

BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
KLİNİK PSİKOLOJİ TEZLİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

PSİKOTERAPİDE “YAKLAŞMAKTA OLAN ÖLÜM” İLE
ÇALIŞMAK: KANSER HASTALARI İLE ÇALIŞAN
PSİKOTERAPİSTLERİN DENEYİMLERİNİN ARAŞTIRILMASI

HAZIRLAYAN

CEYDA ARZUHALCI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

TEZ DANIŞMANI

DOÇ. DR. ZUHAL YENİÇERİ KÖKDEMİR

ANKARA - 2024

BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ

SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZ ÇALIŞMASI ORJİNALLİK RAPORU

01/07/2024

Öğrencinin Adı, Soyadı: Ceyda Arzuhalcı

Öğrencinin Numarası: 22110484

Anabilim Dalı: Psikoloji Anabilim Dalı

Programı: Klinik Psikoloji Tezli Yüksek Lisans Programı

Danışmanın Unvanı/Adı, Soyadı: Doç. Dr. Zuhal Yeniçeri Kökdemir

Tez Başlığı: Psikoterapide “Yaklaşmakta Olan Ölüm” ile Çalışmak: Kansere Hastaları ile Çalışan Psikoterapistlerin Deneyimlerinin Araştırılması

Yukarıda başlığı belirtilen Yüksek Lisans tez çalışmamın; Giriş, Ana Bölümler ve Sonuç Bölümünden oluşan, toplam 60 sayfalık kısmına ilişkin, 01/07/2024 tarihinde tez danışmanım tarafından Turnitin adlı intihal tespit programından aşağıda belirtilen filtrelemeler uygulanarak alınmış olan orijinallik raporuna göre, tezimin benzerlik oranı %1dir.

Uygulanan filtrelemeler:

1. Kaynakça hariç
2. Alıntılar hariç
3. Beş (5) kelimeden daha az örtüşme içeren metin kısımları hariç

“Başkent Üniversitesi Enstitüleri Tez Çalışması Orijinallik Raporu Alınması ve Kullanılması Usul ve Esaslarını” inceledim ve bu uygulama esaslarında belirtilen azami benzerlik oranlarına tez çalışmamın herhangi bir intihal içermediğini; aksinin tespit edileceği muhtemel durumda doğabilecek her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi ve yukarıda vermiş olduğum bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim.

Öğrenci İmzası:

01.07.2024

Öğrenci Danışmanı, Unvan, Ad, Soyad
Doç. Dr. Zuhal Yeniçeri Kökdemir

TEŞEKKÜR

Öncelikle, çalışmam boyunca bana yol gösteren ve güvende hissetmemi sağlayan tez danışmanım Doç. Dr. Zuhâl Yeniçeri Kökdemir'e rehberliği için teşekkür ederim. Aynı zamanda, bilgilerini benimle paylaştıkları ve çalışmama katkıda bulundukları için eski danışmanım Prof. Dr. Okan Cem Çırakoğlu, süpervizörüm Uzm. Psk. Didem Sevik ve değerli hocalarım Dr. Öğr. Üyesi Tuğba Uyar Suiçmez ve Dr. Öğr. Üyesi Burçin Akın Sarı'ya teşekkür ederim.

Hayatım boyunca desteklerini hiçbir zaman eksik etmeyen babam Şaban Arzuhalcı, annem Zeynep Arzuhalcı ve kardeşlerim Yılmaz ve Emre Arzuhalcı'ya ve Songül Arzuhalcı'ya kendime olan inancımı güçlendirdikleri için ve ne olursa olsun yanımda oldukları için teşekkür ederim. İyi ki varsınız. Ve Zeynep Mina Arzuhalcı, seni çok seviyorum.

Tez çalışmam sırasında kaygımı azaltmamdaki en büyük yardımcıları olan arkadaşlarımla Melis Gizem Halli, Betül Dilara Ezberci, Okan Arslan, Aydanur Topuz, Taha Veli Özdemir, Osman Kürşat Erdem, Gamze Ecik, Merve Nur Şenol, Serpil Arslan ve Kübra Dik'e teşekkür ederim.

Ayrıca çalışmama katılmaya zaman ayıran ve desteklerini esirgemeyen değerli meslektaşlarıma da teşekkür ederim. Destekleri için minnettarım.

ÖZET

ARZUHALCI, Ceyda. Psikoterapide “Yaklaşmakta Olan Ölüm” İle Çalışmak: Kansere Hastaları ile Çalışan Psikoterapistlerin Deneyimlerinin Araştırılması. Başkent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Klinik Psikoloji Tezli Yüksek Lisans Programı, 2024.

Bu tez çalışmasının temel amacı, Türkiye’de kanser hastaları ile psikoterapi yapmakta olan psikoterapistlerin deneyimlerine dair bilgi edinmektir. Yaygın ve önde gelen bir ölüm nedeni olarak kanser, ölümcül hastalığın terapideki etkisi ile ilgili konuları incelemek için uygun bir seçim olarak belirlenmiştir. Araştırma, ölümcül bir hastalık olan kanser ile çalışmanın terapi sürecine ve terapistte olan etkilerine odaklanmaktadır. Psikoterapistlerin kanser gibi ölümcül bir hastalık ile terapi sürecinde nasıl ilerlediğini, diğer danışan gruplarından farklı olarak bu danışanlar ile terapisinin nasıl etkilendiğini ve bu sürecin psikoterapistler için etkilerini derinlemesine öğrenmeyi amaçlamaktadır. Bu çalışmada, Türkiye’de ölümcül bir hastalık olan kanser tanısı konmuş bireylerle çalışan psikoterapistlerin deneyimlerini derinlemesine anlamak için nitel araştırma yapılmış, kanser hastalarıyla çalışan 9 psikoterapist ile görüşmeler gerçekleştirilmiştir. Çalışmanın analizinde yorumlayıcı fenomenolojik analiz yöntemi kullanılmıştır. Yapılan analizlerin sonucunda ölümcül hastalığın terapist üzerindeki etkileri için 4, terapi üzerindeki etkileri için ise 3 olmak üzere toplam 7 tema belirlenmiştir. Bu temalar şunlardır: (1) Maruz Kalınan Ölüm, (2) Yaşamın Varlığı, (3) Ölümün Ağırlığından Kaçış, (4) Açığa Çıkan Duygular, (5) Ölümle Çevrelenmiş Terapi, (6) Terapide Algılanan Ölümün İzleri, (7) Fiziksel Bozulmaların Gölgesinde Terapi.

Anahtar Kelimeler: Ölümcül hastalık, Kanser, Psikoterapi, Psikoterapist Deneyimleri, Nitel Araştırma

ABSTRACT

ARZUHALCI, Ceyda. Working with “Impending Death” in Psychotherapy: Exploring the Experiences of Psychotherapists Working with Cancer Patients. Başkent University, Institute of Social Science, Master Program of Clinical Psychology with Thesis, 2024.

The main aim of this thesis is to gain insight into the experiences of psychotherapists practising psychotherapy with cancer patients in Turkey. Cancer, as a common and leading cause of death, was chosen as an appropriate choice to explore issues related to the impact of terminal illness in therapy. The research focuses on the impact of working with cancer as a terminal illness on the therapy process and the therapist. The aim is to learn in depth how psychotherapists progress in the process of therapy with a terminal illness such as cancer, how therapy with these clients differs from other client groups, and the implications of this process for psychotherapists. In this study, qualitative research was conducted to understand in depth the experiences of psychotherapists working with individuals diagnosed with cancer, a terminal illness in Turkey, and interviews were conducted with 9 psychotherapists working with cancer patients. The interpretive phenomenological analysis method was used to analyse the study. As a result of the analysis a total of 7 themes were identified, 4 for the impact of terminal illness on the therapist and 3 for the impact on therapy. These themes are as follows: (1) Exposed Death, (2) Presence of Life, (3) Escape from the Severity of Death, (4) Revealed Emotions, (5) Therapy Surrounded by Death, (6) Traces of Perceived Death in Therapy, (7) Therapy in the Silhouette of Physical Deterioration.

Keywords: Terminal Illness, Cancer, Psychotherapy, Psychotherapist Experiences, Qualitative Research

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	i
ÖZET	ii
ABSTRACT	iii
TABLolar LİSTESİ	vii
1. GİRİŞ.....	1
1.1. Ölümcül Hastalık.....	1
1.2. Kanser.....	1
1.2.1. Kanserin fizyolojik etkisi	1
1.2.2. Kanserin psikolojik etkisi	2
1.3. Kanser Hastaları ile Psikoterapi Süreci ve Psiko-onkoloji.....	2
1.4. Kanser Hastaları ile Psikoterapinin Önemi	4
1.5. Danışanın Ölümcül Hastalığa Sahip Olmasının Terapiye Olası Etkisi	5
1.6. Danışanın Ölümcül Hastalığa Sahip Olmasının Terapisteye Olası Etkisi	7
1.6.1. Olumlu etkiler	8
1.6.2. Olumsuz etkiler.....	9
1.7. Araştırmanın Amacı ve Önemi.....	11
1.7.1. Araştırmanın amacı.....	11
1.7.2. Araştırmanın önemi.....	11
2. YÖNTEM	13
2.1. Örneklem.....	13
2.2. Veri Toplama Araçları.....	14
2.2.1. Yarı yapılandırılmış görüşme soruları.....	14
2.2.2. Demografik bilgi formu.....	14
2.2.3. Bilgilendirilmiş onam formu.....	14
2.3. İşlem.....	14

2.4. Veri Analizi	15
2.5. Refleksivite	16
3. BULGULAR.....	18
3.1. Tema 1: Maruz Kalınan Ölüm	18
3.1.1. Kendi ölümlülüğünü hatırlama	19
3.1.2. Sevdiklerinin ölümlülüklerini hatırlama	20
3.1.3. Ölümün kabulü	21
3.2. Tema 2: Yaşamın Varlığı	23
3.2.1. Kıymetli yaşama arzusu	23
3.2.2. Zamanın kıymetini bilme	25
3.2.3. Fiziksel sağlığın önemi.....	26
3.3. Tema 3: Ölümün Ağırlığında Kaçış	27
3.3.1. Baş etme yolları.....	27
3.3.2. Mesleki bir destek: süpervizyon ihtiyacı	30
3.4. Tema 4: Açığa Çıkan Duygular	31
3.4.1. Tatmin	31
3.4.2. Olumsuz duygu alışverişi	33
3.4.3. Çaresizlik	34
3.4.4. Duygusal zorlanma	35
3.4.5. Yas	36
3.5. Tema 5: Ölümle Çevrelenmiş Terapi	37
3.5.1. İhtiyaçlar çerçevesinde terapi.....	37
3.5.2. Derin terapi	40
3.5.3. Zamanı kısıtlı danışan ile terapi.....	41
3.6. Tema 6: Terapide Algılanan Ölümün İzleri.....	42
3.6.1. Umutsuzluk	42
3.6.2. Çarpıtılmış inançlar	43
3.7. Tema 7: Fiziksel Bozulmaların Gölgesinde Terapi	44
3.7.1. Fiziksel sağlığın önceliği.....	45
3.7.2. Aksayan terapi	45
3.7.3. Esneyen terapi sınırları	47

4. TARTIŞMA	49
4.1. Maruz Kalınan Ölüm	49
4.2. Yaşamın Varlığı	50
4.3. Ölümün Ağırlığından Kaçış	51
4.4. Açığa Çıkan Duygular	53
4.5. Ölümle Çevrelenmiş Terapi	55
4.6. Terapide Algılanan Ölümün İzleri	56
4.7. Fiziksel Bozulmaların Gölgesinde Terapi.....	57
4.8. Çalışmanın Alan Yazına Katkısı, Sınırlılıkları ve Öneriler	57
5. SONUÇ	59
KAYNAKLAR	61
EKLER	
EK1: Bilgilendirilmiş Onam Formu	
EK 2: Demografik Bilgi Formu	
EK 3: Yarı Yapılandırılmış Görüşme Soruları	
EK 4: Etik Kurul Onay	

TABLÖLAR LİSTESİ

	Sayfa
Tablo 2.1. Demografik Bilgiler.....	13
Tablo 3.1. Kanser Hastalarıyla Çalışmanın Etkileri ile İlgili Temalar ve Alt Temalar	18



1. GİRİŞ

1.1. Ölümcül Hastalık

Ölümcül hastalık terimi, yeterince tedavi edilemeyen ve iyileştirilme olasılığı düşük ve hastanın ölümüyle sonuçlanması beklenen hastalıklar için kullanılmaktadır. Bu terim; demans, kanser veya ilerlemiş kalp hastalığı gibi kronik hastalıklar için yaygın olarak kullanılmaktadır (Hui ve ark., 2014).

1.2. Kanser

Kanser, bir dokudaki hasarlı hücrelerin tümör oluşumuyla kontrolsüz bir şekilde üremesiyle gerçekleşen, tüm vücudu etkisi altına alabilen, geniş bir hastalık grubu için kullanılan genel bir terimdir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2002). Kanser ve tedavileri, yıllar boyunca pek çok değişiklik ve ilerleme yaşamıştır. Buna rağmen dünya çapında önde gelen ölüm nedenlerinden biridir (Torre ve ark., 2015).

Dünya Sağlık Örgütü bünyesinde faaliyet gösteren Uluslararası Kanser Araştırma Ajansı'nın (IARC) 2020 yılına ait dünya geneli kanser istatistiklerine bakıldığında, tahmini olarak 19,3 milyon yeni kanser hastası olduğu görülmektedir ve yaklaşık 10 milyon ölümün kanser dolayısıyla gerçekleştiği belirlenmiştir. 2020'de yayınlanan bu oranlar, 2018 yılındaki ölüm oranlarıyla kıyaslandığında dünyadaki kanser vakalarının arttığı tahmin edilmektedir. Dünyada her 5 kişiden 1 tanesi yaşamı süresince kansere yakalanırken, her 8 erkekten 1'i ve her 11 kadından 1'i kanser nedeniyle hayatını kaybetmektedir (Wild ve ark., 2020). Ülkemizde ise Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü tarafından yayınlanan Türkiye Kanser İstatistikleri (2022), 2018 istatistiklerine göre kanser ölüm nedenleri arasında dolaşım sistemi hastalıklarından sonra ikinci sırada yer almaktadır. Küresel olarak yaklaşık her altı ölümden biri kanser nedeniyle meydana gelirken, ülkemizde yaklaşık her beş ölümden biri (%18,39) kanser kaynaklıdır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2022). Yaşamı tehdit eden bir hastalık olması nedeniyle kanser; bireylerin yaşamlarını hem fizyolojik hem de psikolojik olarak etkilemektedir (Rolland, 2005).

1.2.1. Kanser fizyolojik etkisi

Kanser tanısıyla beraber bu bireylerle; ameliyat, kemoterapi, radyasyon tedavisi ve hormon tedavisi gibi karmaşık ve uzun vadeli antikanser tedavileri başlanmaktadır. Sık kullanılan bir tedavi olan kemoterapi, dolaşım sistemi boyunca dolaşan sistemik bir tedavidir ve kanser hücrelerine ulaşarak onları yok etmektedir. Bu tedavi saç dökülmesi, iştah kaybı,

bulantı, kusma, enfeksiyon riski, kısırlılık, yorgunluk gibi birçok yan etkiye sahiptir (Amerikan Kanser Derneği, 2002). Bu nedenle çoğu fiziksel hastalıkta, tedavi genellikle hastanın daha iyi hissetmesini ve esenliğini sağlarken, kanser tedavisinde durum farklıdır. Tedaviler genellikle kalıcı ve geçici; görünür ve görünmez yan etkilerle hastaların kendilerini daha kötü hissetmelerine ve sıkıntıya neden olmaktadır (Lyons, 2019).

1.2.2. Kanserin psikolojik etkisi

1947 yılında Dünya Sağlık Örgütü tarafından paylaşılan tanıma göre sağlık, yalnızca bedensel olarak iyi olma hali değil; psikolojik ve sosyal yönden de iyi olma halidir. Fakat kanser tanısı, psikolojik sıkıntı, fiziksel acı ve gelecekle ilgili belirsizlikleri beraberinde getirmektedir. Bu nedenle kanser tanısı alan bireylerde olumsuz duygu ve düşüncelerin gelişmesi beklenen bir durumdur (Raison ve Miller, 2003). Kanserin yaşamı tehdit eden, tedavisinde fiziksel açıdan birçok yan etkisi bulunan ve nüksetme ihtimali yüksek bir hastalık olduğu göz önüne alındığında, kişinin duygu durumunda bozulmalar meydana gelmesi olasıdır. Kanser hastalarına dair ilgili literatür incelendiğinde depresyon konusunun çokça ele alındığı görülmektedir (Watson ve ark., 1999).

Bu hastaların tedavi görürken çoğu zaman kendilerini otoritelerin insafına kalmış hissedebildiklerinden bahsedilmektedir. Bu kişisel kontrol kaybı, bireyin yaşadığı sıkıntıyı şiddetlendirebilmektedir. Dolayısıyla hastaların kendilerini çaresiz ve umutsuz hissetmelerine neden olup, yaşanan olumsuz duygu durumu arttırmaktadır (Greer ve Moorey, 1977 akt. Lyons; 2019).

Bir taraftan geleceğe dair belirsizlik mevcutken, diğer yandan hastalığın ölümü yaklaştırması hastaların psikolojisini olumsuz etkilemektedir, kaygı ve korku düzeyini ise arttırmaktadır (Öz, 2001). Ölüm olasılığı aniden yaşamda bir gerçeklik haline geldiğinde, kanser kişinin tüm varlığına yönelik bir tehdit olarak deneyimlenir (Arman ve Rehnsfeldt, 2003). Varoluşçu psikoterapist Irvin Yalom, ölümle yüzleşme deneyimini açıklamak için “güneşe bakma” benzetmesini kullanır. Yalom’a göre, ölümlülüğümüz, acı gerçeğinden kendimizi korumak için içgüdüsel olarak yüz çevirdiğimiz bir gerçektir. Fakat kanser, kişinin kendi ölümlülüğüyle yüzleşmesine neden olduğu için duygusal sıkıntı ve ölüm kaygısını tetikleyebilmektedir (Yalom, 2001).

1.3. Kanser Hastaları ile Psikoterapi Süreci ve Psiko-onkoloji

Kanser hastalığının kişinin fizyolojik ve psikolojik sağlığını bu denli olumsuz etkilemesi, psikolojik destek ihtiyacını beraberinde getirmektedir. Tıp Enstitüsü (IOM)

tarafından 2002 yılında yayınlanan “Tüm Hasta için Kanser Bakımı: Psikososyal Sağlık İhtiyaçlarını Karşılama”ta, hastalığın seyri boyunca psikolojik sıkıntı da dahil olmak üzere kanserin tüm yönlerine yönelik bakım sağlama ihtiyacına değinilmektedir. Hastalık seyri boyunca hastalara kanser bakımlarının bir parçası olarak psikolojik destek sağlanmasının önemi vurgulanmıştır (National Institutes of Health State of the Science Panel, 2003). Kanser bakımına bütünsel bir tedavi yaklaşımı geliştirebilmek için bireysel ihtiyaçların ele alındığı etkili ve özel bir destek sunmak gerekmektedir (Adler ve Page, 2008). “Tüm hasta için kanser bakımı”na ek olarak kanserin duygusal etkisinin tanınması, alt uzmanlık alanı olan psiko-onkolojinin ortaya çıkmasına ve kademeli olarak büyümesini beraberinde getirmiştir (Bultz ve ark., 2015). Kanserde bireysel psikoterapi artık yaygın olarak psiko-sosyal onkoloji veya psiko-onkoloji olarak bilinmektedir. Psiko-onkoloji, kanserin psikolojik etkisiyle ve bu etkilere müdahale etmek için uygun bakımın sağlanmasıyla ilgilenmektedir. Aynı zamanda kanser riskini, tedavisini ve hayatta kalmayı etkileyen sosyal, davranışsal ve psikolojik faktörlerle de ilgilenmektedir (Breitbart ve Alici, 2009).

Kanser tedavisinde çok sayıda kanıta dayalı psikoterapötik yaklaşım uygulanmakta ve etkili olduğu düşünülmektedir. Psiko-onkologlar; psikodinamik, hümanist, varoluşçu, bilişsel davranışçı terapi dahil olmak üzere, hepsi kuram ve pratikte farklılık gösteren çeşitli farklı geçmişlerden ve kuramsal yönelimlerden gelmektedir (Lyons, 2019). Yeni psikoterapi yöntemleri (örneğin, anlam merkezli psikoterapi, farkındalık temelli stres azaltma programları ve bilişsel-varoluşsal ve destekleyici-dışavurumcu grup terapileri) kanser hastalarında aktif olarak geliştirilmekte ve çalışılmakta, böylece bu hasta popülasyonunda etkili olan psikososyal müdahalelerin zenginleştirmektedir (Breitbart ve Alici, 2009). Etkili destekleyici psikoterapide gerekli olan temel uygulama, hastanın sıklıkla değişen ihtiyaçlarını en iyi şekilde karşılayan, farklı müdahalelerden yararlanan çeşitli terapötik modellerin entegrasyonunu göstermektedir (Lyons, 2019). Ölmekte olan hastanın tedavisindeki gerekli olan temel terapist yaklaşımı ise, terapistin sürekli ulaşılabilir olması, güvenilirliği, empatisi ve hastanın ihtiyaçlarına uygun şekilde yanıt verebilme yeteneğidir (Norton, 1963). Genel olarak psiko-onkoloji alanlarında büyük ilerlemeler kaydedilmiş olsa da kanser hastalarında psikolojik belirtilerin değerlendirilmesi ve tedavisini geliştirmek, hastalığın ve hayatta kalmanın tüm aşamalarında sıkıntının doğasını anlamak, ihtiyaçları değerlendirmek için daha fazla araştırmaya ihtiyaç vardır (Breitbart ve Alici, 2009).

1.4. Kanser Hastaları ile Psikoterapinin Önemi

Ölümün ilk anksiyete kaynağı olması, ilk psikopatoloji kaynağı olmasına sebep olmaktadır (Yalom, 2001). Benzer şekilde Freud, "Savaş ve Ölüm Zamanları Üzerine Düşünceler"de (1915), ölüm, yaşamın doğal ve kaçınılmaz bir sonucu olsa da insanların ölüme karşı tutumunun "açık olmaktan çok uzak" olduğundan bahsetmiştir (akt; Norton, 1963). Sağlıklı bireylerin aksine kanser hastaları, ölümle karşı karşıya kaldıkları için ölüm gerçeği göz ardı edilememektedir. Kanser tanısının öğrenilmesi, bireyin yaşamında ölüm düşüncesinin üst düzeye çıktığı ve bu düşüncenin davranışlara yansıdığı, işlevselliğinin çok etkilendiği kronik bir kriz dönemi olarak düşünülebilmektedir. Bu nedenle kanser hastalığı peşinde birtakım sorunları da beraberinde getirmektedir. Kanser hastalığının ilerleyici doğası göz önüne alındığında, kanser hastalığı sonrasında hastaların yaklaşık yarısının ölecek olması gerçeği, belirtileri azaltabilmek, başa çıkmayı geliştirebilmek ve sosyal desteği artırabilmek amacıyla etkili psikoterapinin sağlanmasını oldukça önemli bir hale getirmektedir (Ciaramella ve Spiegel, 2012).

Kanserin getirdiği bu sorunları psikoterapi ile tersine çevirmek mümkündür. Kanser; bir yandan hastayı hayatın sınırlı olduğu gerçeğiyle bunalırken diğer yandan yeniden değerlendirme fırsatı da sunmaktadır (Voss, 2015). Kanser hastalarıyla çalışan bir psikolog olan Dr. LeShan, Bir Dönüm Noktası Olarak Kanser (Cancer as a Turning Point) adlı kitabında, hastaların hayatlarını en iyi şekilde sürdürmelerine ve kendileri için anlamlı olanı bulmalarına yardımcı olmanın öneminden bahsetmiştir (LeShan, 1994). Yaşamın anlamını bulamamak, bireylerde yaşamın boş ya da anlamsız hale geldiğini hissetmeleri nedeniyle derin bir ruhsal acı yaratabilmektedir. Bu bağlamda psikoterapinin, yaşam ve ölümün hasta için ne anlama geldiğini anlamada rehberlik edeceğine inanılmaktadır (Doka, 1993).

Bunun yanı sıra psikoterapi, kanserin yarattığı sıkıntıyı artırabilecek faktörlerin belirlenmesi ve bunların farkında olmak, bu ihtiyaçları ele almak ve onlara bakım için psikolojik destek sağlamak için çok önemlidir (Zabora ve ark., 2001). Kansere yönelik psikolojik tedavi uygulamaları; kanserle alakalı psikolojik ve fiziksel sorunlarla başa çıkmak amacıyla tutum ve davranışlar geliştirmeyi amaç edinmektedir. Bu durumda; depresyon, kaygı, öfke, kızgınlık, suçluluk gibi duygular ve tepkilerin dile getirilmesi, hastalıkla ilgili düşüncelerin paylaşılması önem arz etmektedir. Ayrıca psikolojik kaygı ve acının azalmasına yardımcı olmaktadır. Hastalığın ortaya çıkardığı çok yönlü olumsuz etkiler; sosyal destek ve iletişimin güçlendirilmesiyle yönetilebilmekte, var olan yanlış algıların düzeltilmesine de

yardımcı olmaktadır (Breirart ve Alici, 2009). Başarılı bir kanser tedavisinin anahtarının iyi ve etkili iletişim olduğu yaygın olarak kabul edilmektedir (Adler ve Page, 2008).

1.5. Danışanın Ölümcül Hastalığa Sahip Olmasının Terapiye Olası Etkisi

Kanser hastalarıyla psikoterapi, öneminin yanı sıra hem terapi açısından hem terapist açısından farklılıklara yol açmaktadır. Terapistler, çeşitli ortamlarda ve birçok farklı zorluğu olan farklı bireylere hizmet sunmaktadır. Bu zor alanlardan biri de ölümcül hastalığa sahip olan hastalarla çalışmaktır çünkü ölmek üzere olanların ihtiyaçları karmaşıktır, terapi sürecini etkileyen çok sayıda faktör vardır ve terapistlere rehberlik edecek çok az şey yazılmıştır (Daneke, 2006 akt: Duaine, 2017). Curran (1980), kanser hastası bir danışanı ile gerçekleştirdiği psikoterapi sürecini aktardığı çalışmasında bu süreci şu sözlerle ifade etmiştir: *“Bu deneyime dönüp baktığımda, psikoterapiyle ilgili daha önceki fikirlerimin kökenlerinin izini sürmeyi zor buluyorum. İnceden inceye, neredeyse fark edilmeden, bu tavırlar benim bir parçam haline geldi. Benim açımdan bilinçli farkındalık olmadan, terapötik müdahalelerime ve ilişkilerime sızdılar ve onları etkilediler. Psikoterapi anlayışım ve deneyimim üzerinde derin bir etkisi oldu.”* (Curran ve Kobos, 1980). İlgili literatür incelendiğinde bu ifadeye benzer şekilde kanser hastalığı gibi ölümcül hastalığa sahip bireylerle psikoterapinin, diğer danışanlar ile gerçekleştirilen psikoterapi süreçlerinden bir dizi farklılık gösterdiğinden bahsedilmiştir.

Psikoterapi süreci sıklıkla değişimle ilişkilendirilir. Yaygın olarak, bu sürece dahil olan danışanların yaşamlarında, tutumlarında, davranışlarında ve duygularında meydana gelen değişime odaklanılmaktadır. Terapi isteğinde bulunan çoğu kişinin, yaşamlarındaki bazı memnuniyetsizliklerden ötürü psikoterapiye başlamak istediği ve yaşadıkları koşulları iyileştirmek ya da değiştirmek istedikleri varsayılmaktadır. Fakat ölüme yakın hastalarda süreç bir miktar farklıdır. Ölmekte olan hastalar için zaman daha sınırlı olabilmektedir. Diğer danışanlar için yıllar içinde ortaya çıkabilecek değişiklikler neredeyse imkansızdır (Curran ve Kobos, 1980). Bu durum, bu danışanlar ile değişimden ziyade, kabule odaklanılmasını beraberinde getirmektedir. Ölmek üzere olmayan hastalarda odak noktası genellikle hayata daha fazla ve sağlıklı bağlanmalarına nasıl yardımcı olunacağı iken, ölmek üzere olan hastalarda odak noktası ayrılma ya da bırakma üzerinedir. Yaşama devam ederken vedalaşmak, bu süreçle başa çıkmak için gereklidir. Bu görevler acı verici olabilse de diğer zamanlarda memnuniyet verici olabilmekte ve ölmekte olan birey için psikolojik huzur sağlayabilmektedir (Hacker, 1977 akt: Cohen ve Block, 2004).

