

# Çocuk ve Ergenlerde Yeme Bozukluklarında Aile Tabanlı Terapi

Hakan ÖĞÜTLÜ<sup>1</sup>, Vahdet GÖRMEZ<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Ankara Şehir Hastanesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye

<sup>2</sup>Istanbul Medeniyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

## Öz

Aile Tabanlı Tedavi (ATT), aile terapisi yaklaşımlarındaki belirli yöntemlerin bir araya getirilmesi ile oluşturulan, yeme bozuklukları tedavisinde kullanılan yeni bir aile terapisi yöntemidir. Anoreksiya nervoza (AN) için geliştirilen ATT veya Maudsley yaklaşımı, zamanla tüm dünyaya yayılmıştır. Aile tabanlı terapinin ergeni ailesiyle aynı çizgide buluşturan etkili bir tedavi yöntemi olduğu ortaya çıkmaktadır. ATT, ergen AN ve çocukluk çağı obezitesi için altın standart tedavi yöntemi olarak kabul edilmektedir, kanıt değeri düşük olsa da ergen bulimiya nervoza tedavisinin de etkili bir yoludur. ATT, AN için üç fazdan oluşmaktadır. Faz 1'de terapist sadece hastanın yemesine ve kilo almına odaklanır. Ebeveynlere yeme konusunda sorumluluk verilir. Ailenin kendisini suçlaması, ailenin olumlu yanlarına vurgular yapılarak aşılır. Hasta, kendisi için hesaplanan hedef ağırlığın %90'ına ulaştığında Faz 2'ye geçilir. Bu fazda, daha önce ertelenen sorunlar gündeme getirilmeye başlanır. Yeme üzerindeki kontrol, zamanla ebeveynlerden ergene geçer. Faz 3'te ise ergenin kendi otonomisi artırılarak aile sınırları yeniden çizilmelidir. Bu amaca ulaşılmasıyla tedavi süreci sonlandırılır. Çocukluk çağı obezitesi ve ergen AN'sinde, ATT tedavide ilk tercih yöntemi olmasına rağmen; ülkemizde çok az sayıda terapist tarafından bu yöntem uygulanmaktadır. Uygulaması kolay ve oldukça etkili bir terapi olması nedeniyle çocuk ve ergen yeme bozuklukları tedavisinde büyük bir önem taşıyan ATT'nin Türkiye'de yaygın olarak kullanılması için, eğitim sürecinin başlatılması ve ATT terapistlerinin artırılması gerekmektedir. Böylece, yeme bozukluğu hastaları tedavi imkânına kavuşacak ve kanıta dayalı olarak tedavi edilmiş olacaktır.

**Anahtar Kelimeler:** Aile terapisi, ergen, anoreksiya nervoza, bulimia nervoza, obezite

## Abstract

### Family Based Therapy for Eating Disorders in Children and Adolescents

Family-Based Therapy (FBT) is a new family therapy method used in the treatment of eating disorders by combining certain methods in family therapy approaches. FBT or Maudsley approach that was developed for anorexia nervosa eventually spread all over the world. Family-based therapy is an effective treatment method that brings adolescents together with their families. FBT is accepted as the gold standard treatment for adolescent anorexia nervosa (AN) and childhood obesity is an effective way to treat adolescent bulimia nervosa (BN) even though the evidence value is low. FBT consists of three phases for AN. At phase 1, the therapist just focuses on eating and gaining weight. Parents are given the eating responsibility of the adolescent. The self-blame of the family is overcome by emphasizing the positive aspects of the family in this phase. When the patient reaches 90% of the calculated target weight, treatment is passed to phase 2. Previous postponed problems begin to be raised at this phase. Control over eating passes from parents to the adolescent with the supervision of parents, gradually. In phase 3, the family boundaries should be redrawn by increasing the autonomy of the adolescent. When this goal is achieved, the treatment process is terminated. Although FBT is the first-line modality for adolescent AN and childhood obesity, only a few therapists apply this therapy in our country. Because it is easy to apply and highly effective therapy, FBT has great importance in the treatment of children and adolescent eating disorders. For FBT to be widely used in Turkey, the training process needs to be started, and FBT therapists need to be increased. Thus, patients with eating disorders will have the opportunity to be treated on the evidence-based approach.

**Key Words:** Family therapy, adolescent, anorexia nervosa, bulimia nervosa, obesity

**Correspondence / Yazışma:**  
Hakan ÖĞÜTLÜ, Ankara Şehir Hastanesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye

**Tel:** +90 506 850 96 30

**E-mail:** hogutlu@gmail.com

**Received / Geliş:** 15 Eylül 2019

**Accepted / Kabul:** 06 Mayıs 2020

**Online published / Çevrimiçi yayın:**  
04 Temmuz 2020

©2020 JCBPR, Available online at  
<http://www.jcbpr.org/>

**Cite this article as:** Öğütlü, H., Görmez, V. (2020). Çocuk ve Ergenlerde Yeme Bozukluklarında Aile Tabanlı Terapi. J Cogn Behav Psychother Res, 9(3), 260-267.  
<https://doi.org/10.5455/JCBPR.65614>

## GİRİŞ

Yeme bozukluklarının tedavisinde aile terapisi uzun yıllardır denenmektedir. Yeme bozukluğu tanılı hastaların aile yapısı üzerine çalışılması, aile terapisi yaklaşımlarının temelini oluşturur. Minuchin, hastaların ailelerinin aşırı korumacı olduğunu, çatışmalardan kaçındığını, aşırı katı ve karmaşık özelliklere sahip olduğunu saptamıştır. Kuşaklar arası ilişkilerin sınırlarını yeniden çizmek ve aile içi anlaşmazlıkları çözüme üzerinden ilerleyen yapısal aile terapisini geliştirmiştir (Minuchin, 1974; Minuchin ve Nichols, 1998).

