

# Anoreksiya Nervozada Psikososyal Tedaviler

## *Psychosocial Treatments in Anorexia Nervosa*

Necati Serkut Bulut, Neşe Yorguner Küpeli, Gresa Çarkaxhiu Bulut,  
Volkan Topçuoğlu

### Öz

Yüksek morbidite ve mortalitesine karşın anoreksiya nervozanın psikolojik tedavilerine yönelik araştırmalar sınırlı sayıdadır. Bu yazıda, anoreksiya nervozaya yönelik çeşitli psikososyal tedavi yöntemlerinin genel hatlarıyla tanıtılması ve bu yöntemlerin etkinliklerine dair randomize kontrollü çalışmaların güncel bir derlemesinin yapılması amaçlanmıştır. Derlenen araştırmalar, ergenler üzerinde yürütülen çalışmalar ve ergenlerle erişkinlerin birlikte olduğu çalışmalar olmak üzere iki ana başlık altında incelenmiş; diğer değişkenlerle ilgili hususlar ayrıca ele alınmıştır.

**Anahtar sözcükler:** Anoreksiya nervozası, psikiyatrik rehabilitasyon, psikososyal.

### Abstract

Despite its severe morbidity and mortality, studies regarding the psychosocial treatments of anorexia nervosa are limited in number. This paper aims to present the general outlines of various psychosocial interventions developed for the treatment of anorexia nervosa and to provide an up-to-date review of the randomized-controlled studies on the effectiveness of these approaches. Reviewed studies were classified by age spectrum of samples under two main headings: adolescents and mixed samples of adults and adolescents. Specific issues about other variables were then discussed separately.

**Key words:** Anorexia nervosa, psychiatric rehabilitation, psychosocial.

**ANOREKSİYA NERVOZA (AN)**, temel olarak enerji alımının kısıtlanmasına bağlı düşük beden ağırlığı, kilo almaya yönelik aşırı korku ya da kilo alımını güçleştiren sürekli davranışlar ve beden imgesi bozukluğu ile karakterize, hasta ve ailesi üzerinde önemli etkileri olan ciddi bir mental bozukluktur. Yaşam boyu prevalansı kadınlarda %0.9-2.2, erkeklerde %0.3 civarındadır ve sıklıkla ergenlik döneminde başlangıç gösterir (Hudson ve ark. 2007, Watson ve Bulik 2013). Hastalığın Türkiye'deki prevalansı bilinmemektedir; lise öğrencileri üzerinde yürütülen bir tez çalışmasında hastalığın sıklığı kızlarda %0.29, erkeklerde %0.1 olarak bildirilmiştir (Yeşilbursa 1990, Maner 2001). Sivas ilinde üniversite öğrencileri ve genel örneklem üzerinde yürütülen iki farklı çalışmada ise AN oranı %0 olarak saptanmıştır (Kugu ve ark. 2006, Semiz ve ark. 2013).

Yüksek morbidite ve mortalitesine karşın, AN'nin psikososyal yöntemlerle tedavisine yönelik araştırmalar sınırlı sayıdadır. Birçok etmen AN'de çalışma yapılmasını güç-

leştirmektedir. Hastalığın prevalansının düşük olması, hastaların tedaviye isteksizliği ve tedaviyi bırakma oranlarının yüksek olması örneklemi kısıtlamakta; sıklıkla eşlik eden tıbbi problemler nedeniyle tedavi almayan kontrol gruplarının oluşturulmaması araştırma sonuçlarının metodolojik açıdan sorunlu olmasına yol açmaktadır (Watson ve Bulik 2013, Espie ve Eisler 2015).

AN'nin psikososyal yöntemlerle tedavisine dair araştırmalar, örneklemelerin nitelikleri bakımından farklılıklar göstermektedir. Yalnızca ergen (18 yaşından küçük) AN hastalarının dahil edildiği çalışmalarla birlikte hem ergen, hem de yetişkinlerden oluşan çalışmalar yayımlanmıştır. Psikososyal tedaviler, uygulandıkları ortamlar ve koşullar itibariyle de farklılık göstermektedirler. Çalışmalar incelendiğinde, araştırmaların yatarak tedavi, gündüz hastanesi ya da ayaktan tedavi koşullarında yapıldığı; psikososyal tedavi programlarını uygulayan ekiplerin niteliklerinin de değişkenlik gösterdiği dikkat çekmektedir. AN çalışmaları, psikososyal müdahale yöntemlerinin uygulandığı tedavi evreleri bakımından da çeşitlilik sergilemektedir. AN'nin tedavi evrelerinin ilki, düşük beden ağırlığına sahip hastanın vücut kitle indeksinin 19-21 aralığına yükseltilmesinin hedeflendiği akut stabilizasyon evresidir (Dünya Sağlık Örgütü sınıflamasına göre vücut kitle indeksi için 18.5-24.99 kg/m<sup>2</sup> değer aralığı normal kabul edilmekte, 18.5 kg/m<sup>2</sup> altındaki değerler düşük beden ağırlığı olarak nitelendirilmektedir). Normal beden ağırlığı hedefine ulaşılmasını takiben tedavinin ikinci aşaması olan idame/nüks önleme evresi başlar. Sağlıklı kilosuna ulaşarak klinikten taburcu edilen hastalarda ilk bir yıl içinde %30-50 oranında nüks görüldüğü göz önünde bulundurulduğunda, bu evrede uygulanacak etkin psikososyal tedavilere duyulan ihtiyaç açıktır (Guarda (2008). İzlem çalışmaları AN hastaların yarısından daha azının tamamen iyileşebildiğini, geri kalanlarda hastalığın kronikleştiğini ya da kısmi düzelleme gösterdiğini ortaya koymaktadır (Watson ve Bulik 2013). Bu nedenle, psikososyal tedavilerin uzun dönemdeki etkinliklerine dair araştırmaların önemi büyüktür. Bu yazıda AN'nin her 3 evresini ele alan çalışmalar gözden geçirilmiştir.

Çalışmalarda, uygulanan psikososyal tedavi yöntemlerinin etkinliklerini değerlendirmede kullanılan sonlanım ölçütlerinin farklılık gösterdiği de görülmektedir. AN araştırmalarında kullanılan psikososyal tedavi yöntemlerinin etkinliğini belirlemeye yönelik ölçütler kabaca üç ana kategoride ele alınabilir:

1. Global iyileşme: Tedavinin genel etkinliğini değerlendirmede en sık kullanılan araç Morgan-Russell ölçekleridir (Morgan ve Hayward 1988). Beslenme durumu, menstrüasyon, mental durum, psikoseksüel ve sosyoekonomik işlevsellik alanları olmak üzere beş alt ölçekten oluşur ve toplam 14 madde içerir. Ortalama iyileşme skoru ve genel iyileşme skoru olmak üzere iki farklı skor hesaplanır. Genel iyileşme düzeyi vücut ağırlığı ve menstrüasyon durumuna göre a) iyi sonlanım: beden ağırlığının ortalamanın %15'lik diliminde olması ve menstrüel siklusların düzenli olması, b) orta düzey sonlanım: beden ağırlığı ortalamanın %15'lik diliminde olması ancak menstrüasyonun düzensiz olması, c) kötü sonlanım: beden ağırlığının ortalamanın %15'inin altında kalması ve menstrüasyonun olmaması şeklinde sınıflandırılır (Treasure ve ark. 1995). Global iyileşmenin değerlendirilmesinde Morgan Russell ölçekleri dışında, araştırmacılar tarafından oluşturulmuş farklı kriterlerin kullanıldığı çalışmalar da mevcuttur.
2. Çekirdek belirtilerdeki iyileşme;

3. Eşlik eden psikiyatrik bozukluklardaki iyileşme.

Daha nadir olmakla birlikte, bazı araştırmalarda bilişsel belirtiler, beden algısı, kişilik patolojileri gibi alanlarda etkinlik değerlendirmesi de yapılmıştır (Steinhausen 2002).

