

Yaygın Yeme Bozukluklarında Aile Odaklı ve Farkındalık Temelli Terapiler ile Diyalektik Davranış Terapisi

Selen Eltan¹, Ezgi Didem Merdan-Yıldız², Güler Beril Kumpasoğlu³, Gülsen Erden⁴

Eltan, S., Merdan-Yıldız, E. D., Kumpasoğlu, G. B. ve Erden, G. (2021). Yaygın yeme bozukluklarında aile odaklı ve farkındalık temelli terapiler ile diyalektik davranış terapisi. *Nesne*, 9(20), 433-451. DOI: 10.7816/nesne-09-20-13

Anahtar kelimeler

Yeme bozukluğu, aile odaklı terapi, farkındalık terapisi, diyalektik davranış terapisi

Keywords

Eating disorders, family-based therapy, mindfulness-based therapy, dialectical behavior therapy

Öz

Yeme bozuklukları, bireylerin bedenlerine yönelik çarpıtılmış algılarını ve düzensiz yeme alışkanlıklarını içeren bir tanı grubudur. Çeşitli tıbbi sorunları beraberinde getiren yeme bozukluğunda tamamen iyileşmenin güç olduğu ve yüksek oranlarda hastalığın tekrarladığı bilinmektedir. Erken tanı ve tedavinin öneminin sıkça vurgulandığı yeme bozukluklarında uygulanan tedavi yönteminin etkililiği ve tanıya uygunluğu da oldukça önemlidir. Bu nedenle, günümüzde pratikte de yaygınlaşan güncel psikoterapi yaklaşımlarının yeme bozuklukları alt türleri ile nasıl çalışılabileceği, psikolojik sağlık hizmeti veren uzmanlar tarafından buna dair bilgilerin öğrenilmesi ve değerlendirilmesi önemli bir konudur. Bu derleme çalışmasında, yaygın yeme bozukluğu tanımlı bireylerle çalışılırken dikkate alınması gereken güncel terapi yaklaşımları aktarılmıştır. Aile odaklı terapi, farkındalık temelli terapiler ve diyalektik davranış terapisinin yeme bozukluğu olgularıyla çalışma yöntemleri, başlıca teknikleri ve terapi hedefleri üzerinde durulmuştur. Ayrıca, bu yaklaşımların etkililiği incelendiğinde alanyazındaki etkililik çalışmalarının hem sayıca hem de yöntemsel kısıtlılıkları göze çarpmıştır. Buna rağmen bu yöntemlerin farklı uygulamalar içermeleri ve yeme bozukluğu belirtilerini azaltmaları yönünden tercih edilebilir yaklaşımlar olduğu düşünülmüştür.

Family-Based Therapies, Mindfulness-Based Therapies and Dialectical Behavior Therapy in Common Eating Disorders

Abstract

Eating disorders are characterized by individuals' distorted perceptions and irregular eating habits. Evidence obtained from clinical practices shows that eating disorders bring along various medical problems, and complete recovery is difficult; thus, relapse rates are high. In eating disorders, the importance of early diagnosis and treatment is emphasized; however, the effectiveness and suitability of the treatment method are also crucial. Accordingly, increasing knowledge about the contemporary psychotherapy approaches used in the treatment of eating disorders subtypes is significant for those who work in the field of mental health. In this review, contemporary therapy approaches that should be taken into consideration when working with individuals diagnosed with eating disorders are presented. Family-based therapies, mindfulness-based therapies, and dialectical behavioral therapies are emphasized with their underlying assumptions about eating disorders as well as their main techniques and therapy goals. In addition, effectiveness of these approaches was examined, and previous studies are found to be limited based on their amount and methodology. However, these psychotherapies were considered as useful approaches in terms of reducing the symptoms of eating disorders and providing different methods in treatment.

Makale Bilgisi

Geliş tarihi: 22 Eylül 2020

Düzeltilme tarihi: 5 Nisan 2021

Kabul tarihi: 16 Mayıs 2021

DOI: 10.7816/nesne-09-20-13

¹ Arş. Gör., Orta Doğu Teknik Üniversitesi, Psikoloji Bölümü, seltan(at)metu.edu.tr, ORCID: 0000-0003-3680-6666

² Arş. Gör., Ankara Üniversitesi, Psikoloji Bölümü, ezgi.ddm(at)gmail.com, ORCID: 0000-0002-2383-0352

³ Arş. Gör., Orta Doğu Teknik Üniversitesi, Psikoloji Bölümü, berilk(at)metu.edu.tr, ORCID: 0000-0002-0505-1582

⁴ Prof. Dr., Ankara Üniversitesi, Psikoloji Bölümü, erdenmgul(at)yahoo.com, ORCID: 0000-0002-7596-94795

Yeme bozuklukları; yeme ve bedene odaklı bilişlerde bozulma, yetersiz öz-denetim ve problemli yeme davranışlarını içeren bir tanı grubudur (Cook-Cottone, 2015). Yeme bozukluklarının tahmini yaşam boyu yaygınlığı oldukça yüksektir. Yaklaşık 7 erkekten 1'inin (% 14,3) ve 5 kadından 1'inin (% 19,7) 40 yaşına kadar yeme bozukluğu deneyimlediği bilinmektedir (Ward ve ark., 2019). Ülkemizde yeme bozukluklarının yaygınlığına dair kapsamlı çalışmalar oldukça az olmakla birlikte üniversite ve lise öğrencileriyle yapılan çalışmalarda yeme bozukluğu görülme sıklığının % 2,3 ile % 6,3 arasında değiştiği belirtilmiştir (Çelik ve ark., 2016; Vardar ve Erzengin, 2011). Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel Sınıflandırma Elkitabının son baskısına (DSM-5) göre yeme bozuklukları; pika, geri çıkarma bozukluğu, kaçınan/kısıtlayıcı yiyecek alım bozukluğu, anoreksiya nervoza, bulimia nervoza, tıknırcasına yeme bozukluğu ve tanımlanmış/tanımlanmamış diğer yeme bozuklukları alt tipleriyle sınıflandırılmaktadır (Amerikan Psikiyatri Birliği [APA], 2013). DSM-5 sınıflandırmasında, en iyi karakterize edilmiş üç tipik yeme bozukluğu; anoreksiya nervoza, bulimia nervoza ve tıknırcasına yeme bozukluğudur (Galmiche ve ark., 2019). Yeme bozukluğu alt türlerinin yaşam boyu yaygınlığı sırasıyla % 2,22 ile tıknırcasına yeme bozukluğu, % 0,81 ile bulimia nervoza ve % 0,21 ile anoreksiya nervozadır (Qian ve ark., 2013). Galmiche ve arkadaşlarının (2019) yaptığı çalışmaya göre ise tıknırcasına yeme bozukluğunun yaşam boyu yaygınlığı kadınlarda % 2,8 iken erkeklerde % 1,0; bulimia nervoza kadınlarda % 1,9 iken erkeklerde % 0,6; anoreksiya nervoza ise kadınlarda % 1,4 iken erkeklerde % 0,2 civarındadır. Bu nedenle bu çalışmada, daha yaygın olarak görülen bulimia, anoreksiya ve tıknırcasına yeme bozukluğu alt türlerine ve bu tanılar için güncel tedavi yöntemlerine odaklanılmıştır.

Anoreksiya nervoza, bulimia nervoza ve tıknırcasına yeme bozukluğu çoğunlukla çocuklukta ve ergenlik döneminde ortaya çıkan yeme bozukluğu türleridir (Le Grange ve Lock, 2011). Anoreksiya nervoza, bireylerin fiziksel ve yaşamsal özellikleri çerçevesinde almaları gereken besin ve enerji miktarının çok daha altında beslenmeleri ve kilolarını normalin çok altında tutma çabaları ve yoğun bir kilo alma korkusu ile karakterizedir (Rienecke, 2017). Beden ve kiloya dair fikirler, duygular ve bunlara bağlı davranışlar gelişim sürecini de olumsuz etkileyecek şekilde ciddi anlamda bozulmuştur (Lock ve Le Grange, 2015). Bulimia nervoza ise kısa bir süre içerisinde çok miktarda yemek yeme, ardından pişmanlık duyarak aşırı telafi etme davranışları sergileme (örn. kusma, yoğun egzersiz, laksatif ve diüretik kullanımı) ve aynı döngünün en az haftada bir olmak kaydıyla tekrar etmesi şeklinde ortaya çıkar (APA, 2013; Özyurt ve ark., 2017). Anoreksiya nervoza tanılı bireylerde aşırı kontrolcülük ve mükemmeliyetçilik özellikleri baskınken; bulimia nervoza tanısına daha çok dürtü kontrolünde yaşanan zorluk eşlik eder (Kanel, 2014). DSM-5'e yeni eklenen tıknırcasına yeme bozukluğunda ise bulimia nervozada olduğu gibi çok kısa bir sürede normalin çok üzerinde yiyecek tüketimi ve yeme davranışı üzerinde kontrolün tamamen kaybedildiği hissi olmakla birlikte bu tanıyı alan hastalarda kusma, laksatif kullanımı gibi telafi edici davranışlar görülmez (APA, 2013; Grilo, 2002). Tıknırcasına yeme bozukluğu hastaları yemekten keyif alırlarken devamında yoğun bir suçluluk duygusu ve aşırı yemek yemenin verdiği fiziksel rahatsızlıkla karşı karşıya kalırlar ve genelde aşırı kiloludurlar (APA, 2013; Özyurt ve ark., 2017).

Yaygın görülen bulimia nervoza, anoreksiya nervoza ve tıknırcasına yemek yeme gibi yeme bozuklukları tedavilerinde ilaç odaklı ve psikoterapi odaklı yöntemlere başvurulmaktadır (Wilson ve Fairburn, 2002). Bu çalışmada güncel psikoterapi yaklaşımlarından aile odaklı ve farkındalık temelli terapiler ile diyalektik davranış terapisinin yaygın görülen yeme bozukluklarında kullanımı ve etkililiği değerlendirilmiştir.

Yeme Bozuklukları ve Psikoterapi Yaklaşımları

Yeme bozukluğu tedavisinde en sık başvuru alan yöntemlerden biri psikoterapi uygulamalarıdır. Alanyazına bakıldığında, anoreksiya tedavisinde herhangi bir psikoterapi uygulamasının diğerlerinden daha etkili olduğu ortaya konulmamıştır (Watson ve Bulik, 2012). Çoğu çalışmada, anoreksiya tedavisinde hastalığın tekrarlama oranlarının fazla olması (ör., Steinglass ve ark., 2011), terapi sürecinin tamamlanmaması (ör., Gregertsen ve ark., 2019), hastalığın ve tedavinin reddedilmesi (ör., Westmoreland ve ark., 2017) gibi engellerden bahsedilmektedir. Ancak kısa vadede, çarpıtılmış bilişlerle ortaya çıkan uyumsuz davranışları, aile ve romantik eşle olan ilişkilerdeki sosyal ve duygusal dinamikleri çalışan davranışçı ve aile odaklı psikoterapi ekollerinin, anoreksiya tanılı hastalarda yeme bozukluğu belirtilerini azalttığı ve yaşam kalitesini arttırdığı rapor edilmektedir (Kass ve ark., 2013).