Stratejik aile terapisi, agnostik bakış ile hastanın ve ailesinin semptom yükünü azaltmaya odaklanmıştır. Agnostik bakışla, hastalığın etiyojisine değinmeden, neden ve nasıl oluştuğunu araştırmadan, hedefe yönelik müdahaleler üzerinde yoğunlaşılır (Madanes, 1991). Milan Sistemik Aile terapisi, yapısal ve stratejik aile terapilerini birleştirerek aile formülasyonlarına yönelir. Her aile üyesi olaylara gözlemci ve müdahaleci olan iki farklı bakış açısıyla bakmak zorundadır. Bu şekilde, terapide dirençli ve katı aile yapısına hiyerarşik bir düzende müdahale edilir (Boscolo, 1987).

Aile Tabanlı Terapi (ATT) (Family-Based Treatment), Christopher Dare ve Ivan Eisler tarafından Maudsley Hastanesi, Londra, İngiltere’de çocuk ve ergenler için oluşturulmuştur. Anoreksiya Nervoz (AN) hastalarında uygulanan bu terapiye Maudsley Protokolü adı verilmiştir (Loeb ve le Grange, 2009). ATT veya Maudsley yaklaşımı, uygun olan Yapısal, Stratejik ve Milan Sistemik aile terapisi yaklaşımlarındaki belirli yöntemlerin bir araya getirilmesi ile oluşturulan yeni bir aile terapisi yöntemidir (Lock, 2019; Lock ve Le Grange, 2001b).

İngiltere’deki Maudsley Hastanesinin ardından, Amerika Birleşik Devletleri’ndeki Stanford ve Chicago Üniversitelerinde, ergen anoreksiya nervoz hastalarında aile tabanlı yaklaşımlar uygulanmaya başlanmıştır (Russell, Szmukler, Dare ve Eisler, 1987). Tedavi başarısını kanıtlayan randomize kontrollü çalışma sonuçlarının elde edilmesiyle, aile tabanlı yaklaşım standardize hale getirilmeye çalışılmıştır. James Lock ve Daniel Le Grange tarafından, klinisyenlere yönelik ergen anoreksiya nervoz hastalarında uygulanmak amacıyla kullanılan bir tedavi kılavuzu olarak hazırlanmıştır (Lock ve Le Grange, 2001a). Anoreksiya Nervoz Tedavi Rehberinin ilk baskısı 2001’de yayınlanmış olup (Lock ve Le Grange, 2001b), ardından 2013’te ikinci baskısı yayınlanmıştır (Lock ve Le

Grange, 2013). Bu derlemenin amacı yeme bozuklukları ve obezite tedavisinde ATT’nin önemini vurgulamak ve ATT uygulamaları hakkında bilgi vermektir.

## Kanıt Dayalı Bir Yaklaşım Olarak Anoreksiya Nervoz için Aile Tabanlı Terapi

Russell, anoreksiya nervoz tedavisinde ATT ile bireysel psikoterapiyi randomize klinik çalışma yaparak karşılaştırmıştır. Sonuçlar, bir yıllık takipte ATT’nin bireysel psikoterapiden daha üstün olduğunu göstermiştir. Kilo alımının, menstrüasyonun ATT’de bireysel psikoterapiye göre anlamlı olarak daha hızlı başladığı ve yaşa göre psikoseksüel gelişimin daha iyi gittiği kanıtlanmıştır. Beşinci yıl takiplerinde ATT’de %90 tedavi başarısı saptanmışken, bireysel terapide bu oran %36 olarak saptanmıştır (Russell ve ark., 1987). Hastaya bireysel psikoterapiye ek olarak sadece ebeveynlerle yapılan görüşmeleri içeren Ergen Odaklı Terapi (EOT) ile ATT karşılaştırıldığında tedavi sonunda ikisinin de aynı etkinliğe sahip olduğu bulunmuştur. Ancak, 6. ve 12. ay takiplerinde ATT ile tam remisyona oranlarının EOT’dan daha yüksek olduğu saptanmıştır (Lock ve ark., 2010).

Eisler, AN’da hastayla birlikte yapılan aile terapisine karşı, hastayla ailenin ayrı olarak görüldüğü aile terapisini karşılaştırmıştır. Tedavinin etkinliği açısından anne eleştirisi yüksek olan ailelerde, hastayla ailenin ayrı olarak görüldüğü aile terapisinin, ailenin bir arada görüldüğü terapiden daha etkili olduğu saptanmıştır (Eisler ve ark., 2000). AN’de randomize kontrollü olarak ATT’nin araştırıldığı çalışmalarda, ATT’de bireysel tedavi yaklaşımlarına göre hastaların daha iyi kilo aldıkları, menstrüasyona daha hızlı başladıkları, yeme bozukluğu ölçek skorlarının ve remisyona oranlarının daha düşük olduğu, düzelme oranlarının daha yüksek olduğu ortaya çıkmıştır (Eisler ve ark., 2000; Lock, Couturier ve Agras, 2006; Robin ve ark., 1999).

Lock tarafından geliştirilen Anoreksiya Nervoz Tedavi Rehberinde yer alan ATT uygulaması ile anoreksiya nervozada, klasik ATT’den daha kısa bir süre uygulama ile daha başarılı sonuçlar elde edilmiştir (Grange, Eisler, Dare ve Hodes, 1992; Le Grange, Eisler, Dare ve Russell, 1992). ATT’nin sıklığını ve süresini karşılaştıran bir çalışmada (Lock, Agras, Bryson ve Kraemer, 2005), 6 ayda 10 görüşme ile 12 ayda 20 görüşmenin verimlilik açısından birbirlerine eşit olduğu bulunmuştur. Bununla birlikte, uzun süreli ATT’nin (12 ay – 20 görüşme), eşlik eden obsesif kompulsif bozukluğu olan, boşanmış ebeveynleri veya tek ebeveyni bulunan hastalarda daha iyi sonuçlar

oluşturduğu saptanmıştır (Lock, Couturier ve Agras, 2006; Lock, Couturier, Bryson ve Agras, 2006).