Bu yazıda AN'ye yönelik çeşitli psikososyal tedavi yöntemlerinin genel hatlarıyla tanıtılması ve bu yöntemlerin etkinliklerine dair araştırma verilerinin güncel bir gözden geçirmesinin yapılması amaçlanmıştır. Bu amaçla Pubmed ve Google Scholar veritabanlarında İngilizce ve Psikiyatri Dizini arama motorunda Türkçe olmak üzere "anoreksiya nervoza; psikolojik/psikososyal tedaviler, psikoterapiler, ilaç dışı tedaviler" anahtar sözcükleri kullanılarak 1980-2016 yılları arasındaki makaleler taranmış; randomize kontrollü çalışmaların yanı sıra derlemeler ve meta-analiz çalışmaları da yazıya dahil edilmiştir. AN'de randomize kontrollü çalışmalarda uygulanan psikososyal tedavi yaklaşımlarının listesi Tablo 1'de verilmiştir. Bu derlemede araştırmaları, ergenler üzerinde yürütülenler ve ergen ve erişkinlerin birlikte olduğu çalışmalar olmak üzere iki ana başlık altında sunmayı; tedavi evresi, psikososyal müdahale yöntemi, değerlendirme ölçütleri gibi diğer değişkenlerle ilgili bilgileri ise her bir araştırma tanıtılırken vermeyi uygun gördük (Tablo 2, 3).

## Ergen ve Erişkinlerde Birlikte Yürütülen Çalışmalar

Aile terapisi (AT) ve bireysel destekleyici terapinin etkinliklerini karşılaştırdıkları çalışmada Russell ve arkadaşları (1987) Maudsley hastanesinde sağlıklı kilolarına kavuştuktan sonra taburcu edilen 57'si AN, 23'ü Bulimiya Nervoz (BN) tanılı 80 yeme bozukluğu hastasını, hastalığın başlangıç yaşı ve süresi itibarıyla 4 alt gruba ayırmış ve 1 yıl boyunca izlemişlerdir. Terapilerin etkinliği Morgan-Russell ölçeği, vücut ağırlığı ve menstrüasyon aracılığıyla değerlendirilmiştir. Aile terapisi, hastalığı 19 yaş öncesinde başlamış ve kronik olmayan (hastalık süresinin 3 yıldan az olduğu) 21 kişilik alt grupta bireysel destekleyici psikoterapiye göre daha etkili bulunmuştur. Bireysel destekleyici terapinin yaşça büyük hastalarda daha etkili olabileceğine işaret edilmiştir. Bu çalışma, daha sonra Maudsley metodu olarak adlandırılan aile temelli terapilerin etkinliğinin sınındığı ilk randomize kontrollü çalışma olması itibarıyla bu alanda özel bir öneme sahiptir.

Yukarıdaki çalışmaya katılmış olan hastalarda iki terapi yönteminin etkinliği 5 yıllık izlem süresinin ardından tekrar karşılaştırılmıştır. Etkinlik beden ağırlığının korunması ve Morgan-Russell ölçeğiyle değerlendirilmiştir. Araştırmacılar tüm örnekleme, AN'nin doğal seyriyle ilişkilendirdikleri bir iyileşme görüldüğünü bildirmişlerdir. Aile terapilerinin erken başlangıçlı ve kısa hastalık öyküsü bulunan grupta gösterdiği üstünlüğün uzun dönem izlemede de hastalığın doğal seyrinden bağımsız olarak gözlemlendiğini belirlemişlerdir (Eisler ve ark. 1997).

Hall ve Crisp (1987) ayaktan tedavi gören 30 kadın hastayı diyet önerileri grubuna ya da aile terapisi ve bireysel terapinin birlikte uygulandığı psikoterapi grubuna randomize olarak dahil etmişler; bir yıllık izlemede 12 seanstan oluşan terapilerin etkinliğini karşılaştırmışlardır. Diyet önerileri grubunda normal yeme davranışı ve sağlıklı beslenmenin sağlanması, duygudurum ve yeme davranışı arasındaki ilişkinin fark edilmesi ve özgüvenin pekiştirilerek ulaşılan kilonun korunması hedeflenmiştir. Morgan-Russell ölçeğiyle bir yıl sonra yapılan değerlendirmede her iki grupta genel bir iyileşme olduğu kaydedilmiştir. Diyet önerileri grubundaki hastaların anlamlı düzeyde daha fazla kilo aldığı, psikoterapi grubundaki hastaların ise psikoseksüel ve psikososyal işlevsellik alan-

larında daha fazla ilerleme gösterdiği bildirilmiştir. Channon ve arkadaşları (1989) 24 hastayı Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT), Davranışçı Terapi (DT) ve rutin tedavi şeklinde üç gruba ayırmış; her üç tedavi modalitesinin etkinliklerini Morgan-Russell ölçeği ve öz bildirimle dayalı çeşitli ölçeklerle karşılaştırmışlardır. DT, BDT'den farklı olarak korkulan besinler ve durumlara dair hiyerarşi oluşturulması ve kontrollü bir ortamda aşamalı alıştırtma uygulanması esasına dayanmaktadır. Tedavilerin etkinlikleri terapi programının uygulandığı 6.ayın sonunda ve izlem periyodunun 6. ve 12.aylarında değerlendirilmiştir. Tüm örneklemin klinik iyileşme gösterdiği belirlenmiş, ancak BDT'nin DT'ye üstünlük göstereceği şeklindeki hipotez doğrulanmamıştır. Yine de BDT grubunda, tedavide kalma oranı DT grubundan daha yüksek bulunmuş ve bu sonuç BDT'nin daha fazla "kabul edilen" bir terapi yöntemi olduğu şeklinde yorumlanmıştır.