Psikoterapi sürecinde terapinin temel amaçlarından biri de hastanın yaşamına dair bir anlatı oluşturmasına yardımcı olmak, olumlu yönlerini ve güçlü yanlarını aramak ve böylece ölüm sürecinden geçerken hastayı desteklemektir. Yukarıda bahsedildiği gibi, zayıf yönleri değiştirmekten ziyade terapistlerin ölümcül hastalara, güçlü yönlerini ve baş etme becerilerini belirlemelerine yardımcı olarak duygusal destek sağlamaları önemlidir. Araştırmalar, bunların hepsinin yaklaşan ölümlerini daha iyi kabullenmelerine katkıda bulunduğunu göstermiştir (Kubler-Ross, 1969).

Ölmek üzere olan hastalarla çalışmak aynı zamanda psikoterapide fiziksel ve duygusal sınırların esnekliğini ve terapistin esnek bir yaklaşım benimsemesini gerektirmektedir. Lederberg ve Holland (2011), ölümcül hastalığı olan kişiler için terapide konum, seans süresi ve seans sıklığı gibi noktalarda sınırların gevşetilmesi gerektiğini belirtmişlerdir. Aynı zamanda danışanların endişelerinin tekrar tekrar değişmesi de esnek bir terapi sürecini gerektirmektedir. Kanserin öngörülemezliği, son derece esnek olması gereken tedaviyi beraberinde getirmektedir. Benzer şekilde Palmieri (2018) çalışmasında, yaşam sınırı olan kişilerle çalışmanın diğer terapi süreçlerinden farklı bir özelliği olarak, “esnek ve uyarlanabilir olma” ve kontrol danışanın ya da terapistin elinde olmadığı için “çalışma ortamının öngörölmezliğinden” bahsetmiştir.

Danışana tanı konduktan sonraki dönem genellikle belirsizlik ve aşırı duygularla dolu bir dönemdir. Hastalık ilerledikçe hem aile hem de hastanın kendisi için birçok psikososyal sorun ortaya çıkar. Bu noktada terapi önemli hale gelebilir ve ölümcül hastalarla çalışan terapistler depresyon, anksiyete, korku ve kederle karşılaşır (Melo ve Oliver, 2011). Bu durum, diğer danışanlarla karşılaşılabilir durumlar olsa da ölmekte olan hastalar ile belirli farklılıklar vardır. Bu danışanlarda, yaşadıkları ölümcül hastalığın sebep olduğu psikolojik sorunlar dışında, kökleri ölümcül hastalıktan öncesine dayanan sorunlar ve çatışmalar da vardır. Hastaların hayatındaki bu sorunların çoğu, ölüyor oldukları için ortadan kalkmaz. Bu nedenle terapide, danışanların hastalıktan kaynaklanan psikolojik sıkıntıları ile psikolojik ihtiyaçları arasında bir denge bulmalarına yardımcı olunması gerekmektedir (Kubler-Ross, 1969).

Ölmekte olan hastanın bu hastalığı inkâr etmesi, terapiye etki eden bir durum olabilmektedir. Nadiren de olsa, bir hasta ölmekte olduğu gerçeğini tamamen göz ardı edebilmekte ve hiçbir şey değişmemiş gibi devam edebilmektedir. Çünkü birey aşırı kaygı nedeniyle bu gerçeği özümseyemeyebilir ve inkâr edebilir. Bu anlamda aile, arkadaşlar ve çevresiyle iletişimi engelleyebildiği gibi, terapist ile iletişimi de engelleyebilmektedir. Bu durum terapinin hedeflerinin gerçekleştirilmesini, gelecek için plan yapmasını

engelleyebilmekte, bu nedenle terapi sürecini etkilemektedir (Pattison, 1967 akt; Cohen ve Block, 2004). Yakın gelecekte öleceğini bekleyen danışanlar, genellikle kızgın ya da depresiftir ve ne olacağını inkâr edebildikleri için konuşmaktan kaçınırlar da terapist de ölüm ve gelecek hakkında açıkça konuşmayı reddetmemelidir. Bu danışanlarla terapide, duygularını ve tepkilerini ifade edebilmeleri için yüreklendirmek oldukça önemli ve farklı bir noktadır (Morrison, 2016).

Jackson (1977) ise, sağlıklı bir kişi ile ölmekte olan bir kişi aynı bağlama geçtiğinde ortaya çıkan bastırılmış bir düşmanlık potansiyeli olabildiğinden bahsetmiştir. Çünkü bu bireylerin, sadece hayatlarını değil, hayatı anlamlı kılan her şeyi de kaybediyorlar oluşları yoğun duygular yaratmaktadır. Bu durumun terapistte yöneltilebilecek saldırganlık veya düşmanlık duyguları yaratabileceğinden ve bu nedenle terapi sürecine etki edebileceğinden bahsetmektedir. Danışanın ölmekte olması nedeniyle gerçekleşen tüm bu inkâr, saldırganlık, düşmanlık gibi durumların hepsi terapi sürecini etkileyebilen faktörlerdir. Bu duygular ortaya çıkmasa da Jackson (1977), bu sürecin ölümle yüzleşmeyenlerle yapılan terapiden farklı olarak duygusal katılımın yoğunluğuna atıfta bulunmuştur. Psikoterapideki bir danışan, yaşamı tehdit eden bir hastalıkla karşı karşıya kaldığında, terapinin kaçınılmaz olarak yoğunlaştığından bahsetmiştir.

1.6. Danışanın Ölümcül Hastalığa Sahip Olmasının Terapistte Olası Etkisi

Yukarıda bahsedildiği gibi, danışanın ölümcül hastalığa sahip oluşu terapiyi çeşitli noktalarda etkileyebildiği gibi, terapisti de etkilemektedir. Kubler-Ross'un (1969) çalışması bireylerin ciddi hastalık ve ölümle ilgili duygusal deneyimlerini anlamak için önemli bir çalışma olsa da danışanın deneyimleri, terapist-danışan ilişkisinin yalnızca yarısıdır. Terapistin nasıl etkilendiği, hasta ile ilişkide sık rastlanan bir yöndür ve önemli bir nokta olsa da ülkemizde hiç çalışılmamış bir konudur. Ölümcül hastalığı olan bireyin terapistinin en önemli rolü, bireyin hem yaşamına hem de ölümüne tanıklık etmektir. Fiziksel ve bilişsel bozulmaya ve ölüme tanık oldukları durumlarla karşı karşıya kaldıkları bu danışanlarla çalışmak terapist için bir dizi olumlu ve olumsuz etkiye neden olabilmektedir (Cohen ve Block, 2004). Ülkemizde olduğu gibi dünyada da danışanın ölümcül hastalığa sahip oluşunu terapistin nasıl deneyimlediğine dair çalışma oldukça sınırlı olduğundan bu çalışmada ölmek üzere olan kişiyle çalışmanın etkilerinin yanı sıra travma yaşamış danışanların terapistlerine dair araştırmaların da ölüme yakın bireylerle terapinin potansiyel etkisine dair iç görüş sağlayacağı düşünülmüştür. Çünkü Amerikan Psikiyatri Birliği'nin Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı'nın (APA, 1994) 4. baskısı, ciddi hastalık tanısı alan bireylerin travma sonrası stres

bozukluğu (TSSB) belirtileri yaşayabileceğini vurguladığından ölümcül bir hastalık olarak kanser hastalığı travmatik bir yaşam olayı olarak değerlendirilebilmektedir.

1.6.1. Olumlu etkiler

Bazı terapistler, yaşamı tehdit eden hastalık tanısı konan danışanlarla terapinin benzersizliğini vurgulamıştır. Örneğin Kubler-Ross (1969), terapi sürecini ölüm ve ölmek üzerine düşünerek değerlendirmenin terapist için bir nimet olduğundan bahsetmiştir. Yakın zamanda ise Duaine (2017) hastalık nedeniyle yaşam sonundaki bireylerle çalışmanın, terapistler için büyüme ve değişim yolu ile öngöremedikleri faydalar elde ettikleri için “beklenmeyen bir hediye” olarak tanımladıklarından bahsetmiştir. Çünkü ölümün şiddetli ve yıkıcı etkilerini kontrol altına alabilen bakım verenler, terapi sürecinde ölümün canlandırıcı ve dönüştürücü gücünü de deneyimleyebilmektedirler (Papadatou, 2009).

Buğu (2016), Türkiye’de işkence mağdurlarının psikoterapistleri ile yaptığı çalışmada terapistler bu süreci iki taraf için de olumlu değişimlerin yaşandığı bir “büyüme” olarak tanımlamışlardır. Kouroglou’nun (2023) hospislerde çalışan psikoterapistler ile yaptığı çalışmada ise, ölümü yakın hastalarla çalışmanın “büyüme ve dönüşüm için fırsatların ortaya çıkması” ve “memnuniyet ve tatmin bulma” gibi çeşitli olumlu yönlerinin olduğu bilgisine ulaşılmıştır. Ölmekte olan hastalarla ilişkiyi yalnızca “acıya gömülmüş” olarak algılamamak, terapist için kendini gerçekleştirme ve büyüme için önemli bir potansiyel yaratmaktadır (Papadatou, 2009).

Ölüme yakın danışanlar ile terapide deneyimlenen bu etki, travma ile yapılmış çalışmalarda da karşımıza çıkmaktadır. Stamm (2002) travma geçiren hastalarla şefkatle çalışmanın ve tedavi sürecinde ilerleme kaydetmenin terapistlere memnuniyet duygusu sağladığını açıklamıştır. Bu nedenle travma çalışmasının bu terapistler için olumlu sonuçlarını vurgulamak için “merhamet tatmini” (compassion satisfaction) kavramını üretmiştir.

Benzer şekilde Tedeschi ve Calhoun (2004), travmatik bir olaydan sonra kişide meydana gelen olumlu değişiklikleri açıklamak için “dolaylı travma sonrası büyüme” (vicarious post-traumatic growth) terimini ortaya atmışlardır. Travma çalışmasından sonra terapistlerin psikolojik gelişiminin, bir hastada travma sonrası büyümenin ayırt edici özelliklerine benzer olduğu belirtilmiştir (Arnold ve ark., 2005). “Dolaylı dayanıklılık” terimi (vicarious resilience) ise, danışanın dayanıklılığına yanıt olarak terapist için meydana gelen olumlu bir dönüşümü ifade etmektedir. Dolaylı dayanıklılık deneyimleyen terapistler, yenilenmiş bir umut duygusu, büyüme, kendi zorluklarının yeniden değerlendirilmesi ve

yüksek düzeyde hayal kırıklığı toleransından bahsetmişlerdir ve bu durum içsel deneyimlerinde olumlu bir değişiklik olduğunu göstermektedir. Zorlukların üstesinden gelmekte olan danışanlarla çalışırken ortaya çıkan dolaylı öğrenme, terapistin hayatlarını da olumlu şekilde etkileyebilmektedir (Hernandez ve ark., 2007).

1.6.2. Olumsuz etkiler

Ölmekte olan bireylerle çalışmak ve bu kişilerin travmatik anlatılarını dinlemek, bu alanda çalışan kişileri etkileyebilen ve kaçınılmaz acılara yol açabilen derin bir deneyimdir (Papadatou, 2009). Ölümcul hastalığı olan bir danışanla çalışırken ölüm düşüncesi hem danışanın hem de terapistin düşüncelerinde dolaşmaktadır. Çünkü danışanlar, dikkatlerini ölüm ve kayıp üzerine kaydırdıklarında, terapistin bu ölüm konuşmasına uyum sağlaması, danışanlarının başına gelenleri tanıyıp anlayabilmesi ve danışanlarının çözüm bulma mücadelesinde yanında yer alabilmesi gerekmektedir. Bu nedenle terapide danışanın ölümünün etkisi çoğu kez terapistte ölümlülükle yüzleşmeye dönüşmektedir (Knight, 2019). Terapistler, kendi ölümleriyle ilgili sorunları ele alan danışanlara yardım ettiğinde, kendi ölümlerinin kaçınılmazlığını hatırlamaktadırlar (Doka, 2013). Bahsedildiği gibi ölümle yüzleşmek, danışanda duygusal sıkıntı ve ölüm kaygısına neden olabildiği gibi (Yalom, 2001) aynı durum terapist için de geçerli olabilmektedir. Yani danışanın ölüyor olması, terapist için kendi ölümlülüğünün acı verici bir hatırlatıcısı olarak hizmet etmektedir (Norton, 1963). Kouroglou'nun (2023), yaptığı çalışmada, hospiste çalışan psikoterapistler ölüm ile sıkça karşılaşmalarını kaygı verici bir faktör olarak aktarmıştır.

Chow (2013) ise, ölmekte olanlarla çalışmanın etkisinin hem travmatizasyonla hem de yasla sonuçlanabileceğini belirtirken, ölmekte olanların hikayelerini duymanın sağlık çalışanlarının ikincil travmatizasyonlarına (vicarious trauma) yol açabileceğini öne sürmektedir. Bu tanım, terapist olarak çalışmaları sırasında sürekli olarak çok zor hikayeler duyan psikoterapistlerin kendi algılarında, başkalarına ilişkin algılarında ve dünya görüşlerinde değişiklikler yaşamaya başlayabileceklerini öne sürmektedir (McCann ve Pearlman 1990; Quitangon ve Evces, 2015). Yaşamın sonundaki hastalarla çalışan psikoterapistlerin, danışanın yaşadığı zorluklara sürekli maruziyeti, bu uzmanların dolaylı travma yaşama olasılığını artırabilmektedir. McCann ve Pearlman (1990) dolaylı travmatizasyonun, travma yaşayan kişilerle çalışan kişilerin uzun süreler devam edebilen yıkıcı ve derin psikolojik etkiler yaşayabileceği bir süreç olduğunu belirtmektedir. Eğer bir terapist dolaylı travmatizasyon geliştirirse ve bu uygun şekilde ele alınmazsa bu durum, güçsüzlük, hayal kırıklığı, üzüntü, kaygı ve ölüm kaygısı gibi çeşitli şekillerde terapisti

etkileyebilmektedir (Arbore ve ark., 2006). Bu duyguların yanı sıra terapistin, hastanın ölümcül hastalığı nedeniyle keder, tükenmişlik, yarımsız kalmış olma, suçluluk gibi duyguları, diğer danışanlar ile gerçekleştirdiği terapi sürecinden farklı olarak daha fazla deneyimlemesi beklenmektedir (Kastenbaum, 1977 akt; Cohen ve Block, 2004).

Buğu (2016), Türkiye’de işkence mağdurlarının psikoterapistleri ile yaptığı çalışmada bu terapistler süreci “büyüme” olarak tanımlasalar da çalışmada ortaya çıkan bir diğer tema ise literatürle benzer şekilde terapistin “yetersizlik ve suçluluk duyguları” temasıdır. İşkence de ölümcül hastalık gibi bir travma olarak kabul edilse de bu çalışmada “ölmekte olma” değil “hayatta kalma” söz konusudur. Bu ayrıma rağmen benzer şekilde Kouroglou (2023) ölmekte olan bireylerle çalışan terapistler ile yaptığı çalışmada, “keder ve üzüntü” ve “suçluluk” duyguları ortaya çıkan temalardandır. Terapistler duygularını ifade etmekten ve destek aramaktan çekinerek bu kederi içselleştirdiklerini ve başa çıkamadıklarını düşündüklerinden suçluluk duygusu hissettiklerini dile getirmişlerdir.

Benzer şekilde terapistlerin ölmekte olan hastalar ile terapi yapmalarının terapist için bir diğer olumsuz etkisi de potansiyel tükenmişlik riskidir. Maslach (1982) tükenmişliği “bir tür ‘insan işi’ yapan bireylerde ortaya çıkabilen duygusal olarak yorulma, çevreye duyarsızlaşma ve mesleki başarı hissinin azalması sendromu” olarak tanımlamaktadır. Bu nedenle destekleyici role sahip terapistin mesleğinin doğası gereği tükenmişlik riski taşımaktadır. Ölümcül hastalık ve yaklaşmakta olan ölüm bağlamında danışanların durumlarının ayrıntılarına sürekli olarak maruz kalmak terapisti yorabilmektedir.

Ölüme yakın danışanlarla çalışmanın terapisti etkilediği bir diğer konu da yastır. Yas, yalnızca bir danışanın ölümü gerçekleştiğinde değil, danışanın ölme ihtimalinde ölen kişiyle olan ilişkinin kaybı, tedavi için belirlenen profesyonel hedeflerin yerine getirilememesi veya kişinin kendi ölümlülüğüne karşı artan duyarlılığı ile de tetiklenebilmektedir (Papadatou, 2009). Fakat bu danışan grubu ile çalışan terapistlerin yaşadığı bu yas tepkisi; kolayca tespit edilemeyebileceğini için yasin işlenmesinin zorlaştırmaktadır. Romesberg (2004), haklarından mahrum bırakılan yasin, terapistler için merhamet yorgunluğuna (compassion fatigue) ve tükenmişliğe yol açabileceğini belirtmiştir. Benzer şekilde Figley, (1995) başka bir bireyin sıkıntı ve acılarına tekrar tekrar maruz kalmanın bir sonucu olarak, bu durumlardaki profesyonellerin “merhamet yorgunluğuna ve tükenmişliğe” yatkın olabileceğini belirtmiştir. Merhamet yorgunluğunun, travma geçirmiş veya acı çeken başka bir bireye yardım etmenin davranışsal veya duygusal sonucu olduğundan bahsetmiştir. Travmayla veya krizle başa çıkma konusunda danışanlarla çalışan terapistler çalışmaları sırasında duygusal olarak yüklü durumlarla karşılaşılır. Danışanın acısını dindirmeye

alışan terapistin aslında danışanın acısını iselleştirebilmektedir (Figley, 1995). Bu nedenle ölüme yakın bireylerle terapi yapan terapistlerin deneyimleyeceği bir tepki olabileceği düşünülmektedir. Değinildiği üzere ölümcül hastalığa sahip danışanlar ile çalışmanın hem terapi süreci hem de terapist üzerinde çeşitli etkileri söz konusudur.

1.7. Araştırmanın Amacı ve nemi

1.7.1. Araştırmanın amacı

Ölüm ve ölmek üzerine çok sayıda kitap, makale ve araştırma olmasına rağmen, literatürün çoğu ölmekte olan hastalara ve ailelerine ve sevilen birinin ölümünü takip eden yas sürecine yönelik sonuçlara odaklanmıştır (Palmieri, 2018; Papadatou, 2009). Ölmekte olan kişiler ile çalışan psikoterapistlerin çalışmalarını ele alan literatür ise bu danışan grubu ya da ailesi ile terapistde nasıl alışılabileceğine odaklanmaktadır (Palmieri, 2018). Bununla birlikte, ölümcül hastalarla çalışmanın psikoterapi sürecine ve psikoterapistte etkilerini fenomenolojik yönlerini inceleyen araştırmalar az sayıda olmakla birlikte, aynı zamanda eski çalışmalardır (Palmieri, 2018; Saunders ve ark., 2010).

Bu alışma, Türkiye'de ölümcül hastalık olan kanser tanısı konmuş bireylerle çalışan psikoterapistlerin deneyimlerinin derinlemesine anlamak için nitel araştırma kullanılmıştır. Çalışmanın amacı, terapi sürecine ve terapistin karşılaştığı olumlu ve olumsuz yönlere vurgu yaparak terapistlerin deneyimlerini aydınlatmaktır. Kanser gibi yaygın görülen ölümcül bir hastalığın terapi sürecinde nasıl deneyimlendiğini, diğer danışan grubundan farklı olarak bu danışanlar ile terapi sürecinin terapiyi nasıl etkilediğini ve bu bireylerle en yakın temasta bulunan psikoterapistler için geniş, kapsamlı etkilerini, psikoterapist gözünden anlamlandırmayı amaçlamıştır. Katılımcılardan elde edilen veriler ile ölümcül hastalığa sahip bireylerle çalışan terapistlerin içine ve yaşamına entegre edilebilecek çeşitli yapıların açığa çıkması beklenmiştir. Bu sayede bu çalışmanın Türkiye'de kanser hastaları ile çalışan psikoterapistler açısından mevcut literatürdeki boşluğu bir nebze de olsa doldurabileceği düşünülmektedir.

1.7.2. Araştırmanın nemi

Araştırmanın sonucunda ölüme yakın danışanlar ile psikoterapinin terapi sürecine ve terapistte etkilerinin öğrenilmesi beklenmiştir. Bu çalışmanın ölümcül hastalarla çalışan psikoterapistler için önemli bilgiler sunması amaçlandığından oldukça önemli olduğu düşünülmektedir. Terapistlere, lm kavramının gerçekleştirilen terapi sürecini nasıl

etkilediğini sunmakla birlikte, kişisel farkındalıklarını arttırmaları konusunda da fırsat sağlamayı amaçlamıştır.

Aynı zamanda açığa çıkan bilgilere dayanarak gelecek çalışmalarda olumlu etkileri arttıracak ve olumsuz etkileri azaltacak eğitimlerin ve programların geliştirilmesi beklenmektedir ve bu çalışmanın genişletilmiş bir amacıdır. Çeşitli başa çıkma ya da uyum sağlama çalışmalarına öncülük edebileceğinden bu çalışmanın oldukça önemli olduğu düşünülmektedir. Örneğin Chow (2013), ölmekte olan hastalarla çalışan sosyal hizmet uzmanlarının ölüm kaygısını azaltabilmek için belirli bir kuram kapsamında bir eğitim programı geliştirmiş ve çalışma sonucunda bu programın ölüm kaygısını azaltmada etkili olduğu bulunmuştur. Bu çalışmada açığa çıkan temalar ile benzer çalışmaların yapılabileceği düşünülmektedir.



2. YÖNTEM

2.1. Örneklem

Bu çalışmanın katılımcıları, halihazırda terminal dönem kanser hastası danışan ile terapi yapmakta olan ya da mesleki yaşamında kanser hastası danışan takip etmiş psikoloji bölümü mezunu psikoterapistlerden oluşmaktadır. 9 katılımcı ile görüşme gerçekleştirilmiştir. Benzer deneyimleri yaşamış katılımcılar ile görüşmenin önüne geçilmesi ve farklı noktaları temsil etmesi adına deneyim, kullanılan kuramsal yönelim, çalışma ortamı, mesleki geçmiş açısından farklı niteliklere sahip bireylerin dahil edilmesi amaçlanmıştır.

Katılımcıların detaylı bilgileri Tablo 2.1’de mevcuttur.

Tablo 2.1. Demografik Bilgiler

<i>Katılımcı</i>	<i>Cinsiyet</i>	<i>Yaş</i>	<i>Eğitim</i>	<i>Deneyim</i>	<i>Aktif Çalışma</i>	<i>Danışan Oranı</i>	<i>Eğitim</i>	<i>Kuramsal yönelim</i>
1	Kadın	46	Yüksek Lisans	4 yıl	Evet	Daha fazla	Var	Destekleyici Terapi
2	Kadın	54	Yüksek Lisans	30 yıl	Hayır	Daha az	Var	Sanat Terapisi., Davranışçı T. Gestalt Terapi
3	Kadın	49	Doktora	25 yıl	Evet	Eşit	Var	Varoluşçu Terapi, BDT
4	Kadın	44	Yüksek Lisans	4 yıl	Evet	Eşit	Var	Duygu odaklı Terapi, BDT
5	Erkek	62	Lisans	31 yıl	Hayır	Daha fazla	Var	Destekleyici Terapi, BDT
6	Kadın	58	Doktora	33 yıl	Evet	Daha fazla	Var	BDT, İçsel Aile Sistemleri T.
7	Erkek	35	Doktora	12 yıl	Evet	Daha fazla	Var	KSÇOT, ACT
8	Kadın	33	Yüksek Lisans	7 yıl	Evet	Eşit	Var	Sanat Terapisi
9	Kadın	43	Yüksek Lisans	18 yıl	Evet	Eşit	Var	Destekleyici Psikodinamik Terapi

2.2. Veri Toplama Araçları

2.2.1. Yarı yapılandırılmış görüşme soruları

Bu çalışma için yarı yapılandırılmış, nitel bir görüşme protokolü kullanılması planlanmıştır. Katılımcılardan ölüme yakın yetişkin hastalarla çalışma deneyimlerini ve bu deneyimlerinin kendileri üzerindeki etkisini öğrenmeye yönelik literatürden türetilen görüşme soruları hazırlanmıştır. Katılımcılara öncelikle ölüme yakın kanser hastaları ile çalışmanın kendilerini nasıl etkilediği sorulduktan sonra, terapi sürecini nasıl etkilediği ile ilgili olan sorular sorulmuştur. Bu araştırma için hazırlanmış on açık uçlu soru Ek-3'te paylaşılmıştır.

2.2.2. Demografik bilgi formu

Katılımcıların demografik özellikleri hakkında bilgi toplamak amacıyla araştırmacı tarafından düzenlen demografik bilgi formunda katılımcının yaşı, biyolojik cinsiyeti, eğitim düzeyi, kanser hastası danışanları ve yürüttükleri terapi sürecine yönelik sorulmak üzere 8 soru hazırlanmıştır. Hazırlanmış bu sorular Ek-2'de paylaşılmıştır.

2.2.3. Bilgilendirilmiş onam formu

Araştırmaya başlamadan önce katılımcılara bilgilendirilmiş onam formu verilmiştir. Bu formda araştırmanın gönüllülük esasına dayandığı ve ses kaydı alınacağı, amacının akademik veri toplamak olduğu ve verilerin bu amaçla kullanılacağı bilgileri yer almaktadır. Form Ek-1'de yer almaktadır.

2.3. İşlem

Başkent Üniversitesi Sosyal ve Beşeri Bilimler ve Sanat Alan Araştırma Kurulu'ndan araştırma için onay alındıktan sonra, ölümcül bir hastalık olan kanser hastaları ile çalışan psikoterapistlerle yarı yapılandırılmış görüşmeler yapılması amacıyla veri toplama süreci başlamıştır. Görüşmeler öncesi hazırlanmış olan soru seti, alanında uzman akademisyenler tarafından incelenmiş ve gerekli düzenlemeler yapılmıştır. Sonrasında soruların açık olup olmadığını ve herhangi bir değişikliğin gerekli olup olmadığını doğrulamak adına seçim kriterlerini karşılayan bir katılımcı ile pilot çalışma gerçekleştirilmiş, tüm görüşme planlandığı gibi ilerlediğinden herhangi bir revize yapılmadan görüşmelere başlanmış, bu görüşme de analize dahil edilmiştir.

Katılımcılara ulaşmak için çeşitli hastanelerde, kliniklerde ve derneklerde çalışan psikologlara ulaşılmıştır. Araştırmaya katılmayı kabul eden katılımcılarla gönüllü olarak

iletişime geçilmiş ve görüşme için uygun tarih belirlenmiştir. Yarı yapılandırılmış derinlemesine görüşme başlamadan önce her katılımcıya onam formu iletilmiştir. Onam formu okunup imzalandıktan sonra demografik sorulara ve yarı yapılandırılmış görüşme sorularına geçilmiştir. Yarı yapılandırılmış derinlemesine görüşme başlamadan önce her katılımcıya sözlü olarak tekrar bilgi verilmiş, görüşmenin ses kaydının alınması da dahil olmak üzere çalışmanın amacı ve prosedürü hatırlatılmıştır. Sonrasında ses kayıt uygulamasıyla kayıt altına alınan görüşmeler başlamıştır. Bu görüşmelerin tamamı online olarak gerçekleştirilmiş ve görüşmeler ortalama 39,2 dakika sürmüştür. Görüşmeler sırasında kayda değer bir internet bağlantısı istikrarsızlığı veya teknik sorunla karşılaşılmamıştır. Lisansüstü eğitimi olmayan Katılımcı 5, psikoterapi eğitimini tamamlamış olduğundan çalışmaya dahil edilmiştir. İlk olarak gerçekleştirilen altı görüşme sonrası temaların birbirini tekrar ettiği araştırmacı tarafından fark edilmiş, ardından planlanmış üç görüşmenin de benzer şekilde gerçekleşmesiyle birlikte yeterli kavramsal doyuma ulaşıldığı düşünülerek dokuz görüşme ile veri toplama süreci sonlandırılmıştır.