Bu sonuçlara dayanarak, ATT, anoreksiya nervoza tanımlı çocuk ve ergenlerde altın standart tedavi seçeneğidir (Fisher, Skocic, Rutherford ve Hetrick, 2019; Lock ve Le Grange, 2013). ATT, aile terapi yöntemlerinden uygun yaklaşımların birleştirilerek oluşturulduğu yeni bir aile terapi yöntemidir. Tedavi; hastalığın sebebine agnostik bakarak aileyi suçlamama, ebeveynleri hastaya karşı güçlendirerek kilo artışı sağlama, tüm ailenin desteği ile klinik düzelmeyi sağlama ve ergenin yeme alanı dışındaki kendi kontrolü ve otonomisine saygı gösterme yaklaşımlarına dayalıdır. Yeme bozukluğu, tedavi edilene dek aile içindeki tüm sorunlar, anlaşmazlıklar ertelenmeli, yeme bozukluğu tedavisi asıl amaç haline getirilmelidir. Hastalığının şiddetini azaltmak için ebeveynler, ergen üzerinde geçici olarak yetkili kılınırlar.

### **Kanıt Dayalı Bir Yaklaşım Olarak Bulimiya Nervoza için Aile Tabanlı Terapi**

Erişkinlerde yapılan bulimiya nervoza (BN) çalışmalarında Bilişsel Davranışçı Terapi'nin (BDT) ilk seçenek olduğu gösterilmiştir (Wilson, Fairburn, Agras, Walsh ve Kraemer, 2002). Ergenlerde ise kısıtlı sayıda BN çalışması bulunmaktadır. Schmidt tarafından yapılan randomize kontrollü bir çalışmada, bulimiya nervoza ve başka türlü adlandırılmayan yeme bozukluğu tanımlı ergen hastalarda, aile terapisi ile kılavuzlu kendine yardım BDT'si karşılaştırılmış olup, tedavinin sonunda ve 6. ay takiplerinde her iki yöntemde de tıkanırmasına yeme ve çıkarma davranışlarını yapmama oranları eşit olarak saptanmıştır (Schmidt ve ark., 2007).

BN için yapılan bu çalışmanın ardından, Lock ve Le Grange tarafından BN için terapistlere yönelik bir ATT kılavuzu yayınlanmıştır. Ergenlerde Bulimiya Tedavisi: Aile Tabanlı Yaklaşım kitabı 2007 yılında basılmıştır (Le Grange ve Lock, 2009).

Destekleyici psikoterapi ile karşılaştırıldığında BN için hazırlanan ATT kılavuzuna uygun olarak uygulanan terapinin tedavi sonunda tıkanırmasına yeme ve çıkarma davranışlarını daha çok azaltmasına rağmen, altı aylık takipte her iki yöntemde de benzer oranlarda azalma saptanmıştır. Bununla birlikte, ATT'nin destekleyici tedaviden daha öncelikli olduğu bildirilmiştir (Le Grange, Crosby, Rathouz ve Leventhal, 2007; Le Grange ve Lock, 2009). Lock ve ark., Le Grange ile benzer sonuçlara ulaşmıştır.

BN için ATT'nin, tedavinin bitiminde ve altı aylık takipte düzelme oranları açısından ergenlere adapte edilmiş BDT'den daha başarılı olduğu gösterilmiştir. ATT ve BDT alan hasta gruplarında düzelme oranları ise 12 aylık takibin sonunda tamamen aynı olarak saptanmıştır (Le Grange, Lock, Agras, Bryson ve Jo, 2015).

Sonuç olarak BN için ATT, düşük kanıt düzeyine sahip etkili bir tedavi yöntemidir. Bu yöntem için daha fazla randomize kontrollü çalışmalara ihtiyaç vardır (Forsberg ve Lock, 2015).

### **Kanıt Dayalı Bir Yaklaşım Olarak Obezite için Aile Tabanlı Terapi**

Uzun yıllardır obez çocuklarda iyi bilinen bir tedavi sistemi olan Obezite için Aile Tabanlı Terapi, diyetin ve enerji harcamasının düzenlenmesi, davranış değişikliği teknikleri, aile katılımı ve desteğinden oluşmaktadır. Obez çocuklardaki ATT uygulamasının en önemli sebebi, bu çocukların yüksek oranda ebeveyn obezitesinin de bulunmasıdır. Ebeveynlerin genetik, çevresel ve ailevi etmenleri çocukluk çağı obezitesine neden olabilir (Boutelle ve ark., 2015).

Obezite için ATT, ebeveynleri cesaretlendirerek harekete geçmelerini sağlayan, çocuklarda uzun vadeli davranış değişikliğine neden olduğu kanıtlanmış bir tedavidir. Bir çalışmada Epstein, ATT (çocuk ve ebeveynler ile birlikte tedavi) grubu ile aile müdahalesi olmadan sadece çocukla yapılan tedavi grubunu ve bekleme listesi grubunu karşılaştırmıştır. Sonuçlar, ATT uygulanan çocukların obezitesinin beş ve 10 yıllık takiplerde azaldığı, sadece çocukla yapılan tedavi grubunda ve bekleme listesi grubunda ise obezitenin arttığı gösterilmiştir (Epstein, Valoski, Wing ve McCurley, 1990). Sekiz farklı çalışmadan da benzer sonuçlar elde edilmiştir (Boutelle ve ark., 2015; Brownell, Kelman ve Stunkard, 1983; Graves, Meyers ve Clark, 1988; Israel, Stolmaker ve Andrian, 1985; Kalavainen, Korppi ve Nuutinen, 2007; Kirschenbaum, Harris ve Tomarken, 1984; Sacher ve ark., 2010; Savoye ve ark., 2007).