**Tablo 1. Randomize kontrollü çalışmalarda kullanılan psikososyal tedavi yöntemlerinin listesi**

	<b>Tedavi yöntemi</b>	<b>Kısaltma</b>	
<b>Aile ile birlikte</b>	Aile terapisi/ aile temelli terapi (Family therapy/ family based therapy)	AT	
		Birlikte (conjoint)	-
		Ayrı (separated)	-
	Davranışçı aile terapisi (Behavioral family therapy)	-	
	Sistemik aile terapisi (Systemic family therapy)	SAT	
	Davranışsal aile sistemleri terapisi (Behavioral family systems therapy)	DAST	
	Maudsley yetişkin anoreksiya nervoza tedavisi (Maudsley model of anorexia nervosa treatment for adults)	MYANT	
	Ebeveyn odaklı terapi (Parent focused treatment)	EOT	
	Aile psikoeğitimi (Family psychoeducation)	-	
<b>Bireysel</b>	Bilişsel-davranışçı terapi (Cognitive-behaviour therapy)	BDT	
	Güçlendirilmiş bilişsel-davranışçı terapi	g-BDT	
		Geniş (broad)	-
		Odaklanmış (focused)	-
	Bireysel destekleyici terapi (Individual supportive therapy)	-	
	Davranış terapisi (Behaviour therapy)	DT	
	Fokal psikoanalitik/ psikodinamik psikoterapi (Focal psychoanalytic/psychodynamic psychotherapy)	FPT	
	Bilişsel-analitik terapi (Cognitive-analytic therapy)	BAT	
	Uzman tarafından yürütülen destekleyici klinik yönetim (Specialist supportive clinical management)	UDKY	
	Kişiler arası terapi (Interpersonal psychotherapy)	KAT	
	Ego yönelimli/ergen odaklı bireysel terapi (Ego oriented individual therapy/ individual adolescent focused therapy)	EYBT	
	Beden farkındalık terapisi (Body awareness therapy)	-	
	İnternet tabanlı nüks önleme programı (Internet-based relapse prevention program)	-	
	Rutin tedavi (Treatment as usual)	RT	
	Beslenme danışmanlığı (Nutritional counseling)	-	

Crisp ve arkadaşları (1991) 90 hastada yaptıkları çalışmada katılımcıları a) yatarak tedavi sonrası ayakta tedavi grubu (bireysel, aile, grup terapilerinin uygulandığı yoğun bir hastane programını takiben ayakta tedavi edilen hastalar), b) ayakta bireysel ve aile terapileri grubu, c) ayakta grup terapisi grubu ve d) tedavi almayan kontrol grubu olarak 4 gruba dağıtmış; bir yıllık izlem sonrasında her üç tedavinin etkinliklerini kilo alımı ve Morgan-Russell ölçeğiyle karşılaştırmışlardır. Tüm örneklemede genel bir iyileşme kaydedildiği ve terapi gruplarında kontrol grubundan anlamlı derecede daha fazla iyileşme olduğu bildirilmiştir.

Treasure ve arkadaşları (1995) 30 hastaya Eğitsel Davranışçı Tedavi (EDT; Educational Behavioral Treatment) ve Bilişsel Analitik Terapi (BAT; Behavioral Analytic Therapy) uygulamışlardır. Yirmi haftalık ayakta tedavinin sonunda ve 1 yıl boyunca 3 ay aralarla Morgan-Russell ölçeği ile değerlendirmeler yapılmıştır. Her iki grupta beslenme durumu bakımından orta-iyi düzeyde ilerleme kaydedilmiştir. BAT grubundaki hastalar öznel olarak daha fazla iyileşme gösterdiklerini bildirmişler ancak gruplar arasında diğer etkinlik ölçütleri bakımından farklılık saptanmamıştır.

Dare ve arkadaşları (2001) 84 erişkin hastada, 1 yıl süreli Fokal Psikoanalitik Psiko-terapi (FPT; Focal Psychoanalytic Psychotherapy), 7 ay süreli BAT ve 1 yıl süreli AT'nin etkinliklerini, kontrol grubu olarak belirledikleri 1 yıllık rutin tedaviyle karşılaştırmışlardır. Zaman sınırlı bir psikoanalitik psikoterapi türü olan FPT'de terapist şu alanlara odaklanır: a) hastanın öyküsü ve aile içi yaşantıları aracılığıyla belirtilerin bilinçli ve bilinçdışı anlamları; b) belirtilerin ve yarattığı sonuçların hastanın mevcut ilişkileri üzerindeki etkileri; c) bunların hasta ve terapist arasındaki ilişkiye yansımaları. BAT, bilişsel terapi ile kısa, odaklanmış (focused) psikodinamik psikoterapinin öğelerinin kombinasyonuna dayalı bir tedavi olarak tanımlanabilir. Bu terapide hastanın, kendilik deneyimi ve ilişkilerindeki rolünü anlayabilmesini sağlayacak haritalandırılmış bir model oluşturulması amaçlanır. Uyumsuz düşünce, duygu ve davranış biçimlerini görselleştiren bu model, terapi sürecinde değiştirilebilecek bir diyagram olarak resmedilir ve hastaya AN'ye ihtiyaç duymaksızın duygu ve ilişkilerini düzenleyebilme becerilerini edinmesinde kılavuzluk eder (Beard ve ark. 1990, Hay ve ark. 2003). Bu çalışmada tedavi etkinliğini değerlendirmede kullanılan ölçütler Morgan-Russell ölçeği, vücut ağırlığı ve vücut kitle indeksidir. Bir yıl sonunda yapılan değerlendirmede tüm gruplarda semptomatik iyileşme gözlemlenmiştir. Gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmamış olmakla birlikte, FPT ve AT kilo alımı açısından rutin tedaviye üstünlük göstermiştir. Pike ve arkadaşları (2003) hastane yatışı ile normal kilolarına kavuştuktan sonra taburcu edilen 33 kadın hastayı randomize olarak BDT ve beslenme danışmanlığı gruplarına ayırmış; her iki yaklaşımın koruma tedavisindeki etkinliklerini başta nüks, tedaviyi bırakma ve tam iyileşme oranları olmak üzere çeşitli parametreler açısından karşılaştırmışlardır. Beslenme danışmanlığı, özgül diyet analizi ve dengeli beslenme planlamasına dayalı destekleyici bir yaklaşımdır. Bir yıllık sürede gerçekleştirilen 50 bireysel seanstan oluşan terapi sürecinin bitiminde, BDT grubunda modifiye Morgan-Russell kriterlerine göre belirgin olarak daha yüksek oranda iyi sonlanım elde edildiği; yine BDT grubundaki hastaların %17'sinin tam iyileşme kriterlerini karşıladığı saptanmıştır. Çalışmadan elde edilen bulgular, BDT'nin koruma tedavisinde beslenme danışmanlığına üstün olduğu şeklinde yorumlanmıştır.

BDT ve Davranışçı Aile Terapisi'nin (DAT; Behavioral Family Therapy) etkinliğinin karşılaştırıldığı randomize kontrollü çalışmada, aileleriyle yaşayan 13-23 yaşları

arasında 25 kadın hasta iki gruba ayrılmış ve katılımcılar her biri 21-25 oturumdan oluşan BDT ya da DAT programlarına dahil edilmişlerdir. Tedavi etkinliğini değerlendirmede başta beslenme durumu (vücut ağırlığı ve menstrüasyon) olmak üzere yeme davranışı, duygudurum, özgüven ve aile içi iletişimden yararlanılmıştır. Terapi süresinin bitiminde gruplar arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Her iki grupta tedaviyi tamamlayanların %72'sinde 6 aylık izlemde iyi sonlanım (ortalama vücut ağırlığının %10'luk dilimde olması ve düzenli menstrüel sikluslar) elde edilmesine karşın, katılımcıların büyük bölümünde semptomatik iyileşme sağlanamadığı bildirilmiştir (Ball ve Mitchell 2004).

