakım sürecinde olan hastalarda uygulanmasının, bireysel terapi seanslarına göre bazı üstünlükleri vardır. Bir grubun üyesi olmak ölüme yakın olduğunu bilen hastada, durumla başa çıkma sürecinde gerekli olan çevresel desteği sağlar. Ayrıca hastalar, benzer süreçleri yaşayan ve kendilerini en iyi şekilde anlayabileceklerine inandıkları yeni arkadaşlar edinebilirler. Grup terapisinin maliyeti daha düşüktür. Grup terapilerini yöneten terapist, bireysel terapi seanslarına göre zamanını daha etkili kullanabilir.

Palyatif bakıma alınan hasta sayısında son yıllarda ortaya çıkan belirgin artış ve bu hastalara psikoterapi hizmetinin ulaşmasındaki çeşitli zorluklar göz önüne alındığında, grup terapisinin bu soruna akılcı ve etkin bir çözüm getireceği öngörülebilir. Palyatif bakımda kognitif psikoterapi ile varoluşçu psikoterapi tekniklerinin bir arada kullanıldığı çalışmalara ait bildirimler de dikkat çekmektedir (16).

Grup terapisi seanslarında genellikle gevşeme, stres yönetimi, bilişsel yeniden yapılandırma ve psikoeğitim, problem çözme tekniklerinin paylaşımlı olarak öğrenilmesi gibi uygulamalar ve müdahaleler yer alır. Kanser hastalarında uygulanan grup terapilerinin içeriğini ve yapılandırmasını belirlemeyi hedefleyen geniş örneklemli bir çalışmada (17) programın amaçları şu şekilde ortaya konmuştur:

Bilişsel yeniden yapılandırma: Uyum bozucu olumsuz otomatik düşünceleri ve ara inançları belirlemek, bu uyumsuz algıları değiştirmeyi öğrenmek.

Davranışçı Teknikler: Etkili iletişim kurma, başa çıkma stratejilerini öğrenme, amaç belirleme ve takip etme, sosyal etkileşime özendirme, meditasyon

Kendini ifade etme: Grup içinde endişelerini ve sorunlarını ifade etme alıştırmaları yaparak aile üyeleri ve yakın arkadaşları ile etkili ve istekli iletişim kurmaya doğru yönelmeleri hedeflenir.

### **Palyatif tedavi hastalarında sık görülen psikiyatrik bozukluklarda BDT'nin yeri ve etkinliği**

**Depresif bozukluklar:** Ölümü yaklaşmış bir hastada görülen üzüntünün bir depresyon belirtisi mi yoksa durumla uyumlu rasyonel bir üzüntü hali mi olduğunun ayrılması zor olabilir. Çünkü halsizlik, yorgunluk, kilo kaybı, iştah ve uyku bozuklukları gibi belirtiler hem depresyonda hem de kanserler ve diğer hastalıklar nedeniyle ölümü yaklaşan hastalarda görülebilir (18). Metastatik meme kanseri olan kadınlarda yapılmış bir çalışmada hastalarda görülen depresyon için BDT'nin etkili olduğu ortaya konmuştur (19).

**Anksiyete bozukluğu:** Bazı araştırmacılar anksiyetenin kanser teşhisine ve bedensel fonksiyonların bozulması, dış görünüşteki değişiklikler, ailenin olumsuz etkilenecek olması, ölümün yakın olduğunun anlaşılması gibi tehditlere karşı normal bir reaksiyon olduğunu öne sürmüştür (20). Son dönem hastalarda BDT, anksiyetenin psikojen ve somatik belirtileri ile birlikte ortaya çıkan otomatik düşüncelere odaklanmalıdır. Ağrıları artan bir hasta, bunun daha ilerlemiş bir doku ve organ hasarını gösterdiğini düşünmeye başlamışsa (otomatik düşünce), terapist bu algının hatalı olabileceğini, ayrıca bu algısından dolayı ağrının daha şiddetli hissedilir hale gelebileceğini görmekte hastaya yardımcı olabilir.