Bir başka çalışmada ise Wadden, ATT ve sadece çocukla yapılan tedavinin aynı etkinliğe sahip olduğunu, ancak anneleri daha fazla görüşmeye katılan çocukların daha fazla kilo verdiğini göstermiştir (Wadden ve ark., 1990). Croker, ATT uygulanan grup ile bekleme listesi kontrol grubu arasında etkinlikte fark olmadığını göstermiştir, ancak çalışmada kalori hedefi, yiyecek türü ve katılım oranları bilgileri yer almamıştır. Bu sonuç, ATT'de tedavi

hedeflerini tanımlamanın, hedefler gerçekleştirilirken ebeveyn katılımının sağlanması ve ebeveynlerin seanslara katılımının tedavi için gerektiğini ortaya koymuştur (Croker ve ark., 2012).

Bu sonuçlara göre, Aile tabanlı terapi çocukluk dönemi obezitesi için kanıta dayalı en etkili tedavi olarak kabul edilmektedir.

### **Anoreksiya Nervozada Aile Tabanlı Terapi Uygulaması**

Ergen, aile tabanlı terapide ailenin bir parçasıdır; bu nedenle ebeveynlerin ilgisi tedavi başarısı için çok önemlidir. Ebeveynler tedavi sırasında çocuklarına saygı göstermeli, ergenlerin bakış açısından bakabilmelidir. Anoreksiya nervoza tedavi edilinceye kadar ailedeki tüm sorunlar ve anlaşmazlıklar ertelenmelidir. Anoreksiya nervoza tedavisi, ailenin temel amacı olmalıdır. Ebeveynlere, hastalığın şiddetini azaltmak için ergen üzerinde geçici olarak yetki verilir. Tedavide başarılı olduktan sonra, ebeveynlerden ergenin yeme davranışı üzerine olan kontrol yetkileri alınır ve ergenin kendisine devredilir (Lock ve Le Grange, 2013; Lock ve Le Grange, 2019).

### **ATT'nin Tedavi Perspektifleri**

1. Aileyi suçlama gibi hastalığın nedenlerine odaklanmaktan ziyade agnostik bakmak
2. Ebeveynleri hastanın tutumuna karşı güçlendirerek kiloyu arttırmak
3. Tüm ailenin desteğini sağlayarak klinik iyileşmeyi sağlamak
4. Yemeğin dışında, ergenin kendi kontrollerine ve özerkliğine saygı duymak

ATT, ergenin yemesinin tedavinin erken döneminde ebeveynler tarafından kontrol edilmesi gerektiğini savunmaktadır. Ergen, tedavinin ilerlemesiyle özerklik kazanmaya başlar (Eisler ve ark., 1997; Medway ve ark., 2019).

### **ATT'nin Anoreksiya Nervozada Diğer Tedavi Yöntemlerinden Farklı Yaklaşımları**

1. Davranışları AN'nin kontrolünde olan hastanın kendisi üzerine kontrolü yoktur. Bu nedenle, hasta işlevsel olmayan bir ergen değil, ailesine daha çok ihtiyaç duyan bir gençtir.

2. Ebeveynler, AN'de kendilerini suçlayarak ve hastalığın belirtileri hakkında yanlış kararlar vererek ergenler üzerindeki kontrollerini kaybederler. Tedavinin amacı ergenin yeme davranışı üzerinde ebeveynin kontrolünü artırarak AN'yi iyileştirmektir.
3. ATT terapisti tüm enerjisini kiloyu artırmak için harcamaktadır. Yapısal aile terapisinin aksine, aile içi müdahaleler daha sonra başlayacaktır (Lock ve Le Grange, 2013).

### **Anoreksiya Nervozada için Aile Tabanlı Terapi Hakkında Genel Bilgiler**

Terapi 3 faz içermektedir. Faz 1 genellikle 3–5 ay sürer. Görüşmeler haftalık olarak yapılır. Faz 1'in bitirilmesi, hastanın klinik gelişimine bağlıdır. Hastanın beklenen ağırlığının %90'ından fazlasına ulaşılması, düzenli yemek yeme davranışının kazanılması ve ebeveynlerin hastanın yeme davranışları üzerinde güç kazanması ile faz 1 sona erer. Terapist, faz 2'de hastayı 2–3 haftada bir ve faz 3'te ise aylık olarak değerlendirir. Seansların süresi yaklaşık olarak 50–60 dakikadır, ancak aile yemeği 90 dakika ile sınırlandırılır. ATT, mümkün olduğu kadar kısa tutulur. Obsesif kompulsif özellikleri olan, boşanmış ebeveynleri veya tek ebeveyni olan hastaların tedavisinin daha uzun sürmesi önerilir. Tedavi rehberine yüzde yüz bağlılık gerekli değildir, hastanın durumunun ciddiyeti ve kültürel farklılıklar temelinde değişiklikler yapılabilir (Lock ve Le Grange, 2013).

### **ATT Kimler için Uyundur?**

- 18 yaşın altındaki AN hastaları, tedavi için en uygun adaylardır.
- Ebeveynlerle aynı evde yaşamak önemlidir, çünkü yemek yemek aynı hane üyeleriyle yapılan bir aile rutini. Aile, aslında aynı evi paylaşan insanlar anlamına gelir. Aynı evde yaşayan biyolojik olmayan bir akraba varsa, o da bir aile üyesi olarak sayılır.
- Ailede birileri işe gitmeyebilir veya okulu kaçırabilir, ancak bütün aile ATT'ye katılmak zorundadır. Ailenin varlığı, ergenin tedavisine adanmış olmalıdır (Lock ve Le Grange, 2013).