Bulimia nervosa ve tıknırcasına yeme bozukluğu tedavisinde etkililiği en sık kanıtlanan psikoterapi yöntemleri ise bilişsel davranışçı terapi (BDT) ve kişilerarası ilişkiler psikoterapisi (KIPT) ekolleridir (Hilbert ve ark., 2019; Hilbert ve ark., 2017; Svaldi ve ark., 2019). BDT, yeme bozukluklarıyla kiloya verilen aşırı önem, çarpıtılmış beden bilişleri ve buna bağlı olarak gelişen katı diyet uygulamaları temelinde çalışmaktadır. KIPT ise yeme bozukluklarının bireylerin kişilerarası ilişkilerde yaşadıkları zorluklarla ilintili olduğu görüşünden yola çıkarak ilişki zeminindeki sorunların çözülmesine odaklanmaktadır. Kanıta dayalı bu psikoterapi yöntemleri yeme bozukluklarında sıklıkla kullanılmakla birlikte hastalığın tekrarlama riski ve tedaviyi yarıda bırakma gibi problemler (Shapiro ve ark., 2007) nedeniyle günümüzde halen uzun dönem tedavi etkinliğinin artırılması için çalışmalar yapılmakta ve farklı terapi yöntemlerinin etkililiğine dair araştırmalar sürdürülmektedir (Wonderlich ve ark., 2017).

Diyalektik davranış terapisi, şema terapi, kabul ve kararlılık terapisi, farkındalık temelli terapiler gibi güncel terapi yaklaşımlarının etkililiği incelendiğinde, bu yaklaşımların yeme bozukluklarının tedavisinde anlamlı olarak etkili olduğuna dair kısıtlı kanıtlar bulunmuştur (Linardon ve ark., 2017). Öte yandan, yeme bozukluklarının tedavisinde bu yaklaşımların ve BDT'nin etkililiği karşılaştırıldığında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (Linardon ve ark., 2017). Ancak alanyazında güncel terapilerin etkililiğine dair çalışmalar sayıca azdır ve kanıta dayalı sonuçlar yetersizdir (Linardon ve ark., 2017; Öst, 2008; Wanden-Berghe ve ark., 2010). Buna rağmen, günümüzde psikoterapi pratiklerinde bu yaklaşımların kullanımı giderek yaygınlaşmaktadır (Cowdrey ve Waller, 2015; Davis ve Attia, 2019). Bu nedenle, bu çalışmanın amacı, BDT dışında günümüzde yeme bozukluklarının tedavisinde yaygın olarak kullanılan bazı psikoterapi yöntemlerine (aile odaklı terapiler, farkındalık temelli terapiler ve diyalektik davranış terapisi) ve bu yaklaşımların etkililiğine dair genel bir çerçeve sunmaktır.

Aile Odaklı (Sistemik) Terapiler ve Yeme Bozukluğu

Aile odaklı terapiler veya diğer adıyla sistemik terapiler bireylerin ilişkisel süreçlerine odaklı çalışan terapi yöntemleridir. Sistemik terapiler, her bireyin birden çok sistemin parçası olduğunu, o sistemlerin özellikleri ve yapısından bağımsız yaşayamayacağını savunmaktadır (Nichols, 2013). Bu terapilere göre, kişiye özgü hastalık ve belirtiler sistemin özelliklerini yansıtır ve sistem değişirse, sistemdeki bireyler de değişir. Kişinin en çok etkilendiği ve kendisinin de en çok etkisinin olduğu sistemlerden biri ailedir. Dolayısıyla, ailedeki bir bireyin hastalığı, o aile sistemi içinde bir işleve sahiptir ve sistemde bu hastalığın varlığı üzerinden bir denge kurulmuştur. Buna paralel olarak, hastalıklarla çalışırken birey yerine aile üyelerini dahil eden çalışmalar aile sistemine doğrudan müdahale ederek hastalıkların tedavi süreçlerinin

hızlı ve etkili olmasını sağlar ve hastalığın tekrarlama riskini azaltır (Gehart, 2017; Magnavita, 2012; Nichols, 2013).

Anoreksiya, bulimia ve tıknırcasına yeme tanısı almış hastalarda, hastalığın başlangıç ve gelişim öykülerine bakıldığında sıklıkla aile bireyleri ile ilişkilerde ortaya çıkan problemlerin veya sorun çözme becerilerindeki zayıflıkların hastalık sürecine katkı sağladığı görülmektedir. Her bir tanı grubu özelinde bireylerde benzer aile yapıları, ebeveyn özellikleri, sınırlarla ilgili meseleler ve zayıf baş etme mekanizmaları görülmüş ve bunlara bağlı olarak aile odaklı tedavi yöntemleri geliştirilmiştir (Dare ve Eisler, 1997). Minuchin ve arkadaşları (1978) çalışmalarında “psikosomatik aile yapısı”na sahip olmanın yeme bozukluklarının kaynağı olabileceğini belirterek hastaların aile yapılarında değişimi amaçlayan bir tedavi şekli benimsemişlerdir.

Ebeveynleriyle çatışma yaşayan ve bireyselleşme süreçleri zor geçen ergenlerin kaybettiklerini düşündükleri kontrol hissini dış görünüş ve yeme düzenleri ile sağlamaya çalışmalarının anoreksiya ile ilişkili olduğu düşünülmektedir (Lock ve Le Grange, 2015; Özyurt ve ark., 2017). Bireyler, kilolarını, kalori alım ve yakım miktarlarını sürekli denetlemeye çalışırlar. Anoreksiya hastaları, yemek yedikleri zamanlardaki suçluluk belirtileri, uzun açlık süreleri ve belirgin kilo verme miktarları neticesinde çabuk fark edilebilirler; öte yandan bulimia hastaları aşırı yiyip telafi davranışlarından suçluluk duyup bozukluğun belirtilerini sakladıkları için hastalık durumu aileler tarafından daha geç algılanır ve tedavi süreci güçleşir (Le Grange ve Lock, 2009). Ancak bu utanç ve suçluluk, bulimia hastalarının değişim ve tedavi motivasyonlarının yüksek olmalarını sağlamaktadır (Le Grange ve Lock, 2009). Tıknırcasına yeme bozukluğunda, aile ilişkileri ile hastalığın bağlantısına dair yapılan çalışmalar kısıtlıdır. Bununla beraber, aile içindeki sosyal destek yetersizliğinin ve duygusal yemenin sorunlarla baş etme yöntemi olarak kullanılmasının tıknırcasına yeme bozukluğu ile ilişkili olabileceği ortaya konmuştur (Stice ve ark., 2002).

Yeme bozukluklarında hastaların sistemdeki problemlerin taşıyıcısı olmasının önüne geçilmesi ve bu amaçla tüm aile sistemine müdahale edilebilen aile odaklı terapi çalışmalarının yapılması önemli görülmektedir (Özyurt ve ark., 2017; Russell ve ark., 1987). Aile odaklı terapinin diğer psikoterapi yöntemlerinde olduğu gibi tek bir kurucusu veya kurucu ekibi yoktur, bunun yerine birçok alternatif aile terapisi modelinin tümüne genel olarak sistemik terapi/aile terapisi ismi verilmektedir (Stratton, 2016). Bu modellerle çalışan bazı terapistlerin doğrudan yeme bozukluğu hastaları ile yaptıkları aile odaklı çalışmalar vardır. Milan Sistemik Terapisi ile çalışan uzmanlar, aile sisteminin dışarıdan gelecek etkilere ve değişimlere karşı dirençli olduğunu savunurlar (Gehart, 2017). Bu nedenle, yeme bozukluklarıyla çalışırken aile sisteminin tehlikede hissetmemesi için kendilerini dışarıda tutup, ailenin birlik olmasını sağlayarak onların kendi çözüm yollarını bulmalarını teşvik etmeye çalışırlar (Le Grange ve Lock, 2009). Yapısal aile terapistleri, aile yapısındaki hiyerarşik düzende meydana gelen bozulmaların, aile alt sistemleri ve aile bireyleri arasında sınırlar ve birliktelik dengelerinin olmayışının, aile sistemlerinde hastalıklara ve problemlere yol açabildiğinin üzerinde dururlar (Gehart, 2017). Anoreksiya nervoza tedavisinde ağırlıklı olarak iç içe geçmiş aile ilişkileri, aşırı kuralcı ve korumacı ebeveynlik yöntemleri gibi konular üzerine çalışarak daha sağlıklı sistem ve alt sistemler oluşturmayı hedeflerler (Lock ve Le Grange, 2015). Stratejik terapistler ise hastalığın sebepleri ve altyapısını araştırmak yerine davranışa müdahale etmeye yönelik, paradoksal teknikler kullanırlar (Castelnuovo ve ark., 2011).

Yeme bozukluklarının tedavisine özel olarak geliştirilmiş olan Maudsley Hastanesi yöntemi de etkililiği kanıtlanmış aile odaklı çalışmalardan biri olarak görülmektedir (Bulut ve ark., 2017). Maudsley ekibi tarafından yapılan aile terapisi ve bireysel destekleyici terapinin karşılaştırıldığı bir çalışmada, erken başlangıçlı ve kronik olmayan hastalar için aile terapisinin daha etkili olduğu gözlenmiştir (Russell ve ark.,

1987). Üç aşamalı bir yöntem olan Maudsley metodunda, terapi aile yemeği evresi ile başlar ve bu aşamada ilk olarak ebeveynler çocukları sağlıklı kilo koruma evresine gelene kadar yeme içmeye dair tüm kontrolü elinde bulundurur ve terapi sürecinde kontrol kademeli bir biçimde ergenin kendisine aktarılır (Bulut ve ark., 2017).

Anoreksiya nervoza ve bulimia nervoza tedavileri için, birbirine benzeyen ancak hastalığın seyri ve belirtilerine göre içerikleri değişen üç fazlı yapılandırılmış tedavi yöntemleri oluşturulmuştur. Bu tedavi yöntemlerinde her bir faz için farklı amaçların tamamlanması ve kademeli olarak hastalığın seyrinde ve altında yatan faktörlerde değişim oluşturulması amaçlanırken, hastalığın tekrarlama riskini en aza indirmek de bu tedavi planının esaslarından biridir (Rienecke, 2017).

Le Grange ve Lock tarafından geliştirilmiş olan bulimia ve anoreksiya tedavi yöntemlerinde ortaya konmuş olan üç faz ve bu fazlardaki terapi hedefleri birbiriyle benzerlik gösterse de hastalığın seyrine göre uygulamalar ve teknikler farklılaşmaktadır (Le Grange ve Lock, 2009; Lock ve Le Grange, 2015). 20 seanslık tedavinin ilk fazında çocuk ya da ergenin sağlıklı yeme düzeninin yeniden oluşturulması esas alınırken, ikinci fazında yemek yemenin düzenlenmesi ve kontrolünün yeniden ergenin kendisine verilmesi ve üçüncü fazında ise ergenin gelişimsel problemleri üzerinde çalışılması hedeflenmektedir (Le Grange ve Lock, 2009; Lock ve Le Grange, 2015) (Tablo 1).