Greer ve ark. (21) yaptıkları çalışmada, terminal dönemdeki 40 kanser hastasına 8 haftalık kısa BDT uygulamaları kontrol listesi verilerek tedaviye alınan 20 kontrol hastasına göre anksiyetelerinde ve korkularında önemli düzeyde azalma olduğunu ve baş etme stratejilerini daha çok öğrendiklerini gözlemişlerdir.

**Uyum bozukluğu:** Türkiye’de kanser hastalarının örneklem oluşturduğu bir çalışmada, psikiyatrik eştanılar içinde en önde geleninin uyum bozukluğu olduğu belirtilmiştir (22). Uyum bozukluğu tanısı alan hastalarda intihar düşüncesi veya intihar davranışı daha sık görülür. Uyum bozukluğunda BDT uygulamasında hastaların hastalık ve yaşam durumları hakkındaki abartılı sayılabilecek düşüncelerini ve algılarını tanımlamak için hasta ile birlikte çalışılır. Hasta bu algıları, mümkünse otomatik düşünce isimleriyle birlikte tanımlamayı öğrenir. Sonra da bu düşüncelerin nasıl işlevsiz davranışlara dönüştüğünü anlar. Sonraki aşamada da terapist ile birlikte daha rasyonel bilişler, en sonunda da daha işlevsel davranışlar kazanması sağlanmaya çalışılır.

**Uykusuzluk:** Kanser hastalarında uykusuzlukla ilgili yapılan bir kesitsel çalışmada, uykusuzluk belirtilerine en fazla neden olan faktörler olarak aşırı yorgunluk, ağrı gibi somut fiziksel semptomların yanında, kanser tanısı almış olmakla ve bundan sonra hastalık sürecinin neler getireceğiyle ilgili yoğun zihinsel uğraşların da bulunduğu ortaya konmuştur (23). Kanser hastalarında Uykusuzluk için Bilişsel Davranışçı Terapi Programı adı verilen ve nispeten uygulamaya yeni giren program ise, BDT nin özel bir alt türüdür ve grup terapileri şeklinde yürütülmektedir (24). Programın özünde uykusuzluğa neden olan düşünceleri tanımlamak ve davranışları değiştirmek vardır. Bu programda en sık kullanılan stratejiler uyku kısıtlama ve gevşeme terapileri, uyarın kontrolü, paradoksal niyet tekniği, uyku hijyeni ve bilişsel yeniden yapılandırma’dır.

### **Üçüncü kuşak BDT yaklaşımlarının palyatif tedavideki yeri**

Üçüncü kuşak olarak adlandırılan yaklaşımlar içerisinde Diyalektik Davranış Terapisi, Farkındalık Temelli Bilişsel Terapi, Kabul ve Kararlılık Terapisi, Bütünleştirici Duygu Düzenleme Terapisi gibi örnekler bulunmaktadır.

**Diyalektik davranış terapisi (DDT):** Palyatif tedavideki kullanımını, özellikle intihar düşünceleri olan ve ölüme yakın olmayı kabullenmek istemeyip kendine ve/veya çevresine dürtüsel davranışlarla zarar verme eğiliminde olan hastalarda denenebilir. Ayrıca Borderline Kişilik Bozukluğu başta olmak üzere, dürtüsellik içeren diğer bozuklukları bulunan hastalarda da palyatif tedavi kapsamında kullanılabilir. DDT son yıllarda yaşlı hastalardaki depresyon tedavilerinde de kullanılmaya başlanmıştır (25). Kanser ve diğer kronik hastalıkların daha çok yaşlı popülasyonu etkilediği

göz önünde bulundurulursa, palyatif bakıma alınan yaşlı depresyon hastalarında da alternatif bir psikoterapi ekolu olabilir. Bildiğimiz kadarıyla, kanser hastalarında ve/veya palyatif tedavi sürecinde DBT kullanımını araştıran bir çalışma henüz yapılmamıştır.