### **Faz 1: Kilonun Geri Kazanımı**

Terapi, yeme bozukluğuna ve aile yemeğine odaklanmaktadır. Terapist, ebeveynlere ergenin yeme sorumluluğunu verir. Terapist, ebeveynlerin kendilerini suçlama eğiliminden vazgeçmelerini sağlamalıdır, ebeveynler arasında

güçlü bir ilişki kurar. Kardeşlerin hastaya destek olmasını sağlar. Bu aşamada, ailenin kendini suçlaması, ebeveynliğin olumlu etkilerini engellediği için kesinlikle istenmez. Aile, süreçte teşvik edilir. Terapist her zaman bu teşvikleri sağlamalıdır (Eisler ve ark., 1997; Le Grange, 1993).

### **Aile yemeği**

Yemek, aileyi in-vivo olarak gözlemlemek için bir fırsat verir. Ailenin dinamik paterni, aile yemeği ile değerlendirilmeye başlanır. Ebeveynler, hastadan kendisi için hazırlanan yiyecek miktarından bir kaşık daha fazlasını almasını isterler. Bu, ebeveynlerin müdahalesinin başarılı olduğunu ve hasta üzerindeki kontrollerini güçlendirdiğini kanıtlar. Ebeveynlerin güçlü vurgusu, ergenin yemeğini yemesi üzerine olmalıdır. Hasta, ebeveynlerinin isteklerine uymak dışında başka bir seçeneğinin olmadığını bilmelidir. Bu seans esnasında, bazı zorlukların ortaya çıkabileceği bildirildiği için terapist ve aile ergeni desteklemelidir (Lock ve Le Grange, 2013).

### **Faz 2: Yeme Kontrolünün Yeniden Ergene Geçmesi**

Aileye yeme isteği konusunda teslim olan hasta, ailenin duygu durumunu değiştirebilir. Aile kendisine sorumluluk alarak başarının bir sonucu olarak rahatlar. Bu aşamadan itibaren Faz 2 başlar. Daha önce ertelenen sorunlar, ele alınmaya başlanır. Bu aşamaya gelindiğinde, yavaş yavaş yeme üzerindeki kontrol, ebeveynlerin denetimi ile ebeveynlerden ergene geçer (Lock ve Le Grange, 2013).

### **Faz 3: Ergenlik Sorunları ve Tedavinin Sonlandırılması**

Yaşa, cinsiyete ve boya göre ideal kiloya ulaşan, sabit bir kiloyla ilerleyen, aç kalmayan ve aşırı egzersiz yapmayan ergen için Faz 3'e geçme zamanı gelmiştir. Ana tema, hastanın ailesiyle sağlıklı ergen veya genç erişkin ilişkisini kurmasını sağlamaktır. Bu fazın amacı, kişisel özerkliği artırarak ve uygun aile sınırlarını belirleyerek aile yaşamını düzenlemektir (Eisler ve ark., 1997; Le Grange, 1993; Le Grange ve ark., 1992; Russell ve ark., 1987).

### **Aile Tabanlı Terapi Tedavi Ekibi**

- Aile tabanlı terapi yaklaşım, multidisiplinerdir. Bu ekibi oluşturan profesyoneller, Çocuk ve Ergen Psikiyatristi, Pediatri doktoru, Psikolog, Hemşire, Beslenme uzmanı veya Sosyal Hizmet uzmanı olabilir.

- Primer klinisyen hasta ile birebir çalışan, en fazla iletişimde olan kişidir, bunun kim olacağı ekip tarafından belirlenir.

ATT terapisti, haftalık olarak konsültasyon ekibi tarafından bilgilendirilmelidir. Ayrıca, terapist bu toplantılarda hastayla ilgili gerekli bilgileri ve tedavinin seyrini paylaşır. Hastayla ilgili kritik bilgiler derhal ekiple iletişime geçilerek iletilmelidir (Lock ve Le Grange, 2013).

### **ATT Terapisti, Tedavi Ekibi Olmadan Ne Yapabilir?**

- ATT, primer klinisyen tarafından bir meslektaşı ile birlikte uygulanabilir. Terapist meslektaşından destek almalıdır.
- Terapist, tedavinin gidişatı ile ilgili olarak başka bir meslektaşı tarafından süpervizyon ve konsültasyon desteği almalıdır.
- Tedavi ekibi tarafından haftalık olarak toplantı veya telekonferans yapılmalıdır (Lock ve Le Grange, 2013).

### **Terapistin Yaşayabileceği Zorluklar**

AN, hastanın tedaviye yanıtı ile terapistin sabrını test edilebilir. Eğer terapist sınırına ulaşır ve tükenmiş hissetmeye başlarsa, terapist, hastanın ailesi ile paylaşılmaması gereken kendi hayal kırıklıklarının farkında olmalıdır. Meslektaşları ile hastanın bu durumunu tartışmalı, akran süpervizyon gruplarına katılmalı, stresini meslektaşlarıyla paylaşmalı ve gerekli konsültasyona erişim imkânına sahip olmalıdır. Terapistin bazen tedaviyi sonlandırma arzusu oluşabilir; fakat öz-motivasyon dahil olmak üzere gerekli motivasyon mekanizmalarını harekete geçirerek tedaviyi sürdürmelidir. Tedavi tamamlandığında, terapi en kısa sürede sonlandırılmalıdır (Lock ve Le Grange, 2013).

### **Türkiye'de Aile Tabanlı Terapi**

Yüksek psikopatoloji oranları, aile dinamiklerine bağlı olabilir. Türkiye'deki güçlü aile bağları aile tabanlı yaklaşımlara oldukça uyum sağlar. Aile terapisi, Türkiye'de sıklıkla kullanılan bir yöntem olmasına rağmen, ATT terapistlerinin sayısı bir elin parmağını geçmemektedir. Çoğu terapist, AN'de aile terapisinin bir parçası olan ailenin terapiye katılımı tekniğini uygulamaktadır. ATT, AN'de ilk tercih edilen tedavi şekli olmasına rağmen, ülkemizde bu terapinin eğitimi bulunmamaktadır.