BDT, Kişilerarası Terapi (KAT; interpersonal therapy) ve Uzman Tarafından Yürütülen Destekleyici Klinik Yönetim'in (UDKY; specialist supportive clinical management) etkinliklerinin karşılaştırıldığı bir çalışmada, AN tanısı almış 56 kadın hasta randomize olarak üç gruba dağıtılmış; hastalara minimum 20 haftada tamamlanan 20 seans psikoterapi uygulanmıştır. BDT'de rahatsızlık oluşturan düşüncelerin tanımlanması ve kilo alımına direncin sorgulanması esastır (Maner ve Aydın 2007). Terapide ilk aşama tedavi rasyonelinin aktarılması, kendini gözleme tekniklerinin tanıtılması ve ev ödevlerini içerir. İkinci aşamada işlevsel olmayan düşüncelerin tespiti ve yeniden yapılandırma tekniklerine odaklanılır. Üçüncü ve son evrede ise hastanın, nüks riskini azaltacak stratejiler konusunda beceri edinmesi sağlanır. KAT'de hastanın geçmişindeki önemli yaşam olayları, kişilerarası ilişkileri, yeme problemleri ve bunlar arasındaki bağlantıların aydınlatılması amaçlanır. KAT'nin dört temel alanındaki (yas, kişilerarası çatışmalar, rol değişimi, kişilerarası yetersizlikler) majör problemler tespit edilir ve terapinin ikinci aşamasında bu problemlere odaklanılır. Yeme bozukluğu belirtileri kişilerarası sorunların tespitinde bir araç olarak kullanılsa da belirtilerin sistematik olarak ele alınmasından kaçınılır (McIntosh ve ark. 2000). UDKY (özgül olmayan destekleyici klinik yönetim olarak da adlandırılır) ayaktan takip edilen AN hastalarına yönelik rutin klinik uygulamayı temsil etmesi amacıyla kontrol müdahalesi olarak geliştirilmiştir. Araştırmacılar, özelleşmiş psikoterapi yöntemleri olarak belirledikleri BDT ve KAT'nin, kontrol müdahalesi olarak tasarladıkları UDKY'ye kıyasla daha etkili olacağı hipotezini öne sürmüşlerdir. Tedavi etkinliğini saptamada, araştırmacılar tarafından özel olarak geliştirilen ve belirti sayısına göre skorlamanın yapıldığı global anoreksiya nervoza ölçeği birincil değerlendirme ölçütü olarak kullanılmıştır. Ağırlık, VKİ ve diğer bazı fiziksel parametreler ikincil ölçütler, genel işlevsellik ve AN dışı psikiyatrik bozukluklardaki değişim ise üçüncül ölçütler olarak belirlenmiştir. Tedavinin sonunda beklentilerin aksine, klinik yönetim ve UDKY'nin KAT'a göre daha iyi sonuç verdiği; BDT'nin etkinliğinin ise ikisinin arasında bir yerde olduğu ortaya konmuştur (McIntosh ve ark. 2005). Yukarıdaki çalışmayla ilişkili izlem çalışmasında, orijinal çalışmadaki 56 katılımcıdan 43'ü (%77) yaklaşık 7 yıl sonra yeniden değerlendirmeye alınmış ve her üç psikoterapi yönteminin uzun dönemdeki etkinlikleri karşılaştırılmıştır. Üç grup arasında birincil, ikincil ve üçüncül ölçütler bakımından anlamlı fark saptanmamış; katılımcıların yarıya yakınında uygulanan terapi yönteminin uzun dönemde de iyi sonuç verdiği ortaya konmuştur (Carter ve ark. 2011).

Schmidt ve arkadaşları (2012) Maudsley metodunu yetişkinlere uyarlamak suretiyle geliştirdikleri deneysel Maudsley Yetişkin Anoreksiya Nervoza Tedavisi (MYANT) modelinin etkinliğini UDKY ile karşılaştırmışlardır. Ayaktan takip edilen 71 yetişkin

hasta randomize olarak MYANT ve UDKY gruplarına dağıtılmış ve haftada bir uygulanan minimum 20 oturumluk terapi programlarına dahil edilmişlerdir.

**Tablo 2. Anoreksiya nervozanın genel örneklemedeki psikososyal tedavilerine dair randomize kontrol-lü çalışmaların özellikleri**

Araştırmacı adı, yıl	Ülke, tedavi ortamı	Katılımcı sayısı	Karşılaştırılan gruplar	Tedavi süresi
Russell, 1987	İngiltere, ayakta tedavi	57	AT/ bireysel destekleyici terapi	12 ay. AT: 10 seans. Bireysel terapi: 15 seans
Hall, 1987	İngiltere, ayakta tedavi	30	Diyet önerileri/ AT+bireysel terapi	12 seans
Channon, 1989	İngiltere, ayakta tedavi	24	BDT/ DT/RT	12 ay
Crisp, 1991	İngiltere, yatarak/ayaktan tedavi	90	Yatarak tedavi sonrası ayakta tedavi/ ayakta bireysel ve aile terapileri/ ayakta grup terapileri/ tedavi almayanlar	Birkaç ay ile 1 yıl
Treasure, 1995	İngiltere, ayakta tedavi	30	DT/ BAT	20 hafta
Dare, 2001	İngiltere, ayakta tedavi	84	FPT/BAT /AT/RT	FPT: 1 yıl; BAT:7ay; AT:1 yıl. RT:1 yıl
Pike, 2003	ABD, ayakta tedavi	33	BDT/ beslenme danışmanlığı	12 ay
Ball, 2004	Avustralya, ayakta tedavi	25	BDT/ davranışçı aile terapisi	12 ay, 21-25 seans
McIntosh, 2005	Yeni Zelanda, ayakta tedavi	56	BDT/KAT /UDKY	20 hafta, 20 seans
Schmidt, 2010	İngiltere, ayakta tedavi	71	MYANT/ UDKY	6 ay, 20-30 seans
Dalle Grave, 2013	İtalya, yatarak/ayaktan tedavi	80	g-BDT'nin odaklanmış formu/geniş formu	20 hafta
Touyz, 2013	Avustralya/ İngiltere, ayakta tedavi	63	BDT/UDKY	8 ay, 30 seans
Fichter, 2013	Almanya, yatarak tedavi sonrası ayakta tedavi	258	İnternet tabanlı relaps önleme/ kontrol	9 adet aylık seans
Zipfel, 2014	Almanya, ayakta tedavi	242	Fokal psikodinamik terapi/ g-BDT/RT	10 ay, 40 seans
Schmidt, 2015	İngiltere, ayakta tedavi	142	MYANT/ UDKY	20-30 adet haftalık seans + 4 adet aylık seans

AT: Aile terapisi/aile temelli terapi; BDT: bilişsel-davranışçı terapi; DT: davranış terapisi; RT: rutin tedavi; FPT: fokal psikoanalitik psikoterapi; BAT: bilişsel-analitik terapi; UDKY: uzman tarafından yürütülen destekleyici klinik yönetim; g-BDT: güçlendirilmiş bilişsel-davranışçı terapi; KAT: kişiler arası terapi; MYANT: Maudsley yetişkin anoreksiya nervozada tedavisi

Belirtilerin araştırmada tedavi etkinliğini değerlendirmede kullanılan birincil ölçütler VKİ, beden ağırlığı ve Yeme Bozuklukları İnceleme Ölçeği'dir. İkincil ölçütler arasında depresyon, anksiyete ve psikososyal işlevsellikteki bozulmanın yanı sıra nörokognitif işlevler ve iyileşme hızına yer verilmiştir. Tedavilerin etkinliği 6. ve 12. ayın sonunda değerlendirilmiştir. Her iki grupta da klinik olarak anlamlı ilerlemeler kaydedilmiş, ancak gruplar arasında farklılık saptanmamıştır. Katılımcıların çok küçük bir kısmı normal kilolarına ulaşabilmiş ve tam klinik iyileşme göstermiştir. Bu sonuçlar, yetişkinlerdeki AN tedavisinde her iki terapinin de sınırlı düzeyde fayda gösterdiği; UDKY'nin ağır olmayan, tedavi motivasyonu yüksek vakalar için uygun olabileceği şeklinde yorumlanmıştır (Schmidt ve ark. 2012).