2.4. Veri Analizi

Bu çalışmada, deneyimsel bir yaşantının katılımcının bakış açısından derinlemesine incelenmesi hedeflendiğinden, kanser hastaları ile çalışan psikoterapistlerin deneyimlerini anlamak için yorumlayıcı fenomenolojik analiz kullanılmıştır. Yorumlayıcı fenomenolojik analiz bir olgu, süreç ya da ilişkiyi kişilerin deneyimini inceleyerek tanımlamayı ve analiz etmeyi hedeflemektedir. Sistemli yapısı ve analiz sonucu derinlemesine bilgiler elde edilebilmesi sayesinde bu analiz psikoloji biliminin içerisinde giderek tercih edilen bir yöntem haline gelmektedir (Smith, 2004). Analiz esnasında Smith, Jarman ve Osburn'un (1999) bahsettiği fenomenolojik analiz yöntemi uygulama sıralamasına uygun şekilde; tüm ses kayıtları yazıya geçirilmiş, tüm ses kayıtları ve yazılı belgeler birlikte okunmuş, ilk görüşme değerlendirilmiş ve kod atanmış, ardından bu işlem diğer görüşme belgelerine de uygulanmış ve tüm kodlar değerlendirilerek üst temalar ve alt temalar belirlenmiştir. MAXQDA 2024 programından faydalanılarak ve yukarıda belirtilen adımlar uygulanarak tema, alt tema ve kodlar oluşturulmuştur. Ortaya çıkan bu temalar aralarında anlamlı bir bağlantı kurularak listelenmiş, daha sonra üst temalar, alt temalarıyla birlikte geliştirilerek görüşmelerdeki ilgili alıntılarla ilişkilendirilmiştir.

Nitel araştırmalar, katılımcılarla iletişime geçilerek detaylı anlamlara ulaşmayı amaçlamaktadır. Katılımcıların aktarımlarının doğru bir yansıması olabilmesi için çeşitli kaynaklardan verileri doğrulama, üçgenleme ve farklı araştırmacılara inceletmeyi içeren

çeşitli geçerlik stratejileri kullanılması oldukça önemlidir. Lincoln ve Guba (1986), araştırma alanında uzun süreli katılım, veri kaynaklarının ve araştırmacıların üçgenlenmesi gibi yöntemlerin öneminden bahsetmişlerdir. Nitel araştırmacılar bir temayı belgelendirmek ve desteklemek için farklı veri kaynaklarından kanıt sunduklarında veriyi üçgenlemekte ve bulgularına geçerlik kazandırmaktadırlar. Akran incelemesi ise bulguların, yorumların ve sonuçların, veri ile desteklenip desteklenmediğini incelenmesini sağlamaktadır (Cresswell, 2013). Çalışmada geçerliği güçlendirmek adına temalar ve alt temalar akran incelemesi ile de gözden geçirilmiş, temaların son halinin katılımcıların deneyimleriyle bağlantılı olup olmadığı incelenmiş, bu sayede araştırma sürecinin dışarıdan kontrol edilmesi sağlanmıştır. Ek olarak, temaları, alt temaları ve kodları belirledikten sonra tez danışmanından temaların açıkça birbirinden ayrılıp ayrılmadığı ve alıntıların temaları temsil edip etmediği konusunda geri bildirim alınmıştır. Bu geri bildirimlerine dayanarak gerekli düzenlemeler yapılmıştır.

2.5. Refleksivite

Nitel araştırmalarda araştırmacı, bireylerin düşünce, duygu, deneyim gibi öznel verilerini kullanarak olayları doğal ortamında anlamaya ve açıklamaya çalışır. Görüşmecinin varlığı, kişiliği ve etkisi nitel araştırmalarda göz ardı edilemez bir yere sahip olduğundan refleksivite, nitel araştırmalarda önemli bir bileşendir (Jelsma ve Clow, 2005). Verilerin toplanma ve analiz edilmesi sürecinde araştırmacının öznel etkilerini tamamen dışlayabilmeleri pek mümkün olmadığından, araştırmacının, tüm sürecin kendi yorum ve anlayışı ile çarpıtılabileceğini kabullenmesi oldukça önemlidir (Kaslow ve Gurman, 1985). Bu nedenle araştırmacının, çalışmanın güvenilirliği açısından, analize etkisi olabilecek faktörleri iletmesi gerektiğinden, bu çalışmayı etkileyebilecek süreçler bu bölümde okuyucu ile paylaşılacaktır.

Ben 25 yaşında bir psikolog ve klinik psikoloji yüksek lisans öğrencisiyim. Araştırmacıların kendi deneyimlerini anlamalarının, başkalarının deneyimlerine dair daha derinlemesine düşüncelerine olanak sağladığı için, yalnızca görüşmeler ve analiz boyunca değil, tüm çalışma boyunca kendimi incelemeye dair zaman ayırdım. Tez çalışmamın ilk zamanlarında literatürü tararken ölümcül hastalığın olumsuz yönlerine odaklanma eğiliminde olduğumu fark etmiştim. Fakat görüşme öncesi bu eğilimin farkına varmamın, görüşmelerin gidişatının etkilenmesinin önüne geçtiğini düşünmekteyim. Aynı zamanda kendimin bu alanda deneyiminin olmaması, daha önce ölüme yakın bir danışan ile çalışmamış olmam nedeniyle, sorularımı sorarken kendi deneyimlerimden yola çıkmadığımdan, yönlendirici olmanın önüne geçtiğimi düşünmekteyim. Bu nedenle

sorduğum sorularda yönlendirici olmaktan ziyade, katılımcıların cevaplarını açımlamaya yönelik sorular sorarak ilerlediğimi fark ettim. Sürecin doğasında her ne kadar öznellik olsa da ölümcül hastalığın terapisti ve terapi sürecini nasıl etkilediğine dair bir deneyimim olmaması, bu etkilere dair katılımcılarla paylaşabileceğim bir görüşümün de olmamasını sağladı.

Tezimde ölümle ilgili bir konu çalışmak istediğime karar kıldıktan sonra okuma yapmaya başladıkça, ilk zamanlarda ne kadar zorlansam da zaman geçtikçe süreç, bilgilenmekten keyif alarak ilerledi. Görüşmeler esnasında da benzer bir durum yaşandığını gözlemledim. Görüşmeler esnasında da her ne kadar zorlayıcı deneyimler paylaşılmış ve yoğun duygular yaşanmış olsa da mesleki açıdan bilgi edinmekten aldığım doyum ve katılımcıların deneyimlerini dinlemekte zorluk yaşamamış olmam sayesinde, görüşme ve analiz sürecinin zarar görmesinin önüne ge ebildiğimi düşünmekteyim. Görüşmeler esnasında ve sonrasında, çeşitli farkındalık çalışmalarıyla birlikte, duygularıma ve düşüncelerime çok dikkat ettim. Tüm bu deneyimleri analiz ederken de yalnızca katılımcıların aktarımlarında kalmaya, kendi düşüncelerimden ayırmaya  zen göstererek ilerledim.

3. BULGULAR

Bu tez çalışmasında kanseri hastalarıyla çalışan psikoterapistlerin deneyimleri kapsamlı bir şekilde ele alınmıştır. Görüşülen psikoterapistlerin “ölüme yakın terapi” olgusu kapsamında hazırlanmış sorulara verdikleri yanıtlar ile oluşturulmuş temalar aşağıdaki Tablo 3.1’de sunulmuştur. Bu tabloda psikoterapistlerin kanser hastalarıyla çalışmaktan kişisel olarak nasıl etkilendikleri ile ilgili 4 tema ve alt temaları bulunmaktadır. Kanser hastalarıyla çalışmanın terapi sürecine etkisi ile ilgili ise 3 tema ve alt temaları bulunmaktadır. Yapılan analiz sonucu ulaşılan bu 7 temel tema ve alt temaları detaylı bir şekilde incelenecektir.

Tablo 3.1. Kanser Hastalarıyla Çalışmanın Etkileri ile İlgili Temalar ve Alt Temalar

Temalar	Alt Temalar
1. Maruz Kalınan Ölüm	Kendi Ölümlülüklerini Hatırlama Sevdiklerinin Ölümlülüklerini Hatırlama Ölümün Kabulü
2. Yaşamın Varlığı	Kıymetli Yaşama Arzusu Zamanın Kıymetini Bilme Fiziksel Sağlığın Önemi
3. Ölümün Ağırlığından Kaçış	Baş Etme Yolları Mesleki Bir Destek: Süpervizyon İhtiyacı
4. Açığa Çıkan Duygular	Tatmin Olumsuz Duygu Alışverişi Çaresizlik Duygusal Zorlanma Yas
5. Ölümle Çevrelenmiş Terapi	İhtiyaçlar Çerçevesinde Terapi Derin Terapi Zamanı Sınırlı Danışanla Terapi
6. Terapide Algılanan Ölümün İzleri	Umutsuzluk Çarpıtılmış İnançlar
7. Fiziksel Bozulmaların Gölgesinde Terapi	Fiziksel Sağlığın Önceliği Aksayan Terapi Esneyen Terapi Sınırları

3.1. Tema 1: Maruz Kalınan Ölüm

“Kaplanın gözüne bakmak” lafına ben çok takmışımdır, yani en korkulan şeye bakmak, yaşarken ölüme bakmak dehşet duygusu uyandırır” (Katılımcı 3)

Bu temada psikoterapistlerin ilerlemiş evre ya da terminal dönem kanser hastaları ile çalışırken ölüm gerçeğine maruz kalmaları ve bu doğrultuda deneyimledikleri alt temalar aktarılmıştır. Özellikle danışanların ölüme yakın olmaları nedeniyle terapide sıkça gündeme

gelen ölüm kavramının psikoterapistleri çeşitli şekillerde etkilediği bilgisine ulaşılmış, bu etkilerden alt temalar ile bahsedilmiştir. Bu alt temalar *kendi ölümlülüğünü hatırlama*, *sevdiklerinin ölümlülüklerini hatırlama* ve *ölümün kabulüdür*. Psikoterapistler, ölüme çok sık maruz kalmalarının olumsuz etkileri olarak *kendi ölümlülüğünü hatırlama* ve *sevdiklerinin ölümlülüklerini hatırlama*'dan bahsetmişler ve bu etkileri görüşmeci tarafından fark edilir bir şekilde duygusal bir biçimde aktarmışlardır. Bir yandan da ölüme bu denli maruz kalmanın kendileri için *ölümü kabul* etmelerini sağladığından ve bu etkinin olumlu yönlerinden bahsetmişlerdir.

3.1.1. Kendi ölümlülüğünü hatırlama

Bu alt temada temel olarak kanser hastalarıyla çalışan psikoterapistlerin, danışanların ölümcül bir hastalığa yakalanmış olması ve ölüme yakın olmaları nedeniyle sürekli ölüm gerçeğine maruz kaldıkları ve bu maruziyetin onlara kendi ölümlülüğünü hatırlattığı vurgulanmaktadır. Katılımcı 3 bu durumu şu sözlerle ifade etmiştir:

“Zincirlikuyuda ‘her canlı bir gün ölümü tadacaktır’ yazdılar ve ortalık birbirine girdi, o zamanlar psikiyatri hastanesinde çalışıyordum ve bize başvurular arttı. Güzel kardeşim sen bilmiyor muydun ölüm olduğunu, niye bu kadar şaşırdın? Ama öyle olmuyor işte, Şems’in lafı ‘ölümün olduğu yerde ben yokum, benim olduğum yerde ölüm yok’. Biz insanlar her gün ‘evet biz ölümlüyüz, evet her an ölebiliriz’ diye kalkmıyoruz ama bu işi yaptığın zaman bunu unutma şansın olmuyor”

Psikiyatri servislerine başvuruların artması ifadesinden anlaşılacağı üzere Katılımcı 3, ölüm gerçeğini hatırlamanın kendi gibi tüm insanları olumsuz etkileyebilen bir gerçek olduğunu aktarmaktadır. Katılımcı 8, Şems’in lafına benzer şekilde tüm insanların ölümden kaçtıklarından, fakat bu alanda çalışan psikoterapistlerin bu gerçeğe meşgul olmak zorunda oldukları için baş etmek adına bu gerçeği susturmaya çalıştığından bahsetmiştir:

“Herkes gibi biz de tabii ki ölümle bir noktada ya kaçıyoruz ya meşgul oluyoruz, meşgul olmak tabii ki herkesin korktuğu bir şey çünkü birinin ölümüyle çalışmak demek sizin kendi ölümlülüğünüzle de çalışmak demek baktığımız zaman, o yüzden her seans aslında kendimizle de içsel olarak işte onu susturmaya, paranteze almaya çalıştığımız bu süreç oluyor.”

Katılımcıların da aktardığı gibi, her gün ölüme yakın insanlarla çalışmak, bu danışanların ölme ihtimaline bu kadar yakından bakmak kişinin kendi ölümünü de hatırlamasını kaçınılmaz kılmaktadır. Katılımcı 9 ise ölümlülüğü hatırlamanın kendi üzerindeki etkisini daha olumsuz bir noktadan aktarmıştır: *“İşte ölüm... kendime gelecek*

olma kaygısı hani eğer farkındaysan bunun, bunlar tabii evet hayatımız bir günüm eğlenceli geçmiyor”

Katılımcı 1 ise bu danışanlarla empati kurduğundan, henüz yüzleşme de kendi ölümlülüğünün farkındalığından bahsetmiştir: *“Şimdi bu hastalarla çalışınca da yaşamın başı ve sonu ne demek çok iyi anladım. Yani biz ölüme hepimiz yakınız, bunu hastalardan öğrendim. Ölümle ve ölüme yakın insanlarla empati kuruyorum bazen, ölüme yakın olan ben olsam.. Aslında yakınız, sadece o hasta, cümle olarak bunu daha sık duyuyor, daha çok yüzleşmek zorunda kalıyor hastalık sonucunda ama ben de öleceğim.”*

3.1.2. Sevdiklerinin ölümlülüklerini hatırlama

Ölüm, yalnızca kendileri için değil, tüm insanlar için bir gerçek olduğundan bu alanda çalışan psikoterapistler yalnızca kendi ölümlülüklerini değil, sevdiklerinin de ölümlülüklerini hatırlamakta olduklarını ifade etmişlerdir. Örneğin Katılımcı 3: *“Şunu söyleyebilen çok az insan vardır, “ben o seansta olmuyorum, sadece danışanın öyküsünün içindeyim, hiç kendi ölümlüğümü, sevdiklerimin ölümlüğünü düşünmüyorum”, o karşılaşmaları yaşamadığımı söyleyemem”* cümlesini kurmuştur.

Katılımcı 8 ise bu durumun aynı hastanede çalıştığı diğer sağlık çalışanlarında da gözlemlediği bir etki olduğu hakkında ek bir bilgi vermiştir. Kendi ise sevdiklerinin ölümlülüğünü hatırlaması ve kaygılanmasını “kanserle özdeşleşme” çerçevesinde ele almış, olumsuz bir etki olduğunu vurgulamıştır:

“Eğer ki böyle kronik hastalıklarla çalışıyorsanız ve artık fiziksel semptomları çok iyi biliyorsanız ailelerde nüks korkusu gelir tekrarlayacak mı diye. Bizde de olacak mı korkusu geliyor, o yüzden özellikle hemotoloji onkoloji servislerinde sürekli olarak hemşirelerin aileden birilerini getirdiğini görürsünüz mesela, bizim için de geçerli, mesela şimdi 18 aylık bir kızım var çocuklarla da çalışıyorum herhangi sebepsiz ateş aslında benim çok tetikleyicim normal şartlarda, o yüzden direkt olarak ‘ya bizde de mi olursa’ kaygısı çok yüksek geliyor hastalıkla özdeşleşme anlamında bu bence en büyük olumsuz etkisi.

Bu ölüme maruziyeti, yarattığı duyguyu ve etkileri Katılımcı 2 şu şekilde ifade etmiştir:

“En önemli etkisi sevdiklerimize bir şey olma korkusunun normal popülasyona göre daha fazla olmasıydı. Mesela o dönemde eşim de bu işlerden anladığı için, kendisi de doktor olduğu için mesela o nöbete gittiği zamanlarda, hastaneye vardığında gece yarısı araba kullanması gerektiğinde bana mutlaka bir mesaj atardı, normalden

daha fazla benim gönlümü rahatlatacak bana haber verirdi çünkü hepimizde ister istemez günlük bir şekilde ölümle çalıştığın zaman ölüm, her an olabilecek bir şey... yani bir anlamda ölüm reddi savunma mekanizmamızı yıkan bir durum oluyor. Ölüm anksiyetesi biraz fazla, aile bi yere gittiği zaman haber alamadığında hemen kötü şeyler aklına geliyor.”

Katılımcı 2, sevdiklerinin ölme ihtimalini sık sık hatırladığından, bunun kendisinde bir kaygı yarattığından bahsetmiştir. Ayrıca bahsettiği tek duygu kaygı değildir. Katılımcı 2'nin, görüşmenin ilerleyen dakikalarında çocuklarıyla ilgili bir anlatı esnasında duygulanarak ağlamaya başlaması da dikkat çeken bir nokta olmuştur. Ölümün acı verici tarafının göz önünü aldığımızda, sevdiklerinin ölme ihtimalinin katılımcılarda bu denli olumsuz duygular uyandırması kaçınılmazdır. Katılımcı 2 bu durumu şu şekilde aktarmıştır:

“Hastayla oturuyoruz sürekli çocuğunun kokusunu özlediğinden bahsediyor, şu anda bile söylerken gözlerim doluyor, ben orda otururken düşünüyorum ki, “ya napıyorsun” diyorum, “üç kuruşa burada çalışıyorsun bunları dinliyorsun, senin çocuğun okul sonrası çocuk evine gidiyor” çünkü full time çalışıyorduk o dönemde. Bir yerden sonra dedim “ya kendi çocuğuna bak, napıyorsun, çocuğun hayattayken.. Kusura bakma (ağlayarak)...”

3.1.3. Ölümün kabulü

Kanser hastalığına yakalanmış, ileri evre ya da terminal dönem danışanlarla çalışırken ölüme bu denli maruz kalmak, psikoterapistler için yalnızca hatırlatıcı etkilere neden olmamış, ölümün kabulünü de beraberinde getirmiştir. Katılımcı 6, bu kabulü ve etkileri şu şekilde ifade etmiştir:

“Daha çok kabullenme içerisine girdim ben, hani hastalarım da söylediğim bu ölüm hiçbirimizin kabullenmek istemediği çok acı bir gerçek, çünkü hayattan ayrılmamız gerekiyor sevdiklerimizden ayrılmamız gerekiyor, istesek de istemesek de bu ölümün gelmesini kabul etmek durumunda kalıyoruz, bizim elimizde olmuyor. Belli bir yaşam süresi var ve o döngünün içerisinde varız. Ama biz yaşadığımız zaman, bizler beraber seans yaptığımızda görmek istemediğimiz o ölüm her an bizim yanımızda...”

Bu ifadelerinde ölümü kabul ettiğinden bahseden Katılımcı 6, bu kabul sayesinde ölümün kendi için normal bir yaşam olayı olduğundan, bu sayede artık zorlanmadığından ve ölümün insanların kontrolü dışı gerçekleştiğini öğrendiğinden de bahsederek devam etmiştir:

“Sıklıkla kanser hastalarını görmeye psikoloonkoloji bölümlerinde çalışırken zor oluyordu, fakat sonrasında alıştım ben de, dediğim gibi örnekte söylediğim gibi, o

kadar normal olan bir hayat olayı şeklini aldı ki benim için artık, tabii ki bu kendi yakınımı kaybettiğimde, çok üzüntü geçiriyorum yas dönemi yaşıyorum, yakınlarıma bir şey olmaması için onları mümkün olduğu kadar iyi tutabilmek için elimden geleni yapıyorum, tabii ki çok üzülürüm bugün Allah korusun anneme bir şey olsa veya başka sevdiklerime bir şey olsa çok üzülürüm ama benim kontrol edemeyeceğim şeyler olduğunu öğrendim hayatta.”

Katılımcı 6'nın terminal dönem kanser hastaları ile çalışmaya başladığı ilk yıllarda zorlanması nedeniyle çalışmaya uzun süre ara verdiği bilgisi göz önüne alındığında, bu cümleleri kurarken gayet rahat bir konuşma gerçekleştirmesi görüşmecinin dikkatini çeken bir nokta olmuştur. Kısacası ölümün kabulü ve onun olumlu etkisi, görüşme esnasında katılımcının cümlelerinden anlaşıldığı gibi, tavırlarından da anlaşılmıştır.

Katılımcı 5 ise benzer şekilde çalışmanın ilk zamanlarında zorlandığını ifade etse de süreç içerisinde ölümü kabul ettiğinden ve bu kabul etmenin psikolojik zorlanmasının önüne geçtiğinden bahsetmiştir:

“Benim kendi açımdan ilk başta tabi ki duygusal anlamda zorluk yaşıyorsunuz, bu çalıştığınız süre boyunca da hep böyle gidiyor. ‘Ben etkilenmiyorum’ diyebilmek mümkün değil. Ama tabi ki bir süre sonra diyorsunuz “yaşam da böyle” yaşamın bir gerçeğini öğrenmeye başlıyorsunuz. Ölümle ilgili bir gerçek var ve bu gerçeği kabullenmek gerekiyor. Ben kendimle ilgili artık bu gerçeği öğrenerek gidiyorum.

Yukarıda bahsedildiği üzere ölümün varlığını kabul etmek bu alanda çalışan psikoterapistler için birtakım etkilere neden olmuştur ve bu etkilerin çoğunlukla olumlu etkiler olduğu da dikkat çekmektedir. Katılımcı 4 de benzer bir ifade ile kontrolün bizde olmadığını kendi üzerindeki olumlu bir etki yarattığını ifade etmiştir:

“Danışanlarıma kurduğum cümleleri kendime kuruyorum ve bu bana iyi geliyor. Aslında her şey kabul, kaygının kabulü, ölümün kabulü..._Bir miktar kabul etmemiz gerekiyor, hastalığı, ölümü, kapasitemizin belli bir sınırının olduğunu... bi yerden sonra kontrolün var olduğu bi gerçek var siz ona ne dersiniz... doğa diyebilirsiniz yaratıcı diyebilirsiniz, ne dersiniz deyin.”

Sonuç olarak, sonunda herkes ölecektir, terapide de bu duruma sıklıkla maruz kalmak insanları kendi ölümünü kabul etmeye teşvik etmiştir. Bazı katılımcıların, ölümün gerçeğini kabul etmenin bir etkisi olarak ölümden korkmaması dikkat çeken bir başka nokta olmuştur. Katılımcı 1 ise şu şekilde bahsetmiştir:

“Ölümden korkmuyorum ben, hastaları gördüğüm için belki, bu danışanlarla terapi yaptığım için. Her şey daha kolay geliyor artık bana, hayatın o kadar ciddiye

alınmaması gerektiğini düşünüyorum. Daha kolay geliyor, daha basit bir problem olarak çözmek gerektiğini düşünüyorum yaşamın. Bu nedenle daha iyi daha pratik bakabiliyorum hayata”

Benzer şekilde Katılımcı 8 de aynı etkiyi şu sözlerle ifade etmiştir: *“yani tam tersi bence ölümle çalışmak demek, dediğim gibi kendi ölümlülüğüyle çalışmak demek, süpervizyonlarda olsun kendi seanslarında olsun, bir noktada ölümden korkmamayı getiriyor yani bu kadar meşguliyet bir noktada alışmayı getiriyor.”*

3.2. Tema 2: Yaşamın Varlığı

“Ölüm meşguliyeti bir noktada hepimizin var olmakla, görülmekle ilgili, o yüzden var olmak kelimesini kullanıyorum ölümden ziyade” (Katılımcı 8)

Kanser hastalarıyla yapılan terapide açığa çıkan ölüm gerçeği, katılımcılar için yaşamın varlığını da hatırlatıcı bir etki yaratmıştır. Yokluk, varlığın farkındalığını da beraberinde getirmiştir. Yaşamlarını tehdit eden bir hastalıkla savaşıyor ve yaşayabilmek için mücadele eden danışanlarla her gün çalışmak, katılımcılar için farkındalık yaratmıştır. Yaşamın ve yaşadıklarının farkında olmaları ise bu danışan grubuyla çalışan psikoterapistler için çeşitli etkiler yaratmıştır. Bu etkiler *“kıymetli yaşama arzusu”*, *“zamanın kıymetini bilme”* ve *“fiziksel sağlığın önemi”* alt temaları aracılığıyla incelenmiştir.

3.2.1. Kıymetli yaşama arzusu

Bu danışan grubu ile çalışan terapistler, terapi sürecinde ölüm gerçeğiyle karşılaşmanın yaşadıklarını, bu dünyaya bir kere geldiklerini ve bunun kıymetini bilir şekilde yaşamının önemini keşfettiklerini aktarmışlardır. Neredeyse tüm katılımcılar bu etkiden bahsetmiş, Katılımcı 5 ise şu sözlerle ifade etmiştir:

“Ya bu yaşamı nasıl algılamamı sağlıyor, iyi yaşamak gerekiyor, iyi yaşatmak gerekiyor, bu danışan grubuyla çalıştıktan sonra bunu anladım ben, böyle bir olgu varken (ölüm) daha hümanist olmaya başlıyorsun, daha öfkelerden arınmaya başlıyorsun, sana yardımcı olacak insanlara, yaşamın içindeki insanlara daha değer verebilmeye başlıyorsun. Çünkü bir şekilde yaşam gidiyor ve onlarla iyi bir anı, iyi bir günü, iyi bir şekilde yaşayabilmekle ilgili düşüncelerim olmaya başlıyor ve ben de onu yapıyorum işin açıkçası. Hep dramatik bir süreci yaşayan bir grupla berabersiniz, bu dramatik süreci yaşarken, yaşamın da bir anlamını kendi içinde çözümlüyorsunuz. “Her an bir şeyler yaşanabilir” anı iyi yaşayabilmek yaşamı iyi yaşayabilmek bir felsefe haline gelmeye başlıyor. Ya şeyi hissediyorum... rüzgârı,

tenime dokunduğunu hissediyorum ve şükrediyorum. Yaşamı hissediyorum, şükrediyorum, yaşamı güzel hissettirecek her şeyi; akşam müzik dinlemek gibi, hafta sonu güzel bir sofraya kurmak gibi, o sofrada sevdikleriyle oturup yemek yemek gibi. Yaşamı güzel kılan etkenler bunlar... ben bunu hissediyorum, duygularımı hissediyorum yani ben bunun güzel bir şey olduğunu hissedebiliyorum o yüzden tadını çıkarıyordum o rüzgârda böyle bir duruyorum yani tadını çıkarıyorum hayatın bu sayede.”

İfadelerinden de anlaşılacağı üzere Katılımcı 5, bu danışanlarla çalışmaktan hayata bakış açısı çerçevesinde oldukça olumlu şekilde etkilenmiş ve bu durumu tüm görüşme boyunca hissettirmiştir. Bu anlatım, bu danışanlarla çalışmanın ‘işini yapmak’tan çok daha fazlası olduğunu gösterir niteliktedir. Katılımcı 3 de benzer şekilde “yaşıyor olmak” kavramını şu sözlerle aktarmıştır:

“Biz her gün ‘evet biz ölümlüyüz, evet her an ölebiliriz’ diye kalkmıyoruz ama bu işi yaptığın zaman bunu unutma şansın olmuyor ve kimse bundan muaf değil, bunu görüyorsun dolayısıyla, yaşam öyle bir değerlendiriliyor, öyle bir anlamlı hale geliyor ki... Yani sürüklenebiliriz yaşamın içinde ya da gerçekten “canlı” “yaşıyor” olabiliriz. Sürüklenmemeye çalışıyorum, işim ve bu danışanlarla çalışmak bana bunu hatırlatıyor.”