ATT terapistlerinin azlığının nedenleri arasında, eğitim programlarına ulaşmada yaşanan güçlükler en başta

gelmektedir. ATT'nin yaygınlaştırılması için, teorik eğitim ve süpervizyonların ülkemizde başlatılması oldukça mühimdir. ATT'yi yaymanın bir başka yolu da teorik eğitimin ve süpervizyonların online eğitimlerle sağlanmasıdır. Hangi yol seçilirse seçilsin, kanıta dayalı olarak, en iyi tedavi yöntemi olan ATT'nin Türkiye'de en kısa sürede yaygınlaştırılması, hastaların etkin tedaviye ulaşması açısından oldukça yararlı olacaktır.

## SONUÇ

Bütün bu çalışmalar ve elde edilen veriler ışığında, Aile tabanlı terapinin ergeni ailesiyle aynı çizgide buluşturan etkili bir tedavi yöntemi olduğu ortaya çıkmaktadır. ATT, ergen AN ve çocukluk çağı obezitesi için altın standart tedavi yöntemi olarak kabul edilmektedir, kanıt değeri düşük olsa da ergen bulimiya nervoza tedavisinin de etkili bir yoludur.

AN'de kullanılan Maudsley yöntemi olarak bilinen Aile tabanlı terapi, uygulaması kolay ve oldukça etkili bir terapi olması nedeniyle çocuk ve ergen yeme bozuklukları tedavisinde büyük bir önem taşımaktadır. Türkiye'de ATT'nin yaygın olarak kullanılması için, eğitim sürecinin başlatılması ve ATT terapistlerinin artırılması gerekmektedir. Böylece, yeme bozukluğu hastaları tedavi imkânına kavuşacak ve kanıta dayalı olarak tedavi edilmiş olacaktır.

**Hakem Değerlendirmesi:** Dış bağımsız

**Çıkar Çatışması:** Yazarlar çıkar çatışması olmadığını beyan etmişlerdir.

**Finansal Destek:** Bu çalışma için herhangi bir kurumdan finansal destek alınmamıştır.

**Peer-review:** Externally peer-reviewed.

**Conflict of Interest:** The authors declare no conflict of interest.

**Financial Disclosure:** No financial disclosure was received.

## KAYNAKLAR

Boscolo, L. (1987). Milan systemic family therapy: Conversations in theory and practice: Basic Books.

Boutelle, K. N., Braden, A., Douglas, J. M., Rhee, K. E., Strong, D., Rock, C. L., . . . Crow, S. (2015). Design of the FRESH study: A randomized controlled trial of a parent-only and parent-child family-based treatment for childhood obesity. *Contemporary Clinical Trials*, 45, 364–370. <https://doi.org/10.1016/j.cct.2015.09.007>

Brownell, K. D., Kelman, J. H. ve Stunkard, A. J. (1983). Treatment of obese children with and without their mothers: changes in weight and blood pressure. *Pediatrics*, 71(4), 515–523. <https://pediatrics.aappublications.org/content/71/4/515.long>

Crocker, H., Viner, R. M., Nicholls, D., Haroun, D., Chadwick, P., Edwards, C., . . . Wardle, J. (2012). Family-based behavioural treatment of childhood obesity in a UK National Health Service setting: randomized controlled trial. *International Journal of Obesity*, 36(1), 16–26. <https://doi.org/10.1038/ijo.2011.182>

Eisler, I., Dare, C., Hodes, M., Russell, G., Dodge, E. ve Le Grange, D. (2000). Family therapy for adolescent anorexia nervosa: the results of a controlled comparison of two family interventions. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41(6), 727–736. <https://doi.org/10.1111/1469-7610.00660>

Eisler, I., Dare, C., Russell, G. F., Szmukler, G., le Grange, D. ve Dodge, E. (1997). Family and individual therapy in anorexia nervosa: A 5-year follow-up. *Archives of General Psychiatry*, 54(11), 1025–1030. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1997.01830230063008>

Epstein, L. H., Valoski, A., Wing, R. R. ve McCurley, J. (1990). Ten-year follow-up of behavioral, family-based treatment for obese children. *JAMA*, 264(19), 2519–2523. <https://doi.org/10.1001/jama.264.19.2519>

Fisher, C. A., Skocic, S., Rutherford, K. A. ve Hetrick, S. E. (2019). Family therapy approaches for anorexia nervosa. *Cochrane Database Syst Rev*, 5, CD004780. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004780.pub4>

Forsberg, S. ve Lock, J. (2015). Family-based Treatment of Child and Adolescent Eating Disorders. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 24(3), 617–629. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2015.02.012>

Grange, D., Eisler, I., Dare, C. ve Hodes, M. (1992). Family criticism and self-starvation: a study of expressed emotion. *Journal of Family Therapy*, 14(2), 177–192. <https://doi.org/10.1046/j..1992.00451.x>

Graves, T., Meyers, A. W. ve Clark, L. (1988). An evaluation of parental problem-solving training in the behavioral treatment of childhood obesity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(2), 246–250. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.56.2.246>

Israel, A. C., Stollmaker, L. ve Andrian, C. A. (1985). The effects of training parents in general child management skills on a behavioral weight loss program for children. *Behavior Therapy*, 16(2), 169–180. [https://doi.org/10.1016/s0005-7894\(85\)80043-5](https://doi.org/10.1016/s0005-7894(85)80043-5)

Kalavainen, M., Korppi, M. ve Nuutinen, O. (2007). Clinical efficacy of group-based treatment for childhood obesity compared with routinely given individual counseling. *International Journal of Obesity*, 31(10), 1500–1508. <https://doi.org/10.1038/sj.ijo.0803628>