Yeme bozuklukları tedavisinde kullanılan aile odaklı terapilerin süreç ve içeriğine dair çalışmaların yanı sıra bu terapilerin etkililiğine dair yapılmış çalışmalar da bulunmaktadır. Bu bağlamda alanyazında yer alan aile odaklı terapi uygulamalarıyla yapılan görece geniş örneklemeye sahip etkililik çalışmaları incelenmiştir. Lock ve arkadaşlarının (2010) 121 anoreksiya hastası kadın ile yaptıkları çalışmada aile odaklı terapi, 6 ve 12 aylık izleme çalışmalarında ergen odaklı bireysel terapiden daha etkili bulunmuştur. Aile odaklı terapiler ile destekleyici terapinin karşılaştırıldığı 80 bulimia nervoza hastasıyla yapılan çalışmada ise hem tedavi sonunda hem de izleme sonuçlarında aile odaklı terapilerin daha etkili olduğu ortaya konmuştur (Le Grange ve ark., 2007). Schmidt ve arkadaşlarının (2007) bulimia nervoza tanılı hastalarda aile odaklı terapiler ile bilişsel davranışçı terapilerin etkililiğinin karşılaştırıldığı çalışmada ise iki tedavi yöntemi arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Anoreksiya hastalarıyla yapılmış üç araştırmanın meta-analizinde ise aile odaklı terapilerin bireysel terapilere göre izleme çalışmalarında uzun dönemde daha etkili olduğu tespit edilmiştir (Couturier ve ark., 2013).

Tıkınırcasına yeme bozukluğu tedavisinde ise bilişsel davranışçı, stratejik, diyalektik davranışçı ve farkındalık temelli terapilere dair çalışmalar bulunmakla birlikte yapılandırılmış aile odaklı tedavi çalışmalarına rastlanmamıştır (Baer ve ark., 2005b; Özyurt ve ark., 2017; Pietrabissa ve ark., 2014).

Farkındalık Temelli Terapiler ve Yeme Bozukluğu

Farkındalık (mindfulness), dikkatin yargılamadan ve istemli olarak anlık deneyimlere yönlendirilmesi olarak tanımlanmaktadır (Kabat-Zinn, 2013). Anlık deneyimlere odaklanmak ile tüm deneyimlere değerinden ve istenilmesinden bağımsız olarak merak, açıklık ve kabulle yaklaşmak farkındalığın iki temel bileşenidir (Bishop ve ark., 2004). Bir diğer tanıma göre, farkındalık, niyet (anlık deneyimlere odaklanma istemi), dikkat (dikkatin anlık deneyimlere yoğunlaşmak üzerine düzenlenmesi) ve tutum (anlık deneyimlerin yargılamadan, açıklıkla kabulü) bileşenlerinden oluşan üç parçalı bir model olarak kavramsallaştırılmaktadır (Shapiro ve ark., 2006).

Tablo 1

Aile Odaklı Terapilerde Anoreksiya Nervoza ve Bulimia Nervoza Tedavisinde Kullanılan Üç Fazlı Yapılandırılmış Tedavi Planı ve Aşamalara Yönelik Hedefle

		ANOREKSİYA NERVOZA*	BULİMİA NERVOZA**
I. FAZ Sağlıklı yeme düzenini yeniden oluşturma	1. Seans	*Hastalık öyküsü ve hastalığın aileye etkileri hakkında bilgi almak. *Ailenin yapısı ve işleyişini (koalisyonlar, anlaşmazlıklar, otorite yapısı) öğrenmek.	*Bulimia öyküsünü almak ve aileye etkilerini hakkında bilgi almak. *Ailenin yapısı ve işleyişini (koalisyonlar, anlaşmazlıklar, otorite yapısı) öğrenmek.
	2. Seans	*Aile yapısının değerlendirilmesine devam etme ve ebeveynlerin, çocuklarının kilo almasına başarılı bir şekilde yardımcı olmaları üzerine çalışılması. *Ebeveynlerin, çocuklarının normal bir yeme düzenine geçmesi ve kilo alması konusunda başarılı olmaları için bir fırsat sağlamak. *Ailenin güçlü ve zayıf yanlarını belirlemek ve süreci değerlendirmek.	*Aile yapısının değerlendirilmesine devam etme ve ebeveynlerin, çocuklarının normal şekilde yemek yemelerine yardımcı olmaları üzerine çalışılması *Ebeveynlerin, çocuklarında aşırı yeme ve kusma davranışlarının kısıtlanması ve sağlıklı yeme düzeninin oluşturulması konusunda başarılı olmaları için bir fırsat sağlamak. *Çocuğun/ergenin ebeveynleriyle “yasaklı” olarak gördüğü yiyecekleri yemek konusundaki içsel çatışmalarını paylaşması konusunda imkân sağlamak
	3.-10. Seans	*Ailenin yeme bozukluğuna ve tedavisine odağını sürdürmek. *Ebeveynlerin çocuklarının yeme davranışlarının düzenlenmesi konusunda sorumluluk almalarını sağlamak *Kardeşler varsa hastayı desteklemesi yönünde çalışmak	*Ailenin yeme bozukluğuna ve tedavisine odağını sürdürmek. *Ebeveynlerin çocuklarının yeme davranışlarının düzenlenmesi konusunda sorumluluk almalarını sağlamak, aşırı yeme ve kusmayı önleme yönünde stratejiler geliştirmelerini desteklemek. *Kardeşler varsa hastayı desteklemesi yönünde çalışmak
II. FAZ Tanı almış olan kişinin kendi yemek düzeninin kontrolünü eline almasını sağlama	10-16. Seans	*Çocuk/ergen yeterli miktarda yemek yiyip kilo almaya başlayana kadar ebeveynlik becerileri ve aile yapısına müdahale etmeye devam etmek. *Yeterli miktarda yiyecek tüketmek konusundaki kontrolü tekrar ergenin almasını desteklemek. *Çocuk/ergeni kendi ve ilişkilerindeki çatışmaları ile yeme bozukluğu arasındaki ilişki örüntüleri hakkında bilgilendirmek.	*Çocuk/ergen kendi kendine sağlıklı yeme alışkanlığı geliştirene kadar ebeveynlik becerileri ve aile yapısına müdahale etmeye devam etmek. *Yeme davranışları konusundaki kontrolü tekrar ergenin almasını desteklemek. *Çocuk/ergeni kendi ve ilişkilerindeki çatışmaları ile yeme bozukluğu arasındaki ilişki örüntüleri hakkında bilgilendirmek.
III. FAZ Kişisel meseleler üzerine çalışılması, problem çözme becerilerinin geliştirilmesi, terminasyon	17.-20. Seans	*Sonraki süreçte hastalığın tekrarlama riskini azaltmak için güçlü ebeveyn-ergen ilişkileri geliştirmek. *Ergenlikteki gelişimsel meseleler üzerine çalışmak, aileyi hazırlamak ve olası sorunlar karşısında geliştirebilecekleri çözüm yolları üzerinde durmak. *Tedaviyi sonlandırmak.	*Sonraki süreçte yeme hastalığın tekrarlama riskini azaltmak için güçlü ebeveyn-ergen ilişkileri geliştirmek. *Ergenlikteki gelişimsel meseleler üzerine çalışmak, aileyi hazırlamak ve olası sorunlar karşısında geliştirebilecekleri çözüm yolları üzerinde durmak. *Tedaviyi sonlandırmak.

NOT: * (Lock ve Le Grange, 2015), ** (Le Grange ve Lock, 2009)

Farkındalığın kökenleri Budizm'e ve Doğu'da uygulanan çeşitli meditasyon pratiklerine dayanmakla beraber, bu pratiklerin psikoterapi alanında kullanımı, 1979 yılında Jon Kabat-Zinn tarafından kronik ağrıya sahip kişiler için geliştirilen Farkındalık Temelli Stres Azaltma Programı ile yaygınlaşmıştır. Sekiz haftalık grup oturumlarından oluşan bu program, nefesle birlikte vücudun her bölgesindeki deneyimlere odaklanarak beden farkındalığını arttıran beden tarama egzersizi, dikkatin anlık deneyimlere yoğunlaşmasını ele alan oturma meditasyonu, deneyimlere yönelik beklentilerin bırakılmasını amaçlayan kuru üzüm egzersizi gibi çeşitli pratikleri ve bunları katılımcıların günlük hayatlarında deneyimlemesini sağlayan ev ödevlerini içermektedir. Farkındalık çalışmalarında temel amaç, olumsuz düşünce, duygu ya da fiziksel belirtileri azaltmak değil, yalnızca dikkati anlık deneyimlere vererek bütün deneyimleri yargısızca ve olduğu gibi kabul etmektir (Kabat-Zinn, 2003).

Günümüzde, farkındalık temelli çalışmalar, depresyon (Walsh ve ark., 2006), kronik ağrı (Rosenzweig ve ark., 2010), duygu durum bozuklukları (Teasdale, 1999), kaygı bozuklukları (Evans ve ark., 2008), madde bağımlılığı (Bowen ve ark., 2009), yeme bozuklukları (Daly ve ark., 2016), sınırda kişilik bozuklukları (Huss ve Baer, 2007) gibi pek çok psikolojik sorunda ana tedavi, tekrarı önleyici ve destekleyici tedavi yöntemi olarak kullanılmaktadır.

Farkındalık temelli yaklaşımların yeme bozukluğu alanında kullanımı giderek yaygınlaşmaktadır (DeSole, 2010). Bu yaklaşımlar, yeme bozukluğunun bulimia nervosa (Proux, 2008), anoreksiya nervosa (Dunne, 2017) ve tıkinircasına yeme bozukluğu (Woolhouse ve ark., 2012) gibi alt tiplerinde uygulanmaktadır. Ayrıca farkındalık temelli uygulamalar, sıklıkla görülen problemli yeme davranışları, ikili düşünme biçimleri, beden görünümüne dair endişeler, aşırı besin istekleri gibi çeşitli problem alanlarında da kullanılabilir (Alberts ve ark., 2012). Farkındalık egzersizleri, bedenin olduğu gibi kabulünü sağlayarak kısıtlı yeme davranışının azaltılmasına; tat ve koku gibi duylara dikkat edilerek gerçekleştirilen farkındalıklı yeme yöntemiyle tokluk belirtilerinin farkına varılmasına ve tıkinircasına yeme davranışının azaltılmasına; olumsuz duyguların kabulünü arttırarak kaçınma amaçlı duygusal yeme davranışının azaltılmasına; bedensel duyuların arttırılmasıyla açlık belirtilerinin farkına varılmasına ve dışsal uyaranlara bağlı yeme davranışının azaltılmasına yardımcı olmaktadır (Alberts ve ark., 2012).