**Farkındalık temelli bilişsel terapi (FTBT):** Palyatif bakım hastasında depresyonun akut safhası tedavi edildikten sonra, özellikle yeni bir kemoterapi veya radyoterapi seansından, ya da ameliyat gibi geniş kapsamlı invaziv uygulamalardan önce FTBT yapılması, bu uygulamalardan sonra tekrarlayabilecek depresyon için koruyucu bir faktör olabilir. FTBT nin bu grup hastalarda kullanımına dair bir çalışmada, FTBT alan grup kontrol grubuna kıyasla farkındalık, depresyon, anksiyete ve yaşam kalitesi alanlarında daha fazla düzelmeye göstermiştir (26).

**Bütünleştirici duygu düzenleme terapisi (BDDT):** Ölümcül hastalık tanısını aldığı erken dönemlerden itibaren yoğun kaygı düzeyiyle yaşayan hastalarda kullanılabilir. Ancak, şimdiki kadar özel olarak palyatif bakım alan hastalarda kullanımına dair çalışma, bildiğimiz kadarıyla yapılmamıştır.

**Kabul ve kararlılık terapisi (KKT):** Özellikle, ölümcül hastalık tanısını kabullenmek istemeyen, hiç tanı almamış gibi yaşamını sürdürme gayreti içinde olan hastalarda bir alternatif olabilir. Bu yaklaşımın, kanser tanısı almış hastaların yaşam kalitesine etkisinin araştırıldığı bir çalışmada hastaların yaşam kalitesinde belirgin iyileşmeler sağladığı gösterilmiştir (27).

## **PALYATİF BAKIMDA VAROLUŞÇU FELSEFE VE VAROLUŞÇU PSİKOTERAPİNİN YERİ**

Varoluşçuluk, insan yaşamına dair temel meseleler olarak ölümü, anlamsızlığı, yalnızlığı (izolasyon) ve özgürlüğü karşımıza çıkarır. Hepimizin öleceği bir gerçektir. Bununla birlikte, ölümün olduğunu bilmek bu yaşamda geçirdiğimiz zamanı ve deneyimlediklerimizi değerli kılar. Varoluşçuluk, yaşamın en temelde anlamsız olduğunu, çünkü sonlu olduğumuzu söyler. Varoluşçu analiz ve Varoluşçu terapinin en önemli isimlerinden olan Victor Emile Frankl, insanın temelde anlam arayan ve bulan bir varlık olduğunu savunmuştur. Hayat bizlere kendiliğinden anlam getirmez, koşullar ne olursa olsun deneyimi yaşayarak ve anda kalarak kendi anlamımızı bulmamız gerekir (28).

Acı ve ıstırap konusunda Frankl günümüz psikoloji yaklaşımlarına ve toplumlarına bir eleştiri getirmektedir; mutsuz olmak mutlu olmak kadar doğaldır (28). Mutsuzluğu patolojik olarak değerlendirmek, sadece mutsuzluğu artırır. Ölümün yaklaşmış olduğunu bilen kişiye de, mutsuzluğunu hemen mutluluk ve ümit etme yönünde değiştirmesi telkini vermek anlamlı olmayacaktır.

Kendi ölümlülüğüyle yüzleşen bireyler, varoluşsal kaygıları belirgin biçimde deneyimleyebilirler (29). Ölümüne az zaman kaldığı tahmin edilen hastaların önemli bir çoğunluğunda, ölüm gerçeğinin tetiklemesiyle, varoluşçu felsefenin temel ilgi alanlarından biri olan “hiçlik kaygısı” ortaya çıkmaktadır.