Kirschenbaum, D. S., Harris, E. S. ve Tomarken, A. J. (1984). Effects of parental involvement in behavioral weight loss therapy for preadolescents. *Behavior Therapy*, 15(5), 485–500. [https://doi.org/10.1016/s0005-7894\(84\)80051-9](https://doi.org/10.1016/s0005-7894(84)80051-9)

Le Grange, D. (1993). Family therapy outcome in adolescent anorexia nervosa. *South African Journal of Psychology*, 23(4), 174–179. <https://doi.org/10.1177/008124639302300403>

Le Grange, D., Crosby, R. D., Rathouz, P. J. ve Leventhal, B. L. (2007). A randomized controlled comparison of family-based treatment and supportive psychotherapy for adolescent bulimia nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 64(9), 1049–1056. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.64.9.1049>

Le Grange, D., Eisler, I., Dare, C. ve Russell, G. F. (1992). Evaluation of family treatments in adolescent anorexia nervosa: a pilot study. *International Journal of Eating Disorders*, 12(4), 347–357. [https://doi.org/10.1002/1098-108x\(199212\)12:4<347::aid-eat2260120402>3.0.co;2-w](https://doi.org/10.1002/1098-108x(199212)12:4<347::aid-eat2260120402>3.0.co;2-w)

- Le Grange, D. ve Lock, J. (2009). *Treating bulimia in adolescents: A family-based approach*: Guilford Press.
- Le Grange, D., Lock, J., Agras, W. S., Bryson, S. W. ve Jo, B. (2015). Randomized Clinical Trial of Family-Based Treatment and Cognitive-Behavioral Therapy for Adolescent Bulimia Nervosa. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 54(11), 886–894.e2. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2015.08.008>
- Lock, J. (2019). Updates on Treatments for Adolescent Anorexia Nervosa. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 28(4), 523–535. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2019.05.001>
- Lock, J., Agras, W. S., Bryson, S. ve Kraemer, H. C. (2005). A comparison of short-and long-term family therapy for adolescent anorexia nervosa. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 44(7), 632–639. <https://doi.org/10.1097/01.chi.0000161647.82775.0a>
- Lock, J., Couturier, J. ve Agras, W. S. (2006). Comparison of long-term outcomes in adolescents with anorexia nervosa treated with family therapy. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 45(6), 666–672. <https://doi.org/10.1097/01.chi.0000215152.61400.ca>
- Lock, J., Couturier, J., Bryson, S. ve Agras, S. (2006). Predictors of dropout and remission in family therapy for adolescent anorexia nervosa in a randomized clinical trial. *International Journal of Eating Disorders*, 39(8), 639–647. <https://doi.org/10.1002/eat.20328>
- Lock, J. ve Le Grange, D. (2001a). Can family-based treatment of anorexia nervosa be manualized? *The Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 10(4), 253. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3330678/>
- Lock, J. ve Le Grange, D. (2001b). *Treatment Manual for Anorexia Nervosa: A Family-based Approach*. 1st edition, The Guilford Press.
- Lock, J. ve Le Grange, D. (2013). *Treatment Manual for Anorexia Nervosa: A Family-based Approach*. 2nd edition, Guilford Publications.
- Lock, J. ve Le Grange, D. (2019). Family-based treatment: Where are we and where should we be going to improve recovery in child and adolescent eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 52(4), 481–487. <https://doi.org/10.1002/eat.22980>
- Lock, J., Le Grange, D., Agras, W. S., Moye, A., Bryson, S. W. ve Jo, B. (2010). Randomized clinical trial comparing family-based treatment with adolescent-focused individual therapy for adolescents with anorexia nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 67(10), 1025–1032. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2010.128>
- Loeb, K. L. ve le Grange, D. (2009). Family-based treatment for adolescent eating disorders: Current status, new applications and future directions. *International Journal of Child and Adolescent Health*, 2(2), 243–254. Loeb, K. L. ve le Grange, D. (2009). Family-based treatment for adolescent eating disorders: Current status, new applications and future directions
- Madanes, C. (1991). *Strategic family therapy*: Brunner/Mazel.
- Medway, M., Rhodes, P., Dawson, L., Miskovic-Wheatley, J., Wallis, A. ve Madden, S. (2019). Adolescent development in family-based treatment for anorexia nervosa: Patients' and parents' narratives. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 24(1), 129–143. <https://doi.org/10.1177/1359104518792293>
- Minuchin, S. (1974). *Families and Family Therapy*: Harvard University Press.
- Minuchin, S. ve Nichols, M. P. (1998). *Structural family therapy*.
- Robin, A. L., Siegel, P. T., Moye, A. W., Gilroy, M., Dennis, A. B. ve Sikand, A. (1999). A controlled comparison of family versus individual therapy for adolescents with anorexia nervosa. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38(12), 1482–1489. <https://doi.org/10.1097/00004583-199912000-00008>
- Russell, G. F., Szmukler, G. I., Dare, C. ve Eisler, I. (1987). An evaluation of family therapy in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 44(12), 1047–1056. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1987.01800240021004>
- Sacher, P. M., Kolotourou, M., Chadwick, P. M., Cole, T. J., Lawson, M. S., Lucas, A. ve Singhal, A. (2010). Randomized controlled trial of the MEND program: a family-based community intervention for childhood obesity. *Obesity*, 18(S1), S62–S68. <https://doi.org/10.1038/oby.2009.433>
- Savoie, M., Shaw, M., Dziura, J., Tamborlane, W. V., Rose, P., Guandalini, C., ... Caprio, S. (2007). Effects of a weight management program on body composition and metabolic parameters in overweight children: a randomized controlled trial. *JAMA*, 297(24), 2697–2704. <https://doi.org/10.1001/jama.297.24.2697>
- Schmidt, U., Lee, S., Beecham, J., Perkins, S., Treasure, J., Yi, I., ... Eisler, I. (2007). A randomized controlled trial of family therapy and cognitive behavior therapy guided self-care for adolescents with bulimia nervosa and related disorders. *American Journal of Psychiatry*, 164(4), 591–598. <https://doi.org/10.1176/ajp.2007.164.4.591>
- Wadden, T. A., Stunkard, A. J., Rich, L., Rubin, C. J., Swidel, G. ve McKinney, S. (1990). Obesity in black adolescent girls: a controlled clinical trial of treatment by diet, behavior modification, and parental support. *Pediatrics*, 85(3), 345–352.
- Wilson, G. T., Fairburn, C. C., Agras, W. S., Walsh, B. T. ve Kraemer, H. (2002). Cognitive-behavioral therapy for bulimia nervosa: Time course and mechanisms of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(2), 267–274. <https://doi.org/10.1037/0022-006x.70.2.267>