Yeme bozukluklarıyla çalışan farkındalık temelli terapiler içinde Segal ve arkadaşları (2002) tarafından geliştirilen farkındalık temelli bilişsel terapi ve Kristeller ve Hallett (1999) tarafından geliştirilen Farkındalık Temelli Yeme Farkındalığı Eğitimi gibi pek çok yaklaşım yer almaktadır. Farkındalık temelli bilişsel terapi, Baer ve arkadaşları (2005a) tarafından tıkinircasına yeme bozukluğu tanısı almış kişilerle çalışmak için uyarlanmıştır. Bu uyarlamada, 10 seanslık grup oturumları gerçekleştirilmiş, her seansta çeşitli farkındalık egzersizlerine yer verilmiştir. Bu egzersizlerden bazıları, vücudun tüm kısımlarına ait duyuların yargısızca gözlemlendiği beden tarama egzersizi; hareket esnasındaki duyuların gözlemlendiği farkındalıklı yürüyüş ve esneme pratikleri; yemek yeme sırasında ortaya çıkan düşünce ve duyguların gözlemlendiği farkındalıklı yeme pratiği; sırasıyla nefes, bedensel duyular, sesler, düşünceler ve duygulara odaklanılan oturma meditasyonlarıdır (Baer ve ark., 2005b). Bu egzersizlerle birlikte, katılımcıların farkındalık egzersizlerini günlük hayata taşımalarına yardımcı olacak ev ödevleri verilmektedir. Bu programda, duygu, düşünce ve durumların yargısızca kabulü ve yemek yemeye dair otomatik düşüncelerin ele alındığı bilişsel terapi çalışmaları da yer almaktadır.

Kristeller ve Hallett (1999) tarafından geliştirilen Farkındalık Temelli Yeme Farkındalığı Eğitimi ise Kabat-Zinn tarafından geliştirilen Farkındalık Temelli Stres Azaltma Programından temel almakta ve yaklaşık 2.5 saat süren, 9-10 haftalık grup oturumlarından oluşmaktadır. Bu programda, beden tarama egzersizi, nefes egzersizi, farkındalıklı yürüme, oturma meditasyonu gibi çeşitli farkındalık pratikleriyle

bedensel duyumların farkına varılmasının ve açlık-tokluk sinyallerinin ayırt edilmesinin kolaylaştırılması hedeflenmektedir. Tıkınırcasına yenilen yiyeceklerin kokusuna, görünümüne ve tadına dikkat edilerek farkındalıkla yenmesi sağlanmakta, aynı zamanda tat doyum ve tokluk hissi ilişkisi ele alınmaktadır. Bunların yanı sıra, tıkınırcasına yeme davranışının duygusal, fiziksel ve bilişsel tetikleyicileri incelenerek bu davranışın azaltılması amaçlanmaktadır. Bu bağlamda, ev ödevleri ile katılımcıların yeme farkındalığını gündelik hayatlarına taşıması sağlanmaktadır.

Yeme bozukluğu tedavisinde kullanılan farkındalık temelli terapilerde bahsedildiği üzere farklı yöntemler kullanılmaktadır. Alanyazında bu yöntemlerin etkililiğini değerlendiren çeşitli çalışmalar yer almaktadır. Bu çalışmaların büyük kısmında örneklem sayısının azlığı ve çalışmaların genellikle beyaz kadın katılımcılarla kısıtlı kaldığı dikkat çekmektedir (Warren ve ark., 2017). Ancak bu yöntemsel kısıtlılıklara rağmen, özellikle tıkınırcasına yeme bozukluğu ve problemli yeme davranışları gibi alanlarda farkındalık temelli terapilerin kullanılması önemli ve umut vadeden sonuçlar ortaya koymuştur (Warren ve ark., 2017).

Alberts ve arkadaşlarının (2012) yeme bozukluğuna sahip 26 kadınla yaptığı çalışmada, 8 haftalık farkındalık temelli bilişsel terapi grubuna katılan katılımcıların, kontrol grubuna göre yeme krizlerinde, ikili düşünme biçimlerinde, olumsuz beden algılarında, duygusal yeme davranışlarında, dışsal uyarana bağlı yeme davranışlarında manidar bir azalma gözlemlenmiştir. Tıkınırcasına yeme bozukluğuna sahip 10 kadınla yapılan bir diğer çalışmada ise farkındalık temelli bilişsel terapi uygulanan gruptaki bireylerde, bekleme listesi grubuna göre tıkınırcasına yeme ataklarında düşüş gözlemlenmiştir (Baer ve ark., 2005a). Tıkınırcasına yeme bozukluğu tanısına sahip kişilerle yapılan bir başka çalışmada ise, farkındalık-eylem temelli bilişsel davranışçı terapi alan katılımcıların tedavi öncesi ve sonrasında tıkınırcasına yeme davranışlarında azalma gözlemlendiği ifade edilmiştir (Courbasson ve ark., 2010).

Tıkınırcasına yeme bozukluğuna sahip 150 katılımcı ile gerçekleştirilen 12 oturumluk bir başka çalışmada ise katılımcılar, Farkındalık Temelli Yeme Farkındalığı Eğitimi grubu, Bilişsel Temelli Psikoeğitim grubu ve bekleme listesi grubu olmak üzere üç gruba ayrılmıştır (Kristeller ve ark., 2013). Bu çalışma sonucunda, her iki tedavi grubunda tıkınırcasına yenilen günlerde, depresyonda ve aşırı yeme davranışlarında azalma gözlemlenmiştir. 4 aylık takip sürecinde, Farkındalık Temelli Yeme Farkındalığı Eğitimi grubundaki katılımcılardan tıkınırcasına yeme bozukluğu tanısına sahip katılımcıların %95'inin artık tanı kriterlerini sağlamadığı rapor edilmiştir. Bunların yanı sıra, Farkındalık Temelli Yeme Farkındalığı Eğitimi grubundaki katılımcılarda belirgin bir kilo kaybı gözlemlenmiştir. 7 oturumluk bir başka Farkındalık Temelli Yeme Farkındalığı Eğitimi çalışmasında ise, farkındalık pratiklerinin tıkınırcasına yeme davranışının azalmasında süregelen ve belirgin bir etkiye sahip olduğu öne sürülmüş; katılımcılar, farkındalık, yeme kontrolü, açlık ve tokluk farkındalığı gibi konularda belirgin gelişme kaydettiklerini ifade etmişlerdir (Kristeller ve Hallett, 1999).

Wanden-Berghe ve arkadaşları (2010) tarafından gerçekleştirilen meta-analiz çalışmasında farkındalık temelli terapilerin bulimia nervosa, anoreksiya nervosa ve tıkınırcasına yeme bozukluğunda olumlu sonuçlar ortaya koyduğu gösterilmiştir. Benzer şekilde, Godfrey ve arkadaşlarının (2014) yaptığı meta-analiz ve derleme çalışmasında farkındalık temelli terapilerin hem klinik hem de klinik olmayan grupta tıkınırcasına yeme davranışının tedavisinde etkili olduğu ifade edilmiştir. Her iki çalışmada da farkındalık temelli terapilerin yeme bozuklukları tedavisindeki etkililiğine dair kanıtlar elde edilmiş ancak analizlere dahil edilen çalışmaların örneklem sayısının azlığı ve mevcut deney şartlarının uygunluğunun değişken olduğu vurgulanmıştır (Godfrey ve ark., 2014; Wanden-Berghe ve ark., 2010).

Diyalektik Davranış Terapisi (DDT) ve Yeme Bozukluğu

Diyalektik davranış terapisi (DDT) 1990ların başında, sınırda kişilik bozukluğu tanısına sahip olan, kendine zarar verme ve intihar davranışları gösteren danışanlarla çalışan Dr. Marsha Linehan tarafından geliştirilen bir üçüncü dalga terapi ekolüdür. Öğrenme teorisinde yer alan davranış değiştirme ve Zen felsefesinin dayandığı yargısız kabul etme arasındaki dengenin diyalektik bakış açısı ile bir araya getirilmesi ekolün temelini oluşturmaktadır (Dimeff ve Linehan, 2001). DDT psikopatolojiyi kavramsallaştırırken biyososyal teoriden yararlanır ve duygusal hassasiyeti olan bireylerin kabul içermeyen ortama maruz kalmasının duygu düzenlemede sorunlar yaşanmasına neden olduğunu ortaya koyar (Linehan, 1993a). Buna paralel olarak, bu yaklaşımın başlıca stratejileri, bireye kabul ortamı hazırlanması ve davranış analizleriyle duygu düzenlemede kullanılan işlevsiz davranışların değiştirilmesidir (Neacsiu ve ark., 2012).

Geleneksel diyalektik davranış terapisinde dört temel mod bulunmaktadır ve bu modların ilki, 6 temel alanda çalışılan *bireysel psikoterapidir* (Linehan, 1993a). Bu alanlar; bireyin intihar girişimi davranışları, terapiye müdahale edici davranışları, yaşam kalitesini düşüren davranışları, davranış becerisi kazanımı, travma sonrası stres davranışları ve öz-saygı davranışlarıdır (Linehan, 1993a). İkinci mod, *grup beceri eğitimi* adı verilen, sınırda kişilik bozukluğu tanılı hastaların bir arada bulunduğu grup psikoterapisidir. Haftalık 2 saatlik görüşmelerle ilerleyen grup psikoterapisinde yaklaşık 6 ayda tamamlanan dört beceri eğitim modülü üzerine çalışılmaktadır (Linehan, 1993b). Bu modüller sırasıyla *temel farkındalık, kişilerarası etkinlik, duygu düzenleme ve sıkıntı toleransı* beceri eğitimidir (Linehan, 1993b).

DDT'nin üçüncü modu *telefon danışmanlığıdır* (Linehan, 1993a). Psikoterapistler hem bireysel psikoterapi sürecinde hem de grup beceri eğitiminde öğrenilenlerin pekiştirilmesi amacıyla telefon danışmanlığı verirler. Bu mod, terapist ile danışanı terapi ortamının dışına çıkararak, seanslar arasında gerçekleşebilecek kriz anlarında danışanın kendine zarar veren davranışlarını durdurmaya ve durdurmasını engelleyen faktörlerin araştırılmasına olanak sağlamaktadır. Ayrıca, telefon danışmanlığında danışanların, danışmanlık alabilmek için kendilerine zarar verme davranışı göstermeden 24 saat içerisinde durumu terapistleriyle paylaşmalarını gerektiren “24 saat kuralı” da yer almaktadır. *Konsültasyon ekibi toplantıları* ise DDT'nin dördüncü ve son modudur. Bu modun temel amacı, sınırda kişilik bozukluğu klinik örnekleriyle bireysel görüşmelerle veya grup ortamında çalışan psikoterapistleri haftalık olarak bir araya getirmek ve kendi aralarında sosyal destek ağı oluşturmalarını sağlamaktır (Linehan, 1993a).