**Tablo 3. Anoreksiya nervozanın ergenlerdeki psikososyal tedavilerine dair randomize kontrollü çalışmaların özellikleri**

Araştırıcı adı, yıl	Ülke, tedavi ortamı	Katılımcı sayısı	Karşılaştırılan gruplar	Tedavi süresi
LeGrange, 1992	İngiltere, ayaktan	18	Birlikte AT/ ayrı AT	6 ay, 9 seans
Robin, 1999	İngiltere, ayaktan	37	DAST/ EYBT	16 ay
Eisler, 2000	İngiltere, ayaktan	40	Birlikte AT/ ayrı AT	16 seans
Wallin, 2000	İsveç, ayaktan	26	AT+BFT/ AT	Aile terapisi: 25 seans. BFT: 22 seans
Geist, 2000	Kanada, yatarak	25	AT/ aile psiko-eđitimi	16 hafta, 8 seans
Lock, 2005	ABD, ayaktan	86	Kısa süreli AT/ uzun süreli AT	Kısa: 6 ay, 10 seans. Uzun: 12 ay, 20 seans
Gowers, 2007	İngiltere, yatarak ya da ayaktan	167	Yatırılarak tedavi/ özelleşmiş ayaktan tedavi/RT	Yatırılarak: 4 hafta. Özelleşmiş ve rutin tedavi: 6 aya kadar
Rhodes, 2008	Avustralya, ayaktan	20	AT/ AT+ ebeveynler arası konsültasyon	AT:20 seans. AT + konsültasyon: 21 seans
Lock, 2010	ABD, ayaktan	121	AT/ ergen odaklı bireysel psikoterapi (=EYBT)	12 ay, 24 seans
Godart, 2012	Fransa, yatarak tedavi sonrası ayaktan	60	RT/ RT+ AT	18 ay
Agras, 2014	ABD/Kanada, ayaktan	164	AT/ SAT	9 ay, 16 seans
LeGrange, 2014	ABD, ayaktan	121	AT/ ergen odaklı bireysel psikoterapi (=EYBT)	12 ay
LeGrange, 2016	ABD, ayaktan	107	AT/ EOT	3 ay, 18 seans

AT: Aile terapisi/aile temelli terapi; DAST: davranışsal aile sistemleri terapisi; EYBT: ego yönelimli bireysel terapi/ergen odaklı bireysel terapi; BFT: beden farkındalık terapisi; RT: rutin tedavi; SAT: sistemik aile terapisi; EOT: ebeveyn odaklı terapi

Yeme bozukluklarının psikoterapisi için geliştirilen yaklaşımlardan birisi de güçlendirilmiş BDT (enhanced CBT)'dir. BN'de etkinliği gösterilmiş bir terapi yöntemi olan güçlendirilmiş BDT'nin iki şekli mevcuttur: Yeme davranışındaki patolojiye yönelik "odaklanmış form" ve eşlik eden kompleks sorunları da ele alan (kişiler arası problemler, duygudurum intoleransı, mükemmeliyetçilik vb. ) "geniş form". Yatarak tedavi gören



AN hastalarında yürütülen bir çalışmada her iki tedavi şeklinin akut dönem ve izlemedeki etkinlikleri karşılaştırılmıştır. Vücut ağırlığı, VKİ, yeme bozukluğu belirtileri ve genel psikopatoloji düzeyi değerlendirme ölçütleri olarak belirlenmiştir. Seksen ağır AN hastası randomize olarak 2 gruba dağıtılmıştır. İlk 13 haftası hastanede gerçekleştirilen 20 haftalık terapinin bitiminde ve 12 aylık izlem sonrasında yapılan değerlendirmelerde her iki gruptaki hastaların belirgin iyileşme kaydettiği, ancak tedavi programlarının etkinlikleri arasında anlamlı fark saptanmadığı bildirilmiştir (Dalle Grave ve ark. 2013).

Ağır ve inatçı AN hastalarının tedavisinde psikoterapinin etkinliğinin araştırıldığı randomize kontrollü bir çalışmada araştırmacılar, hastalık süreleri en az 7 yıl olan 63 hastayı, 30 seans BDT ya da UDKY programlarına almışlardır. Tedavi etkinliğinin değerlendirmesinde kullanılan birincil ölçütler yaşam kalitesi, genel sağlık düzeyi, depresif belirtiler ve sosyal uyum; ikincil ölçütler ise VKİ, yeme bozukluğu semptomları, motivasyon ve sağlık hizmetlerine ulaşım olarak belirlenmiştir. Sekiz aylık tedavinin bitiminde ve tedavi sonrası 6. ve 12. aylarda etkinlik değerlendirmeleri yapılmıştır. Her iki yöntemin de belirgin düzeyde iyileşme sağladığı saptanmıştır. Tedavi bitimindeki değerlendirmede iki yaklaşım arasında fark saptanmamış ancak izlemede BDT'nin UDKY'ye kıyasla yeme bozukluğu semptomları, sosyal uyum ve motivasyon alanlarında üstünlük gösterdiği bildirilmiştir (Touyz ve ark. 2013).

Fichter ve arkadaşları (2013) yatarak tedavileri tamamlanmış hastalarda randomize kontrollü bir çalışma ile internet tabanlı nüks önleme programının etkinliğini araştırmışlardır. 258 katılımcı, nüks önleme ve kontrol gruplarına randomize olarak dağıtılmış; nüks önleme programında yapılandırılmış 9 adet oturumdan oluşan BDT temelli bir yaklaşım internet aracılığıyla uygulanmıştır. Her iki grupta VKİ, yeme tutumları ve yeme davranışlarında ilerleme sağlanmış; genel psikopatoloji düzeyi ise büyük oranda değişmeden kalmıştır. İnternet tabanlı nüks önleme programı grubundaki hastalar arasında sadece tamamlayanların sonuçları dikkate alındığında yöntemin kontrol grubuna kıyasla VKİ'de anlamlı düzeyde artış sağladığı bildirilmiştir.