Kanser tanısı alan kişilerin benlik ya da kimliklerini tanımlamalarında temel olan birçok alanda (sosyal ve mesleki işlevsellik, aile içi ilişkiler, cinsellik gibi) yaşanan kayıplar acı çekme ile sonuçlanmaktadır. Acı çekme bütün olarak varlığın nasıl algılandığıyla ilgilidir. Bedensel değişimler (saçların, kaşların ve kirpiklerin dökülmesi, belirgin kilo kaybı gibi), kişinin kendisine yabancılaşmasına ve ölüm korkusunun güçlenmesine neden olabilir (30). Kansere bağlı oluşan hiçlik duygusunun doğurduğu boşluğu doldurmak ve anksiyeteye baş etmek için duruma uygun yeni değerler oluşturulabilir. Bunların en önce geleni “umut etmek”tir. Bu dönemde hastalar umutlarını canlı tutmak ve acı çekmeyle baş etmek için diğerlerinin (sağlık profesyonelleri, aile, sevdikleri kişiler gibi) desteğine gereksinim duyarlar (31). Birçok insan için, psikolojik ve fiziksel acılar çekilse de yaşamın içinde olmak hâlâ anlamlı ve değerlidir.

Ölüm tehdidi ile karşı karşıya olan kişinin bu yaşamın amacını sorgulamak zorunda kalması, ölümlü olduğunun ve zamanın kendi aleyhine çalıştığı farkında olması ve tüm bunların bilincinde olarak, yine de hayatı yaşamaya kılmaya ve daha uzun yaşamaya çalışması varoluşçu felsefenin absürd (saçma) kavramı ile örtüşmektedir. Dünyada haksızlıklar, eşitsizlikler ve adaletsizlikler olmuştur, olmaktadır ve bundan sonra da olacaktır. Kanser ya da ölümcül hastalık tanısı alan hastaların “*bu neden diğerlerinin değil de, benim başıma geldi? Bu bir haksızlık, adaletsizlik*” şeklinde, özellikle ilk zamanlardaki olası tepkileri, absürdlük boyutuna yeterince temas etmemeleriyle açıklanabilir. Bu aşamada günlük yaşamın uğraşlarına odaklanmak, kansere ve kalan yaşamın süresine ilişkin kaygıları azaltmada en değerli şeylerden biridir. Kierkegaard’a göre, kişi anlamlı bir hayat için kutsal olan ile sıradan olana aynı anda temas edebilmelidir (32). Bir yandan, ölüm gerçeğinin varlığında yaşamı anlamlı kılmaya çalışmanın kutsallığı, öbür yanda ise bunun için çabalarken kullanılan yöntemlerin içinde günlük ve sıradan yaşam uğraşlarının geniş yer alması buna tipik bir örnek olarak verilebilir.

Elisabeth Lukas ve Joseph Fabry, varoluşçu psikoterapi ekollerinden biri olan logoterapinin, ölümü yakın olan hastalarda uygulama aşamalarını şöyle sıralamışlardır (33):

1. Kendinden uzaklaşma kullanılarak hastanın semptomlarından biraz uzaklaşması sağlanır. Bunun için espri, metafor veya sokratik diyalog kullanılabilir.

2. Hasta, sorununa karşı olan tavrını değiştirmeye davet edilir. Tavrı değişikliği en önemli adımlardan biridir. Ölüme karşı alınacak tavırda da, “*zaten öleceğim, o yüzden hayatımın artık bir anlamı yok*” tavrının yerine, örnek olarak “*şu anda akciğer kanseri hastasıyım*” şeklinde fikir değişiminin faydalı olacağı beklenebilir.
3. Tavrı değişikliği beraberinde ölüm korkusu ya da geriye kalan hayatı yaşamak istememe gibi semptomların azalmasını, tamamen ortadan kalkmasını veya daha baş edilir hale gelmesini sağlar.
4. Hastanın hayatındaki dinamiklerle yeni bir yol çizmesi sağlanır, özgürlüklerini keşfeder, seçimlerini yapıp yaptığı seçimlerin sorumluluklarını alır. Palyatif bakım döneminde, yaşayan dilek verme, vasi ya da vekil tayini gibi hukuki işlemlerin hasta tarafından uygulanması bunlara örnek olarak verilebilir.