DDT diğer psikoterapi ekollerinden farklı olarak yeme bozukluklarını, duygu düzenleme güçlüğüünün bir sonucu olarak kavramsallaştırmaktadır. Daha ayrıntılı bakılacak olursa DDT'ye göre yeme bozukluklarının etiolojisi; uyarılmayı tanımlamakta, düzenlemekte ve yeme davranışına girmeden duygusal sıkıntıya tolerans göstermekte zorluk yaşanması, kişinin kendi duygusal tepkilerinin geçerli ve güvenilir olduğuna inanmada güçlük yaşaması ve kabul içermeyen ortam nedeniyle gerçekçi olmayan amaç ve beklentiler oluşturmaının öğrenilmesi olarak açıklanmaktadır (Segal ve ark., 2016).

Diyalektik davranış terapisi temel olarak sınırda kişilik bozukluğu tanılı hastaların tedavisinde kullanılmak üzere yapılandırılmış bir psikoterapi ekolü olsa da yeme bozuklukları majör depresyon, öfke kontrol problemleri, travma sonrası stres bozukluğu ve madde bağımlılığı klinik gruplarıyla çalışılırken de etkilidir (May ve ark., 2016). Bu bağlamda, DDT yeme bozuklukları tedavisinde iki farklı model önermektedir. Bunlardan biri yalnızca yeme bozukluklarını ele alan Stanford DDT Modeli'dir. Diğeri ise yeme bozuklukları ile eş tanılı görülen sınırda kişilik bozukluğu tanılı bireylerle çalışılabilmesi için geliştirilen modeldir.

Yeme bozukluğunda Stanford DDT Modeli

DDT, yeme bozuklukları tedavisinde kullanılmak üzere ilk olarak psikolog Dr. Christy F. Telch tarafından uyarlanmıştır (Telch, 1997). Stanford Üniversitesi'nde bulimia nervoza tanılı hastalar için bireysel format, tıknırcasına yeme bozukluğu tanılı hastalar için ise grup terapi formatı uygulanmıştır. Tedavinin temel hedefleri; danışanın dikkatini vermeden yemek yemesinin, düşüncelerinin yemekle meşgul olmasının ve doğrudan yeme ile ilgili olmayan davranışlarının azaltılmasıdır (Linehan ve Chen, 2005). Bu amaçla en sık kullanılan stratejiler günlük kartları, zincir analizleri ve diyalektik uzak durmadır (Linehan ve Chen, 2005).

Stanford DDT Modelinin en önemli bileşeni grup beceri eğitimidir (Safer ve ark., 2001). Yeme bozukluğu tanılı bireylerle bireysel terapi ve grup beceri eğitimi birleştirilerek 20 haftalık 2 saat süren grup terapisi gerçekleştirilmektedir. Tedavi öncesinde bireylerle ortalama 40-45 dakikalık görüşmeler yürütülmektedir. Bu ön görüşmelerde tedavi hedefleri belirlenmekte, grup üyelerinin beklentileri öğrenilmekte ve yeme bozukluğuna yönelik psikoeğitim verilmektedir. Grup terapisinin bir seansının yarısı ödevlere ve davranış analizlerine ayrılmaktayken diğer yarısında yeni becerilerin öğretilmesine odaklanılmaktadır. Tablo 2'de grup beceri eğitiminin 20 seansı özetlenmiştir. Ayrıca, grup terapisi süreci boyunca, danışanın fiziksel şikayetleri için alabileceği medikal yardım dışındaki alternatif tedavilere izin verilmemektedir.

Stanford DDT Modelinde konsültasyon ekibi toplantılarında, psikoterapistler haftalık olarak sadece grup terapisindeki danışanların tedavi sürecini paylaşmak için toplanmaktadırlar (Safer ve ark., 2009). Ekip toplantılarının bir diğer amacı da her terapist için yargılayıcı olmayan bir ortam oluşturmak ve kendisini gözlemlemesine fırsat vererek "terapistin tedavi edilmesine" olanak tanımadır. Telefon danışmanlığından da yararlanan Stanford DDT Modelinde, grup terapi sürecindekiler 24 saat kuralı olmaksızın ödevler hakkında soru sormak veya yeme bozukluğu belirtileri ile ilgili anında danışmanlık alabilmek için hafta boyunca terapisti arayabilmektedirler (Safer ve ark., 2009).

Yeme bozuklukları ile eş tanılı görülen sınırdaki kişilik bozukluğu ve DDT

Yeme bozukluklarının sıklıkla depresyon, kaygı bozuklukları ve kişilik bozuklukları ile eş tanılı seyrettiği görülmektedir (Blinder ve ark., 2006; Sansone ve ark., 2005). Duygu düzenlemedeki zorlukların psikopatolojilere zemin oluşturduğunu savunan DDT ekolünün de aynı perspektiften sınırdaki kişilik bozukluğu ile yeme bozukluğu eş tanılı hastalar için uygulanabilir olduğu düşünülmektedir. DDT, sınırdaki kişilik bozukluğu eş tanılı yeme bozukluğu ile çalışırken yeme bozukluğu belirtilerine yönelik olmasa da hayati tehlike oluşturan ve yaşam kalitesini düşüren tüm davranışların azaltılmasını hedeflemektedir. Segal ve arkadaşları (2016), bu hedeflere uygun olarak kullanılan temel stratejilerin; davranış zinciri analizleri, diyalektik uzak durma, diyalektik ikilem, günlük kartları, kabul ve onay içeren ortam olduğunu belirtmişlerdir.

Tedavide, geleneksel DDT'nin dört bileşeni de kullanılmaktadır ve standart olarak 6 ay süresince devam eden tedavinin ilk basamağı bireysel psikoterapidir (Segal ve ark., 2016). Danışanın dürtülerinin değerlendirilmesi, kendisine zarar verici davranışlarının azaltılması, hedef davranışların belirlenmesi ve takibinin yapılması bireysel psikoterapinin yapısını oluşturmaktadır. Grup beceri eğitiminde ise daha çok farkındalık modülü üzerinde çalışılmaktadır. Beden ve yeme farkındalık egzersizleri ile bireyin kendisine yönelik eleştirel düşüncelerin takibinin yapılması üzerine çalışmalar yürütülmektedir. Ayrıca, DDT ekolünde bireysel psikoterapide ve grup terapisinde danışan önceden belirlenmiş terapi seanslarına arka arkaya dört kere katılmazsa terapi süreci sonlandırılmaktadır (Segal ve ark., 2016).

Tablo 2

Stanford DDT Modelinde Grup Beceri Eğitimi

Grup Beceri Eğitimi Seansları	İçerik
Seans 1	Tedaviye uyum
Seans 2	Diyalektik uzak durmanın anlamı ve önemi
Seans 3 – 5	Farkındalık beceri eğitim modülü (Farkındalık yemek yeme, yeme dürtüleriyle sörf yapma ve alternatif isyan)
Seans 6 – 12	Duygu düzenleme beceri eğitim modülü (Duyguların tanımı, işlevleri ve mevcut duygulara zıt davranabilme)
Seans 13 – 18	Sıkıntıya tolerans beceri eğitim modülü (Nefes gözlemlene, yatıştırma egzersizleri, yarım gülümseme ve radikal kabul)
Seans 19 – 20	Hastalığın tekrarlamasını önleme çalışmaları Öğrenilen becerilerin gözden geçirilmesi ve “gelecek planlaması” izlencesi hazırlanması

Konsültasyon ekibi toplantılarında, grup psikoterapisi veya bireysel psikoterapi veren terapistlere yeme bozukluğu ile çalışılması üzerine eğitimler haftalık toplantılar aracılığıyla verilmektedir (Safer ve ark., 2009; Segal ve ark., 2016). Özellikle, yüksek hayati risk içeren yeme bozukluğu davranışlarının terapist tarafından nasıl belirlenebileceği ve gelişebilecek olası komplikasyonların tıbbi sonuçları hakkında bilgiler sağlanmaktadır. Ayrıca terapist, telefon danışmanlığı aracılığıyla seanslar arasında yaşanan bir krizde (ör. tıknırcasına yeme dürtüsü) dürtüsel davranışlara anında müdahale edebilmekte ve sorunun döngüsel analizi üzerine çalışabilmektedir (Linehan, 1993a; Safer ve ark., 2009; Segal ve ark., 2016).

Medikal kontrollerin devamlılığının sağlanması bireysel DDT’deki hedeflerden biri olarak kabul edilmektedir (Segal ve ark., 2016). Farmakolojik müdahaleler ve diyetisyen yardımına ek olarak, destek gruplarına katılım gibi yardımcı tedaviler de öğrenilen becerileri uygulamaya alan yaratabileceğinden sıklıkla desteklenmektedir.

Diyalektik davranış terapisinin yeme bozuklukları tedavisi üzerinde etkililiğine bakıldığında alanyazında bu konuda yürütülmüş birçok çalışma yer almaktadır. Bu çalışmaların büyük bir çoğunluğu tıknırcasına yeme bozukluğuna sahip beyaz kadın katılımcılarla gerçekleştirilmiştir. Örneğin, Lenz ve arkadaşları (2014) tarafından yürütülen meta-analiz çalışmasında 5 gruplar arası karşılaştırma ve 4 tek grup içeren toplam 9 çalışmadan yararlanılmıştır ve DDT’nin hem yeme bozukluğu epizodlarının hem de eşlik eden depresyon belirtilerinin azalmasında orta ile yüksek etki büyüklüğüne sahip olduğu gösterilmiştir. Bir diğer meta-analiz çalışmasında ise yeme bozuklukları tedavisinde DDT tedavisine odaklanan 13 bilimsel çalışmadan elde edilen bulgular, tedavi sonrası katılımcıların yeme bozukluğu belirtilerinde yaşanan azalmaların yanı sıra genel patolojik belirtilerinde de azalma olduğunu (örn. kendine zarar verme davranışları ve intihar girişimleri) işaret etmiştir (Bankoff ve ark., 2012).

Tıknırcasına yeme bozukluğu tanımlı hastalarla gerçekleştirilen Stanford DDT Modeli çalışmaları oldukça yaygındır. Telch ve arkadaşları (2001) tarafından yürütülen çalışmada, 20 seanslık grup beceri eğitimi sonrasında tıknırcasına yeme günleri ve epizodlarında azalma olduğu rapor edilmiştir. Ayrıca, 3 ay sonraki takip çalışmasında katılımcıların %67’sinde, 6 ay sonraki takip çalışmasında ise %56’sında tedavinin etkisinin devam ettiği gözlemlenmiştir. Ek olarak, Rahmani ve arkadaşları (2018) tarafından yürütülen çalışmada, 10 haftalık Stanford DDT uygulamasının tıknırcasına yeme, duygu düzenleme ve vücut-kitle indeksi açısından pozitif sonuçlar ortaya koyduğu belirtilmiştir. DDT uygulanan tedavi grubu ve destekleyici terapi alan kontrol grubu karşılaştırmalarını içeren çalışmalarda ise, tedavi grubunda tıknırcasına yeme

günlerinin istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha çok düştüğü bulunmuştur ve düzenleyici değişkenlerinin etkisi vurgulanmıştır (Robinson ve Safer, 2012; Safer ve ark., 2010).