Geniş bir örneklem üzerinde ve çok merkezli olarak yürütülen Ayaktan Hastalarda Anoreksiya Nervozaya Tedavisi Çalışması'nda (The Anorexia Nervosa Treatment of Outpatients; ANTOP Study) fokal psikodinamik terapi (FPT; focal psychodynamic therapy) ve güçlendirilmiş BDT'nin etkinlikleri, optimize edilmiş rutin tedavi ile karşılaştırılarak değerlendirilmiştir. Çalışmada 242 katılımcı, 10 ay süren üç tedavi programına randomize olarak dahil edilmiştir. Birincil ölçüt tedavi bitimindeki kilo artışı, ikincil ölçüt kilo alımı ile yeme bozukluğu psikopatolojisindeki düzelmenin birlikteliği şeklinde tanımlanan iyileşme hızı olarak belirlenmiştir. Tedavinin 4. ve 10. ayları ile tedavi sonrası izlemin 3. ve 12. aylarında etkinlik değerlendirmeleri gerçekleştirilmiştir. Tedavi sonu değerlendirmede her üç grupta da VKİ'de yükselme saptanmış olmakla birlikte gruplar arasında anlamlı fark bulunmamıştır. 12 aylık izlem sonunda VKİ her üç grupta benzer düzeyde yükselme göstermiştir. Araştırmacılar, her üç tedavi yönteminin de AN hastalarının ayaktan tedavisinde etkili olduğunu; FPT'nin iyileşme oranı açısından, güçlendirilmiş BDT'nin ise iyileşme hızı bakımından görece avantajlı olabileceğini bildirmişlerdir (Zipfel ve ark. 2014).

2012 yılındaki pilot çalışmalarını takiben aynı araştırmacılar, MYANT ve UDKY'nin etkinliklerini bu kez çok merkezli ve daha geniş örneklemlerle bir araştırma (MO-SAIC çalışması) ile karşılaştırma yoluna gitmişlerdir (Schmidt ve ark. 2015). Bu amaçla VKİ'leri 18.5 kg/m<sup>2</sup> ve altında olan, AN ya da BTA yeme bozukluğu tanısı almış 142

erişkin hasta, ortalama 20'er adet haftalık, 4'er adet aylık seanstan oluşan UDKY ve MYANT gruplarına dağıtılmış; etkinlik değerlendirmeleri tedavi başlangıcında, 6. ve 12. aylarda gerçekleştirilmiştir. Birincil sonlanım ölçütü olarak VKİ belirlenmiştir; diğer ölçütler de pilot çalışma ile paralellik göstermektedir. 12. ay sonunda her iki tedavi grubunda da belirgin klinik ilerleme kaydedilmiş, gruplar arasında etkinlik açısından anlamlı fark saptanmamıştır. Öte yandan hastalardan elde edilen geri bildirimler itibarıyla, MYANT'ın kabul edilebilirlik ve güvenilirlik bakımından UDKY'ye üstün olduğu bildirilmiştir.

MOSAIC araştırmasının 2 yıllık izlem değerlendirmesinde ise 142 katılımcının 104'ü randomizasyon sonrası 24. ayın sonunda (tedavi bitiminden 12 ay sonra) yeniden değerlendirmeye alınmıştır. Hastaların, tedavi sonu itibarıyla kaydettikleri klinik iyileşmenin izlemde de korunduğu, ya da kısmi ilerleme kaydedildiği bildirilmiş; tedavi grupları arasında sonlanım ölçütleri açısından fark saptanmamıştır (Schmidt ve ark. 2016).

## Ergenlerde Yürütülen Çalışmalar

Aile Temelli Terapi (AT; Family Based Treatment/Family Therapy): Maudsley metodu olarak da bilinen AT, ilk kez 1985 yılında Maudsley Hastanesi'nde ayaktan tedavi gören ergen AN hastalarına yönelik olarak geliştirilmiştir. Maudsley metodu, aile sisteminin tedavide merkeze yerleşiren problem çözme odaklı bir yaklaşımdır (Rhodes ve ark. 2008, Varchol ve Cooper 2009). Maudsley metodu hakkında aşağıda daha geniş bilgi verilecektir.

Le Grange ve arkadaşları (1992) 18 hastayı randomize olarak "birlikte (conjoint) aile terapisi" ve "ayrı (separated) aile terapisi" gruplarına ayırmış; 6 ay süren ve ortalama 9 seanslık ayaktan tedavi sürecinde iki grubu karşılaştırmışlardır. Birlikte aile terapisi, terapistin hasta ve ailesini aynı seans içinde ve bir arada değerlendirmesine dayanırken; ayrı aile terapisinde hasta ve ailesiyle ayrı görüşülür. Araştırmacılar, terapi süresinin sonunda iki grup arasında semptomlara etki bakımından çok az fark görüldüğünü bildirmişlerdir.

Kırk ergen hastanın katıldığı başka bir çalışmada, birlikte aile terapisi ve ayrı aile terapisi ortalama 16 seans olarak uygulanmıştır. Her iki grupta da beslenme durumu ve psikolojik parametrelerde belirgin iyileşme belirlense de, gruplar arasında farklılık saptanmamıştır. Ancak, annenin eleştireliliğinin yüksek olduğu ailelerde, ayrı aile terapisinin üstünlük gösterdiği bildirilmiştir (Eisler ve ark. 2000).

Seksen altı ergen hastanın katıldığı ve uygulama sürelerinin etkinliklerinin kıyaslandığı bir çalışmada, Lock ve arkadaşları (2005) kısa süreli (6 ay, 10 seans) aile terapisinin, orijinal uzun süreli (12 ay, 20 seans) aile terapisi ile benzer etkinlikte olduğunu ortaya koymuştur. Etkinlik değerlendirmesinde Yeme Bozuklukları Değerlendirme Ölçeği'nden faydalanılmıştır. Araştırmacılar, kısa süreli aile terapisinin hastaların büyük çoğunluğunda yeterli olabileceğini, ancak yeme bozukluğu ile ilişkili obsesif kompulsif belirtilerin şiddetli olduğu ya da anne babası boşanmış olan hastalarda uzun süreli aile terapisinin tercih edilmesi gerektiğini bildirmişlerdir (Guarda 2008).

Robin ve arkadaşları (1999) Davranışsal Aile Sistemleri Terapisi (DAST; Behavioral Family Systems Therapy) ile Ego Yönelimli Bireysel Terapinin (EBT; Ego Oriented Individual Therapy) etkinliklerini 37 ergen hastanın katıldığı randomize kontrollü çalışmada karşılaştırmışlardır. Etkinlik değerlendirme ölçütleri olarak VKİ, menstrüas-

yon, yeme davranışları, ego işlevleri, depresyon ve aile içi etkileşimler belirlenmiştir. DAST, seanslara hasta ve ailesinin birlikte katılımına dayanmaktadır. Bu yolla ebeveynlerin, ergenin yeme davranışlarının kontrolünde aktif rol alması, çarpıtılmış inançların bilişsel yeniden yapılandırma yoluyla düzeltilmesi ve aile içi etkileşimlerin davranışsal müdahalelerle geliştirilmesi hedeflenir. EBT'de ise ergen ile aileden ayrı bireysel görüşmeler yapılır; hedef ego gücünün artırılması ve yeme bozukluğuna yol açan dinamiklerin keşfidir. Bu çalışmada her iki terapinin de yeme davranışları üzerinde olumlu etki gösterdiği ancak DAST'ın daha fazla kilo alımı ve menstrüasyonda daha hızlı düzelmeye sağladığı bildirilmiştir.