### **Palyatif bakımda kullanılacak logoterapi teknikleri**

**Çelişik niyet:** Bir dileği tersine çevirmektir. Özellikle ölüme dair güçlü korkuları olan hastalarda, iyi bir ön görüşme ve güven ortamı sağlandıktan sonra uygulanabilir (34). Korktuğumuz şeyden kaçtıkça, korktuğumuz bizi kovalar, veya bir şeyi çok istersek, istediğimiz bizden kaçabilir. Korktuğumuz şeye esprili bir şekilde yaklaşır, korktuğumuzun başımıza gelmesini abartılı bir şekilde dilersek, korkumuz azalabilir. Hastaya, ölüme dair espriler içeren bir yaklaşım seçeneği sunulabilir.

**Alternatif tanı:** Sorunlu alanlar kadar, hastanın hayatından memnun olduğu, kendini iyi hissettiği, anlam bulduğu aktivite ve kişiler de bu seanslarda konuşulmalıdır. Bu yaklaşım, hastayı bütüncül olarak değerlendirme olanağını artıracığı gibi, hastanın terapiye etkin katılımını da teşvik edecektir.

**Gevşeme teknikleri:** Hastayı terapi sürecine ve meseleleri ile çalışmaya hazırlamak için kullanılabilir. Önermeler içerdiği için dikkatli kullanılmalıdır.

**Alternatif liste yöntemi:** Kişi yapmaktan zevk aldığı ve anlam bulduğu aktiviteleri listeler. Ölümle ve hastalığıyla ilgili aşırı zihinsel uğraşlara her girdiğinde bu aktivitelerden birini seçip yapar.

**Hikaye ve öyküler:** Bu yöntemle hastalara ıstırapın evrensel bir olgu olduğunun ve yalnız olmadıklarının gösterilmesi hedeflenir. Yöntemin içine mizah da dahil edilerek, hastanın ölüm gerçeğine, mümkün olduğu kadar mizahi bir dille yaklaşması sağlanmaya çalışılabilir.

**Metafor kullanımı:** Tipik bir varoluşçu metafor örneği, film şerididir. Hepimiz filmin veya oyunun sonu olacağını bilerek izlemeye gideriz, ama yine de bütün filmi ya da oyunu izlemek isteriz. İsteddiğimiz şey sadece ana temaya

ulaşmak olsaydı, film veya oyun izlemekle vakit kaybetmez, sadece filmin özetini ve sonunu birilerinden duymakla ya da okumakla yetinebilirdik. Benzer şekilde, insan yaşamının sonu ve ana teması olsa da en önemli ve aktif olan şey sürecin kendisidir.

## PALYATİF BAKIMDA SANAT TERAPİ

Sanat terapi, bir sanat eğitmeni ile bir psikoterapistin ortak çalışmasını gerektiren, tedavi sürecinin sanatla sürdürülmesine dayanan bir terapi çeşididir ve 1970'li yılların sonlarından beri kanser hastalarının tedavilerinde kullanılmaya başlanmıştır (35). Kanser tanısının yeni olduğu ve tedavisine yeni başlandığı dönemde sanat terapi girişimleri benden imajı, kişilik ve benlik saygısı üzerineyken, tedavinin orta evrelerinde ise uzun dönem tedavinin getireceği olası kaygıyı yönetmek için hastayı desteklemek amaçlıdır. Hastalığın tekrarı ve palyatif bakım evresinde ise hastalarda artan gerginliği, izolasyon hissini ve belirsizliğe tolerans kaybını yönetmek hedeflenir.