DDT'nin sınırdaki kişilik bozukluğu eş tanımlı yeme bozukluğu olguları üzerindeki etkililiğinin araştırıldığı sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır. Palmer ve arkadaşları (2003) tarafından yürütülen çalışmada, DDT uygulamasında hiçbir hastanın tedaviyi bırakmadığı ve hastaların uygulama sonunda kendine zarar verme davranışları ile hastanede kaldıkları gün sayısında ciddi bir azalma olduğu gösterilmiştir. Bir başka çalışmada ise, DDT'nin hastaların kendine zarar verme ve sosyal uyum davranışlarında, yeme bozukluğu ve kişilik bozukluğu belirtileri üzerinde tedavi sonrasında ve 6 ay sonraki takip çalışmasında etkili olduğu rapor edilmektedir (Chen ve ark., 2008).

Sonuç

Yeme bozuklukları, ölüm veya kalıcı fiziksel hasarlara yol açabilen ve hastalığın tekrarlama riskinin yüksek olduğu bir rahatsızlık türü olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu tanı grubu, karmaşık ve zorlu bir iyileşme süreci gerektirdiğinden etkili yöntemlerle tedavi edilmesi önemlidir. Bu nedenle, bu tanıya sahip bireylerle çalışan uzmanların yeme bozukluklarına dair güncel bilgilere sahip olmaları ve uygun tedavi yaklaşımlarını tercih etmeleri elzemdir. Alanyazında, farklı yeme bozukluğu tanı grupları için etkililiği gösterilmiş birçok güncel psikoterapi yaklaşımı bulunmaktadır. Bu derleme çalışmasında, anoreksiya, bulimia ve tıknırcasına yeme bozukluklarının tedavisinde aile odaklı ve farkındalık temelli terapiler ile diyalektik davranış terapisi yaklaşımlarının etkililiği incelenmiştir.

Aile odaklı terapiler, yeme bozukluklarıyla çalışırken tüm aile bireylerinin katılımını esas alan ve hedefinde yeme bozukluğunun içinde bulunduğu sisteme müdahale etmeyi amaçlayan terapi yöntemleridir (Gehart, 2017; Nichols, 2013). Yapılan çalışmalar; aile içindeki çatışmaların, baskıcı ebeveynlik yöntemlerinin kullanılmasının, aile bireylerinin sorunlar karşısında güçlü baş etme yöntemleri geliştirememelerinin yeme bozukluklarının ortaya çıkmasıyla ilişkili olabileceğini göstermektedir (Özyurt ve ark., 2017; Stice ve ark., 2002). Anoreksiya nervoza ve bulimia nervoza tanısı almış hastalarla yapılan aile odaklı terapi programları art arda seyreden üç fazdan oluşmaktadır ve bu fazlar, yeme düzeninin sorumluluğunu başlangıçta bütün aileye verip zaman içinde bu görevin hastanın kendisine aktarılması ile ilerlemektedir (Bulut ve ark., 2017; Le Grange ve Lock, 2009). Alanyazında, bu tanı grubu içinde yer alan danışanlarda uygulanan aile odaklı terapilerin bireysel terapilere göre daha etkili olduğu birçok çalışma ile ortaya konmuştur (Couturier ve ark., 2013; Le Grange ve ark., 2007). Aile odaklı modeller, tüm aile üyelerini tedaviye dahil ettikleri için ebeveynlerin suçluluk duygularında azalmayı ve ebeveynlik becerilerinde gelişmeyi beraberinde getirebilmektedir (Toubol ve ark., 2019; Wufong ve ark., 2019). Ayrıca, standart hastane yatışı süreci aile odaklı terapilerle desteklendiğinde kilo artış düzeyinin arttığı, depresyon ve kaygı düzeyleri ile hastalığın tekrarlama riskinin de azaldığı ortaya konmuştur (Schmidt ve ark., 2017).

Farkındalık temelli terapiler, kişinin ana odaklanarak deneyimlerini, duygularını ve düşüncelerini açıkça ve yargılamadan gözlemlemesini temel alan yaklaşımlardır (Daubenmier ve ark., 2012). Günümüzde, farklı yeme bozukluklarının tedavisinde farkındalık temelli yaklaşımların kullanımı giderek yaygınlaşmaktadır (Goldberg ve ark., 2018; O'reilly ve ark., 2014). Farkındalık temelli yaklaşımlar, yeme kontrolünün sağlanması ve farkındalık yeme egzersizleriyle özellikle tıknırcasına yeme ataklarında etkili olmaktadır (Sojcher ve ark., 2012). Buna ek olarak, yargısızca kabulü temel alan bu yaklaşımlar, kişinin bedenine yönelik olumsuz algılarını azaltmada da önemli bir rol oynamaktadır (Woolhouse ve ark., 2012). Ancak bu yaklaşımların etkililiğine yönelik kanıta dayalı çalışmalar oldukça kısıtlıdır (Katterman ve ark.,

2014). Bu nedenle, halen bu yaklaşımlara yönelik geniş örnekleme sahip randomize kontrollü çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Duygu düzenleme ve davranış değişimine odaklanan diyalektik davranış terapisi ise, dört temel müdahale bileşeninden oluşmaktadır (Linehan, 1993a). Bu bileşenler tedavi süresince farklı ihtiyaçlara karşılık verebilme olanağı sunmaktadır. Örneğin, modlardan biri olan telefon danışmanlığı, hastaların yeme bozukluğu belirtilerine ya da kendine zarar verme davranışlarına anında müdahale fırsatı verebilmektedir (Linehan, 1993a; Segal ve ark., 2016). Bu nedenle, çoğu terapi yaklaşımında yer almayan telefon görüşmeleri, seans dışında da davranış değişikliğinin devamlılığında önemli bir rol oynamaktadır. Bir diğer mod ise grup beceri eğitimidir (Linehan, 1993b; Safer et al., 2001). Bu mod aracılığıyla ise hastalar destek ve öğrenme kaynağı olarak benzer belirtiler gösteren kişilerle bir arada olabilecekleri grup terapiden yararlanabilmektedirler. Son olarak, DDT'nin sadece yeme bozuklukları için değil yeme bozukluğu ile eş tanıli seyredebilecek kişilik bozukluklarında kullanılabilecek bir yöntem olması, yaklaşımın uygulanabilir tedavi alanını genişletmektedir. Her iki hasta grubu için de etkili bir tedavi sunabileceği alanyazındaki çalışmalarda da gösterilmiştir (Lenz et al., 2014; Rahmani et al., 2018).

Aile odaklı terapiler, farkındalık temelli terapiler ve diyalektik davranış terapisinin incelendiği bu çalışma, yaygın olarak görülen alt tipler olan anoreksiya nervoza, bulimia nervoza ve tıknırcasına yeme bozukluğu tedavisinde kullanılan farklı psikoterapi yöntemlerini ve bu yöntemlerin etkililiğini ortaya koyması açısından önem taşımaktadır. Yeme bozukluklarının tedavisinde bilişsel davranışçı terapiler yaygın olarak kullanılmakla birlikte yeni yaklaşımlara yönelik araştırmalar ve uygulamalar günden güne artmaktadır (Cowdrey ve Waller, 2015; Linardon ve ark., 2017). Bu nedenle, bu yeni yaklaşımlara yönelik bulguların takip edilmesinin yeme bozuklukları ile yapılacak akademik ve pratik çalışmalara katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Dahası, bu çalışma yeme bozukluklarının tedavisinde bireysel müdahale yöntemlerine ek olarak grup ve aile çalışmaları hakkında da bilgi sağlamakta ve bu sayede farklı gruplarla yapılacak çalışmalar için kapsamlı bir bakış açısı sunmaktadır. Birden fazla kişiyle yapılan müdahale yöntemleri zaman ve para açısından daha ekonomik olabilmekte ve bu sayede koruyucu psikolojik sağlık çalışmalarında sıklıkla kullanılabilmektedir (Geist ve ark., 2000).

Gelecek çalışmalarda yeme bozukluklarının daha geniş bir kapsamda değerlendirilmesi açısından pika, geri çıkarma bozukluğu ve kaçınan/kısıtlayıcı yiyecek alım bozukluğu ile yapılan çalışmalara yönelik çalışmaların incelenmesi önemli görülmektedir. Ayrıca, aile odaklı terapiler, farkındalık temelli terapiler ve diyalektik davranış terapisinin farklı yeme bozukluğu türlerine yönelik etkililiğinin karşılaştırıldığı randomize kontrollü çalışmaların yapılması bu yöntemlerin daha kapsamlı olarak incelenmesi açısından gereklidir. Son olarak, yeme bozuklukları ile çalışırken kullanılan psikoterapi yöntemlerinin etkililiğine dair Türkiye'de yapılan çalışmaların artmasına ihtiyaç duyulmaktadır. Güncel psikoterapi uygulamalarının yeme bozuklukları ile çalışmaya uygun şekilde düzenlenmesi ile birlikte bu yöntemlerin danışanlarda etkili ve uzun vadeli değişimler sağlandığına yönelik araştırmalar alanda çalışan uzmanlar açısından umut vadetmektedir.

Kaynaklar

Alberts, H. J. E. M., Thewissen, R. ve Raes, L. (2012). Dealing with problematic eating behavior: The effects of a mindfulness-based intervention on eating behaviour, food cravings, dichotomous thinking and body image concern. *Appetite*, 58(3), 847–851. doi:10.1016/j.appet.2012.01.009