Wallin ve arkadaşları (2000) aile terapisine ek olarak Beden Farkındalık Terapisi (BFT; Body Awareness Therapy)'nin etkinliğini değerlendirmeyi hedeflemişlerdir. Aile terapisi uygulanmış 26 ergen hastanın 13'üne ek olarak 22 seanslık BFT programı uygulanmıştır. BFT, hastanın bedeni ve işlevleri hakkında eğitilmesi esasına dayanan psikiyatrik bir fizyoterapi metodudur ve beden sınırlarının tanınması, beden sinyallerinin yorumlanması ve beden hareketlerinin koordinasyonuna yönelik çeşitli egzersizler içerir. Bu çalışmada etkinlik değerlendirme araçları Çocuklar için Yeme Tutumu Testi, Yeme Bozukluğu Envanteri ve Görsel Boyut Tahmini şeklinde belirlenmiştir. Tedavinin sonunda her iki grup arasında etkinlik bakımından fark saptanmamış; ancak BFT'nin beden algısında iyileşme sağladığı bildirilmiştir.

Geist ve arkadaşları (2000) yatarak tedavi gören 25 ergen hastayı 8 seans uygulanan aile terapisi ve aile psikoeğitimi gruplarına dağıtarak 16 hafta boyunca izlemişlerdir. Aile psikoeğitimi hasta ve ailesinin yeme bozukluğunun doğası hakkında bilgilendirilmesi ve nasıl değişim sağlanabileceği konusunda aileye tartışma fırsatı sunulması prensibine dayalı bir programdır. Psikiyatri hemşiresi, diyetisyen ve uğraş terapisti tarafından yönetilen seanslar 90 dakikalık iki oturumda gerçekleştirilmiştir. Etkinlik değerlendirilmesinde beden ağırlığı ve yeme bozukluğuna özgül ve diğer psikopatolojilere yönelik ölçekler (Yeme Bozukluğu Envanteri, Çocuk Depresyon Ölçeği, Aile Değerlendirme Ölçeği) kullanılmış ve tedavinin sonunda her iki grupta anlamlı düzeyde kilo alımı saptanmıştır. Araştırmacılar, daha az maliyetli bir yöntem olan aile psikoeğitiminin, yeni tanı almış ve tıbbi durumu kötü hastalarda, aile terapisiyle eşdeğer etkinlik gösterdiği sonucuna varmışlardır.

İngiltere'de yürütülen, çok merkezli ve geniş örneklemli bir çalışmada çalışmacılar 167 ergen hastayı yatarak psikiyatrik tedavi, özelleşmiş ayaktan tedavi ve kontrol müdahalesi olarak belirledikleri rutin tedavi gruplarına ayırmışlar; tedavinin etkinliğini birinci ve ikinci yılın sonunda yapılan değerlendirmelerde başta Morgan-Russell olmak üzere çeşitli ölçekler yoluyla karşılaştırmışlardır. Herhangi bir kılavuza dayanmayan ve kilo alımına odaklı multidisipliner bir yaklaşım olarak tanımlanan yatarak psikiyatrik tedavi grubundaki tüm hastalara haftada 800-1000 g kilo alımına ve yeme davranışını düzeltmeye yönelik standart müdahalelere ek olarak aile terapisi, bireysel destekleyici ya da bilişsel terapi uygulanmıştır. Özelleşmiş ayaktan tedavi ise bir kılavuz çerçevesinde uygulanan çok bileşenli (motivasyonel görüşme, bireysel BDT seansları, ebeveyn geri bildirim ve danışmanlık programı, diyet tedavisi vb.) 6 aylık bir tedavi programıdır. Rutin tedavi programı ise ruh sağlığı birimlerinde sunulan özelleşmemiş tedavi hizmetlerini içermektedir. İzlem döneminin sonunda, tüm katılımcılarda genel bir iyileşme kaydedilmekle birlikte tedavi etkinliği açısından gruplar arasında anlamlı fark saptanmamış; yatarak tedavinin ayaktan tedaviye belirgin avantajının olmadığı sonucuna

varılmıştır (Gowers ve ark. 2007).

Rhodes ve arkadaşları (2008) 12-16 yaşlarında 20 ergen hasta ve ailelerinin katıldığı çalışmada AT'ye dahil ettikleri ek bir danışmanlık seansının etkinliğini test etmişlerdir. Minimum sağlıklı kiloya ulaştıktan sonra hastaneden taburcu edilen katılımcılar iki gruba ayrılmış, gruplardan birine 20 seans standart AT uygulanırken diğer grubun terapisine 3 ila 5. haftalar arasında fazladan bir oturum eklenmiştir. Bu ek konsültasyon oturumunda terapileri süren hastaların ebeveynleri, daha önce programı tamamlamış hastaların ebeveynleriyle bir araya gelmiş ve danışmanlık almıştır. Ek oturumdan hemen sonra, konsültasyon grubundaki hastalarda diğer gruba göre belirgin bir ağırlık artışı gözlemlenmiş, ancak 20 seans sonunda gruplar arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.

Lock ve arkadaşları (2010) 121 ergen hastayı dahil ettikleri randomize kontrollü çalışmalarında AT ile ergen odaklı bireysel terapinin etkinliklerini karşılaştırmışlardır. 12 aylık sürede 24 seansta gerçekleştirilen terapilerin etkinlikleri tedavinin sonunda ve tedavi sonrası 6. ve 12. aylarda değerlendirilmiştir. Tedavi sonunda iki terapi yöntemi arasında tam remiyon oranlarında anlamlı farklılık saptanmamış; ancak 6 ve 12. aylardaki izlem değerlendirmesinde AT'nin belirgin üstünlüğü olduğu göstermiştir. Kısmi remiyon oranları açısından ise, AT'nin tedavi sonunda anlamlı düzeyde daha üstün olduğu, ancak bu farkın izlem dönemine yansımadağı saptanmıştır.

Rutin tedavi ile rutin tedaviye ek olarak uygulanan AT'nin etkinliklerinin karşılaştırıldığı randomize kontrollü çalışmalarında, Godart ve arkadaşları (2012) yatarak tedavileri tamamlanmış 60 ağır AN'li ergeni 18 ay boyunca izlemişlerdir. Rutin tedavi ile AT grubunda ek olarak, yeme bozukluğu belirtileri yerine aile içi dinamiklerin ele alındığı aile terapisi oturumlarına da yer verilmiştir. Birincil değerlendirme ölçütü Morgan-Russell ölçeği; ikincil ölçütler ise AN belirtileri ve yol açtığı sonuçlar (yeme davranışı, VKİ, amenore, izlem boyunca hastane yatışı, sosyal uyum) olarak belirlenmiştir. 18 ay sonunda rutin tedaviye ek olarak AT uygulanan grupta sadece rutin tedavi alan gruba göre hem birincil, hem de ikincil ölçütlerde daha fazla iyileşme saptanmıştır.