Sanat terapi uygulanan kanserli hastalarda ağrı gibi fiziksel bütünlüğü olumsuz etkileyen semptomların azaldığı, psikososyal sürecin olumlu etkilendiği, yorgunluk ve anksiyetenin azaldığı belirtilmektedir (36). Lösemili çocuklarda sanat terapinin ağırlı tıbbi girişimler üzerindeki etkisini değerlendirmek için yapılan bir çalışmada, çocukların sanat terapi yoluyla ağrı ile daha etkin biçimde baş ettiği saptanmıştır (37).

## PALYATİF BAKIMDA KULLANILABİLECEK DİĞER PSİKOTERAPİLER

**Müzik terapisi:** Kanser başta olmak üzere ölümcül hastalığa sahip olan hastalarda, onkoloji dal hastaneleri gibi gelişmiş merkezlerde uygulanabilen bir yöntemdir. Ülkemizde kanser hastalarına dinletilen müziğin kemoterapi yan etkilerine ve durumluk - sürekli kaygı düzeylerine etkisini incelemek amacıyla deneysel olarak yapılan bir çalışmada, müziğin kemoterapi yan etkilerini azaltmadığı, durumluk kaygı düzeyini ise azalttığı saptanmıştır (38).

Müzik terapisinin kanser hastasında psikojen ve/veya organik kökenli kas spazmlarının gevşemesini sağlamak, genel konfor hissini artırmak, nabız ve solunum düzenlenmesine yardımcı olmak, tedaviye bağlı stresi, ağrıyı, kaygıyı, bulantı ve kusmayı azaltmak yönünde etkileri olduğu bildirilmiştir (39).

**Dignite terapisi:** Dr. Harvey Chochinov tarafından yaklaşık 15 yıl önce palyatif bakım hastaları için geliştirilmiştir. Dignite "onura, saygıya ve takdire değer birisi olmak" anlamına gelir. Ölüme yaklaşan, yaşamının son dönemlerinde yaşamına dair anlam ve amaç yoksunluğunun neden olduğu duygusal acıya sahip hastalara yönelik, özel bir palyatif bakım müdahalesidir (40). Terapi genelde bir, bazen de iki seans sürer. Dignite terapisinde hastalar kendileri için en önemli olan şeyler hakkında sevdikleriyle paylaşmak istedikleri veya hatıraları hakkında sohbet etmeye davet edilir. Sohbetler sesli biçimde kaydedilir ve sonra yazıya dökülür. Bu şekilde, gelecek nesiller için, etkisi hastanın ölümünün ötesine geçecek olan bir belgenin oluşturulması sağlanmış olur. Bu durum aynı zamanda hastanın kendisini kabul edilmiş, değer verilmiş ve onurlandırılmış hissetmesine yardımcı olabilir.

## SONUÇ

Son yıllarda Palyatif Bakım kapsamında uygulanan biyolojik tedavilere, çok sayıda tamamlayıcı ya da alternatif tıp yöntemi yanında psikoterapilerin de eklendiği bilinmektedir. Bazı psikoterapi ekolleri palyatif bakım sürecinde denenmiş ve farklı alanlarda etkinlikleri kanıtlanmıştır. Psikoterapilerin kullanımı son dönem hastalarında artan uygulamalar olmakla birlikte, hemen tüm psikoterapi ekollerinin bu hastalarda kullanımları hakkında henüz doyurucu bilgi verecek kadar çalışma yapılmamıştır. Daha geniş örneklem ile yapılacak ileri çalışmalarla psikoterapi ekollerinin çoğunluğunun bu alana dair katkılarının daha iyi anlaşılacağı düşünülür.

## KAYNAKLAR

1. Dünya Sağlık Örgütü (WHO) Definition of palliative care. Erişim tarihi: 26 Nisan 2016, [http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/].
2. Temel JS, Greer, JA, Muzikansky A, Gallagher ER, Admane S, Jackson VA, et al. Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. N Engl J Med 2010; 363(8):733-42.