Katılımcı 9 ise bu etkiyi Freud’un yaşam ve ölüm içgüdüleri için kullandığı “eros” ve “thanatos” kavramları ile açıklamıştır. Sağlıklı bir insanda bu iki içgüdünün dengede olması beklenirken, ölümcül hastalığa yakalanmış danışanla çalışan Katılımcı 9 için “thanatos”un ağır basması, danışanlarıyla beraber “eros”u yani kendi yaşam tarafını beslemeyi öğrenmesini beraberinde getirmiştir. Bunu, şu sözlerle ifade etmiştir:

“Ben de sadece kendi içimdeki eros tarafını yaşam işte ne bileyim, çiçek ekmek büyütmek bakmak büyütmek güzel bir yemek yapmak gibi ben de ruhsal taraftaki o yaşam üreten yaratıcı direnen tarafı kendiminkini de onlarla birlikte canlandırmış oluyorum o yüzden tabii ki aldığım yaşam doyumu pek çok kişiye göre daha fazla. Tabii ki çok genç yaşlardan itibaren yaşamla ölüm temasıyla karşılaşınca hani tabiri caizse o dünyevi denen şeyler çok işlevsiz kalmaya başlıyor. Dünyevi hırsların çok fazla yok, yani böylesi bir hastalık yaşarlarken insanlara hayattan keyif almaya devam etmeleri mutlu olmaları o küçük anlamları yaratmaları üzerine çalışırken, ben de tabii ki küçük şeylerden büyük mutluluklar hazırlıyor yaşıyorum. Evet benim daha lüks bir evde oturmalıyım ben daha çok para kazanmalıyım diye bir derdim olmuyor ben evet işte bugün ne güzel şöyle bir gün batımını gördük yanına da şöyle

bir müzik açtık ne hoş bir an işte şuna dokunduk vesaire hani kendimle ilgili de hayatı doyusıya yaşayabilmek anlamında da bana pozitif bir katkıları olmuş oldu.”.

Diğer katılımcıların da benzer ifadelerde bulunduğu dikkat çekmiştir. Örneğin, Katılımcı 2 bu etkiyi: *“ölümle çalıştığın zaman ölüm, her an olabilecek bir şey... yani bir anlamda ölüm reddi savunma mekanizmamızı yıkan bir durum oluyor. Tabi bu sadece kötü bir şey değil, olumlu tarafı da var çünkü ölüm yakınında olduğu zaman o zaman yaşamı da daha iyi yaptığını düşünüyorum her zaman için”* şeklinde aktarmıştır.

Sonuç olarak Katılımcı 1’in de şu sözlerle bahsettiği gibi: *“Ya yaşamın kıymetini bilmeyi tekrar tekrar öğretiyor aslında bu alanda çalışma, Aslında telafisiz yaşamak gerektiğine inanıyorum ben, bana bunu öğretti kanser hastaları.”* Bu danışanlarla çalışma deneyimi, katılımcılara hayatlarını hiçbir pişmanlık duymadan, telafisiz şekilde yaşamayı öğrettiğinden görüşme boyunca katılımcılar tarafından olumlu bir etki olarak yansıtılmıştır.

3.2.2. Zamanın kıymetini bilme

Araştırmacının görüşmeler sırasında gözlemlediği kalıplardan biri de katılımcıların kullandığı “ertelememe” sözcüğüdür. Bu nedenle bu alt tema, ertelememek ve katılımcının hayatında kalan zamanın önemiyle ilgilidir. Katılımcı 1 şu şekilde ifade etmiştir:

“Ama kendi bakış açımızla yarım kalmalar var ya, tamamlama isteği, hedefler, hayaller... Onların ertelenmemesi gerektiğini düşünüyorum. Bu danışanlarla çalışmanın bana öğrettiği şeylerden biri bu, ertelememek gerektiğini düşünüyorum ben o yüzden hayatımda ertelemeyi kullanmam. Elbette ki sosyal ortama ve duruma uygun hareket etmeye çalışırım ama kendimle ilgiliyse, ki yüzde doksan kendi elimizde hayatın, yüzde onu çevremizden etkileniyor, ben o yüzden ertelemeyi hiç kullanmam mesela, bekletmem hiçbir şeyi, olabildiğince uygun koşul ve ortamlarda... üzülüyorsam üzülüyorumdur, seviniyorsam seviniyorumdur, plan yapıyorsam uygulamak isterim vs. çok ertelemeyi kullanmıyorum. Bu önemli, o zamanı dilememek gerekiyor.”

Katılımcı 2 görüşme esnasında ölüme yakın danışanlarla çalışırken zamanın kıymetinin farkına vardığına ek olarak, yaşamını ertelememek için değiştirdiği davranışlardan da bahsetmiştir. İnsanların “ölmeyecek gibi” erteleyerek yaşadığını, fakat kendisi kanser hastalarıyla çalışmasının bir kazanımı olarak “her an ölebilecek gibi” yaşamaya başlamasını şu sözlerle aktarmıştır:

“Değer bilme, zamanın kıymetini bilme... her şey, bi sürü insan “onu emekli olduğumda yaparım” biz mesela eşimle bir sürü şeyi öyle düşünmek yerine

istediğimiz bir şey varsa onu mutlaka hayata geçiriyoruz, belki bu en önemli şey. Dediğim gibi bir şeyleri ertelememe kararı ki o hala hayatımızı etkileyen bir şey. Ama belki de en önemlisi, bu küçük bir şeymiş gibi gözüküyor ama, bin tane detaya yansıyor, bir şeyi yapmak istiyorsan onu ertelememe pratiği... bu gitmek istediğin seyahatlerden, dans etmek istiyoruz mesela eşimle erteliyoruz, erteliyoruz ondan sonra bi yerden sonra diyorum ki, 'ben bunu ertelemek istemiyorum şimdi yapmak istiyorum' tatillerden, gündelik yaptığın aldığın binlerce kararda biraz daha kendini ve istediklerini ön plana koyma şeyi oluyor, çünkü ölümsüzlük... çoğu zaman hiçbirimiz ölmeyecek gibi yaşıyoruz, bi başkalarına oluyor ama bize olmuyor sanki.. Onun getirdiği olumsuzlukla bir sürü şeyi erteliyorsun ya da kendine değer görmüyorsun, gerek yok diyorsun. Onun yerine şimdi ölüm her an olabilecek bi şey gibi."

Aynı şekilde Katılımcı 4 de ölüme yakın danışanlar ile terapi yapmanın kendi yaşamı üzerindeki etkilerinden bahsederken, ölümün varlığının yaşayışının nasıl etkilendiğini şu ifadelerle söylemiştir:

"Böylece ölümün varlığını, istediğim şeyleri ertelememek konusunda beni ve yaşayışımı çok etkiledi... ölüme ve yaratıcıya olan bakış açısı... dilimizde var olan bir şey ölmek, doğduğumuzdan beri biliyoruz aslında ölümlü olduğumuzu ama dilimizle söylemeyip kalple inanarak söylemek... bir şeyi bilmekle idrak etmek arasında fark vardır ya... böyle olmasını sağladı bu danışanlar çalışmak. Ama benim için en önemlisi zaman olarak bir şeyleri ertelememek, hayatı ıskalamamak ve her an her şeyin gelebilecek olmasının kabulü... beni manevi anlamda biraz daha güçlü yapıyor."

3.2.3. Fiziksel sağlığın önemi

Ölümün varlığıyla yüzleşen kanser hastası danışanların terapistleri, bu alanda çalışmanın bir getirisi olarak geçirdikleri zamanın ve yaşamlarının kıymetini anladıkları gibi, fiziksel sağlığın da önemini fark ettiklerini belirtmişlerdir. Fiziksel bir hastalık sonucu acı çeken hatta ölüme yaklaşan danışanlarla çalışmak, terapistlerin fiziksel öz bakımlarına dikkat etmeye başlamalarını da beraberinde getirmiştir. Katılımcı 2 bu etkiden şu şekilde bahsetmiştir:

"Valla kanser bölümünde çalışmaya başladıktan sonra özellikle ben kendi yeme şeklimi çok düzelttim, ben hep zayıf ve sporcu olduğum için hiçbir zaman... Kahve severdim çok içerdim mesela tatlı çok severim yani öyle beslenmem çok yeşillik

ağırlıklı değildi diyeyim, kanser merkezinde çalıştıktan sonra ailecek bütün evin şeyi değişti. Şekeri çok azalttık, çok daha fazla yeşil yemeye başladık. Çünkü hastaların durumunu görmek kendi öz bakımızı düzeltmemize etkili oldu mesela bu güzel bir etkiydi., Olma ihtimali düşük tabi ama o işi yaptığın zaman ihtimaller değişiyor.”

Katılımcı 1 de psikolojik sağlığın fiziksel sağlık ile bir bütün olduğundan bahsetmiş, sağlıktan önemli hiçbir şeyin olmadığı düşüncesini şu şekilde aktarmıştır:

“Hiçbir şey önemli değil, sağlıktan kıymetli hiçbir şey yok” cümlesini çok kullanırım mesela, kendi hayatıma da davranışlarıma da çok yerleştiririm. Her şeyin başı sağlık, iyiyseiz yardım edebiliyorsunuz, iyiyseiz yardım alabiliyorsunuz, iyiyseiz şikayetlenebilirsiniz, iyiyseiz problem çözebilirsiniz. O yüzden fiziksel sağlığın önemiyle beraberinde psikolojik sağlığın da önüne hiçbir şeyin geçmeyeceğini düşünüyorum. Bunu, bu düşünce tarzını devam ettiriyorum, buna uygun yaşıyorum. Hastaları sürekli gördüğüm için böyle.

Sonuç olarak katılımcıların ölüme yaklaşmanın etkilerini canlı olarak izlemeleri, danışanların fiziksel sağlık durumundaki düşüşüne yakından tanıklık etmeleri, terapistin kendi sağlığına önem vermesini anlaşılır kılmıştır.

3.3. Tema 3: Ölümün Ağırlığında Kaçış

Bu tema, terapistlerin ölüme yakın terapi yapmanın olumsuz etkileriyle nasıl başa çıktıklarıyla ilgilidir. Yapılan görüşmeler sonucu katılımcıların ölümün ağırlığından kaçabilmek ve korunabilmek için hem çeşitli davranışlar sergiledikleri hem de süpervizyona ihtiyaç duydukları bilgilerine erişilmiştir. Bu durum “baş etme yolları” ve “mesleki bir destek: süpervizyon ihtiyacı” olarak iki alt tema ile incelenmiştir.

3.3.1. Baş etme yolları

Ölümün hatırlanması ve kabulü katılımcılarda ölümden korkmama, yaşamın kıymetini bilme gibi olumlu etkiler yaratsa da “ölümün ağırlığı” kanser hastalarıyla çalışan terapistler için bir dizi etki yaratmıştır. Katılımcılar bu olumsuz durumla baş edebilmek, tükenmeden devam edebilmek için çeşitli başa çıkma yolları bulduklarını ifade etmişlerdir.

Örneğin Katılımcı 3 bu konuda şöyle bir söylemde bulunmuştur:

“Ölüm var ve herkes için var, hiçbirimiz bundan muaf değiliz, onun için çok yorulduğum zamanlar oluyordur ama o ikincil travmatizasyonu yaşamamak için birçok aracımız var elimden geldiği kadar onları kullanmak durumundayım, ben de öyle yapıyorum. Çok yorulduğum çok yıprandığım ve bedenimde o yorgunluğu

yaşadığım birçok izini gördüm... ama onlarla da baş etmeyi, onları da mümkün olduğu kadar korumayı öğrendim. Bana iyi gelen şeylerden kocaman bir çanta yaptım ve onlarla birlikte ilerlemeye çalışıyorum. Sadece terapist kimliğim yok, başka duygularımın, heyecanlarımın, ilgi alanlarımın olması beni ayağa kaldırıyor. Ve çok hareket ederim, çok spor yaparım, gidip bir saat koşarım mesela. Bir parkta hiç kimse olma özgürlüğü ve hiçbir şey yapmama hali, beni çok hafifletiyor ve bana çok iyi geliyor... dolayısıyla yıpranmadan mümkün olduğu kadar yapmaya devam edebileceğimi düşünüyorum.”

Bazı katılımcılar ise her ne kadar baş etmek için çeşitli stratejiler geliştirseler de ölümün etkilerine yakalandıklarını, bundan kurtulmak için çeşitli davranışlar geliştirdiklerinden bahsetmişlerdir: Katılımcı 2 bu durumu “yüzeysellik ihtiyacı” kaynaklı olduğunu ifade etmiştir. Ölümün ağırlığını yalnızca gündelik yaşamdaki yüzeyselliklerle dengeleyebildiğini, bu şekilde baş ettiğini şu şekilde aktarmıştır:

“Kanser hastalarıyla çalıştığım dönemde şeyi fark etmiştim, o dönemde bütün bu ünlülerin dergiler var, magazin dergileri People gibi, normalde bu işleri yapmadan önce ‘okuduğum kitaplar derin olmalı’, dedikodu magazinleri falan tabi ki bu tarz şeylerle ilgilenmiyorum. Hiç bilinçli bir şey değildi bu bi bakıyorum, nerde People dergisi varsa okuyorum, bi bakmışım tüm ünlülerin hayatında ne var ne oluyor kim kimle onu biliyorum, sonra düşündüğüm zaman üzerine onun ‘önemsizliği’, ‘yüzeyselliği’, işin derinliğine denge getiren bir şey olmuştu. Yani normalde benim karakterime uymamasına rağmen dediğim gibi hiç farkında bile olmadan, elim o tarafa gitmiş aklım oraya gitmiş, çünkü her an ölüm, ölüm, ölüm ve kanserin ağırlığıyla ilgilenince ona bi kaçış ya da denge getiren bir şey oluyor. Genelde travma hastalarım çok olduğu için hala çok ağır kitap okumam, bir yerden sonra bilim kurgu kitapları okumaya başladım, çünkü o benim için gerçek hayatın ve ölümün, değiştirelemeyen ve duygusu çok ağır olan bir işin kaçışı oluyor.”

Ölüme yakın kanser hastalarıyla çalışmak, bu terapistler için kendileri ile kurdukları ilişkinin de değişmesini sağlamıştır. Ölümün ağırlığından korunmak ve kaçmak için neredeyse katılımcıların tamamı kendine daha fazla zaman ayırdıklarını, bu şekilde baş ettiklerini aktarmışlardır. Katılımcı 8 bu etkiden şu sözlerle bahsetmiştir: *“artık peki bazen seanslardan çıktıktan sonra çok çok çökkün hissediyorum ve böyle kendimi stabilize etmek için bazı şeyler yapıyorum seanstan sonra o seansa dair bir şey, bir çizim olur, bir şey olur bir şarkı açmak olur, somut bir şey aslında.”*

Katılımcı 4 de benzer şekilde terapinin üzerinde oluşturduğu duygudan kurtulabilmek adına kendine zaman ayırma ihtiyacı olduğundan bahsetmiştir: *“Onlarla terapiyi kapattığımda derin bir üzüntü oluyor, ben hemen o danışandan sonra yeni bi danışan almıyorum, biraz ara vermek istiyorum, bi kahve içmek istiyorum, ondan sonra bir dinlenme ihtiyacım oluyor terminal dönem hastalarında.”*

Yukarıda bahsedildiği gibi ölüme yakın terapinin katılımcılar üzerinde yarattığı ağırlık, çökkünlük, üzüntü gibi etkiler, Katılımcı 9’da ile yapılan görüşmede “yıkıcı” olarak adlandırılmıştır. Fakat diğer katılımcıların aksine Katılımcı 9, dinlenmek yerine fiziksel egzersizler yaparak bu olumsuz etki ile başa çıkabilmekte olduğunu aktarmıştır:

“Bu bütün terapistler için geçerli tabii ki ben kendi yaşam enerjimi yükseltmeye ihtiyaç duyuyorum dediğim gibi sabahtan akşama kadar o yıkıcı ve ölümcül tarafı dinlediğim için ne bileyim mesela tracking yapıyorum doğa yürüyüşleri... Ona ihtiyaç duyduğum zaman daha sık doğaya gidiyorum, şarkı söylüyorum, dans ediyorum bunlar benim... o kendi ihtiyacım olan şeyi de kendime veriyorum yani bunu da işimin bir parçası gibi görüyorum. Kendini iyileştirmek önemli yoksa bu uzun süre yapılamaz bu iş yani biz kendi benzinimizi ne iyi geliyorsa doldurmamız lazım. Terminal döneme yaklaştığı zaman diyelim ki bir danışan, birazdan ölümü karşılayacağım için güçlenmeye ihtiyacım oluyor.”

Katılımcı 6 da benzer şekilde terapi nedeniyle açığa çıkan duygularıyla fiziksel aktivite sayesinde başa çıkabildiğini şu cümlelerle aktarmıştır:

“İlk başlarda çok duygulandığım zamanlar sıklıkla oluyordu, paylaşımlarım oluyordu. Sonrasında mesela çok meditasyon yapıyorum, yürüyüş yapıyorum yürüyüş benim için bir numaralı ilaç, Tabiat beni rahatlatan, kendime getiren dinginleştiren, her şeyin bir başının-sonunun olduğunu bana gösteren ama her şeyin tekrardan yeşerebileceğini de gösteren bir ortam bence tabiat”

Katılımcı 8 ise diğer katılımcılardan farklı olarak, bu ağır duygular ile başa çıkmanın, terapistin kendini mesleki bilgi ile beslemesinden geçtiğini belirtmiştir:

“Bu alanda kalabilmek için bir motivasyon kaynağı var benim de birçok ekip arkadaşım çalışmadı gitti, aslında çok şey ortaya çıkıyor ve duygusu çok ağır, o yüzden mümkün olduğunca kişi kendini ne kadar çok beslerse, az önce söylediğin gibi heybeniz ne kadar doluyorsa, kendimi beslemem gerekiyor beslemezsem çabuk yorulurum”

Sonuç olarak, ölümcül kanser hastalarıyla yürütülen terapilerde yaşanan yoğun duygular, açığa çıkan acılar ve yüzleşilen ölüm ile başa çıkmak adına terapistler çeşitli yollar

bulmuştur. Bu başa çıkma yolları birbirinden farklılık gösterse de katılımcıların çoğunun bu danışan grubuyla çalışmaya devam edebilmesini mümkün açıkça görülmektedir.

3.3.2. Mesleki bir destek: süpervizyon ihtiyacı

Ölümcül kanser hastaları ile çalışan psikoterapistler için ölümün varlığından kaçış yalnızca davranış değişikliğiyle sınırlı olmamıştır. Katılımcılar mesleki paylaşımların ve kazanımların da ölümün olumsuz etkilerinden korunmak ve başa çıkmak için neredeyse zorunlu olduğundan, bu nedenle süpervizyonun öneminden bahsetmişlerdir. Örneğin Katılımcı 4, bu ifadeye benzer şöyle bir açıklamada bulunmuştur:

“Ve süpervizyon almak kendimizin terapisinden geçmek kadar önemli olduğunu düşünüyorum ben süpervizyon almanın. Beni öncelikli olarak, bu danışan grubuyla çalışmak zorladı... 30 seans da grup süpervizyonundan geçtim ve ondan sonra yapabileceğime dair bir inancım oldu, onun öncesinde yoktu. Başlarda etkilensem de süpervizyon ve psikoterapiyle beraber aslında orada o duygudan çıkabilmeyi öğrendim diyebilirim”

Katılımcı 6 da Katılımcı 4 ile benzer bir açıklamada bulunmuştur. Mesleğin ilk yıllarında ölümcül hastalarla çalışırken hissettiği yoğun duygulardan ve bunun mesleğe arma vermesine neden olduğundan sıklıkla bahseden Katılımcı 6, bu etkilerle baş edebilmesinde süpervizyonun öneminden bahsetmiştir: 30 yılı aşkın yıldır bu meslekte olmasına rağmen halen daha farklı süpervizyon gruplarında paylaşımlarda bulunması görüşmecinin dikkatini çekmiştir. Katılımcı 6 süpervizyon ihtiyacını şu şekilde paylaşmıştır:

“Bazen çok üzüldüğüm oluyordu, ağırlık hissi geldiği oluyordu bazı hastalardan sonra, isyan ettiğim yani “hayat da ne biçim bir şeymiş dediğim oluyordu” karamsar düşüncelere girdiğim oluyordu o kişiyle ilintili olarak. İlk başlarda çok uygulandığım zamanlar sıklıkla oluyordu, paylaşımlarım oluyordu süpervizyonların dışında, mesela beni zorlayan vakalar olduğunda o zaman meslektaşlarımla paylaştım veya arkadaşlarımla paylaşıyordum ilk dönemlerimde, sonrasında süpervizyon grubuna girdim. Sonrasında da son dönemlerde de mesela IFC’nin içerisinde aldığım süpervizyonlarda gündeme getiriyorum, kendi klinik sistemimiz içerisinde bir süpervizyon grubumuz var orada ele alıyoruz,”

Katılımcı 7 ise, kanser hastalarıyla çalışmanın kendisi ya da terapi süreci için olumsuz hiçbir etkisinin olmadığını görüşme boyunca altını çizmiştir. Bu durumda süpervizyonun etkisinin büyük olduğunu açıkça görülmektedir. Kendisi de ölüme yakın

hastalarla çalışmaktan olumsuz olarak etkilenmemesini süpervizyonla ilişkilendirmiş ve şu şekilde aktarmıştır:

“Olumsuz etkilenmemek de bunu yapabilmek işte süpervizyonlu olabilen bir şey bu arada, baş etmekle ilgili çünkü hani seansların etkisinde kalmamak bence bir sağlam süpervizyonla mümkün, çünkü ben her 30 seanstan sonra süpervizyon alıyorum İspanya’dan, böyle süreçte de en zorlayıcı danışanlarla bir görüşme gerçekleştirirsem de ‘ben bunu süpervizör hocamla konuşacağım’ deyip seanstan sonra hiç kimseyi düşünmem, seans içerisinde de zaten almam gereken notları alırım eğer tıkanıdığım bir nokta olursa özellikle terminal dönem hastalarda ki çok hassas bi popülasyon, bu sebepten dolayı birtakım etkilendiğim bir nokta olduysa onu not alırım”

Sonuç olarak, neredeyse tüm katılımcılar profesyonel bir destek sistemi içinde kendilerini ve deneyimlerini paylaşmanın önemli ve değerli olduğunu ortak bir yanıt olarak aktarmışlardır.

3.4. Tema 4: Açığa Çıkan Duygular

Gerçekleştirilen görüşmelerde katılımcılar sorulan sorulara cevap verirken sıklıkla duygu ifadesinde bulunmuş, danışanları ile empatik bir düzlemde terapi gerçekleştirdiklerinden bu duyguların çoğunlukla olumsuz olduğunu aktarmışlardır. Yani terapistler, ölmekte olan danışanların terapistleri olarak yoğun duyguların ortakları olduklarını ifade etmişlerdir. Fakat bu sürecin getirdiği yüksek duygusal maliyete rağmen kanser hastaları ile çalışmak katılımcılarda, olumlu bir duygu olan “tatmin”i de açığa çıkarmıştır. Bu tema, görüşmede aktarılan tüm duyguları alt temalar eşliğinde yansıtmaktadır.

3.4.1. Tatmin

Katılımcılar, görüşme boyunca duygusal anlamda yaşadıkları zorluklardan bahsetseler de yıllarca bu danışanlarla kendi istekleriyle çalışmaya devam ettikleri açıkça görülmektedir. Tüm bu olumsuzluklara rağmen onları bu alanda çalışmak konusunda motive eden şeyin ne olduğu sorulduğunda neredeyse tüm katılımcılar ortak bir cevap olarak “tatmin” duygusundan bahsetmişlerdir. “Bir daha dünyaya gelsem yüzde yüz yine aynı mesleği aynı işi yaparım, başka hiçbir şey yapmam” diyen Katılımcı 3, bu danışanlarla çalışmanın kendisi için anlamını şu sözlerle aktarmıştır:

“O kadar ümitsizliğin ve zorlanmanın içinde kişinin yanında olmak ve o yorgunluğun çaresizliğin içinde o ekibin içerisinde yer alabilmek bu işin bir parçası, psikoonkolog hem danışanla hem aileyle hem de tedavi ekibiyle iş birliği içinde çalışır aslında, bu ekibin parçası olmak da anlamlı bir şey benim için. İyi gelmek... doğru tanım mı bilemedim, değer verdiğim, önemseydiğim, bu işin anlamına dair şeyler diyebilirim.”

Katılımcı 3’ün de bahsettiği, ümitsizlik ve zorlanmanın içinde “iyi gelen” rolünde olmanın neredeyse tüm katılımcılar için olumlu bir etki olduğu görülmektedir. Katılımcı 5 de benzer bir anlatımda bulunmuştur:

“Sizi görmek onu mutlu ediyor, şöyle bir şey yaşıyor, bir terapist geliyor ve hastalık kötüye gitse de sizi gören bir terapist var, geldiğini görebilmesi ve orda olduğunu hissedebilmesi... en azından iletişim kurabilmeniz ona iyi geliyor ve ona iyi geldiğini görebilmek size de iyi geliyor... Çünkü iyi geliyor ona. Siz de bir şey yapıyorsunuz ve ona iyi geliyor. Ve bir şeyin çözülebilmesini sağlamak ona iyi geliyor ve üzülsem de iyi bir şey yaptığında üzüntünün daha az olmaya başlıyor. ‘İyi ki buradayım, iyi ki bu işleri yapıyorum’ diyorsun. Vefat eden bir danışanımın aradan 8-9 ay sonra babası geldi ve teşekkür etmeye geldi, ‘o zaman görüşmemiştik’ diyerek bizlere teşekkür etmeye gelmiş. İlginç tabi, çok da mutlu oluyorsun, Yaptığın işin ne kadar değerli bir iş olduğunu görüyorsun.”

Katılımcı 4, kanser hastalarıyla çalışırken açığa çıkan mesleki tatminin nedeninin danışanlarda oluşan minnet duygusu olduğundan bahsetmiştir ve bu minneti diğer danışanlarının minnet duygusundan ayrı tutmuştur:

“Sadece olumsuz etkiledi diyemem etkiler için, kişi iyileştiğinde o kadar minnet duyuyor ki terapistine, şunu net söyleyebilirim, diğer normal depresyon kaygı, panik atak için gelen danışanların çok dışında bir minnet duygusu ve bağ oluşuyor; ve onlar iyileşirse, onların bu yolculuğunda onlara destek olabildiğim için, kendimi takdir ediyorum, kendimi... manevi anlamda hayatın anlamı anlamında, bu işe ilk başlamamdaki niyet anlamında, kendimi çok iyi hissetmemi sağlıyor, mesleğime daha çok bağlanmamı sağlıyor.”

Katılımcı 9 bu ölüme yakın danışanlarla çalışmanın kendini daha değerli hissettirdiğinden şu sözlerle bahsederken: *“Frankl der ya ‘hayatın anlamı yoktur yaratılır’ diye böylece kendi varoluşunu da anlamlı kılacak bir şey yapmış oluyorum belki, kendimi daha değerli gerekli hissediyor olmamı sağlıyor olabilir”,* Katılımcı 1 de benzer şekilde bu danışanlarla çalışmanın iyi ve başarılı hissettirdiğini paylaşmıştır: *“Günün sonunda o*

danışanları anladığım için ve onlara umut verebildiğim için kendimi iyi hissediyorum, başarılı hissediyorum, yardım etme duygusunu hissediyorum.”