- Amerikan Psikiyatri Birliği (2013). *Ruhsal bozuklukların tanısai ve sayımsai elkitabı, beşinci baskı (DSM-5), tanı ölçütleri başvuru elkitabı* (E. Körođlu, Çev. Ed.). Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- Baer, R. A., Fischer, S. ve Huss, D. B. (2005a). Mindfulness-based cognitive therapy applied to binge eating: A case study. *Cognitive and Behavioral Practice*, 12(3), 351–358. doi:10.1016/S1077-7229(05)80057-4
- Baer, R. A., Fischer, S. ve Huss, D. B. (2005b). Mindfulness and acceptance in the treatment of disordered eating. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 23(4), 281–300. doi:10.1007/s10942-005-0015-9
- Bankoff, S. M., Karpel, M. G., Forbes, H. E. ve Pantalone, D. W. (2012). A systematic review of dialectical behavior therapy for the treatment of eating disorders. *Eating Disorders*, 20(3), 196–215. doi:10.1080/10640266.2012.668478
- Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L. E., Anderson, N. D., Carmody, J., Segal, Z. V., Abbey, S., Speca, M., Velting, D. ve Devins, G. (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11(3), 230–241. doi:10.1093/clipsy/bph077
- Blinder, B. J., Cumella, E. J. ve Sanathara, V. A. (2006). Psychiatric comorbidities of female inpatients with eating disorders. *Psychosomatic Medicine*, 68(3), 454–462. doi:10.1097/01.psy.0000221254.77675.f5
- Bowen, S., Chawla, N., Collins, S. E., Witkiewitz, K., Hsu, S., Grow, J., Clifasefi, S., Garner, M., Douglass, A., Larimer, M. E. ve Marlatt, A. (2009). Mindfulness-based relapse prevention for substance use disorders: A pilot efficacy trial. *Substance Abuse*, 30(4), 295–305. doi:10.1080/08897070903250084
- Bulut, N. S., Küpeli, N. Y., Bulut, G. Ç. ve Topçuođlu, V. (2017). Anoreksiya nervozada psikososyal tedaviler. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 9(3), 329–345. doi:10.18863/pgy.288664
- Castelnuovo, G., Manzoni, G. M., Villa, V., Cesa, G. L. ve Molinari, E. (2011). Brief strategic therapy vs cognitive behavioral therapy for the inpatient and telephone-based outpatient treatment of BED: The STRATOB randomized controlled clinical trial. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health: CP & EMH*, 7, 29–37. doi:10.2174/1745017901107010029
- Çelik, S., Yoldaşcan, E. B., Okyay, R. A. ve Özenli, Y. (2016). Kadın üniversite öğrencilerinde yeme bozukluğunun yaygınlığı ve etkileyen etkenler. *Anatolian Journal of Psychiatry*, 17(1), 42–50. doi:10.5455/apd.175836
- Chen, E. Y., Matthews, L., Allen, C., Kuo, J. R. ve Linehan, M. M. (2008). Dialectical behavior therapy for clients with binge-eating disorder or bulimia nervosa and borderline personality disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 41(6), 505–512. doi:10.1002/eat.20522
- Cook-Cottone, C. P. (2015). Incorporating positive body image into the treatment of eating disorders: A model for attunement and mindful self-care. *Body Image*, 14, 158–167. doi:10.1016/j.bodyim.2015.03.004
- Courbasson, C. M., Nishikawa, Y. ve Shapira, L. B. (2010). Mindfulness-action based cognitive behavioral therapy for concurrent binge eating disorder and substance use disorders. *Eating Disorders*, 19(1), 17–33. doi:10.1080/10640266.2011.533603
- Couturier, J., Kimber, M. ve Szatmari, P. (2013). Efficacy of family-based treatment for adolescents with eating disorders: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 46(1), 3–11. doi:10.1002/eat.22042
- Cowdrey, N. D. ve Waller, G. (2015). Are we really delivering evidence-based treatments for eating disorders? How eating-disordered patients describe their experience of cognitive behavioral therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 75, 72–77. doi:10.1016/j.brat.2015.10.009

- Daly, P., Pace, T., Berg, J., Menon, U. ve Szalacha, L. A. (2016). A mindful eating intervention: A theory-guided randomized anti-obesity feasibility study with adolescent Latino females. *Complementary Therapies in Medicine*, 28, 22–28. doi:10.1016/j.ctim.2016.07.006
- Dare, C. ve Eisler, I. (1997). Family therapy for anorexia nervosa. D. M. Garner ve P. E. Garfinkel (Ed.), *Handbook of treatment for eating disorders* içinde (s. 307–324). New York: Guilford Press.
- Daubenmier, J., Lin, J., Blackburn, E., Hecht, F. M., Kristeller, J., Maninger, N., Kuwata, M., Bacchetti, P., Havel, P. J. ve Epel, E. (2012). Changes in stress, eating, and metabolic factors are related to changes in telomerase activity in a randomized mindfulness intervention pilot study. *Psychoneuroendocrinology*, 37(7), 917–928. doi:10.1016/j.psyneuen.2011.10.008
- Davis, L. E. ve Attia, E. (2019). Recent advances in therapies for eating disorders. *F1000Research*, 8, 1693. doi:10.12688/f1000research.19847.1
- DeSole, L. (2010). Special issue: Eating disorders and mindfulness. *Eating Disorders*, 19(1), 1–5. doi:10.1080/10640266.2011.547136
- Dimeff, L. ve Linehan, M. M. (2001). Dialectical behavior therapy in a nutshell. *The California Psychologist*, 34(3), 10–13.
- Dunne, J. (2017). Mindfulness in anorexia nervosa: An integrated review of the literature. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 24(2), 109–117. doi:10.1177/1078390317711250
- Evans, S., Ferrando, S., Findler, M., Stowell, C., Smart, C. ve Haglin, D. (2008). Mindfulness-based cognitive therapy for generalized anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 22(4), 716–721. doi:10.1016/j.janxdis.2007.07.005
- Galmiche, M., Déchelotte, P., Lambert, G. ve Tavalacci, M. P. (2019). Prevalence of eating disorders over the 2000–2018 period: A systematic literature review. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 109(5), 1402–1413. doi:10.1093/ajcn/nqy342
- Gehart, D. (2017). Aile terapisinde yeterlik ve kuram (D. Dinçer, Çev.). T. İlhan ve H. C. Güngör (Ed.), *Aile terapisti yeterliliklerinde uzmanlaşma: Kuramlara ve klinik vaka belgelendirmelerine uygulamalı bir yaklaşım* içinde (s. 3–16). Ankara: Pegem Akademi.
- Geist, R., Heinmaa, M., Stephens, D., Davis, R. ve Katzman, D. K. (2000). Comparison of family therapy and family group psychoeducation in adolescents with anorexia nervosa. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 45(2), 173–178. doi:10.1177/070674370004500208
- Godfrey, K. M., Gallo, L. C. ve Afari, N. (2014). Mindfulness-based interventions for binge eating: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Behavioral Medicine*, 38(2), 348–362. doi:10.1007/s10865-014-9610-5
- Goldberg, S. B., Tucker, R. P., Greene, P. A., Davidson, R. J., Wampold, B. E., Kearney, D. J. ve Simpson, T. L. (2018). Mindfulness-based interventions for psychiatric disorders: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 59, 52–60. doi:10.1016/j.cpr.2017.10.011
- Gregertsen, E. C., Mandy, W., Kanakam, N., Armstrong, S. ve Serpell, L. (2019). Pre-treatment patient characteristics as predictors of drop-out and treatment outcome in individual and family therapy for adolescents and adults with anorexia nervosa: a systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Research*, 271, 484–501. doi:10.1016/j.psychres.2018.11.068.
- Grilo, C. M. (2002). Binge eating disorder. C. G. Fairburn ve K. D. Brownell (Ed.), *Eating disorders and obesity: A comprehensive handbook* içinde (s. 178-182). New York: The Guilford Press.
- Hilbert, A., Hoek, H. W. ve Schmidt, R. (2017). Evidence-based clinical guidelines for eating disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 30(6), 423–437. doi:10.1097/ycp.0000000000000360
- Hilbert, A., Petroff, D., Herpertz, S., Pietrowsky, R., Tuschen-Caffier, B., Vocks, S. ve Schmidt, R. (2019). Meta-Analysis of the efficacy of psychological and medical treatments for binge-eating disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 87(1), 91–105. doi:10.1037/ccp0000358

- Huss, D. B. ve Baer, R. A. (2007). Acceptance and change: The integration of mindfulness based cognitive therapy into ongoing dialectical behavior therapy in a case of borderline personality disorder with depression. *Clinical Case Study*, 6(1), 17–33. doi:10.1177/1534650106290374
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 144–156. doi:10.1093/clipsy/bpg016
- Kabat-Zinn, J. (2013). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness*. New York: Bantam Books Trade Paperbacks.
- Kanel, K. (2014). *A guide to crisis intervention*. Cengage Learning.
- Kass, A. E., Kolko, R. P. ve Wilfley, D. E. (2013). Psychological treatments for eating disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 26(6), 549–555. doi:10.1097/yco.0b013e328365a30e
- Katterman, S. N., Kleinman, B. M., Hood, M. M., Nackers, L. M. ve Corsica, J. A. (2014). Mindfulness meditation as an intervention for binge eating, emotional eating, and weight loss: A systematic review. *Eating Behaviors*, 15(2), 197–204. doi:10.1016/j.eatbeh.2014.01.005
- Kristeller, J. L. ve Hallett, C. B. (1999). An exploratory study of a meditation-based intervention for BED. *Journal of Health Psychology*, 4(3), 357–363. doi:10.1177/135910539900400305
- Kristeller, J., Wolever, R. Q. ve Sheets, V. (2013). Mindfulness-based eating awareness training (MB-EAT) for binge eating: A randomized clinical trial. *Mindfulness*, 5(3), 282–297. doi:10.1007/s12671-012-0179-1
- Le Grange, D. ve Lock, J. (2009). *Treating bulimia in adolescents: A family-based approach*. Guilford Press.
- Le Grange, D. ve Lock, J. (Eds.). (2011). *Eating disorders in children and adolescents: A clinical handbook*. Guilford Press.
- 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. doi:10.1016/j.jaac.2015.08.008
- Lenz, A. S., Taylor, R., Fleming, M. ve Serman, N. (2014). Effectiveness of dialectical behavior therapy for treating eating disorders. *Journal of Counseling & Development*, 92(1), 26–35. doi:10.1002/j.1556-6676.2014.00127.x
- Linardon, J., Fairburn, C. G., Fitzsimmons-Craft, E. E., Wilfley, D. E. ve Brennan, L. (2017). The empirical status of the third-wave behaviour therapies for the treatment of eating disorders: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, 58, 125–140. doi:10.1016/j.cpr.2017.10.005
- Linehan, M. M. (1993a). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.
- Linehan, M. M. (1993b). *Skills training manual for treating borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.
- Linehan, M. M. ve Chen, E. Y. (2005). Dialectical behavior therapy for eating disorders. Freeman, A., Felgoise, S. H., Nezu, C. M., Nezu, A. M., Reinecke, M. A. (Eds), *Encyclopedia of cognitive behavior therapy* içinde (s. 168–171). Springer, Boston, MA.
- Lock, J. ve Le Grange, D. (2015). *Treatment manual for anorexia nervosa: A family-based approach*. Guilford Publications.
- 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. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2010.128