3. Gore JM, Brophy CJ, Greenstone MA. How well do we care for patients with end stage chronic obstructive pulmonary disease (COPD)? A comparison of palliative care and quality of life in COPD and lung cancer. Thorax 2000; 55(12):1000-6.
4. Yeloğlu ÇH, Güveli H, Hocoğlu Ç. Son Dönem hastalarında psikiyatrik yaklaşım. Literatür Sempozyum 2014; 1(2):43-50.

5. Zimmermann C. Death denial: obstacle or instrument for palliative care? An analysis of clinical literature. *Sociology of Health and Illness* 2007; 29(2):297-314.
6. Cohen ST, Block S. Issues in psychotherapy with terminally ill patients. *Palliative and Supportive Care*. 2004; 2(2):181-9.
7. Faller H, Schuler M, Richard M, Heckl U, Weis J, Küffner R. Effects of psychooncologic interventions on emotional distress and quality of life in adult patients with cancer: Systematic review and meta-analysis. *J Clin Oncol* 2013; 31(6):782-93.
8. Hart SL, Hoyt MA, Diefenbach M, Anderson DR, Kilbourn KM, Craft, LL et al. Meta-analysis of efficacy of interventions for elevated depressive symptoms in adults diagnosed with cancer. *J Natl Cancer Inst* 2012; 104(13):990-1004.
9. Okuyama T, Nakane Y, Endo C, Seto T, Kato M, Seki N. et al. Mental health literacy in Japanese cancer patients: Ability to recognize depression and preferences of treatments comparison with Japanese lay public. *Psychooncology* 2007; 16:834-42.
10. Gielissen MF, Verhagen CA, Bleijenberg G. Cognitive behaviour therapy for fatigued cancer survivors: Long-term follow-up. *Br J Cancer* 2007; 97:612-8.
11. Mannix KA, Blackburn IM, Garland A, Gracie J, Moorey S, Reid B, et al. Effectiveness of brief training in cognitive behaviour therapy techniques for palliative care practitioners. *Palliat Med* 2006; 20:579-84.
12. Semple CJ, Dunwoody L, Sullivan K, Kernohan WG. Patients with head and neck cancer prefer individualized cognitive behavioural therapy. *European Journal of Cancer Care* 2006; 15:220-7.
13. Moorey S, Greer S. *Psychological therapy for patients with cancer*. Washington DC. Oxford. Heinemann Medical Books, American Psychiatric Press.1989.
14. Hopko DR, Bell JL, Armento M, Robertson S, Mullane C, Wolf N, et al. Cognitive behavior therapy for depressed cancer patients in a medical care setting. *Behavior Therapy* 2008; 9:126-36.
15. Folkman S, Greer S. Promoting psychological well being in the face of serious illness: when theory, research and practice inform each other. *Psychooncology* 2000; 9(1):11-9.
16. Kissane DW, Bloch S, Smith GC, Miach P, Clarke DM, Ikin J, et al. Cognitive existential group psychotherapy for women with primary breast cancer: A randomised controlled trial. *Psychooncology* 2003; 12(6):532-46.
17. Edelman S, Kidman AD. Description of a group cognitive behaviour therapy programme with cancer patients. *Psychooncology* 1999; 8:306-14.
18. Ng GC, Boks MPM, Zainal NZ, Wit NJ. The prevalence and pharmacotherapy of depression in cancer patients. *J Affect Disord* 2011; 131:1-7.
19. Savard J, Simard S, Giguere I, Ivers H, Morin CM, Maunsell E, et al. Randomized clinical trial on cognitive therapy for depression in women with metastatic breast cancer: Psychological and immunological effects. *Palliative and Supportive care* 2006; 4(3):219-37.
20. Trill MD. Anxiety and sleep disorders in cancer patients. *Eur J Cancer* 2013; 11(2):216-24.
21. Greer JA, Traeger L, Bemis H, Solis J, Hendriksen ES, Park ER, et al. A pilot randomized controlled trial of brief cognitive-behavioral therapy for anxiety in patients with terminal cancer. *The Oncologist* 2012; 17(10):1337-45.
22. Ateşçi FÇ, Oğuzhanoglu NK, Baltarlı B, Karadağ F, Özdel O, Karagöz N. Kanser hastalarında psikiyatrik bozukluklar ve ilişkili etmenler. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2003; 14:145-52.
23. Davidson JR, MacLean AW, Brundage MD, Schulze K. Sleep disturbance in cancer patients. *Soc Sci Med* 2002; 54:1309-21.
24. Morin CM, Bootzin RR, Buysse DJ, Edinger JD, Espie CA, Lichstein KL. Psychological and behavioral treatment of insomnia: Update of the recent evidence (1998-2004). *Sleep* 2006; 29:1398-414.
25. Alexander V, Gutierrez A, Campbell V, Schwartz D, Tatum BC. A Dialectical behavioral therapy adaptation in reducing depression, anxiety, and self-harm in older adults. *International Journal of Psychological and Behavioral Sciences* 2017; 4(5).
26. Foley E, Baillie A, Huxter M, Price M, Sinclair E. Mindfulness-based cognitive therapy for individuals whose lives have been affected by cancer: A randomized controlled trial. *J Consult Clin Psychol* 2010; 78(1):72-9.
27. Feros DL, Lane L, Ciarrochi J, Blackledge JT. Acceptance and Commitment Therapy (ACT) for improving the lives of cancer patients: A preliminary study. *Psychooncology* 2013; 22(2):459-64.
28. Frankl VE. İnsan anlam arayışı. Budak S. (Çev). 2.Baskı. İstanbul: Okuyan Us Yayınları, 2013.
29. Afşaroğlu E, Okutur K, Demir G. Beliefs of Turkish cancer patients on the genesis of cancer: "why do I have cancer?". *Journal of the Balkan Union of Oncology* 2010; 15:303-9.
30. Molassiotisa A, Chan CW, Yam BM, Chan ES, Lam CS. Life after cancer: Adaptation issues faced by Chinese gynaecological cancer survivors in Hong Kong. *Psychooncology* 2002; 11:114-23.
31. Hammer K, Mogensen O, Hall EOC. Hope as experienced in women newly diagnosed with gynaecological cancer. *European Journal of Oncology Nursing* 2009; 13:274-9.