3.4.2. Olumsuz duygu alışverişi

Psikoterapistler, tüm terapi sürecinde, kanserin büyük kırılmalar yarattığı danışanlarının yanında olduklarından ve tüm duygularına tanık olduklarından bahsetmişlerdir. Bu nedenle terapistlerin bu duygular ile etkileşime girmesi kaçınılmaz bir durumdur. Katılımcılar, ölüme yakın kanser hastalarının yaşadığı olumsuz duyguları kendilerinin de empati yoluyla yaşadıklarından ve bundan olumsuz şekilde etkilendiklerinden bahsetmişlerdir. Katılımcı 5 bu etkiyi şu şekilde aktarmıştır:

“Benim kendi açımdan ilk başta tabi ki duygusal anlamda zorluk yaşıyorsunuz, bu çalıştığınız süre boyunca da hep böyle gidiyor. Ben etkilenmiyorum” diyebilmek mümkün değil... Hastayla empati kurduğunuzda yaşadığı her duyguyu hissedebiliyorsunuz zaten, Korkularını, kaygılarını yaşamla ilgili endişelerini, bunlar sizde tabi ki etki bırakıyor. Empatinin olayı bu, o duyguyu hissettiğinizde onun yaşadığı her süreci hissedebiliyorsunuz. Bu yüzden korkuları çaresizlikleri bilgisizlikleri her bir işlemi gözlemleyebiliyoruz ve beraber yaşayabiliyoruz. Hastayla kurduğum iletişim nedeniyle onun yaşadığı her duyguyu yaşıyorum.”

Katılımcı 1 de benzer şekilde, meslek gereği danışanlarla ilişki kurulduğundan ve bu ilişki nedeniyle danışanlarla duygu alışverişi olduğundan bahsetmiştir. Ek olarak, kanserin kontrolümüz dışı gerçekleşen, tüm insanların başına gelebilecek yıkıcı bir hastalık olması nedeniyle daha olumsuz bir etki yarattığını da eklemiştir:

“Çünkü ilişki kurma yöntemini kullandığımız bir mesleğimiz var, ne kadar çok profesyonel olsak da bilgi alışverişinde ve duygu alışverişinde elbette ki onlar bende kalabiliyor bir miktar... Kanser grubuyla çalışmak daha zor, çünkü bu danışanların taşıdığı kaygıları bizler de empati yaparak taşıyabiliyoruz, şimdi ben hiç depresyona girmeyeceğim diyebilirim, hiç panik atak yaşamayacağım diyebilirim ama hiç ölmeyeceğim diyemiyorum, siz diyebiliyor musunuz?”

Katılımcı 4 ise terminal dönemde olan ve olmayan danışanlarına yönelik duygularını karşılaştırmıştır. Terminal dönem danışanları ile empati kurduğunda üzüntü duygusunu paylaştığını şu sözlerle ifade etmiştir:

“Tedavisi iyiye giden, düzenli kemoterapisini alan danışanlar için sonrasını düşünerek heyecanlanabiliyorum evet ama terminal dönemi düşündüğümde çok aynı hisler oluşmuyor, terminal dönem danışanlarımı düşündüğümde ağrısı olan, 50

dakika oturamayan, sevdikleriyle vedalaşmak isteyen... bunun alıştırmalarını yaptığımız oluyor, iyileşmeyeceklerini düşünüyorlar, derin duygular yaşıyorlar. Onlarla terapiyi kapattığımda bende de derin bir üzüntü oluyor.”

3.4.3. Çaresizlik

Terapinin empatik bir süreç olduğu, bu nedenle terapide danışanın olumsuz duygularının terapist tarafından da paylaşıldığı çıkarımlarından bir önceki alt temada bahsedilmiştir. Paylaşılan bu duygular dışında çoğu katılımcı ölümcül kanser hastaları ile çalışırken kendilerinde oluşan duygunun “çaresizlik” olduğundan bahsetmiştir. Çünkü bu danışan grubunda terapistler birçok farklı engellerle mücadele etmektedir fakat bu engeller kanserin fiziksel etkileriyle ilişkili olduğundan katılımcılar yetersiz kaldıklarını hissetmektedirler. Katılımcı 8 bu etkiden şu sözlerle bahsetmiştir:

“Ölümlerle çalışmaktan ziyade çok fazla karşıda gerçekten yapılacak bir şey yoksa ağrı varsa mesela, çünkü artık son dönemlerde çok ciddi ağrılar oluyor ve morfinler bile durduramıyor ve bazı danışanlar bizim de eşlik etmemizi isteyebiliyorlar, bu zorlayıcı tarafı bence yani birinin kan kusarken sizinle aynı zamanda seans yapıyor olması bu çok zorluyor, fiziksel belirtiler varsa daha çok ağrı gibi işte ağız kanamaları gibi bunları eşlik ediyorsa bu zorluyor sadece bence. Burada zorlayan şey bu fiziksel şeylere bir müdahalede bulunamıyor olunuz, çaresizlik.”

Katılımcı 1 de benzer şekilde danışana ihtiyacı olanı verememenin yarattığı çaresizlik için şu cümleleri kurmuştur: *“Çaresiz kalıyorsunuz zaman zaman, yetememek ya da onun istediği fiziksel desteği verememek olumsuz olarak etkiliyor. O iyileşmek istiyor çünkü fiziksel olarak, onun istediği o fiziksel desteği verememek bazen üzüyor beni, çaresiz hissettiriyor”*

Katılımcıların çoğu gibi Katılımcı 5 de, ölümcül hastalarla terapi yapma ve danışanların psikolojik sağlıklarını iyileştirmelerine yardımcı olma çabasının fiziksel bir hastalık nedeniyle sıkça sekteye uğraması karşısında çaresiz kalmasını şu sözlerle aktarmıştır: *“Bahsedilen üzüntü ve mutluluğa ek olarak çaresizlik duygusunu çok fazla yaşıyorsunuz, yani bu genelde şeyle ilgili... fiziksel. Tıbbın da yaşadığı bir süreç çaresizlikle ilgili, hastanın da bizlerin de yaşadığı bir süreç. Bir noktada aslında yapılabilecekler sınırlı”*

3.4.4. Duygusal zorlanma

Psikoterapistler, empati yoluyla danışanların yaşadığı olumsuz duyguları deneyimlemek ve çaresiz hissetmenin yanı sıra net bir duygu isminden bahsetmeseler de tüm bu terapi sürecinde duygusal olarak zorlandıklarını belirtmişlerdir. Bu nedenle bu alt tema, katılımcıların ölüme yakın danışanlarla çalışırken yaşadıkları “zorlanmayı” temsil etmektedir. Terapist olarak ölüme yakın kimselerle günlerini geçirmenin kendisini nasıl etkilediğinden Katılımcı 9, şu şekilde bahsetmiştir:

“Duygusal olarak zorlayıcı oluyor işte o dönemlerde diyorum ki yeter bu meslek artık bu kadar yeter ben yavaştan artık başka erken emekli olayım filan dediğimiz zamanlar onlar oluyor. Ne bileyim saçlarımı kısacık kestirmiştim saçlarımdan artık mahcup olur hale gelmiştim. Kemoterapi salonunda herkesin saçı dökülmüş iken ve buna gözyaşı dökerken vesaire. Terminal döneme yaklaştıkça tabii ki ‘ben bu işi bırakıyorum artık’ demeye başlıyorum çünkü artık onlar benim yakınlarım olmuş oluyor, terminal döneme yaklaştıklarında ben yakınımı kaybediyormuş gibi bir yerde oluyorum. Mesela son gün yüz ifademe baktım çok da yoğun çalışan bir terapistim, yüz ifadem böyle artık şey olmaya başlamış ‘çökkün’ bir yüz ifadem olmaya başlamış çünkü gerçekten bedenlen, fiziklen, ruhen çok zorlayıcı bir şey deneyimliyoruz karşılıklı olarak. Yani ben de onu dinliyorum, dinlerken gülümseyemiyoruz tabii ki çoğu zaman, özellikle terminal dönemde o daha kısıtlı oluyor.”

Benzer şekilde Katılımcı 6, bu zorlanmayı yük olarak ifade etmiş ve bu zorlanma karşısında bir süreliğine işe ara verdiğini de eklemiştir:

“Psikososyal fakat sonrasında bu palyatif ve terminal dönem bakımı ünitesi haline geldi, yine psiko-onkoloji prensibinden hareket ederekten ama palyatif dönem ağırlıklı, o zaman tabii daha gençtim ve devamlı sıklıkla ölen hastalarla beraber olmak çok büyük bir yük olarak da geldi, zorlandım ve o zaman bir tercih yaptım mesela dedim ki ‘ben daha gencim daha hayat farklı bir yerinden de görmek istiyorum’ tekrardan terapiye döndüm. Bizler beraber seans yaptığımızda görmek istemediğimiz o ölüm her an bizim yanımda... Daha çok gençken, işin başındayken bu gerçekten kaçmak adına mesleğe ara verdim, kaçtım ilk başta, sonrasında uyum sağladım.”

Katılımcı 6'nın işi bırakmasına ek olarak Katılımcı 9'nın görüşme boyunca kanser hastaları ile yürüttüğü bu işi bırakmak istediğinden bahsetmesi, duygusal anlamda ne kadar zorlandıklarını gösterir niteliktedir.

3.4.5. Yas

Terapi, danışanla beraber yürünen bir yol olarak ele alındığından, danışanın ölümü söz konusu olduğunda olumsuz duyguların açığa çıkması katılımcılar tarafından beklenen ve şaşırlmayan bir durum olmuştur. Ölümcül bir hastalık olan kanser hastası danışanlarla çalışmada, diğer danışanlarla çalışmanın aksine danışan kaybının yaşanması daha muhtemeldir ve katılımcıların bir kısmı görüşmede kaybettikleri danışanlarından da bahsetmiştir. Katılımcı 3 şu cümleleri kurmuştur:

“Geri dönüp meslek hayatıma baktığımda, evet çok danışan kaybettim, her şeyleriyle çok canlı, benimle bu odada olanlar var hala danışanlarımdan (kaybettiklerini kastederek), yürüyüş yaparken, kanal karışır ve araya sağlam bir şarkı girer ve ağlaya ağlaya yürüdüğüm olur, ya da bir cümledir aklımda kalan. Yeni doğurmuş, dördüncü evre kolon kanseri gencecik bir kadının oğlu için söylediği ‘merhaba elveda olacak’ cümlesi bazen yumruk gibi vurur.”

Katılımcı 3, ölmüş olan danışanlarının etkilerinin hale devam ettiğinden bahsederken, Katılımcı 5 de benzer şekilde bu durumu “ölümle devam etmek” olarak aktarmıştır:

“Bizi etkileyen bir şeyler oluyor mu, tabi ki. Hematolojik hastalarda bazen ölümler çok hızlı oluyor, geliyor, görüyorsun ve belki de bir daha göremiyorsun. Bir de daha yalıtılmış ortamda yaşayan danışanlar bunlar, enfeksiyonlar vs. birden ölüme doğru götürebiliyor ve etkileniyor muyum evet, etkileniyorum ve... mutlaka etkileniyorsun, başka bir alternatifin yok. Üzüliyorum, beraber bir süreci yaşıyorsun ve sürecin bir süresinden sonra gittikçe kötüye gidiyor. Yani sen bırakıyor musun, hayır. Onunla, o ölümle hayatına devam ediyorsun.”

Tüm terapi sürecin boyunca karşılıklı bir paylaşımın olması, danışan ve terapist arasında terapötik bir bağ oluşmasını sağladığını ve bu nedense danışan kaybından etkilendiğini Katılımcı 4, şu şekilde paylaşmıştır:

“Terminal dönemdeki hastalarım öldüklerinde... üç danışanımı kaybettim, bi hafta sonra görüşeceğiz diyorum, onu arıyorum... yakınlarından biri açıyor ve “enfeksiyon kaptı ve vefat etti” dediklerinde bu beni... birazcık zorlayabiliyor çünkü

bi bağ kurmuş oluyoruz burada... Çünkü bir bağ kuruyorsun ve bu çok normal aslında ve vefat ettiklerinde bu beni etkiliyor.”

Katılımcı 9 da Katılımcı 4 ile benzer şekilde, danışanları ile bir bağ kurmuş olması nedeniyle danışan kaybından oldukça etkilendiğini aktarmıştır:

“Terminal döneme yaklaştıkça tabii ki ben bu işi bırakıyorum artık demeye başlıyorum çünkü artık onlar benim yakınlarım olmuş oluyor bir çeşit terminal döneme yaklaştıklarında ben yakınımı kaybediyormuş gibi bir yerde oluyorum ya da işte her seans ‘acaba bu son görüşümüz müydü, bir sonraki görüşmeye gelebilecek mi’ endişesi yaşıyorum, o vedalaşmayı yaşamak benim için de çok zorlayıcı olabiliyor, çok kayıp yaşamış oldum bir yandan anılarımın en güzel yerinde, anlamlı yerinde kelimelerle ifade edemeyeceğim derecede anlamlı bir yerde duran pek çok kişi var zaman zaman selam gönderdiğim ama bir yandan da evet sürekli kayıp yaşıyor oluyorum”

3.5. Tema 5: Ölümle Çevrelenmiş Terapi

Görüşme esnasında katılımcılara ölümcül hastalığa sahip ve ölüme yaklaşmış olan danışanlarla çalışmanın kendilerini nasıl etkilendiği sorulduğu gibi, terapinin bu durumdan nasıl etkilendiği de sorulmuştur. Katılımcıların neredeyse tamamı, terapi hizmetinin sunulmuş ve ilerleyiş şeklinin diğer danışanlar ile terapilerden farklı ve danışanın ihtiyacına göre, protokolsüz olduğu konusunda hem fikirlerdir. Bu tema, ölümcül bir hastalık olan kanser nedeniyle terapi sürecinin nasıl etkilendiğini alt temalar ile incelemektedir.

3.5.1. İhtiyaçlar çerçevesinde terapi

Katılımcıların neredeyse hepsi, ölüme yakın ya da terminal dönem kanser hastası danışanları ile ilerlettikleri terapi sürecinde danışanın ihtiyacını ön planda tuttukları bir terapi ilerlettiklerinden bahsetmişlerdir. Bütün danışanlar ile terapi süreçlerinde danışanın ihtiyacı ön planda olsa da bu danışan grubuyla herhangi teknik, ekol ya da protokole bağlı kalamamanın terapi için en önemli etkilerden biri olduğu aktarılmıştır. Çünkü ölümcül hastalık, danışanın ihtiyaçlarını belirsiz ve değişken bir hale getirmektedir. Örneğin Katılımcı 2 bu etkiden şu şekilde bahsetmiştir:

“Danışanın isteklerine öncelik verme artıyor... bi protokol olmuş olmamış çok önemli değil o seansta, eğer hastaya iyi gelen bir yöne gidebildiyse önemli olan o oluyor. Şu anda ilk aklıma gelen şey, EMDR diyelim, onun bir protokolü var, sıfıra

getirmek istiyorsun stres düzeyini, ama genel anlamda bu sadece EMDR için değil, çok fazla benim ajandamı, ya da doğru olduğuna inandığım şeyi hastaya empoze etmek yerine çok daha fazla onları takip etmeye yönelik çalışan biri haline döndüm. Yani danışan odaklı terapiyi iyice uygulama şekli oluyor. Yani tüm inançlarını, tüm bildiklerini bi rafa kaldırıp çok daha fazla ‘şu anda o kişinin neye ihtiyacı var’a yönelmek. Çünkü önemli olan, hele de zaman azaldıkça, önemli olan onların ne istediği, senin kafandaki doğrulardan çok daha büyük önem kazanıyor”

Katılımcı 4, terapide yapılandırılmış teknikler yerine, danışanın yaşadığı hastalığın ve ihtiyaçlarının göz önüne alındığı terapiyi tercih ettiğini çok benzer cümlelerle aktarmıştır. Danışanların kendi ihtiyaçlarını en iyi kendilerinin bilmeleri nedeniyle bu danışan grubuyla terapi sürecinde danışana danışarak ilerlemenin önemli bir nokta olabildiğini de cümlelerine eklemiştir:

“Tabi artık ekol, teknik, çok bir şey kalmıyor. Yok BDT çalıştım yok şu otomatik düşünceyi çalıştım... artık böyle şeyler yetersiz kalıyor, tekniklerin yetersiz kaldığı bir evre ve danışan nasıl isterse ona göre ilerliyoruz. Diyor ki ‘ben vasiyet yazmak istiyorum ve bunu nasıl yapacağımı bilmiyorum’ tamam ‘yazmak mı istersiniz konuşmak mı’... çok ağladıkları ve üzüntülü bir süreç oluyor... ‘konuşmak istiyorum ama cesaret edemiyorum’, ‘tamam, kiminle konuşmak istiyorsunuz, diyelim ki o burada, bi sandalye var mı, diyelim ki burada oturuyor ona ne söylemek istersiniz’... Cenazesinin nasıl olmasını istediği nereye defnedilmek istediği, çünkü hasta yakınları bunu duymak istemiyor ama hasta konuşmak istiyor, bunları düşünüyor. ‘Yok sen bunları düşünme sen iyi olacaksın’ deniyor ama kişi artık hissediyor ve konuşmaya ihtiyacı var. Bizim terapideki amacımız da danışanın konuşamadığı zorlandığı noktalarda bile konuşabiliyor olmak. Önce kendisinin konuşabilmesini ve duyabilmesini sağlamak. Biraz ağlayarak ve üzücü olsa da... teknik ve ekol olmadan ilerliyoruz ve seans danışanın yönlendirmesiyle ilerliyor.”

Benzer bir ifadeyle Katılımcı 3: *“İster istemez bu işe bu kadar derin girdiğiniz zaman tek bir oryantasyonun içine sıkışıp kalamıyorsun. ‘Tamamen kitaba göre ilerlerim’, ‘tamamen bilişsel bakış açısıyla ilerlerim’ gibi olmuyor tabi ki. Ama bir şekilde o ihtiyaca göre esnekliği ve değişimi ve geçişi yapmayı öğreniyorsun ve şekilleniyorsun”* şeklinde aktarmıştır.

Katılımcı 6, her danışanın kanser sürecinin farklı kayıplar ortaya çıkarması nedeniyle her danışanda farklı kazanımlar yaratmaya çalışarak terapi yürüttüğünü şu cümleler ile aktarmıştır: *“Hastaya soruyoruz, önceliğinin ne olduğunu, nasıl ilerlemek istediğini, zaten*

bunlar doğrultusunda hareket ediyoruz. Her birey için süreç farklı, sürecin getirdiği şeyler farklı dolayısıyla kayıplarla kazanımların yakalanması o terapi süreci içerisinde gidişatı ve zorlukları teşkil ediyor. Kayıplar ne kadar çoksa kazanımları yakalamak o kadar zorlaşıyor”

Terapide psikodinamik çerçevede çalıştığını aktaran Katılımcı 9 ise, kanser hastalarıyla terapinin “destekleyici dinamik terapi” ekol ile ilerlemek zorunda olduğunu aktarmıştır. Ekolün çerçevesinde sabit kalamadığını, terapinin danışanın ihtiyacı neyse ona göre etkilendiğini aktaran Katılımcı 9 buna ek olarak danışanın yaşam tarafını güçlendirmeye çalıştığı bir terapi yürüttüğünü de aktarmıştır.

“Şimdi kanser hastalarıyla tek bir protokol yapmak mümkün değil, ben de açıkçası hastanın ihtiyacına göre tedavi sürecinde cebimi doldurup o hasta için o anda hangisi uygunsa onu kullanmaya çalışıyorum...ölüm ana başlıklardan bir tanesi tabii ki çünkü ölümü çağrıştıran hatta ölüm riskini yükselten bir hastalık sebebiyle zaten geliyorlar size birincisi ölecek miyim, ne zaman öleceğim ve nasıl öleceğim, yani bunun üzerine terapi. Eros ve thanatos dengesi gibi işte ölüm tanısıyla, yaşam tanrısının aslında savaşı gibi kanser, ve hayata dair birçok şey yıkıcı bir taraftan geliyor, aslında biz psikopatoloji ile az çalışıyoruz, yani hayata dair yaşamsal bir krizle baş etmemizi güçlendirmeye çalışıyoruz diyebilirim, dolayısıyla thanatos’un yüklendiği bir anda bir kanser hastasıyla çalışmaya başladığımızı düşünelim, biz aslında yaşam tarafını daha güçlendirerek ona çıkart karşı durmaya çalışıyoruz, yani bir kanser hastasının sokağa çıkıp dans etmesi, bağırarak şarkı söylemesi işte direnişçi tarafı hayata karşı anarşist tarafı hani Elizabeth Kubler-Ross meşhur sözünde de öyle geçer zaten ‘onlar güzel insanlar oluşurlar öylece ortaya çıkmazlar ve onlar nice kayıp acı yaşadktan sonra o karanlıktan çıkmayı bilmiş romantik ve anarşist insanlardır’ der ben hastalara yaşam enerjisi taraflarının coşturacak, yükseltecek şeyler yapmaya çalışıyorum.”

Katılımcı 8 de benzer şekilde ihtiyaç çerçevesinde bir aktarımda bulunmuştur. Ölümcül hastalık olan kanser hastası danışanlarla terapi sürecinde danışanın ihtiyacının “umut” olduğundan ve “umut yeşertme” doğrultusunda seans yürüttüğünden bahsetmiştir. Katılımcı 8’in hastanede çalıştığı göz önüne alındığında, danışanların hepsinin kendi isteği ile terapi sürecine dahil olmadığı, danışanların diğer danışanlara kıyasla daha umutsuz olabilmesi nedeniyle bu “umut ihtiyacı”nın terapinin gidişatını etkileyen önemli bir etki olduğu şu ifadede anlatılmıştır:

“Teknik aynı, bir şey değişmiyor aslında birinin gündemi çok meşguliyeti ölüm ve zaman aslında bunu biliyoruz bir noktada o yüzden ona gelebilecek seans içinde en

iyi şeyleri yapmak hedefimiz ...seansta zaten muhakkak umut çıkarmamız gerekiyor ...örnek veriyorum ki hani öyle bir danışmandan bahsediyorum, salatalıkları kesilebilmesi yatakta hala işe yaradığını görmek “ya ben kolumu bile kaldıramam ben ne işe yararım” bi dakika hâlâ eski şeyleri yapabilirsiniz belki atıyorum tamamını yapamazsınız eskiden sevdiğiniz şeylerin yemek yapmanın belki tamamını yapamayacaksınız ama sebzeleri doğrulayabilirsiniz” hani bu noktaya geldiğimiz zaman danışan da zaten “seanslar o zaman işe yarıyor” diyor.. bir şeyler üretebildiğini göstermek seans içinde yine ne bileyim kilden bir şey inşa etmesini sağlamak ya da eskiden çok sevdiği bir şeyi yapmasını sağlamak, bütünü yapamıyorsa da adım adım yapabileceğimiz seans içerisinde onu işlemek, seansa gelmesini kolaylaştıran bir şey yoksa her hafta kimse sadece ölümü konuşmaya, yüzde birlik bir kısım bile gelmez aslında.”

3.5.2. Derin terapi

Psikoterapi, terapistin ve danışanın ortak bir yaratımıdır. Katılımcılar, terapi süreci boyunca ortak bir dil oluşturulduğundan, ortak hedefler belirlendiğinden ve danışanın ihtiyacı çerçevesinde beraber bir yolda ilerlendiğinden bahsetmişlerdir. Bu durum, tüm terapi süreçleri için geçerli olsa da bazı katılımcılar ölüme yakın danışanlar ile çalışmanın bu süreci daha derinlikli hale getirdiğinden bahsetmiştir. Katılımcıların söylemlerinden yola çıkarak bu etkinin terapi sürecini olumlu etkilediği çıkarımını yapmak mümkündür. Örneğin Katılımcı 2, diğer danışanlarla terapinin “korunaklı” olduğundan, kanser hastası danışanlarıyla ilerlettiği terapinin ise “maskesiz terapi” olduğundan şu sözlerle bahsetmiştir:

“Bu işi bu kadar sevmemin nedeni insanların maskeleri baştan dökülmüş oluyor çünkü normal seansa gelen bir hasta çok korunaklı oluyor; roller var, maskeler var. Onların hepsi incek de insanın kendini görebileceksin, bu terapi sürecinde yıllar sonra gelebildiğim bir yer; ölüm gerçeği ortada olduğu zaman tüm bu maskelerin hepsi baştan gitmiş oluyor, senin karşına onun için gerçek olan, abuk sabuk şeylerle vakit harcamıyor oluyor insanlar. Bu da tabi yaptığın için kalitesini acayip yapıyor.”

Katılımcı 9 da benzer şekilde danışanın ölümcül bir hastalık yaşamasının danışan ile aralarındaki terapötik ilişkiyi daha derin bir hale getirdiğinden ve bu nedenle olumlu bir etki olarak terapinin de daha derin bir hal aldığından bahsetmiştir:

“Belki şimdi her terapistin danışanlarıyla kurduğu ilişki tabii ki çok özel bir ilişki türü gündelik hayatta yaşadığımızda, ben de hayatlarının bu kadar zor bir döneminde çok varoluşsal bir krizin ortasında mücadele ederken onlara eşlik

ederken aslında o kadar anlamlı ve derin bir ilişki kuruyor oluyoruz ki ve o kadar steril hijyenik bir ilişki ki aslında, benim bu hayattaki en derin, anlamlı ilişkilerim olarak tarif ederim kanser hastası danışanlarımla olan ilişkilerimi. Orası benim kendi ütöpik dünyam gibi bir yer oradaki ilişkiler; bu derece anlamı odaklı, derinlemesine bir yerde duruyor terapi.”

Katılımcı 4 ise ölümle ilerlemenin terapiyi anlamlı hale getirdiğinden bahsetmiştir: *“Yani sonrasında ben hep şunu hissediyorum, o kadar güzel hikayeler dinliyorum ki, ben bu süreçte onlara destek oluyorum ve ne yapmak istedi, neleri öteledi, hayatın anlamı ne onun için... terapi bi anlam arayışı aslında... ama bunu ölümü, yanımıza alarak, sırtımıza alarak yaşamaya devam etmek... bu süreçte tüm bunlara şahit olmak muazzam bir şey.”*

3.5.3. Zamanı kısıtlı danışan ile terapi

Bahsi geçen kanser hastası danışanlarının ölümüne yakın ya da terminal dönemde olmaları nedeniyle danışanın kalan zamanını “az” olmasının, terapi sürecinde çeşitli farklılıklara yol açması katılımcılar tarafından dikkat çekmiştir. Danışanın ne kadar yaşayacağını belirsizliğinin “kaygı” olarak terapiye yansımaları Katılımcı 1 şu cümle ile aktarmıştır: *“Sürelendirme var, yaşam için süre giriyor işin içine, Aslında ondan dolayı, onlar için de bizim için de kaygı korku daha fazla. Biz ölüm gerçeğinden uzağız, onlar yakın. Bu yüzden bizler daha rahat hareket edebiliyoruz. Bunların hepsi terapiyi olumsuz etkiliyor tabi, süreci zorlaştırıyor.”*

Katılımcı 2 ise danışanın ölüm nedeniyle açığa çıkan bu zaman sınırının terapiden alınması beklenen verimi de etkilediğini aktarmıştır: *“Bir de belki insanın kendine olduğu gibi hastasına da yansıyan bi vakit kaybetmemek hissi oluyor yani illa. Aslında bu tüm danışanlarım için geçerli ama kanserli olanlarda belki biraz daha fazla. Mutlaka o seanstan en iyi şekilde yararlanma isteğı... çünkü kaç tane daha kaldığı belli değil”*

Farklı bir noktaya daha değinen Katılımcı 2, danışanın yaşayacağı zamanın kısıtlı olma ihtimalinin, kendi uzmanlığı dışında terapi süreçlerini gerçekleştirmesine de neden olabildiğinden bu nedenle terapi sürecini etkilediğinden bahsetmiştir:

“Her seans çok yoğundu, sanat terapisi yapıyorduk onunla özellikle, sonra biraz kocasıyla yaptık, çocuklarıyla yaptık... çünkü danışanımdan dinliyorum, sonra kocasından da çıkarken duyuyorum, aynı düzlemde değiller, ama ikisi de ötekinin iyiliğini düşünüyor, istiyor ve birtakım varsayımlardan yola çıkarak hareket ediyorlar. Dedim yani bunların netliğe ulaşması lazım, çünkü vaktimiz yok, dolayısıyla onları bir araya getirme normalde yapmadığım bir şeydi ama onlar için

önemli olduğunu düşündüğüm için yaptığım bir şeydi. Kanser olmayan danışanımla ‘bu benim işim değil’ diyorum, ‘siz bir çift terapisti bulun’ yani onların bu işi çözmek için sanki önlerinde bir ömürleri varmış gibi, hiç konuşmuyorum değil ama üzerime vazife etmiyorum. Ama kanserli hastamda etmiştim.”