## EXTENDED ENGLISH ABSTRACT

**INTRODUCTION**

In the treatment of eating disorders, family therapy has been tried for many years. In fact, examined the family structure of the patient with eating disorders by the therapist is the mainstay of these attempts. Minuchin recognized that families of patients have common features such as overprotectiveness, conflict avoidance, rigidity, and complexity. He developed structural family therapy, which is a method of redrawing boundaries of intergenerational relations and practicing to resolve conflicts of the family.

Strategic family therapy with the point of agnostic view is focused on reducing the burden of symptoms of patient and family. It concentrates on aimed interventions without assessment of etiology. Milan systemic family therapy is referred to as family formulations by combining structural and strategic family therapies. Each family member has to look at events from two different perspectives, which are observer and interventionist. In this manner, the therapy interferes gradually to resistant and rigid family balance.

Family-Based Treatment (FBT) was built up by Christopher Dare and Ivan Eisler at Maudsley Hospital, Institute of Psychiatry in London, UK. They named and applied as Maudsley Protocol to AN patients. FBT or Maudsley approach is a new method of family therapy that was created by combining appropriate methods of structural, strategic, systemic Milan family therapy approaches.

FBT or Maudsley approach that was developed for anorexia nervosa eventually spread all over the world. Family-based therapy is an effective treatment method that brings adolescents together with their families. FBT is accepted as the gold standard treatment for adolescent anorexia nervosa (AN) and childhood obesity is an effective way to treat adolescent bulimia nervosa (BN) even though the evidence value is low.

**The Practice of FBT for Anorexia Nervosa**

The adolescent is a part of the family in FBT; for this reason, interest of parents is vital for treatment success. Parents should respect their children during the treatment, and they should be able to look from adolescent's perspective. Until anorexia nervosa would be treated, all problems and disputes in the family should be postponed. Treatment should be the main objective of the family. Parents are temporarily authorized on adolescent to reduce the severity of the disease. Once success is achieved, parents may become able to control adolescent's eating behavior.

**Treatment Perspectives of FBT**

- Looking agnostic to cause of disease instead of blaming the family
- Increasing the weight by strengthening parents against the patient's attitude
- Clinical improvement by providing support of the whole family
- Outside the eating region, respect to adolescent's self-control and autonomy

FBT argues parents should control that adolescent in early period of treatment. Adolescent begins to gain autonomy with the progress of treatment.

The therapy contains 3 phases. Phase 1 generally takes 3 to 5 months. Interviews are done weekly. End of the phase 1 depends on the clinical improvement of the patient, which means higher than 90% of the expected weight of patient, eating regular meals, and parents gain power

on eating behavior of patient. The therapist evaluates the patient every 2–3 weeks in Phase 2, and during Phase 3 therapist evaluates on a monthly basis. FBT is kept as short as possible (10 sessions in 6 months).

**Phase 1: Recovery of Weight**

Therapy focuses on eating disorder and family meal. The therapist gives the responsibility of adolescent eating to parents. Therapist should provide that parents give up their tendency to self-blame. Therapist establishes a strong relationship between parents and the essential support of siblings to the patient. In this phase, self-blame of the family is exculpated by complimenting of positive effects of parenting. The family is encouraged in the process. The therapist always supports those encouragements.

**Family Meal**

The meal allows observing family as an in-vivo experiment. The dynamic pattern of the family begins to be evaluated with family meal. The parent asked the patient to take one more spoon than the amount of food prepared for the adolescent. One more spoon proves that the intervention of parents is successful and reinforce their control on the patient. The relentless and robust emphasis of parents should provide eating of adolescent's meal. The patient must know that there is no other alternative, with the exception of compliance. During this ordeal, the therapist and family must support to adolescent.

**Phase 2: Re-pass of Eating Control to Adolescent**

The patient that is surrender to parents about eating desire could change the mood of the family. The family is relieved because of success by taking responsibility for themselves. From now on, phase 2 will be starting. Previously postponed problems begin to be raised. When this phase proceeds, control over eating gradually passes from parents to the adolescent with the supervision of parents.

**Phase 3: Adolescence Issues and Termination of Therapy**

When adolescent who reaches a stable weight that ideal weight based on age, gender and height, over starvation and excessive exercise, it is time to pass to Phase 3. The main theme is to provide a healthy adolescent or young adult relationship of the patient with her family. This phase aims to organize family life that provides by increasing personal autonomy and setting appropriate family boundaries.

**DISCUSSION**

FBT is an effective treatment method, which meets adolescent with family at the same line. As emphasized in this article, FBT is an effective way of adolescent BN treatment with a low-level of evidence. Still, for adolescent AN and childhood obesity, it is accepted as a gold-standard treatment modality.

Only a few therapists apply this therapy in our country. Because it is easy to apply and highly effective therapy, FBT has great importance in the treatment of children and adolescent eating disorders. For FBT to be widely used in Turkey, the training process needs to be started, and FBT therapists need to be increased. Thus, patients with eating disorders will have the opportunity to be treated on the evidence-based approach.

**Key Words:** family therapy, adolescent, anorexia nervosa, bulimia nervosa, obesity