- Magnavita, J. J. (2012). Advancing clinical science using system theory as the framework for expanding family psychology with unified psychotherapy. *Couple and Family Psychology: Research and Practice*, 1(1), 3–13. doi:10.1037/a0027492
- May, J. M., Richardi, T. M. ve Barth, K. S. (2016). Dialectical behavior therapy as treatment for borderline personality disorder. *Mental Health Clinician*, 6(2), 62–67. doi:10.9740/mhc.2016.03.62.
- Minuchin, S., Rosman, B. ve Baker, L. (1978). *Psychosomatic families: Anorexia nervosa in context*. Cambridge: Harvard University Press.
- Neacsiu, A. D., Ward-Ciesielski, E. F. ve Linehan, M. M. (2012). Emerging approaches to counseling intervention. *The Counseling Psychologist*, 40(7), 1003–1032. doi:10.1177/0011000011421023
- Nichols, M. P. (2013). *Family therapy: Concepts and methods*. New York: Pearson.
- O'reilly, G. A., Cook, L., Spruijt-Metz, D. ve Black, D. S. (2014). Mindfulness-based interventions for obesity-related eating behaviours: A literature review. *Obesity Reviews*, 15(6), 453–461. doi:10.1111/obr.12156
- Öst, L. (2008). Efficacy of the third wave of behavioral therapies: A systematic review and meta-analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 46(3), 296–321. doi:10.1016/j.brat.2007.12.005
- Özyurt, G., Öztürk, Y. ve Pekcanlar Akay, A. (2017). Ergenlerde yeme bozuklukları ve yeme bozukluklarının güncel psikoterapötik tedavisinin gözden geçirilmesi. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*, 24(1), 81-96.
- Palmer, R. L., Birchall, H., Damani, S., Gatward, N., McGrain, L. ve Parker, L. (2003). A dialectical behavior therapy program for people with an eating disorder and borderline personality disorder – description and outcomes. *International Journal of Eating Disorders*, 33(3), 281–286. doi:10.1002/eat.10141
- Pietrabissa, G., Manzoni, G. M., Ceccarini, M. ve Castelnovo, G. (2014). A brief strategic therapy protocol for BED. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 113, 8–15. doi:10.1016/j.sbspro.2014.01.005
- Proux, K. (2008). Experiences of women with bulimia nervosa in a mindfulness-based eating disorder treatment group. *Eating Disorders*, 16(1), 52–72. doi:10.1080/10640260701773496
- Qian, J., Hu, Q., Wan, Y., Li, T., Wu, M., Ren, Z. ve Yu, D. (2013). Prevalence of eating disorders in the general population: A systematic review. *Shanghai Archives of Psychiatry*, 25(4), 212–223. doi:10.3969/j.issn.1002-0829.2013.04.003
- Rahmani, M., Omid, A., Asemi, Z. ve Akbari, H. (2018). The effect of dialectical behaviour therapy on binge eating, difficulties in emotion regulation and BMI in overweight patients with binge-eating disorder: A randomized controlled trial. *Mental Health & Prevention*, 9, 13–18. doi:10.1016/j.mhp.2017.11.002
- Rienecke, R. D. (2017). Family-based treatment of eating disorders in adolescents: Current insights. *Adolescent Health, Medicine and Therapeutics*, 8, 69. doi:10.2147/AHMT.S115775
- Robinson, A. H. ve Safer, D. L. (2012). Moderators of dialectical behavior therapy for BED: Results from a randomized controlled trial. *International Journal of Eating Disorders*, 45(4), 597–602. doi:10.1002/eat.20932
- Rosenzweig, S., Greeson, J. M., Reibel, D. K., Green, J. S., Jasser, S. A. ve Beasley, D. (2010). Mindfulness-based stress reduction for chronic pain conditions: Variation in treatment outcomes and role of home meditation practice. *Journal of Psychosomatic Research*, 68(1), 29–36. doi:10.1016/j.jpsychores.2009.03.010
- Russell, G. F. M., 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. doi:10.1001/archpsyc.1987.01800240021004.

- Safer, D. L., Robinson, A. H. ve Jo, B. (2010). Outcome from a randomized controlled trial of group therapy for BED: Comparing dialectical behavior therapy adapted for binge eating to an active comparison group therapy. *Behavior Therapy*, 41(1), 106–120. doi:10.1016/j.beth.2009.01.006
- Safer, D. L., Telch, C. F. ve Agras, W. S. (2001). Dialectical behavior therapy adapted for bulimia: A case report. *International Journal of Eating Disorders*, 30(1), 101–106. doi:10.1002/eat.1059
- Safer, D. L., Telch, C. F., Chen, E. Y. ve Linehan, M. M. (2009). *Dialectical behavior therapy for binge eating and bulimia*. New York: Guilford Press.
- Sansone, R. A., Levitt, J. L. ve Sansone, L. A. (2005). The prevalence of personality disorders among those with eating disorders. *Eating Disorders*, 13(1), 7–21. doi:10.1080/10640260590893593
- Schmidt, U., Lee, S., Beecham, J., Perkins, S., Treasure, J., Yi, I., Winn, S., Robinson, P., Murphy, R., Keville, S., Johnson-Sabine, E., Jenkins, M., Frost, S., Dodge, L., Berelowitz, M. ve 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. doi:10.1176/ajp.2007.164.4.591
- Schmidt, U., Sharpe, H., Bartholdy, S., Bonin, E. M., Davies, H., Easter, A., Goddard, E., Hibbs, R., House, J., Keyes, A., Knight-Smith, P., Koskina, A., Magill, N., McClelland, J., Micali, N., Raenker, S., Renwick, B., Rhind, C., Simic, M....Knight-Smith, P. (2017). Preventing deterioration and relapse in severe anorexia nervosa: Randomised controlled feasibility trial of an e-mail-guided manual-based self-care programme based on the Maudsley Model of Anorexia Nervosa Treatment for Adults (work package 5). *Treatment of anorexia nervosa: A multimethod investigation translating experimental neuroscience into clinical practice* içinde. NIHR Journals Library.
- Segal, K., Safer, D. L. ve Chen, E. (2016). Dialectical behavior therapy for binge eating. A. F. Haynos, E. M. Forman, M. L. Butryn ve J. Lillis (Eds.), *Mindfulness and acceptance for treating eating disorders and weight concerns: Evidence-based interventions* içinde (s. 71–96). Oakland, CA: Context Press/New Harbinger Publications.
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G. ve Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. Guilford Press.
- Shapiro, J. R., Berkman, N. D., Brownley, K. A., Sedway, J. A., Lohr, K. N. ve Bulik, C. M. (2007). Bulimia nervosa treatment: A systematic review of randomized controlled trials. *International Journal of Eating Disorders*, 40(4), 321–336. doi:10.1002/eat.20372
- Shapiro, S. L., Carlson L. E., Astin J. A. ve Freedman, B. (2006). Mechanisms of mindfulness. *Journal of Clinical Psychology*, 62(3), 373–386. doi:10.1002/jclp.20237.
- Sojcher, R., Fogerite, S. G. ve Perlman, A. (2012). Evidence and potential mechanisms for mindfulness practices and energy psychology for obesity and binge-eating disorder. *Explore*, 8(5), 271–276. doi:10.1016/j.explore.2012.06.003
- Steinglass, J. E., Sysko, R., Glasofer, D., Albano, A. M., Simpson, H. B. ve Walsh, B. T. (2011). Rationale for the application of exposure and response prevention to the treatment of anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 44(2), 134–141. doi:10.1002/eat.20784
- Stice, E., Presnell, K. ve Spangler, D. (2002). Risk factors for binge eating onset in adolescent girls: A 2-year prospective investigation. *Health Psychology*, 21(2), 131–138. doi:10.1037//0278-6133.21.2.131
- Stratton, P. (2016). *The evidence base of family therapy and systemic practice*. Association for Family Therapy and Systemic Practice UK.
- Svaldi, J., Schmitz, F., Baur, J., Hartmann, A. S., Legenbauer, T., Thaler, C., von Wietersheim, J., de Zwaan, M. ve Tuschen-Caffier, B. (2019). Efficacy of psychotherapies and pharmacotherapies for bulimia nervosa. *Psychological Medicine*, 49(6), 1–13. doi:10.1017/s0033291718003525

- Teasdale, J. D. (1999). Metacognition, mindfulness and the modification of mood disorders. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 6(2), 146–155. doi:10.1002/(SICI)1099-0879(199905)6:2<146::AID-CPP195>3.0.CO;2-E
- Telch, C. F. (1997). Skills training treatment for adaptive affect regulation in a woman with BED. *International Journal of Eating Disorders*, 22(1), 77–81. doi:10.1002/(SICI)1098-108X(199707)22:1<77::AID-EAT10>3.0.CO;2-F
- Telch, C. F., Agras, W. S. ve Linehan, M. M. (2001). Dialectical behavior therapy for BED. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(6), 1051–1065. doi:10.1037/0022-006X.69.6.1061
- Toubol, A., Koch-Christensen, H., Bruun, P. ve Nielsen, D. S. (2019). Parenting skills after participation in skills - based training inspired by the New Maudsley Method: A qualitative study in an outpatient eating disorder setting. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 33(4), 959–968.
- Vardar, E. ve Erzen, M. (2011). Ergenlerde yeme bozukluklarının yaygınlığı ve psikiyatrik eş tanıları iki aşamalı toplum merkezli bir çalışma. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 22(4), 205-212.
- Walsh, E., Eisenlohr-Moul, T. ve Baer, R. (2016). Brief mindfulness training reduces salivary IL-6 and TNF- α in young women with depressive symptomatology. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 84(10), 887–897. doi:10.1037/ccp0000122
- Wanden-Berghe, R. G., Sanz-Valero, J. ve Wanden-Berghe, C. (2010). The application of mindfulness to eating disorders treatment: A systematic review. *Eating Disorders*, 19(1), 34–48. doi:10.1080/10640266.2011.533604
- Ward, Z. J., Rodriguez, P., Wright, D. R., Austin, S. B. ve Long, M. W. (2019). Estimation of eating disorders prevalence by age and associations with mortality in a simulated nationally representative US cohort. *JAMA Network Open*, 2(10), e1912925. doi:10.1001/jamanetworkopen.2019.12925
- Warren, J. M., Smith, N. ve Ashwell, M. (2017). A structured literature review on the role of mindfulness, mindful eating and intuitive eating in changing eating behaviours: Effectiveness and associated potential mechanisms. *Nutrition Research Reviews*, 30(2), 272–283. doi:10.1017/s0954422417000154
- Watson, H. J. ve Bulik, C. M. (2012). Update on the treatment of anorexia nervosa: Review of clinical trials, practice guidelines and emerging interventions. *Psychological Medicine*, 43(12), 2477–2500. doi:10.1017/s0033291712002620
- Westmoreland, P., Johnson, C., Stafford, M., Martinez, R. ve Mehler, P. S. (2017). Involuntary treatment of patients with life-threatening anorexia nervosa. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 45(4), 419–425.
- Wilson, G. T. ve Fairburn, C. G. (2002). Treatments for eating disorders. P. E. Nathan ve J. M. Gorman (Ed.), *A guide to treatments that work* içinde (s. 559–592). Oxford University Press.
- Wonderlich, S. A., Peterson, C. B., Crosby, R. D., Smith, T. L., Klein, M. H., Mitchell, J. E. ve Crow, S. J. (2014). A randomized controlled comparison of integrative cognitive-affective therapy (ICAT) and enhanced cognitive-behavioral therapy (CBT-E) for bulimia nervosa. *Psychological Medicine*, 44(3), 543–553. doi:10.1017/S0033291713001098
- Woolhouse, H., Knowles, A. ve Crafti, N. (2012). Adding mindfulness to CBT programs for binge eating: A mixed-methods evaluation. *Eating Disorders*, 20(4), 321–339. doi:10.1080/10640266.2012.691791
- Wufong, E., Rhodes, P. ve Conti, J. (2019). “We don’t really know what else we can do”: Parent experiences when adolescent distress persists after the Maudsley and family-based therapies for anorexia nervosa. *Journal of Eating Disorders*, 7(1). doi:10.1186/s40337-019-0235-5