3.6. Tema 6: Terapide Algılanan Ölümün İzleri

“Evet biz hep söylüyoruz fiziksel gerçekten çok önce fiziksel muayeneler ve müdahaleler ama günün sonunda danışanın psikolojisi her şey” (Katılımcı 8)

Katılımcılar, fiziksel tedavinin yanı sıra ölüme yakın kanser hastalarda psikolojik bir iyileşme adına terapinin de oldukça önemli olduğu konusunda hemfikirlerdir. Çünkü kanser, bireyin hem fiziksel hem psikolojik dünyasını hedef almaktadır. Fakat yapılan paylaşımlara göre, danışanların yaklaşan ölümlerini nasıl algıladıkları hem kendilerini hem de terapi sürecini etkileyen önemli bir nokta olmuştur. Danışanın ilerlemiş kanser hastası olması ve ölüme yakın olması nedeniyle yaşadığı *umutsuzluk* ve *çarpıtılmış inançlar* görüşme yapılan psikoterapistler için terapi sürecini aksatan önemli etkiler olarak belirlenmiştir.

3.6.1. Umutsuzluk

Görüşmeler boyunca birçok katılımcı umut duygusunun altını çizmiştir. Katılımcılar, fiziksel ve psikolojik her şeyin etkilendiği, yaralandığı bir danışanın hayata “düzelebilir”, “yaşayabilirim” gözüyle bakamadığından bahsetmişlerdir çünkü hayattan umudunu yitirmiş bir insanın terapiye dair de bir umudu yoktur. Bu nedenle katılımcıların aktarımlarıyla beraber, kişinin ölüme yakın olmasından kaynaklanan umutsuzluğun, terapiyi aksatan bir etki olduğunu söyleyebilmek mümkündür. Katılımcı 1 bu etkiyi şu cümlelerle aktarmıştır:

“Zaten danışanın teslimiyet duygusu çok yüksek, karmaşık duyguları var, kafa karışıklığı var, duygu karışıklığı var, korkuları var, kaygıları var. Bunların hepsi terapiyi olumsuz etkiliyor tabi, süreci zorlaştırıyor, çünkü ne yaparsak yapalım sonunda bitecek” diye düşünüyor. Ölüm nedeniyle olumsuz etkilenebiliyor, hasta diyor ki ‘ölüme yaklaşmışım, bu konuşmalar boş’ ‘benim yaşamım bitiyor, bana iyi gelecek hiçbir şey yok’ gibi.”

Katılımcı 4 ise, ölüme yaklaşmış olmaktan terapinin nasıl etkilendiğini benzer ifadelerle aktarmıştır:

“Bu dönemdeki danışanların artık, iyileşeceklerine dair bir inancı kalmıyor ‘artık ben iyileşmeyeceğim’ diye bu dünyadan elini eteğini çekmiş de olabiliyorlar. Kişinin bi inancı kalmadıysa gerçekten bence olumsuz etkiliyor ölümü çok sık düşünmesi.

Terapiyi de etkiliyor. Çünkü hani şey çalışıyoruz ya... size iyi gelen şeyler ama bi depresyon var ve depresyondaki gibi davranışçı ekolle çalışmıyoruz çünkü artık gelecek yok onun için... ümitsiz, çaresiz”

Katılımcı 6, ölüme yaklaşmasıyla danışanın inancında kayıplar gözlemlediğini, terapiye zorlayıcı bir etkisi olduğunu ifade etmiştir:

Bu danışanlarla yitirilmişlik duygusu üzerinden ve yeni sürece nasıl uyum sağlarını düşüncesinden hareket ediyoruz... o yitirilmişin yerini eskisini mi koyacağız yoksa yeni bir şey bulup yenisini mi yapacağım ve bunu bazen çaresizliği oluyor; o çaresizliği görmek, o çaresizliğe karşı mücadele vermek zor tarafı bence. Tedaviden sonra tedavisiz kalabileceği veya tedavinin işe yaramayacağı süreçlerini olabileceğini konuşmak... Terapiyi de zorlayıcı konular çünkü fiziksel belirtilerin olumsuzlaşmasıyla, terapi sürecine olan inancında da kayıplar gözlemliyoruz.”

Katılımcı 7, terapinin nasıl etkilendiği sorusuna ilerlemiş kanser hastası danışanlar ile diğer danışanlarını kıyasladığı bi noktadan cevap vermiştir. Diğer danışanlar hayatlarına nasıl edeceklerine odaklanırken, kanser hastası danışanların odaklanacakları bir hayatlarının kalmadığına inanmaları, yaşadıkları umutsuzluğu göstermektedir. “Hayat memat meselesi... ‘ben öleceğim hayatın anlamı ne ki’ diyebiliyorken, diğer taraftan hani psikopatolojik açılan değerlendirdiğimiz danışan kitlesinde ‘hayatıma nasıl devam edebilirim’ şekilde yapılıyor.”

Katılımcı 8 ise, umutsuzluğun beraberinde terapiyi bırakmayı getirebildiğini şöyle açıklamıştır: “Tabii ki tedavi alırken bir noktada ilk olumsuz bir şey duyduklarında ‘yapacak bir şey yok’ duyduklarında... ki bunu duyuyorlar, o zaman hayata karşı bir inançların kırıldığı için seansa da gelmek istemiyorlar tabii ki. Terapi alsam ne olur almasam ne olur” noktasına geliyor günün sonunda.”

3.6.2. Çarpıtılmış inançlar

İnsanların yüzleşmesi gereken en önemli şeylerden biri ölümdür ve katılımcıların aktarımına göre bu ölümle yüzleşmek, kanser hastalarının inançlarında birtakım çarpıtmalara neden olabilmektedir. Bu durumun terapiyi de etkilemesi Katılımcı 5 tarafından şu sözlerle aktarılmıştır:

“Bir de tedavi kendi kendine agresif bir tedavi yani, organ kayıplarıyla başlayan, daha sonrasında belli gruplarda da kemoterapi ve radyoterapiyle desteklenen bir tedavi olduğu için, bu bir süreci ifade ediyor. Süreç içerisinde mutlaka sürecin kendine has problemleri üzerine hastanın duygu dünya ve duygusal durumu da etkilenmeye başlıyor. Düşünceleri irrasyonel düşüncelere dönüşüyor ve kanseri nasıl

yorumladığı, algılama tarzı... yani her şey etkileniyor hani o yüzden terapiyle ilgili süreçlerde de kanserin merkez aldığı bir süreçle gidiyoruz aslında.”

Katılımcı 4 de ölümle ilgili düşünceler danışanın zihninde dolaşırken ne gibi bozulmalara uğradığını ve terapi gündemini nasıl etkilediğini şu sözlerle aktarmıştır:

“Ölümü nasıl algıladığı da önemli biraz algısıyla da alakası var, ‘yaratıcı beni cezalandıracak, ben çok günahlar işledim o yüzden kanser oldum’ gibi cezalandırıcı bir bakış açısı varsa buralara da dokunuyoruz seansta ya da kanser hastaları daha çok hayatı sorguluyorlar, anlam arayışındalar aslında, yani ‘neden’ diye sordukları çok oluyor, ‘neden kardeşim değil neden ben’ gibi, çok sorgulanan bir dönem. Bunları çalışıyoruz.”

Katılımcı 8 ise danışanları ile yaşadığı farklı bir noktadan bahsetmiştir. Danışanlarının ölümün ağırlığını yaşamak istememelerinin, ölümü reddetmelerine neden olduğunu aktarmıştır. İnkâr her ne kadar kaygıyı yönetmeye yardımcı psikolojik bir savunma olsa da terapide bu durumun terapiyi aksatan, etkileyen bir durum olduğuna dikkat çekmiştir:

“Terapi zaten er meydanı ama bu hastalar için x2 aslında er meydanı çünkü aslında reddettikleri bir şey konuşmaya gelmeleri demek. Öyle vakalarla karşılaşıyoruz ki hastalığı kabul etmemiş, yok sayıyor siz bi de onu çağırıyorsunuz bir şekilde aslında hastanede zorlamasanız da elbette hastalıkla ilgili konuşacaksınız. Kişi kendi içinden söylediğini bi de karşı taraftan duyarsa bu aynalamayla gerçeğe dönüşür. Şöyle hastalar var, o kadar reddediyorlar ki hastanede olmayı, yataktan kalkıp kapıya dokunmak istemiyor bazıları mesela, gerçek olmasın diye, yere basmıyorlar ama siz gittiğinizde siz de somut olarak karşılarında duruyorsunuz, konuştuğumuzda ise o pandora kutusu açılacak o yüzden çok zor geliyor terapi, çünkü gerçek olacak konuşurlarsa ve bu çok zorlayıcı. Ya da yok sayarken baş edebiliyorlar hastalık süreciyle.”

3.7. Tema 7: Fiziksel Bozulmaların Gölgesinde Terapi

Bu çalışmadaki katılımcılara, kanserin danışanları ölüme yaklaştırmasının terapi sürecine ne şekilde etki ettiği sorulmuştur. Fakat kanser, ölüme yaklaştırmanın yanı sıra fiziksel etkileri de oldukça belirgin bir hastalık olduğundan, katılımcılar fiziksel bozulmaların terapiye ne şekilde etki ettiğinden de bahsetmişlerdir. Bu etkiler, kimi katılımcıya göre terapinin gidişatını değiştirmekte, kimi katılımcıya göre ise süreci aksatmaktadır. Bu etkiler, *fiziksel sağlığın önceliği, aksayan terapi ve esneyen terapi sınırları* alt temaları ile incelenmiştir.

3.7.1. Fiziksel sađlđın nceliği

Kanser ve tedavisi nedeniyle danışanın fiziksel sađlđında bozulmaların meydana gelmesi, terapisinin yani psikolojik sađlđın ikinci planda kalması katılımcılar tarafından dikkat çekilen bir noktadır. Kanserın ağrı, acı, halsizlik gibi etkileri, danışan fiziksel sađlđına kavuşmadan bireysel terapiyi mümkün kılmamaktadır. Katılımcı 5 bu durumu, şu şekilde ifade etmiştir: “*Genelde hasta grubumuz belli bir aşamayı yatakta geçiriyor, orada yaptđđınız işlem yatak başı görüşmeleriyle başlayan bir süreci ifade ediyor, belli zaman geçip hasta toparlanmaya başladıktan sonra ancak bireysel terapiyle ilgili işlemleriniz yoğunluk kazanmaya başlıyor.*”

Katılımcı 2 de danışanın sağlı durumunun kötüleşmesinin terapi sürecini sekteye uđrattđđını, ön planda olanın fiziksel sağlık olduğunu şu cümlelerle ifade etmiştir:

“*zellikle hastanede çalışırken insanın sađlđı çok kötü olduğu zaman terapi biraz ikinci plana gidiyor, mesela tam bir proje üzerinde çalışıyoruz gidiyorum, o kadar kötü hissediyorlar ki kendilerini... bunu öğrendim kanserli hastalarla terapi aslında akut dönemde çok iyi yapılamıyor, çünkü sağlık problemleri işin içine girdiği zaman o n plana giriyor.*”

Her ne kadar katılımcılar tarafından ölüme yakın kanser hastası olan danışan grubunda psikolojik sağlık ve terapi sürecinin önemli olduğundan bahsedilse de terapisinin gerçekleştirilebilmesinin ön koşulu danışanın fiziksel sađlđının elvermesi olduğu benimsenen bir fikirdir. lme yakın hastaların fiziksel sađlđındaki ktleşmelerin, terapi sürecini işleyişini de engelleyebilmesi Katılımcı 4 tarafından şu şekilde aktarılmıştır:

“*Kanser hastaları daha çok hayatı sorguluyorlar, anlam arayışındalar aslında. Eğer iyi hissediyorsa tabi, glendiyse, konuşabiliyorsa, kilo aldıysa, kilo çok önemli... tüm bunlar halledilirse terminal dönem hastalarında, ondan sonra, ‘bu süreçten ne anlam çıkarabilirim’ kısmında durabiliyoruz maalesef.*”

3.7.2. Aksayan terapi

Bir nceki alt temada bahsedildiği gibi kanser hastalığının fiziksel belirtilerin bu kadar yoğun ve ön planda olması, bazı durumlarda terapi sürecini tamamen engellemiş, bazı danışanlarda ise terapi yapılabilse de terapisinin olumsuz etkilendiği katılımcılar tarafından aktarılmıştır. Danışanın, fiziksel bozulmalardan olumsuz etkilendiği göz önüne alındđđında, terapi sürecinin de olumsuz etkilenmesi kaçınılmazdır ve görüşmelerde çoğu katılımcı tarafından aktarılmıştır. Örneğin Katılımcı 7 şu şekilde ifade etmiştir:

“Bu danışanlarda hedefler daha belirgin aslında bu iyi bi şey ama zorlayan şeyler de var mesela ağırları oluyor, 50 dakikalık olan bir seansta duramıyorlar, aynı şekilde oturamıyorlar, uzanmak istiyorlar, ‘konuşamayacağım halim yok’ diyorlar ve durumlarda seansı bitirmek sonlandırmak durumunda kalıyoruz bu da bazen seansı sekteye uğrattıyor. Bazen direkt kliniğe gelemiyorlar online seans mecburiyetinde kalıyoruz. Ona uygun olarak hani online şekilde yaptığımızda farklı zorlanmalar ortaya çıkıyor, dışarıdan gelen gürültü olsun ya da bakım veren kişinin yakınlarda bulunması olsun, mahremiyeti riske edecek durumlar olsun gibi gibi.”

Katılımcı 6 bu durumu, kanser hastası danışanları ile fiziksel sağlığında herhangi bir bozulma olmayan danışanlarını kıyaslayarak aktarmıştır:

“Sırf bir endişe bozukluğu veya depresyon olduğunda yine depresyonun seviyesine bağlı olarak diyebilirim, kişi çok daha kolay olarak da değişim sürecinin içerisine girebiliyor ve orada sadece bilişsel olarak da psikolojik ve bilişsel olarak da bir çalışma gerekiyor. Kanser sürecinde ise kişi her ne kadar bilişsel çalışmayı duygusal çalışmayı yapsa da hayatını etkileyen fiziksel belirtileri çok ön planda ve bu fiziksel belirtiler, hem kendi hastalığına bağlı hem tedavisinin yan etkilerine bağlı kontrol edemeyeceği birçok şey var, aslında hasta gününü aktif bir şekilde geçirmek istiyor mesela, gayet koopere bir şekilde hayat kalitesini yüksek tutmak istiyor fakat aldığı kemoterapisi o kadar ağır geliyor ki elini ayağını kıvıldatamıyor... devam etmesi açısından büyük bir sorun teşkil ediyor, ajandada her ne kadar haftalık görüşmelerimizi tayin etsek de hiç beklenmeyen bir ağrı, hastaneye yatış, kan değerlerinin düşmesi, tedavi planının aksaması bizim randevularımızın aksamasına neden oluyor. Ağrılar...Kanser ise terapiye olumsuz olarak yansıyor çünkü belli bir düzeye getirdiğimiz psikolojik uyum sürecinde olan birey, fiziksel belirtilerin olumsuzlaşmasıyla, o oluşturduğumuz seviyenin aşağısında tekrardan inmesine neden oluyor halbuki anksiyete ve depresyonda mesela diğer kronik hastalık dışındaki hastalarda, baktığım zaman onlar tamamen kişisel tercihlerini ön plana koyarak da terapi sürecini idame ettirebiliyor. Burada kanserde hastanın kendi dışında kontrol edemediği birçok olayın olması önemli.”

Katılımcı 4 de diğer katılımcılarla benzer şekilde terapinin aksama nedenlerinden bahsetmiş, ek olarak fiziksel bozulmalar nedeniyle bazı tekniklerin de kullanılamamasının üzerinde durmuştur:

“Terminal hastalara ölüme yakın desek de bazen hasta üç- beş yıl yaşayabiliyor...Ölümü çok düşünen bir süreç diyelim... ve bi süre sonra terapi de

yapamıyor hale geliyoruz, deliryum gelişebiliyor, psikoz atakları olabiliyor, Çok sık enfeksiyona yakalanabiliyorlar Böyle oturup 45-50 dakika bi terapi yapmamız çok zor, terminal dönemde terapide 20-25 dakika da yapabiliyoruz. E tabi davranışçı çalışacak hali de yok, yürüyüş yapacak, markete gidecek, fasulye ayıklayacak hali yok, hep dinlenmek isteyen biriyle davranışsal çalışamıyoruz.”

3.7.3. Esneyen terapi sınırları

Yapılan görüşmelerde bu danışan grubuyla çalışmanın, terapiye bir etkisi olarak sınırların akışkan olmasından bahsedilmiştir. Psikoterapi etik kurallara, çerçevelere bağlı olsa da neredeyse tüm katılımcılar ölümcül kanser hastalarıyla terapi gerçekleştirirken esnekliğe ihtiyaç duyduklarını aktarmışlardır. Örneğin Katılımcı 3, bu esnekliği şu cümlelerle aktarmıştır: *“ben sadece seans odasında hasta görmem, hastaneye de giderim, yatak başı da görüyorum, eve gitmişliğim vardır takip ettiğim hasta ise, artık evinde hayata veda ediyorsa. Bizim işimiz biraz farklı klinik psikolog şapkası dışında onkolog şapkasının içi biraz daha esnek olmayı gerektiriyor.”*

Katılımcı 4 de ölüme yaklaşmış danışanlarla çalışırken, terapinin yeri, süresi, iptali gibi geleneksel sınırların daha esnek hale geldiğinden şu ifade ile bahsetmiştir:

“Ama kanser dışında etik kuralların daha net olduğu ama kanserli hastada etik sınırların daha esnek olduğunu söyleyebilirim. Yani aileyle devreye giriyoruz bazen mesela, normalde panik atak olan birisinde danışan iki üç gün geri dönüş yapmadığında annesini babasını aramıyoruz, ama kanser hastalarında yakınlarıyla iletişime geçebiliyoruz. Bazen telefonla konuşulduğu zamanlar oluyor, danışan yatıyor ve ölümü gerçekten hissetmeye başlıyor, en son görüşmenin o telefon konuşması olduğu zamanlar da oluyor, buralarda daha esneklik sağlandığı durumlar olabiliyor, seans süresiyle ilgili, iptaller ya da normalde iptal durumlarında en az 24 saat öncesi iptal diyoruz ya, ama kanserde iki gün önce kemoterapi almış, kusuyor, kendini iyi hissetmiyor, oralarda esneklik sağlayabilmemiz gerekiyor, biyolojik olarak hasta danışanlarımızla biyolojik olarak sağlıklı ama psikolojik destek verdiğim danışanlarımızı bu şekilde ayırt ediyorum, onlara daha esneklik sağlıyorum, tabi bunun da dengesini kurmak, suiistimal edilmemek önemli. Telefonla seans, seansın iptali, 20 dk-20 dk. haftada iki kere seans yapmak, ailenin de devreye girmesi gibi... etik kuralların değiştiği bir tablo”

Katılımcı 8 için ölüme yakın kanser hastalarıyla çalışmak, sınırların esnekliğini hem gerektirmekte hem de zorunlu kılmaktadır. Terapist tarafından gerçekleştirilen bu esneme,

her ne kadar terapistin elinde olsa da Katılımcı 8 tarafından “zorunluluk” olarak aktarılması dikkat çeken bir nokta olmuştur:

“işlem görüyor olmaları en büyük aksaklık yani e kanser hastalığıyla benim mesela normal şartlarda danışanlarıma 24 saat öncesinden iptal etmezlerse ücreti öderler ama kanser hastaları son 5 dakikaya kadar seansa girene kadar iptal etme hakları bakidir ücretsiz bir şekilde, mesela böyle farklı alanlar açmak zorundayız çünkü kemoterapinin etkisi oluyor ve ağrısı oluyor ansızın bir komplikasyon gerçekleşebiliyor o yüzden farklı bir noktada olduklarını ve bu alanı sağlıyoruz onlara yani çünkü çok en büyük aksama sebepleri fiziksel süreçler.”

Katılımcı 9 da bu esneklikten “tedaviyle dans” tabirini kullanarak bahsetmiştir:

“Kanser çalışırken aslında standart bir klinik terapiden sınırlarımız biraz daha değişik oluyor. kemoterapi süreci aksatabiliyor, öyle bir bulantı oluyor ki ya da öyle bir ağrı oluyor ki o gün hiç seans yapacak 5 dakika konuşabilecek dinleyebilecek durumda değil, bunlar aksatıyor tabii ki, işte çerçeveyi mesela sınırları benim esnettiğim yerlerden bir tanesi de bu, normal standart bir terapide ve ya gidersiniz ya da gitmezsiniz ya ‘ben on ikide gelemiyorum akşam yediye alsak olur mu’ gibi esneklikler çok fazla yoktur, yani ben bir yerde danışanlarıma o esnekliği tanımıyorum çerçeve dolayısıyla ama kanserde biz tedaviyle birlikte dans ediyoruz.”

Katılımcıların bu ifadeleri ile, belirli alanlarda esnetilen bu sınırlara danışana zarar vermeyen, hatta ihtiyaçlarını daha iyi karşılayabilmek adına yapılan esnetmeler olarak bakmak mümkündür. Katılımcı 6 da diğer katılımcılara ek olarak bu esnekliği yalnızca “iptal”, “süre” gibi alanlarda gerçekleştirmediğini, ev ödevlerinin ve kullanılan tekniklerin de esnek olduğunu aktarmıştır:

“CBT de mesela ev ödevleri verirken çok daha esnek davranıyorum farklı olarak, daha çok eklektik bir çalışma uyguluyorum ben kanser hastalarında. Tabii ki olumsuz düşüncelerin değiştirilmesi, benlik algısının artırılması, kişinin kendisine olan güveninin, umutlu bakışın gerçekleştirilmesi açısından çalışıyoruz fakat bunlar bazen çok zor oluyor bu CBT içerisinde değiştirmek için kanser hastalarında. Çünkü odaklanmaları zor uzun süreli odaklanmaları zor, halsizlik gündeme geliyor o yüzden ev ödevlerini çok sıklıkla kullanamadığımız bir grup bu yüzden farklı olarak nefes alma egzersizleri, vizualizasyonlar, rahatlama tekniklerini daha rahatlıkla yapabiliyorlar.”

4. TARTIŞMA

Bu çalışma, ileri evre ya da terminal dönem kanser hastası olması nedeniyle ölüme yakın olan danışanlar ile çalışan psikoterapistlerin deneyimlerini derinlemesine incelemeyi amaçlamıştır. Çalışmada terapistlerin kendilerinin ve gerçekleştirdikleri terapi sürecinin, yaklaşmakta olan bu ölümden nasıl etkilendiğini öğrenebilmek amacıyla bir dizi soru sorulmuştur. Bu sorular yanıt olarak katılımcılar, olumsuz tarafları olsa da ağırlıklı olarak ölümle çalışmaktan kendilerinin olumlu şekilde etkilendiğini, terapi sürecinde ise ölüm nedeniyle meydana gelen ve uyum sağlanması gereken çeşitli etkilerin olduğunu bildirmişlerdir. Bir sonraki bölümde çalışmanın sonuçları ayrı temalar halinde incelenecektir.

4.1. Maruz Kalınan Ölüm

İlk tema olan “maruz kalınan ölüm” teması, ilerlemiş bir hastalıkla ve yaklaşmış bir ölümle beraber yürütülen terapi sürecinde sıkça karşılaşılan ölüm gerçeğinin terapist üzerindeki etkilerine odaklanmaktadır. Bu çalışmaya katılmış psikoterapistler, ilerlemiş evre ya da terminal dönem kanser hastaları ile çalışırken ölüm gerçeğine sıkça maruz kalmaları nedeniyle çeşitli şekilde etkilendiklerini aktarmışlardır. Çünkü ölüm, tartışılması zor bir konu olabilmektedir ve danışanın ölüme yakınlaşması, terapist için kendinin ve sevdiklerinin ölümünü hatırlatıcı bir etkiye yaratmaktadır. Ölüme yakın danışanlarla çalışırken, katılımcılar düzenli olarak bu gerçek ile yüzleşmektedirler. Terapi hem terapistin hem de danışanın duygusal olarak derinden dahil olduğu bir ilişki olduğundan terapistin kendi ölümlülüklerinin farkına varmaması mümkün değildir (Kubler-Ross, 1969). Aynı etkinin benzer literatürde tartışıldığı da görülmektedir. Cramond ve ark.’ın (2020) palyatif bakımda çalışan klinik psikologlar ile yaptığı çalışmada, katılımcıların kendi ölümlülüklerine dair bir farkındalık kazandıklarını aktarması ile bu çalışmanın temasının uyumlu olduğu görülmektedir. Aynı zamanda bu tema, danışanlarının ölümüyle ilgili terapist deneyimlerinin aktarıldığı çalışmalarda katılımcıların kendi ölümlülüklerinin daha fazla farkına vardıkları ve hastalık ve ölüm korkularının arttığı bulgularıyla da benzetilmektedir (Danillon, 2018; Dwyer ve ark., 2012; O'Brien, 2011; Rubel, 2004).

Katılımcılar, kendilerinin ve sevdiklerinin ölümlülükleri ile yüzleşmenin endişe yaratan etkilerinden bahsetmişlerdir. Bu beklenen bir etkidir çünkü sonuçta herkesin öleceği yaşamın önemli bir gerçeğidir. Ancak bu farkındalığın, insanları kendi ölümelerini kabul etmeye ve kalan hayatı anlamlı yaşamaya başlamaya da teşvik edebildiği görülmektedir. Danışanın ölümü ile çalışmak, psikoterapistler için de ölümün kabulünü beraberinde

getirmektedir (Kubler-Ross, 1969). Psikoterapistlerin danışanın hastalığı ve ölümüyle ilgili deneyimleri, kendi ölümlülükleriyle ve sevdiklerinin ölümlülükleriyle yüzleşmeyi beraberinde getirir de ölümün kabulünü de sağladığını bu çalışma bulguları göstermektedir. Katılımcılar, bu denli ölüm gerçeğine maruz kalmalarının, ölümün normal olduğu algısı yaratarak psikolojik ve duygusal zorlukların önüne geçtiğinden bahsetmişlerdir. Bu bulgu, Foster ve Vacha-Haase'nin (2013) yaptığı çalışmada ileri yaşta danışanlar ile çalışan psikologların, kendi ölümleri hakkında düşünmeye daha fazla zaman ayırmaları ve ölümden daha az korkmalarına dair aktarımları ile de benzerlik göstermektedir. Kısacası kansere ve ölüme bakış açısı, yaşamın sonluluğu ile yüzleşmeyi ve ölümü kabul etmeyi beraberinde getirmektedir.