32. Kierkegaard S. Korku ve titreme. Düzen N.E. (Çev.). Ankara: Pharmakon Kitap, 2014.
33. Lukas E, Fabry JB. Meaningful living: Logotherapeutic guide to health. New York: Grove Press, 1984:140.
34. Ascher LM. Paradoxical intention and recursive anxiety. In: Ascher LM ed. Therapeutic paradox. New York: Guilford Press 1989; 93-137.
35. Zammit C. The art of healing: a journey through cancer: implications for art therapy. Journal of The American Art Therapy Association 2011; 18(1):27-36.
36. Bar-Sela G, Atid L, Danos S, Gabay N, Epelbaum R. Art therapy improved depression and influenced fatigue levels in cancer patients on chemotherapy. Psychooncology. 2007; 16:980-4.
37. Favara-Scacco C, Smirne G, Schilirò G, Di Cataldo A. Art therapy as support for children with leukemia during painful procedures. Pediatric Blood and Cancer 2001; 36(4):474-80.
38. Yıldırım G, Gürkan A. Müziğin kemoterapi yan etkilerine ve kaygı düzeyine etkisi. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2007; 8:37-45.
39. Bradt J, Dileo C, Grocke D, Magill L. Music interventions for improving psychological and physical outcomes in cancerpatients. Cochrane Database Syst Rev. 2016; 8(8):CD006911.
40. Chochinov HM, Hack T, Hassard T, Kristjanson LJ, McClement S, Harlos M. Dignity therapy: A novel psychotherapeutic intervention for patients near the end of life. J Clin Oncol 2005; 23(24):5520-5.