4.2. Yaşamın Varlığı

Gerçekleştirilen görüşmeler doğrultusunda, ölüme yakın danışanlarla çalışmanın, bu çalışmadaki terapistler için dönüştürücü etkisi olduğu bilgisine ulaşılmıştır. Çünkü kanser hastalarıyla yapılan terapide ortaya çıkan ölüm gerçeği, katılımcılar için yaşamlarının varlığını hatırlamalarını sağlamıştır. Bu alanda çalışmak sayesinde, yalnızca kendi ölümlülükleriyle yüzleşme ve ölümü algılama biçimleri etkilenmekle kalmayıp, aynı zamanda hayata ilişkin düşünce ve davranışlarının da değiştiğini aktarmışlardır. Ölmekte olan danışanlarla çalışmaya başladıktan sonra kendi yaşam kalitelerinin, zamanlarının ve sağlıklarının hayatlarında ana tema haline geldiğinin altını çizmişlerdir. Çünkü kanser hastaları için ölümcül bir tanı almak, kendi hayatları üzerine düşünmelerini ve nasıl yaşamak istediklerine dair cevap aramayı beraberinde getirdiğinden, bu durum ölümcül hastalarla çalışan terapistler için de geçerlidir (Kubler-Ross, 1969). Ölüme yakın alanda çalışmanın etkisinin, ölmekten çok yaşamakla ilgili olduğunu söylemek mümkündür. Bu etki, terapistlerin zamanlarını nasıl harcadıkları konusunda daha duyarlı hale getirmektedir. Bu sayede katılımcılar, bu alanda çalışmaya başlamadan önce kim oldukları ile, ölüme yakın danışanlar ile gerçekleştirdikleri terapi sonrası dönüştükleri insan arasında önemli ve olumlu bir fark olduğunu dile getirmişlerdir. Hastanın ölüme yakın oluşundan etkilenecek, yaşamın ve varoluşun anlamına dair yeni bir farkındalık kazanılması bulgusu literatür ile de örtüşmektedir (Curran ve Kobos, 1980). Bu çalışmaya katılan terapistler de bu alanda çalışmanın bir sonucu olarak hayatlarının nasıl geliştiğini vurgulayan birçok noktadan bahsetmişlerdir. Ölüm ile çalışma, terapistlere hayatın kısalığını, yaşamı ertelemeyi kıymetli bir şekilde yaşamının önemini hatırlatmış ve sağlıkları ile ilgili daha dikkatli davranmalarını sağlamıştır. Psikolojik danışmanlar ile yapılmış bir çalışmada katılımcıların

bu alanda çalışma sonrası, zamanlarını dikkatlice harcamayı öğrendikleri ve yaşamlarının kıymetini bilir şekilde yaşamaya başladıkları bulgularıyla (Ducaine, 2017) bu çalışmanın bulguları örtüşmektedir. Ölmekte olan bir kanser hastası danışanla deneyimin aktarıldığı bir vaka çalışması (Curran ve Kobos, 1980), hem kişisel hem de mesleki gelişime işaret etmekte, terapistin hayata bakış açısındaki değişikliklere dikkat çekmektedir. Ölümcül hastalık alanında aktarılan bu deneyimler, palyatif bakım alanında gerçekleştirilen çalışma bulgularına da benzer şekilde, ölmekte olan bireylerle çalışmanın, onların yaşama biçimini dönüştüren ve zenginleştiren bir etkisi olduğunu göstermektedir (Cramond ve ark., 2020; Sinclair, 2011).

Çalışmaya dahil edilen katılımcıların hayata bakış açılarındaki ve yaşama biçimlerindeki çeşitli değişiklikler; ölümü kabul etmeleri, kendi ölümleri hakkında düşünmeye başlamaları ve kıymetli yaşamak için daha fazla çaba sarf etmeleri ile ilgilidir. Bu etkileri literatürdeki bilgiler ışığında, farklı şekilde değerlendirebilmek mümkündür. Travma sonrası büyüme, “zorlu yaşam olaylarıyla mücadele sonucunda yaşanan olumlu psikolojik gelişim” olarak tanımlanmaktadır. Literatürde, yaşamın daha fazla önemli hale gelmesi, samimi ilişkiler kurulması, kişinin hayatındaki yeni olasılıkların farkındalığı gibi değişimler “travma sonrası büyüme” olarak ele alınmıştır (Tedeschi ve Calhoun, 2004). Travma çalışmasından sonra terapistlerin psikolojik gelişiminin, danışandaki travma sonrası büyüme özelliklerine benzer şekilde olması “dolaylı travma sonrası büyüme” olarak belirtilmiştir (Arnold ve ark., 2005). Yani bu çalışmada, ölümle yüzleşen kanser hastaları ile çalışan terapistlerin bu çalışmadan anlam çıkarmasını ve hayatlarını bu çerçevede dönüştürmesini “dolaylı travma sonrası büyüme” çerçevesinde ele almak mümkündür. Bu sayede terapistler, ölüme tekrar tekrar maruz kalmanın getirdiği olumsuz etkilere rağmen hayatları çeşitli noktalarda değiştiği ve zenginleştiği için bu alanda çalışmaya devam edebilmektedirler.

4.3. Ölümün Ağırlığından Kaçış

Ölüme yakın danışanlarla çalışan psikoterapistler, terapideki ölüm temasının yoğunluğu nedeniyle yukarıda bahsedildiği gibi olumlu etkiler yaşasalar da katılımcılar, ölümün ağırlığının neden olduğu olumsuz etkilerden korunabilmek için çeşitli ihtiyaçları olduğundan bahsetmişlerdir. Bu alanda çalışmanın zorlu taraflarını büyüme fırsatlarına dönüştürmek için sıklıkla baş etme yollarından ve mesleki bir destek olarak süpervizyondan yararlandıklarını aktarmışlardır. Ölümcül hastalığı olan danışanların meditasyon, nefes egzersizleri ve gevşeme teknikleri ile bedenlerini ve zihinlerini rahatlatabilmeleri ölümle

olumlu bir şekilde yüzleşmelerine olanak tanımaktadır (Demmer, 2004). Danışanlarda olduğu gibi katılımcılar da bu alanda yıpranmadan devam edebilmek için, kendine zaman ayırma, spor, yürüyüş gibi fiziksel aktiviteler yapma, çeşitli ilgi alanları geliştirme ya da günlük hayatı daha yüzeysel yaşama gibi hayatlarındaki çeşitli değişikliklerden bahsetmişlerdir. Öte yandan, sağlıklı beslenme, egzersiz gibi “kendini geliştirme” davranışlarının, yaklaşan ölüm ve yaşamın son bulacağı farkındalığını bastırmak için olduğu da düşünülmektedir (Becker, 1973). Benzer bir etkinin ölüme yakın danışanlar ile çalışan katılımcılar için de söz konusu olduğu bu çalışmada bulunmuş, ilgili literatürde de benzer şekilde ele alındığı fark edilmiştir. Çalışmada bahsedilen baş etme yolları ile benzer şekilde Ducaïne’in (2017) çalışmasında katılımcılar, kendisiyle olan ilişkisini güçlendirmek için egzersiz ya da dinlenme yoluyla, kendilerine daha fazla alan yarattıklarını aktarmışlardır. Ölüme yakın alanda çalışan psikoterapistlerin fiziksel öz bakımına dikkat etmesi, kişinin kendisiyle olan ilişkisini de güçlendirmektedir (Danillon, 2018). Cramond ve arkadaşlarının(2020) çalışmasında klinik psikologlar dayanıklılık oluşturmak ve sürdürmek için farkındalık, süpervizyon, fiziksel sağlığın korunması gibi öz bakımın önemini kabul etmişlerdir. Onkoloji alanındaki literatür de çalışma alanının getirdiği duygusal zorluklar nedeniyle “daha mutlu şeylere odaklanma” veya aktif olarak yoga, egzersiz gibi kişisel bakıma büyük bir ihtiyaç olduğuna da dikkat çekmektedir (Breen ve ark., 2014). Terapistlerin iyi öz bakım uygulamalarını, duygusal stresi ve tükenmişliği önlemek için önemlidir. (Duba ve Magenta, 2008). Görüşme gerçekleştirilen katılımcılar, bu alanda çalışmanın ikincil travmaya ve tükenmişliğe neden olmaması adına başa çıkılabilmek için çeşitli stratejilere ihtiyaç olduğunu bildirmişlerdir. Çünkü ölüme yakın alanda çalışan psikoterapistlerin fiziksel öz bakımına dikkat etmesi, kişinin kendisiyle olan ilişkisini de güçlendirmektedir (Danillon, 2018).

Ölümün ağırlığından bir kaçış olarak neredeyse tüm katılımcıların bahsettiği bir diğer faktör ise süpervizyon ihtiyacıdır. Araştırmalar, zorlu yaşam olayları yaşayan danışanlarla çalışanların kendi terapi süreçlerine katılmasının fayda sağlayabileceğini öne sürmüştür (Katz, 2006; Quitangon ve Evces, 2015). Fakat bu çalışmada bireysel terapinin öneminden ziyade katılımcılar süpervizyon ihtiyacından bahsetmişlerdir. Ölümcül hastalarla çalışma deneyimine sahip biri ile süpervizyon sürecinde olmak, terapistlere çalışma yöntemlerini düzenleme ve duyguları üzerinde düşünme avantajı sağlamaktadır (Parkes ve ark., 1996 akt: Bleicher, 2011). Olumsuz etkilerin de söz konusu olduğu ölüme yakın alanda çalışırken, bu sürecin terapist açısından olumlu etkilere dönüşmesinde süpervizyon sürecinin öneminin büyük olduğu, çalışma sonucunda elde edilen bir bilgi olmuştur. Çünkü danışan-terapist

ilişkisinde “karşılıklı psikolojik gelişim” için süpervizörler önemli kimselerdir (Miller ve Stiver, 1997). Terapistlerin ölümün olumsuz etkilerinden korunmak ya da baş edebilmek için süpervizyon ihtiyaçlarının olmasından literatürde de bahsedilmiştir. Örneğin Hassan ve arkadaşlarının (2018) araştırmasına katılan tüm terapistler kanser hastalarıyla çalışırken uzmanlığa sahip diğer terapistlerin desteğine ihtiyaç duyduklarını bildirmişlerdir.

4.4. Açığa Çıkan Duygular

Bu çalışmada katılımcılar ölüme yakın kanser hastaları ile çalışma deneyimlerini aktarırken sıklıkla duygu ifadesinde bulunmuşlardır. Katılımcılar, danışanları ile empatik bir düzlemde terapi gerçekleştirdikleri için paylaşılan bu duyguların çoğunlukla olumsuz olduğunu, ek olarak çaresizlik, duygusal zorlanma ya da danışanın ölümü halinde yas duygusu yaşadıklarını aktarmışlardır. İlgili literatürde, duygusal tepkilerin hafifletilmesi amacıyla çeşitli stratejilerin uygulanmasına rağmen, bu alanda çalışanların çoğunluğunun olumsuz duygular aracılığıyla kişisel yaşamlarının etkilendiğinden bahsedilmektedir. Ölümün eşlik ettiği terapilerde danışanın olduğu kadar terapistin de zorlu duygularına dikkat edilmesi gerekmektedir (Dwyer ve ark., 2012). Hassan ve ark. (2018), kanser hastaları ile çalışan terapistler ile gerçekleştirdiği çalışmada, kanserin terapistler üzerindeki duygusal etkisinin ele alınmasının önemli olduğunu, bu durumun duygusal açıdan çok zorlayıcı olduğunu bildirmiştir. Bu paylaşılan olumsuz duygular, literatürdeki terminal dönem ile çalışan terapistlerin aktarmış olduğu keder ve üzüntü duyguları ile benzerlik göstermektedir (Kourogrou, 2023). Danışanın yaşamındaki zorlukların fiziksel bozulmalar nedeniyle giderilemediği durumlarda terapi yapmak zorlayıcı olabilmektedir. Sınırlılıkların farkında olmamak terapist için çaresizlik duygusunu beraberinde getirmektedir. Orbach, (1999), ölümcül hastalar ile çalışılan terapi sürecini danışanın ve terapistin birlikte paylaştığı bir “çaresizlik” olarak nitelendirmiştir. Çalışmanın bir diğer alt teması ile benzer şekilde literatürde, ölüme yakın danışanlar ile çalışanların, danışanın kaybıyla karşılaştıklarında yas sürecinden kaçamadıklarından bahsedilen çok sayıda çalışma bulunmaktadır (O’Brien, 2011; Palmieri, 2018; Papadatou, 2009).

Duygusal bağlamda yaşanan bu olumsuz etkiler nedeniyle yaşanabilecek durumlar literatürde “tükenmişlik” ve “merhamet yorgunluğu” kavramları ile incelenmiştir. Literatürün sistematik bir incelemesi, kanser alanında çalışanlarda tükenmişliğin yüksek oranda görüldüğünü bildirmiştir (Trufelli ve ark., 2008). Benzer bulgular, danışan kaybı yaşayan sağlık çalışanları ile ilgili literatür incelendiğinde de görülmektedir. Uzmanların duygusal bağ kurdukları hastaları kaybetmeleri 'tükenmiş' hissetmelerine neden olmaktadır.

(Breen ve ark., 2014; Dwyer ve ark., 2012). Merhamet yorgunluğu ise, bakım mesleklerindeki çalışanlar tarafından hissedilen ve empatinin yol açtığı duygusal ve fiziksel tükenmeyi ifade etmektedir ve danışanların acılı yaşam olaylarını dinlemenin bu yorgunluğa yol açabileceği ileri sürülmüştür (Figley, 1995). Örneğin Cramond ve ark., (2020) çalışmasında katılımcılar, merhamet yorgunluğunu temsil edebilecek çeşitli deneyimlerini paylaşmışlardır. Fakat literatürdeki bu bilgilere rağmen, ölüme sıkça maruz kalmanın bu alanda çalışan terapistlerin tükenmişlik ya da yorgunluk yaşamasına neden olabileceği hipotezi, bu çalışmada desteklenmemektedir.

Ölüme yakın kanser hastası danışanlar ile çalışan katılımcılar, çalışmada bahsedilen olumsuz duygulara ve artan sıkıntıya rağmen herhangi bir tükenmişlik ya da yorgunluk dile getirmemiş, aksine neredeyse tüm katılımcılar bu danışan grubu ile çalışarak duygusal bir “tatmin” yaşadıklarından bahsetmişlerdir. Katılımcıların, mesleğini iyi bir şekilde yerine getirirken danışanlara eşlik etmekten duydukları haz sayesinde yaşadıkları tatmin deneyimleri oldukça belirgindir. Yardım davranışları ile tatmin olan ruh sağlığı çalışanları, başarı ve öz yeterlik duygusu da yaşamaktadır (Papadatou, 2009). Bu etki, ölüme yakın hastalardan ve ailelerinden minnettarlık ve takdir görmenin terminal dönem danışanlarla çalışan psikoterapistlerde tatmin duygusu yarattığı çalışma ile benzerlik göstermektedir (Kouroglou, 2023). Kanser hastalarıyla çalışan hemşireler ile yapılan bir çalışmada, terapist rolünün ağır bir duygusal yük gibi yorucu noktaları olsa da bu alanda çalışmanın olumlu yönlerin daha ağır bastığı bulgusu (King-Okoye ve Arber, 2014) bu çalışmada belirten bulgular ile uyumludur.

Bu çalışmada katılımcıların bahsettiği olumsuz duygu alışverişi, danışanın duyguları ile empati yapma nedeniyle yaşanmaktadır. Fakat tüm katılımcılar, olumsuz duyguların kabul edilebilir ve dönüştürülebilir bir şey olduğunu ve bu duygulara odaklanmak yerine olumlu yaşantılara odaklandıklarını aktarmışlardır. Yani terapisti etkileyenin, ölümün yakın oluşu ve beraberinde getirdiği olumsuz duygulardan bağımsız olarak, bu süreci terapistin nasıl ele aldığı ile ilgili olduğunu söylemek mümkündür. Bu sayede katılımcılar, ölüme yakın danışanları ile empati kursalar ve olumsuz duyguları yaşasalar da bu durum katılımcılarda olumsuz bir etkiye neden olmamaktadır. Bu sonuç benzer şekilde, Kadambi ve Truscott’un (2004) cinsel istismar yaşamış danışanlar ve kanser hastası danışanlar ile çalışan terapistler ile yaptığı çalışmada, bu alanda çalışan uzmanlarda dolaylı travmanın diğer terapi alanlarına göre daha yaygın olmadığı bulunmuştur. Yani çalışma, travmatik stresin danışanın yaşantısından bağımsız olarak meydana geldiğini göstermektedir. Dolaylı travmanın, terapistlerin danışanın yaşantısıyla empati kurmasından ziyade kendi duygularını işleme

biçimiyle ilgili olabileceği dikkat çeken bir nokta olmuştur. Bu çalışmada da katılımcılar çeşitli başa çıkma yollarını bulduklarından, süpervizyon sürecinden geçtiklerinden ve tatmin duygusuna odaklandıklarından ötürü, olumsuz etkilenmediklerini söylemek mümkündür.

4.5. Ölümle Çevrelenmiş Terapi

Bu çalışmadaki katılımcılar, danışanın ölümüne yakın oluşu nedeniyle terapinin ilerleme şeklinin, diğer danışanlar ile terapilerden farklı ve danışanın ihtiyacına göre, protokolsüz olduğu konusunda hem fikirlerdir. Terapistlerin bu alanda çalışma konusunda hazırlanmış yönergelerden ve kılavuzlardan haberdar olması önemli olsa da esnek olmak ve danışanın ihtiyacını gözetmek önemlidir (Stedeford, 1979). Ölümcül hastalarla çalışırken terapinin amacı, hastanın yaklaşan ölümlerini nasıl algıladığını çalışmak ve yaşamlarındaki son zamanlarını kolaylaştırmaya yardımcı olmaktır (Lair, 1996). Bu çalışmada önemli bir faktör olduğu düşünülerek, katılımcılara ekolleri ve kullandıkları yöntemler sorulmuş olsa da katılımcılar, danışanın ölümcül hastalığı nedeniyle katı bir yaklaşım ile ilerleyemediklerini ve terapide esnekliğe ihtiyaç duyduklarını bildirmişlerdir. Danışanın ölüm nedeniyle sık değişen ihtiyaçlarının belirlenmesinin ve bu ihtiyacı karşılayacak şekilde terapinin ilerletilmesinin önemli olduğunu belirtmişlerdir. Ölümün terapinin gidişatını etkilediği bu faktörden ilgili literatürde de bahsedilmiştir. Örneğin, kanser hastası danışanlar ile bilişsel davranışçı terapi ekolü odaklı terapi yapmaları beklenen terapistler, neredeyse tüm süreçte paylaşılan protokole bağlı kalmayı zor bulduklarını, sadece kılavuzu takip ederek ilerleyemediklerini bildirmişlerdir (Hassan ve ark., 2018). Aksi olarak literatürde, ölmekte olan danışanlarla çalışırken ölümün yarattığı rahatsızlık ve kaygı nedeniyle terapistlerin danışanların ihtiyaçlarına daha az duyarlı hale gelebildiği bilgisi olsa da (Kirchberg ve ark., 1998) bu çalışmada katılımcılar terapi sürecini danışanın ihtiyaçlarını gözeterek ilerlettiklerini bildirmişlerdir.

Danışanların ölümüne yakın olmalarının terapide yarattığı bir diğer etki olarak, danışanların duygularını ve düşüncelerini paylaşma konusunda daha açık ve özgür olmalarının terapide derin bir ilişkinin yaşanmasını sağladığı görülmüştür. Katılımcılar, terapide ölmekte olan kişiyle çalışmanın yakın ve derin bir ilişkisel deneyim olduğundan bahsetmişlerdir. Yaklaşan ölüm nedeniyle, terapötik ilişkinin hızlanması, terapide yoğunluk ve yakınlık sağlamaktadır (Cramond ve ark., 2020). Ölümle yüzleşmemiş danışanlara kıyasla bu danışan grubunda duygusal katılımın yoğun olduğu “derin” terapiden, ölümüne yakın terapi ile ilgili literatürde de bahsedilmektedir (Curran ve Kobos, 1980; Jackson, 1977; Kouroglou, 2023).

Katılımcılar danışanlarının ölümüne yakın ya da terminal dönemde olmaları nedeniyle kalan zamanlarının sınırlılığından, bu aciliyet unsurunun terapiyi önemli ölçüde etkileyen bir faktör olduğundan da bahsetmişlerdir. Danışanlar, zamanlarının sınırlı olduğu konusunda güçlü bir düşünceye sahip olduklarından, hızlı bir şekilde ilerleme ihtiyacı duymaktadırlar. Bu nedenle terapistlerin terapide zaman algısını doğru bir şekilde ele almaları oldukça önemlidir (Lederberg ve Holland, 2011). Bu etki, ilgili literatür ile benzerlik göstermektedir. Örneğin Curran ve Kobos (1980), kanserli danışanı ile deneyimini aktardığı vaka çalışmasında yaklaşan ölümü, terapinin hızını arttıran bir katalizör olarak tanımlamıştır.

4.6. Terapide Algılanan Ölümün İzleri

Ölümün beraberinde getirdiği ihtiyaç karmaşıklığı, zaman sınırlılığı ya da yakın kurulan ilişki gibi etkilerin, terapi sürecini ne şekilde etkilediği üst paragrafta tartışılmıştır. Ancak bu çalışmada katılımcılar, danışanların yaklaşan ölümlerini nasıl algıladıklarının da terapi sürecini etkileyen önemli bir nokta olduğunun altını çizmiştir. Literatürde ölümün yaklaşmasıyla danışanların, ölümlerinin anlamını keşfetmek amacıyla terapide daha yüksek bir bilinç düzeyine ulaştığından (Lair, 1996) ya da danışanların kanser hastalığı olmasına rağmen terapiye hevesli ve umutlu olduklarından (Hassan ve ark., 2018) bahsedilse de aksi olarak bu çalışmada ölüm nedeniyle danışanda gerçekleşen umutsuzluğun ve bilişsel çarpıtmaların terapiyi olumsuz etkilediği bulunmuştur.

Kubler-Ross (1969) “Ölüm ve Ölmek Üzere” adlı kitabında, bütün hastaların bir ölçüde umudunu koruduğunu ve bu umuttan beslendiğini gözlemlediğinden bahsetse de gerçekleştirilen bu çalışmada hayattan umudunu yitirmiş danışanların terapiye dair de bir umudunun olmadığı ortaya konmuştur. Bu durumun terapinin sürdürülmesini sekteye uğratması ve terapide umudu kazandırmak üzere çalışma zorunluluğu, terapiyi etkileyen bir faktör olarak aktarılmıştır. Katılımcıların aktarımına göre ölüm, danışanlarda yalnızca umutsuzluğu değil, çeşitli çarpıtmaları da beraberinde getirmektedir. Bu çarpıtmanın örneklerinden bulgular kısmında bahsedilmiştir. Ölüm gerçeği ile yüzleşildiğinde kişi bazen öfkeyle tepki verip, neden ölme zamanının geldiğini sorgulayabildiği gibi (Kubler-Ross, 1975), Tanrı'nın kendilerini yanlış davranışlarından dolayı hastalık ile cezalandırdığını ya da affetmeyeceğini de düşünebilmektedirler (Breitbart ve ark., 2004). Çarpıtılmış inançlar, terapide olumlu bir bilişsel yeniden çerçeveleme ihtiyacına neden olduğundan katılımcılar tarafından terapiyi etkileyen bir faktör olarak dile getirilmiştir. Literatürde bu bulguya benzer şekilde kanser hastalarıyla çalışırken danışanda kanserin yarattığı bilişsel hasar ve yorgunluğun terapinin gidişatını zorlaştırdığından bahsedilmektedir (Hassan ve ark., 2018).

4.7. Fiziksel Bozulmaların Gölgesinde Terapi

Kanser, ölüme yaklaştırmanın yanı sıra fiziksel etkileri de oldukça belirgin bir hastalık olduğundan, fiziksel bozulmaların da çeşitli şekillerde terapi sürecini etkilediği katılımcılar tarafından aktarılmıştır. Danışanın hayatında önceliğin fiziksel sağlığın iyileştirilmesi olması, terapinin yani psikolojik sağlığın ikinci planda kalmasına neden olmaktadır. Çünkü bir hastanın psikolojik ihtiyaçları genellikle fiziksel ihtiyaçları karşılandıktan sonra ortaya çıkmakta, psikolojik ihtiyaçlarına odaklanmadan önce fiziksel ihtiyaçlarının karşılanması gerekmektedir (Kubler-Ross, 1997). Bu nedenle ölümcül hastalarla çalışan terapistler, hastanın duygusal ihtiyaçları ile çalışmaya başlamadan önce hastanın fiziksel iyilik halinin farkında olmalıdır.

Aynı zamanda katılımcılar, fiziksel sağlıktaki bozulmalar nedeniyle terapinin aksayabildiğini, danışanın ölmekte olduğu bir süreçte çalışırken neyin etik bir davranış olduğunun belirsiz olması nedeniyle terapide esnekliğe ihtiyaç duyduklarından bahsetmişlerdir. Sınırlarda meydana getirilen esneklik, tüm danışanlar için terapiye devamlılığa önemli bir katkı sağlamaktadır (Owen ve Hilsenroth, 2014). Katılımcılar ise, kanserli danışanlarda bu esnekliğin daha büyük öneme sahip olduğunu aktarmışlardır. Çünkü kanser hastası danışanlar, hastalık ve tedavisi nedeniyle terapiye fiziki olarak katılma, konuşma, uzun süre oturma ya da ev ödevlerini gerçekleştirme gibi çok çeşitli alanda zorluk yaşamaktadırlar. Bu zorluklar nedeniyle terapistler, diğer alanlardaki terapistlerin gerçekleştirmediği esneklikleri danışanlarına tanıdıklarından, bahsetmişlerdir. Seansların uzunluğu, zamanlaması, ücret politikaları gibi konularda esneklik sağlanarak terapinin sürdürülmesi oldukça önemlidir (Hassan ve ark., 2018). Bu çalışmanın sonuçlarıyla benzer şekilde Ducaine (2017), yaşam sonundaki kimselerle çalışan danışmanların deneyimlerini aktardığı çalışmasında seans süresi, gizlilik, kendini açma, fiziksel temas gibi sınırların daha akışkan hale geldiğinden bahsetmektedir.

4.8. Çalışmanın Alan Yazına Katkısı, Sınırlılıkları ve Öneriler

Bu çalışma, ölüme yakın alanda çalışmaya devam eden katılımcılar ile gerçekleştirilmiştir ve bu alanda çalışmaya devam edebilmek için ölümün kabulü, yaşamı düzenleme ve dönüştürme, tatmin gibi faktörlerin önemli olduğunu ortaya koymuştur. Çalışma sonucu açığa çıkan bu noktalara, Melo ve Oliver'ın (2011) sağlık çalışanları ile gerçekleştirdiği çalışmada da değinilmiştir. Araştırmacılar, ölüm üzerine düşünme, yaşamda anlam bulma, mesleki tatmin ve hasta ile empati gibi konuların üzerinde durulduğu bir eğitim programı sonrası, sağlık çalışanlarının tükenmişlik ve ölüm kaygısının azaldığı, refah

ve tatmin oranlarında ise artış olduğu bilgisine ulaşmışlardır. Yaklaşmakta olan ölümün etkilerinin araştırıldığı bu çalışma bulgularının ülkemizde de benzer çalışmaların ve eğitimlerin gerçekleştirilmesine ışık tutacağına inanılmaktadır.

Ölümün ağırlığından kaçış yollarını da kendi deneyimleri ile öğrenen katılımcılar, olumsuz etkilerden korunmak için neler yapılabileceğine dair eğitim eksikliğinden de söz etmişlerdir. Çalışma bulguları, terapistlerin ölümle karşılaştıklarında artan sıkıntı, paylaşılan olumsuz duygular ya da kendi ölümlülüğünü hatırlama gibi olumsuzluklar yaşasalar da önemli ödülleri aldıklarını göstermektedir. Katılımcılar, ölüme yakın alanda çalışırken çeşitli olumsuz etkilerle karşılaşsalar da bu olumsuz etkilere odaklanmadıkları, bu alanda çalışmanın getirdiği olumlu etkilere odaklanarak mesleği devam ettirebildiklerini vurgulamaktadırlar. Terapi sürecinden, terapistin duygusal ve davranışsal yarar sağlaması ilişkiyi devam ettirir niteliktedir. Büyümenin desteklenmediği bir ilişkide terapistler ayrılma eğiliminde olabilmektedir (Ducaine, 2017). Bu çalışmaya yalnızca bu alanda çalışmayı devam ettirebilmiş terapistlerin dahil edilmesi, bu çalışmanın bir sınırlılığıdır. Bu nedenle gelecek çalışmalarda kanser hastaları ile çalışmayı devam ettirmeyen psikoterapistler ile işi bırakmalarındaki faktörleri açığa çıkaracak çalışmalar gerçekleştirilmesinin, bu çalışmanın bulgularının doğrulanabilmesi için önemli olacağı düşünülmektedir.

Araştırmanın bulgularında bahsi geçen tüm bu etkiler, danışan ölümcül bir hastalık olan kanser hastası olduğu için terapiye etki eden noktalardır. Fakat katılımcılar bu etkileri olumlu ya da olumsuz olarak kategorize etmemiş, bu etkilerin kabul edilmesinin ve terapinin bu etkilere göre dönüştürülmesinin önemli olduğunu altını çizmişlerdir. Ölümün yakınlığının yarattığı etkilere uyum sağlayarak terapi gerçekleştirebilmeyi kendileri deneyimleyerek öğrendiklerini aktarmışlardır. Katılımcıların da aktarımlarında bahsettiği üzere, ölümcül hastalarla terapi yapmak, kitaba bağlı ilerletilemeyen bir çalışma alanıdır. Bu nedenle bu çalışma, terapistlerin deneyimlerini aktaran bir çalışma olduğundan, bu alanda çalışacak terapistler için oldukça önemli olduğu düşünülmektedir.

Sonuç olarak bu çalışma, terapistlerin bu çalışmadaki deneyimlerine ilişkin daha fazla niteliksel araştırma önermektedir. Gelecek çalışmaların, ölüme yakın alanda etkili terapinin gerçekleştirilebilmesi, terapistlerin işi bırakmalarının önüne geçilmesi, uygun başa çıkma yollarının kullanılması ve terapistlerin mesleki doyuma ulaşabilmesi için önemli olduğu düşünülmektedir. Bu sayede, sınırlı kaynakların olduğu bu alanda, terapistler için işe yarayacak desteğin nasıl tasarlanabileceğinin bir yolu bulunabilecektir.

5. SONUÇ

Genel olarak çalışmanın sonuçlarından birkaç çıkarım yapabilmek mümkündür. Katılımcılardan bir kısmı kendi isteği ile ölüme yakın danışan grubu olarak kanser hastalarıyla çalışmaya başlasa da bir kısmı da atama gibi dış nedenlerle bu alanda çalışmaya başladıklarını bildirmişlerdir. Buna rağmen katılımcıların bu alanda çalışmaya devam etmeleri bilinçli olarak verdikleri bir karardır. Kendilerinin kişisel olarak ölümle çalışmaktan nasıl etkilendiği sorulduğunda katılımcılar, kendilerinin ve sevdiklerinin ölümlülüğü ile karşılaşma gibi olumsuzluklardan bahsetseler de ölümün bu hatırlatıcı etkisi ölümün kabulünü, yaşamın ve zamanın kıymetini bilmeyi beraberinde getirmiştir. Bu olumlu etkiler, zorlayıcı taraflarına rağmen terapistlerin ölüme yakın alanda çalışabilmesini sağlamaktadır. Aynı zamanda “duygular” temasında paylaşılan üzüntü, çaresizlik, kaygı gibi hissettikleri ve yaşadıkları olumsuzluklara rağmen “tatmin” duygusunun varlığı da bu duygunun terapistler için bu alanda çalışmaya yetecek güçte olduğunu gösterir niteliktedir.

İleri evre bir hastalıkla ve yaklaşmış bir ölümle beraber yürütülen terapi sürecinde terapistin nasıl etkilendiği bulgular bölümünde paylaşılmıştır. Bu alanda çalışan psikoterapistler, terapide ölümün yaklaşmış oluşundan kişisel olarak etkilenmiyor değildirler, fakat zorlu faktörlerle başa çıkmanın ve bu olumsuz etkileri kendi hayatlarına olumlu yansıyacak şekilde dönüştürebilmenin formüllerini bulmuşlardır. Bu alanda çalışmayı hayatlarına kişisel bir kazanım olarak yansıttıkları görülmüştür. Yani, terapistin bu süreçten etkilenmesi, danışanın ölüme yaklaşmış olmasından bağımsız olarak, terapistin bu etkileri hayatına nasıl yansıttığıyla ilgilidir. Ortaya çıkan olumsuz etkilere ve zorlanmalara rağmen ödüllendirici taraflar ve terapistin kendi hayatını değiştirip dönüştürebilmesi sayesinde meslekte devam edebilmeyi sağlaması, sonraki çalışmalar için önemli bir bilgi niteliğindedir. Katılımcı olan terapistlerin ölüme yakın süreç ile başa çıkma deneyimlerini öğrenmek, bu alanda çalışan ya da çalışmaya başlayacak psikoterapistler için önemli bilgiler sunduğu gibi, sonraki çalışmalara da ışık tutacaktır.

Bir diğer taraftan danışanın ölüme yakın oluşunun, terapide belirli bir çerçeveye bağlı kalmadan ilerleme zorunluluğu, ihtiyaçların karmaşıklığı, danışanın umutsuzluğu ve bozulan inançları, zaman sınırlılığı ya da fiziksel bozulmalar nedeniyle terapinin de aksaması gibi çeşitli konularda terapinin yürütülmesini etkilediği bilgisine ulaşılmıştır. Katılımcılar kanserin getirdiği bu etkileri, terapiyi olumsuz etkileyen faktörler olarak aktarmak yerine, terapide uyum sağlanması gereken faktörler olarak aktarmışlardır. Ayrıca katılımcıların bu hastalığın terapiyi daha derin hale getirmesi gibi olumlu etkilere

odaklanmaları da dikkat çekmiştir. Bu etkilere ve ölüme yakın hastalarla terapi sürdürmeye yönelik eğitimlerin eksikliğine rağmen katılımcılar, deneyimleri sayesinde bu danışan grubuyla terapi sürecini ilerletebildiklerini aktarmışlardır. Paylaşılan bu deneyimler, bu alan çalışan psikoterapistler için etkin terapi yollarını gösterdiğinden oldukça önemli olduğu düşünülmektedir.



KAYNAKLAR

- Adler, N. E. ve Page, A. E. K. (2008). Committee on Psychosocial Services to Cancer Patients/Families in a Community Setting. In *Cancer Care for the Whole Patient: Meeting Psychosocial Health Needs*.
- Amerikan Psikiyatri Birliği. (1994). Mental bozuklukların tanısı ve istatistiksel el kitabı (DSM-IV: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) 4. Baskı, (çev. Ertuğrul K roğlu), Hekimler Yayın Birliği.
- Arbore, P., Katz, R. S. ve Johnson, T. A. (2016). Suffering and the caring professional. R.S. Katz ve T. A. Johnson, (Ed.), *When professionals weep* içinde (11-23). Routledge.
- Arman, M. ve Rehnsfeldt, A. (2003). The hidden suffering among breast cancer patients: a qualitative metasynthesis. *Qualitative Health Research*, 13(4), 510-527.
- Arnold, D., Calhoun, L. G., Tedeschi, R. ve Cann, A. (2005). Vicarious posttraumatic growth in psychotherapy. *Journal of Humanistic Psychology*, 45(2), 239-263.
- Becker, E. (1973). *The denial of death*. Free Press Paperbacks.
- Bleicher, H. J. (2011). *The experience of counseling the terminally ill and the best counseling practices*. University of Nebraska at Omaha.
- Braun, V. ve Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101.
- Breen, L. J., O'Connor, M., Hewitt, L. Y. ve Lobb, E. A. (2014). The “specter” of cancer: Exploring secondary trauma for health professionals providing cancer support and counseling. *Psychological Services*, 11(1), 60.
- Breitbart, W. S. ve Alici, Y. (2009). Psycho-oncology. *Harvard Review of Psychiatry*, 17(6), 361-376.
- Breitbart, W., Gibson, C., Poppito, S. ve Berg, A. (2004). Psychotherapeutic interventions at the end of life: A focus on meaning and spirituality. *Canadian Journal of Psychiatry*, 49, 366-372.

- Buğu, B. (2016). *Working with the cancer of the diseases: Phenomenology of being a psychotherapist working with torture survivors in Turkey*. (Yayınlanmamış yüksek lisans tezi). İstanbul Bilgi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Bultz, B. D., Travado, L., Jacobsen, P. B., Turner, J., Borrás, J. M. ve Ullrich, A. W. (2015). 2014 President's plenary international psycho-oncology society: moving toward cancer care for the whole patient. *Psycho-Oncology*, 24(12), 1587-1593.
- Chow, A. Y. (2013). Developing emotional competence of social workers of end of life and bereavement care. *British Journal of Social Work*, 43(2), 373-393.
- Ciaramella, A. ve Spiegel, D. (2012). Psychiatric disorders among cancer patients. *Handbook of Clinical Neurology*, 106, 557-572.
- Clarke, V. ve Braun, V. (2018). Using thematic analysis in counselling and psychotherapy research: A critical reflection. *Counselling and Psychotherapy Research*, 18(2), 107-110.
- Cohen, S. T. ve Block, S. (2004). Issues in psychotherapy with terminally ill patients. *Palliative & Supportive Care*, 2(2), 181-189.
- Cramond, L., Fletcher, I. ve Rehan, C. (2020). Experiences of clinical psychologists working in palliative care: A qualitative study. *European Journal of Cancer Care*, 29(3), e13220.
- Cresswell, J. (2013). *Qualitative inquiry & research design: Choosing among five approaches*. Sage Publications.
- Curran, M. C. ve Kobos, J. C. (1980). Therapeutic engagement with a dying person: Stimulus for therapist training and growth. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 17(3), 343.
- Danillon, D. (2018). *The impact of client death on cancer-care psychotherapists practicing in hospices: a mixed-methods study*. (Yayınlanmamış Doktora Tezi). University of Manchester.

- Demmer, C. (2004). A survey of complementary therapy services provided by hospices. *Journal of Palliative Medicine*, 7, 510-516.
- Doka, K. J. (2013). *Counseling individuals with life threatening illness*. Springer Publishing Company.
- Duba, J. D. ve Magenta, M. (2008). End-of-life decision making: A preliminary outline for preparing counselors to work with terminally ill individuals. *The Family Journal*, 16, 384-390.
- Ducaine, C. S. (2017). *Understanding the counselor experience when working with end of life clients*. Montclair State University.
- Dwyer, M. L., Deshields, T. L. ve Nanna, S. K. (2012). Death is a part of life: Considerations for the natural death of a therapy patient. *Professional Psychology: Research and Practice*, 43(2), 123.
- Figley, C. R. (1995). *Compassion fatigue: Toward a new understanding of the costs of caring*. Brunner/Mazel.
- Figley, C. R. (2002). Compassion fatigue: Psychotherapists' chronic lack of self care. *Journal of Clinical Psychology*, 58(11), 1433-1441.
- Foster, A. N. ve Vacha-Haase, T. (2013). Practicing psychologists working with older adults: A qualitative study. *Professional Psychology: Research and Practice*, 44(6), 415.
- Freud, S. (2004). Savaş ve ölüm zamanları üzerine düşünceler. *Uygarlık, Toplum ve Din*, 57-82.
- Hacker, T. A. (1977). Some aspects of transference and countertransference in therapy with dying and nondying patients. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 7(3), 189.
- Hassan, S., Bennett, K. ve Serfaty, M. (2018). Delivering cognitive behavioural therapy to advanced cancer patients: a qualitative exploration into therapists' experiences within a UK psychological service. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 25(4), 565-574.

- Hernández, P., Gangsei, D. ve Engstrom, D. (2007). Vicarious resilience: A new concept in work with those who survive trauma. *Family Process*, 46(2), 229-241.
- Hui, D., Nooruddin, Z., Didwaniya, N., Dev, R., De La Cruz, M., Kim, S. H. ve Bruera, E. (2014). Concepts and definitions for “actively dying,” “end of life,” “terminally ill,” “terminal care,” and “transition of care”: a systematic review. *Journal of Pain And Symptom Management*, 47(1), 77-89.
- Jackson, E. (1977). Counseling the dying. *Death Education*, 1(1), 27-39.
- Jelsma, J. ve Clow, S. (2005). Ethical issues relating to qualitative research. *South African Journal of Physiotherapy*, 61(1), 3.
- Kadambi, M. A. ve Truscott, D. (2004). Vicarious trauma among therapists working with sexual violence, cancer, and general practice. *Canadian Journal of Counselling*, 38, 260–276.
- Kaslow, N. J. ve Gurman, A. S. (1985). Ethical considerations in family therapy research. *Counseling and Values*, 30(1), 47-61.
- Kastenbaum, R. ve Moreman, C. (2018). *Death, society, and human experience*. Routledge.
- Katz, R. S. (2006). The journey inside: Examining countertransference and its implications for practice in end-of-life care. R. S. Katz ve T. A. Johnson, (Ed), *when professionals weep içinde* (269-283). Routledge.
- King-Okoye, M. ve Arber, A. (2014). ‘It stays with me’: the experiences of second-and third-year student nurses when caring for patients with cancer. *European Journal of Cancer Care*, 23(4), 441-449.
- Kirchberg, T. M., Neimeyer, R. A. ve James, R. K. (1998). Beginning counselors’ death concerns and empathic responses to client situations involving death and grief. *Death Studies*, 22, 99-120.
- Knight, Z. G. (2019). I am surrounded by death: death as a defining psychic issue within a relational psychoanalytic engagement and the impact of the therapist’s relationship

with death. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process, and Outcome*, 22(2), 308-316.

Kourogrou, V. (2023). Working with the terminally ill: An exploration of the experiences of psychotherapists in Greece. *OMEGA-Journal of Death and Dying*,

Kubler-Ross, E. (1969). *On death and dying*. Macmillan.

Kubler-Ross, E. (1975). *Death*. Prentice Hall.

Kubler-Ross, E. (1997). *The wheel of life: A memoir of living and dying*. Touchstone.

Lair, G. S. (1996). *Counseling the terminally ill: sharing the journey*. Taylor & Francis.

Lederberg, M. S. ve Holland, J. C. (2011). Supportive psychotherapy in cancer care: An essential ingredient of all therapy. *Handbook of Psychotherapy in Cancer Care*, 1-14.

LeShan, L. (1994). *Cancer as a turning point: A handbook for people with cancer, their families, and health professionals*. Penguin.

Lincoln, Y. S. ve Guba, E. G. (1986). But is it rigorous? Trustworthiness and authenticity in naturalistic evaluation. *Naturalistic Evaluation*, 30, 73-84.

Lyons, L. (2019). *Someone who understands: a qualitative study exploring cancer patients' experiences of psychotherapy in cancer care*. (Yayınlanmamış Doktora tezi). London Metropolitan University.

Maslach, C. (2003). *Burnout: The cost of caring*. Ishk.

McCann, I. L. ve Pearlman, L. A. (1990). Vicarious traumatization: A framework for understanding the psychological effects of working with victims. *Journal of Traumatic Stress*, 3, 131-149.

Melo, C. G. ve Oliver, D. (2011). Can addressing death anxiety reduce health care workers' burnout and improve patient care? *Journal of Palliative Care*, 27(4), 287-295.

Miller, J. B. ve Stiver, I. P. (1997). *The healing connection*. Beacon Press.

- Morrison, J. (2016). *The first interview*. Guilford Publications.
- National Institutes of Health State of the Science Panel. (2003). National Institutes of Health State-of-the-Science Conference Statement: Symptom management in cancer: pain, depression, and fatigue. *Journal of the National Cancer Institute*, 95(15), 1110-1117.
- Norton, J. (1963). Treatment of a dying patient. *The Psychoanalytic Study of The Child*, 18(1), 541-560.
- O'Brien, J. M. (2011). Wounded healer: Psychotherapist grief over a client's death. *Professional Psychology: Research and Practice*, 42(3), 236.
- Orbach, A. (1999). *Life, psychotherapy, and death: The end of our exploring*. Jessica Kingsley.
- Owen, J. ve Hilsenroth, M. J. (2014). Treatment adherence: The importance of therapist flexibility in relation to therapy outcomes. *Journal of Counseling Psychology*, 61(2), 280-288.
- Öz, F. (2001). Hastalık yaşantısında belirsizlik. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 12(1), 61-68.
- Quitangon, G. ve Evces, M. R. (2015). *Vicarious trauma and disaster mental health*. Taylor & Francis.
- Palmieri, F. (2018). Counselling psychologists' experience of the death of a terminally ill client: An interpretative phenomenological analysis. *Counselling Psychology Review*, 33(1), 33-45.
- Papadatou, D. (2009). *In the face of death: Professionals who care for the dying and the bereaved*. Springer Publishing Company.
- Pattison, E. M. (1967). The experience of dying. *American Journal of Psychotherapy*, 21(1), 32-43.
- Raison, C. L. ve Miller, A. H. (2003). Depression in cancer: new developments regarding diagnosis and treatment. *Biological psychiatry*, 54(3), 283-294.

- Rolland, J. S. (2005). Cancer and the family: An integrative model. *Cancer: Interdisciplinary International Journal of the American Cancer Society*, 104(S11), 2584-2595.
- Romesberg, T. L. (2004). Understanding grief: A component of neonatal palliative care. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 6(3), 161-170.
- Rubel, R. (2004). When a client dies. *Psychoanalytic Social Work*, 11, 1-14.
- Saunders, S. M., Miller, M. L. ve Bright, M. M. (2010). Spiritually conscious psychological care. *Professional Psychology: Research and Practice*, 41(5), 355.
- Sinclair, S. (2011). Impact of death and dying on the personal lives and practices of palliative and hospice care professionals. *Cmaj*, 183(2), 180-187.
- Smith, J. A. (2004). Reflecting on the development of interpretative phenomenological analysis and its contribution to qualitative research in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 1(1), 39-54.
- Smith, J. A., Jarman, M. ve Osborn, M. (1999). Doing interpretative phenomenological analysis. *Qualitative Health Psychology: Theories and Methods*, 1(1), 218-240.
- Stamm, B. H. (2002). Measuring compassion satisfaction as well as fatigue: Developmental history of the compassion satisfaction and fatigue test. C. Figley, (Ed.), *Treating compassion fatigue* içinde (107-119). Routledge.
- Stedeford, A. (1979). Psychotherapy of the dying patient. *British Journal of Psychiatry*, 135, 7-14.
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2002). *Kanserle savaş politikası ve kanser verileri (1995-1999)*. T.C. Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı Yayın No: 618, 12-16.
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2022). *2017 yılı Türkiye kanser istatistikleri*, 10, 2022.
- Tedeschi, R. G. ve Calhoun, L. G. (2004). Posttraumatic growth: conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry*, 15(1), 1-18.

- Torre, L. A., Bray, F., Siegel, R. L., Ferlay, J., Lortet-Tieulent, J. ve Jemal, A. (2015). Global cancer statistics, 2012. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 65(2), 87-108.
- Trufelli, D. C., Bensi, C. G., Garcia, J. B., Narahara, J. L., Abrao, M. N., Diniz, R. W. ve Del Giglio, A. (2008). Burnout in cancer professionals: A systematic review and meta-analysis. *European Journal of Cancer Care*, 17, 524-531.
- VERBI Software. (2023). *MAXQDA 24* [Computer software]. VERBI Software.
- Vos, J. (2015). Meaning and existential givens in the lives of cancer patients: A philosophical perspective on psycho-oncology. *Palliative & Supportive Care*, 13(4), 885-900.
- Watson, M., Haviland, J. S., Greer, S., Davidson, J. ve Bliss, J. M. (1999). Influence of psychological response on survival in breast cancer: a population-based cohort study. *The Lancet*, 354(9187), 1331-1336.
- Wild C. P., Weiderpass, E. ve Stewart, B. W. (Ed.). (2020). *World cancer report*. International Agency for Research on Cancer.
- Yalom, I. D. ve Babayiğit, Z. I. (2001). *Varoluşçu psikoterapi*. Kabalıcı Yayınevi.
- Zabora, J., BrintzenhofeSzoc, K., Curbow, B., Hooker, C. ve Piantadosi, S. (2001). The prevalence of psychological distress by cancer site. *Psycho-oncology: Journal of The Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, 10(1), 19-28.

EKLER

EK1: Bilgilendirilmiş Onam Formu

ONAM FORMU

Değerli katılımcı,

Bu araştırma Başkent Üniversitesi Klinik Psikoloji Tezli Yüksek Lisans Programı'nda yüksek lisans tezi kapsamında Ceyda Arzuhalcı tarafından Doç. Dr. Zuhale Yeniçeri Kökdemir danışmanlığında yürütülmektedir. Araştırma kapsamında Türkiye'de yetişkin kanser hastaları ile çalışan psikoterapistlerin deneyimlerinin incelenmesi hedeflenmiştir.

Bu hedef doğrultusunda ses kaydı alınarak veri toplanacaktır. Bu çalışmadan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı için kullanılacaktır.

Araştırmaya katılım tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Araştırma esnasında kendinizi herhangi bir sebepten dolayı rahatsız hissederseniz, araştırmadan dilediğiniz zaman çekilebilirsiniz. Eğer isterseniz, sizden elde edilen tüm bilgiler imha edilecektir.

Araştırma bireysel görüşme olarak gerçekleşecek ve yaklaşık 45-50 dk sürecektir. Vereceğiniz yanıtların gerçeği yansıtıyor olması araştırmanın geçerliliği için çok önemlidir.

Araştırma hakkında daha fazla bilgiye ihtiyaç duyarsanız Ceyda Arzuhalcı ile iletişime geçebilirsiniz. Araştırmaya katıldığınız için şimdiden teşekkür ederiz.

Bu çalışmaya tamamen gönüllü olarak katılıyorum ve istediğim zaman yarıda kesip çıkabileceğimi biliyorum. Verdiğim bilgilerin bu çalışma kapsamında kullanılmasını ve ses kaydı alınmasını kabul ediyorum.

Katılıyorum () Katılmıyorum ()

Katılımcı Adı Soyadı:

İmza:

EK 2: Demografik Bilgi Formu

DEMOGRAFİK BİLGİ FORMU

1. Yaşınız:
2. Cinsiyetiniz:
3. En son mezun olduğunuz eğitim düzeyi:
4. Ne zamandır kanser hastaları ile çalışıyorsunuz?
5. Şu an en az bir kanser hastası ile çalışıyor musunuz?
6. Kanser hastası danışanlarınızın sayısı diğer danışanlarınıza oranla nedir?
7. Kanser hastaları ile terapiye yönelik herhangi bir eğitim aldınız mı?
8. Kanser hastalığına sahip danışanlar ile çalışma konusundaki baskın teorik yöneliminiz nedir?

EK 3: Yarı Yapılandırılmış Görüşme Soruları

YARI YAPILANDIRILMIŞ GÖRÜŞME SORULARI

1. İlk olarak, ölmek üzere olan yetişkin kanser hastası danışanlarınızla çalışmanızın size kişisel etkileri ile ilgili sormak istiyorum. Kanser hastaları ile çalışmaya nasıl karar (kendi) verdiğinizden bahsedebilir misiniz? Sizi bu danışan grubu ile çalışmak konusunda motive şey neydi?
2. Kanser hastası danışanlar ile çalışmak sizi nasıl etkiledi ya da halen etkilemekte?
 - a- Kanser hastası danışanlar ile çalışmanın sizin için ne gibi zorlukları, olumsuz tarafları var?
 - b- Kanser hastası danışanlar ile çalışmanın size ne gibi iyi gelen, besleyen yanları var?
3. Kanser hastası danışanlar ile çalışmanın hayata bakışınızı, dünyayı, insanları ve kendinizi algılama biçiminize bir etkisi oldu mu? Olduysa nasıl bir etki açıklar mısınız?
4. Bu danışanlarınızla çalışma sürecinizde seans içinde ve seans sonrası sizde ne gibi duygular belirmekte?
5. Kanser hastası danışanlar ile çalışmanın olası olumsuz etkileri ile baş etmek için herhangi bir şey yapıyor musunuz?
6. Şimdi ise bu danışan grubu ile çalışmanın terapi sürecine etkileri üzerine sormak istiyorum. Bu danışanların ölümcül hastalığa sahip olması terapi sürecini nasıl etkiledi?
 - a- Bu danışan grubunda yaklaşmış olan ölüm nedeniyle, terapiyi aksatabilecek, engelleyebilecek eşlik eden zorluklar var mı? Varsa neler olabilir?
 - b- Kanser hastası bireylerle çalışmanın terapiyi etkileyen olumlu temaları var mı?
7. Kanser hastalığına sahip ve ölmekte olan bu danışanlarınızla yaptığınız psikoterapi çalışmasını, diğer danışanlarınızla olan çalışmanızla karşılaştırabilir misiniz?
8. Ölüme yakın bu hastalar ile diğer danışanlarınızdan farklı teknikler/kaynaklar kullanıyor musunuz? Bu danışan grubu ile etkili terapinin nelerden oluştuğunu düşünüyorsunuz?
9. Kanser hastaları ile çalışan diğer terapistlere terapiye yönelik bir tavsiyeniz var mı?
10. Benim sorularımla değinmediğim ancak sizin eklemek istediğiniz herhangi bir şey var mı?

EK 4: Etik Kurul Onayı

Evrak Tarih ve Sayısı: 23.05.2024-344392



T.C.
BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Akademik Değerlendirme Koordinatörlüğü



Sayı : E-62310886-605-344392
Konu : Ceyda Arzuhalcı'nın Etik Onayı

23.05.2024

SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : 06.05.2024 tarih ve 335188 sayılı yazınız.

Enstitünüz Psikoloji Ana Bilim Dalı öğretim üyesi, Doç. Dr. Zuhale YENİÇERİ KÖKDEMİR danışmanlığında, Klinik Psikoloji (Tezli) Yüksek Lisans Programı öğrencisi Ceyda ARZUHALCI tarafından yürütülecek olan, "Psikoterapide 'Yaklaşmakta Olan Ölüm' ile Çalışmak: Kansere Hastaları ile Çalışan Psikoterapistlerin Denetimlerinin Araştırılması" adlı çalışma değerlendirilmiş ve bilgilerinize ekte sunulmuştur.

Prof. Dr. Sadegül AKBABA ALTUN
Kurul Başkanı

Ek: Değerlendirme Formu

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu :BSC5N2KBRB

Belge Doğrulama Adresi : <https://www.turkiye.gov.tr/baskent-universitesi-ebys>

Başkent Üniversitesi Bağlıca Kampüsü Fatih Sultan Mahallesi Eskişehir Yolu 18. Km
06790 Etimesgut/ANKARA
Telefon No:0 312 246 67 40 Faks No:0 312 246 66 05
e-Posta:adk@baskent.edu.tr İnternet Adresi:www.baskent.edu.tr
Kep Adresi:baskentuniversitesi@hs02.kep.tr

Bilgi için: Gamze SONBAY
Koordinatör
Telefon No: 246 66 66 / 5138



Sayı : 17162298.600-137
Konu : Bilimsel Çalışma

20 Mayıs 2024

İlgili Makama

Üniversitemiz Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Ana Bilim Dalı öğretim üyesi, Doç. Dr. Zuhale YENİÇERİ KÖKDEMİR danışmanlığında, Klinik Psikoloji (Tezli) Yüksek Lisans Programı öğrencisi Ceyda ARZUHALCI tarafından yürütülecek olan, "Psikoterapide 'Yaklaşmakta Olan Ölüm' ile Çalışmak: Kansere Hastaları ile Çalışan Psikoterapistlerin Denetimlerinin Araştırılması" adlı çalışma değerlendirilmiş ve yapılmasında bir sakınca olmadığı tespit edilmiştir. Bilgilerinize saygılarımızla sunarız.

Başkent Üniversitesi Sosyal ve Beşeri Bilimler ve Sanat Alan Araştırma Kurulu

Ad, Soyad	Değerlendirme	İmza
Prof. Dr. Gözen Güner Aktaş	Olumlu/ ~~Olumsuz~~	
Prof. Dr. Sadegül Akbaba Altun	Olumlu/ ~~Olumsuz~~	
Prof. Dr. Fatih Çetin	Olumlu/ ~~Olumsuz~~	
Prof. Dr. Hasan Tahsin Fendoğlu	Olumlu/ ~~Olumsuz~~	
Prof. Dr. Filiz Kalelioğlu	Olumlu/ ~~Olumsuz~~	
Prof. Dr. Hidayet Hale Künüçen	Olumlu/ ~~Olumsuz~~	
Prof. Dr. Özcan Yağcı	Olumlu/ ~~Olumsuz~~	