Agras ve arkadaşları (2014) yaşları 12-18 arasında değişen 164 ergen hastanın katıldığı geniş örneklemli bir çalışmada AT ile Sistemik Aile Terapisi'nin (SAT, Systemic Family Therapy) etkinliğini karşılaştırmışlardır. Randomize olarak tedavi gruplarına dağıtılan hastalara, 1'er saatlik toplam 16 seanstan oluşan terapi programları 9 aylık sürede uygulanmıştır. Etkinlik değerlendirmesinde kullanılan birincil ölçütler ağırlığın ideal beden ağırlığına oranı ve remiyon oranı olarak belirlenmiş. SAT'de odak kilo alımı değildir. Aile dinamiklerini tarafsız bir perspektiften gözlemleyen terapist bireylerin kendilerini sağlıklı şekilde ifade edebilmeleri ve sorunlara uygun çözümler bulmaları konusunda rehberlik eder. Araştırmacılar, tedavinin sonundaki değerlendirmede ve 12 aylık izlemede her iki terapi yönteminin etkinlikleri arasında anlamlı fark saptanmadığını; ancak AT'nin tedavinin erken döneminde daha hızlı kilo alımı ve daha az hastanede kalış süresi ile ilişkili bulunduğunu bildirmişlerdir.

Aynı çalışma ile ilişkili bir diğer araştırmada, AT'de hospitalizasyonun büyük oranda tedavinin ilk 5 haftasında gerçekleştiği; SAT'de ise hastanede toplam yatış süresinin tedavi boyunca yükselme eğilimi gösterdiği bildirilmiştir. AT'deki erken dönem kilo alımının tıbbi dengesizliklere karşı koruyucu etki sağladığı, böylece ileri dönem hospitalizasyon ihtiyacını azaltmış olabileceği öne sürülmüştür (Lock ve ark. 2016).

Le Grange ve arkadaşları (2014a) 121 ergen hasta üzerinde yürüttükleri çalışmalara-

rında AT ve Ergen Odaklı Bireysel Terapi (EOBT)'nin etkinliklerini karşılaştırmışlardır. EOBT, gelişim sürecinin yaygın temalarının ele alınması yoluyla ergenin yeme bozukluğu semptomlarının giderilmesi esasına dayalı bir bireysel terapi yaklaşımıdır. Çalışmada erken dönemde kilo alınımının tedavi süresinin sonunda (12. ay) ve izlemden (24. ay) tam remisyona için bir yordayıcı olup olmadığı araştırılmış; ayrıca her iki terapinin kilo alım hızı üzerindeki etkilerini karşılaştırılmıştır. Her iki terapi grubunda erken dönem kilo alınımının tedavi sonundaki remisyonu yordadığı; ancak izlem döneminde remisyonla ilişkili bulunmadığını bildirilmiştir. AT, EOBT'ye kıyasla hem daha hızlı, hem de daha fazla kilo alınımıyla ilişkili bulunmuştur.

AT ve EOBT'nin uzun dönem etkinliklerinin karşılaştırıldığı yukarıdaki çalışmayla ilişkili izlem çalışmasında orijinal kohorttaki 121 katılımcının %65'i 2 ila 4 yıl sonra yeniden değerlendirilmeye alınmış; katılımcılar başta nüks ve remisyon oranları olmak üzere yeme bozukluğu belirtilerinin değişimi, depresif semptomlar, özgüven ve obsesif kompulsif belirtiler bakımından karşılaştırılmıştır. İzlem döneminin sonunda tedavi grupları arasında klinik seyir açısından fark saptanmamış; remisyonla girmiş hastalarda sağlanan iyilik halinin, tedavi şekline bağımsız olarak uzun dönemde de büyük oranda korunduğu bildirilmiştir (Le Grange ve ark. 2014b).

Ayrı AT'lerin, birlikte AT'ler kadar etkin olduğunun gösterilmesinden hareketle, AT ve ebeveyn odaklı terapinin (EOT, parent-focused treatment) etkinlikleri de yakın zamanlı bir çalışmada karşılaştırılmıştır. AT'nin bir türevi olan EOT, hemşirenin ergeni tırtığı, genel tıbbi durumunu saptadığı ve danışmanlık sunduğu 15 dk'lık bir ön görüşme ile başlar. Hemşirenin bu bilgileri terapistte aktarmasından sonra, yalnızca anne ve babanın katıldığı 50 dk'lık ebeveyn seansı gerçekleşir. Seansın içeriği ve odağı AT ile aynıdır, terapist AT'den farklı olarak ergen ve kardeşleriyle doğrudan iletişime geçmez. Terapist ile hastanın iletişimi yalnızca tanışma ve vedayı içeren ilk ve son seanslar ile sınırlıdır; ayrıca EOT'de aile yemeği seansı da yer almaz. Çalışmada AN tanısı almış 107 ergen hasta EOT ve birlikte AT gruplarına dağıtılmış ve tedaviler 3'er aylık sürede 18 seans olarak uygulanmıştır. Sonlanım ölçütleri remisyon ve Yeme Bozuklukları Değerlendirme Ölçeği skoru olarak belirlenmiş; değerlendirme görüşmeleri tedavi başlangıcında, sonunda, ve tedavi sonrası 6. ve 12. aylarda gerçekleştirilmiştir. Tedavi sonu itibarıyla EOT'de elde edilen remisyon oranının AT'dekinden yaklaşık üç kat fazla olduğu saptanmıştır. Ne var ki bu dramatik fark izleme yansıması, tedavi sonrası 6. ve 12. aylarda yapılan değerlendirmelerde iki grup arasında tedavi etkinlikleri bakımından anlamlı fark saptanmamıştır. Sonuçlar, EOT'nin ergen AN hastalarının tedavisinde AT'ye kıyasla daha etkili ve avantajlı bir yöntem olarak öne çıktığı şeklinde yorumlanmıştır (Le Grange ve ark. 2016).

## Tartışma

AN'nin psikososyal tedavileri ile ilgili araştırmaların sonuçlarını sentezlemek ve değerlendirmek zorluklar içermektedir. Bu alanda yürütülen çalışmalar hastaların yaşı, tedavi ortamı, hastalığın evresi ve etkinliği değerlendirilmede kullanılan ölçütler itibarıyla farklılıklar göstermektedir. AT, ergenlerde etkinliği kanıtlanmış bir tedavi olarak öne çıkmaktadır. Öyle ki NICE (National Institute for Health and Care Excellence) kılavuzları aile terapisini B kanıt düzeyinde (tedavinin etkinliği uygun şekilde yürütülmüş klinik çalışmalarla desteklenmiştir) bir müdahale olarak sınıflandırmaktadır. Bu, AN'de bir psikoterapi yönteminin sahip olduğu en yüksek; hatta AN'deki tüm tedavi modaliteleri

içinde bir tedavi yönteminin sahip olduğu en yüksek kanıt düzeyidir.

Maudsley metodu, üç terapötik görev ve üç aşamadan oluşmaktadır. İlk terapötik görev, terapistin hasta ve aile bireyleri ile işbirliği kurması; ailenin, kendisini suçlamadan hastalığın ciddiyetini fark etmesinin sağlanmasıdır. İkinci görev, terapistin ailenin organizasyon biçimini değerlendirmesidir. Terapist, aile içindeki ilişkileri, aile bireylerinin soruna yaklaşımlarını ve davranış paternlerini gözlemleyerek ailenin belirti etrafında nasıl organize olduğu hakkında bir formülasyon oluşturur. Üçüncü görev ise aileye değişim konusunda yardımcı olacak müdahalelerin ortaya konmasıdır. Ebeveynlerin, hastanın belirtileri ve yaşamındaki diğer sorunlar ile mücadelesi konusunda sorumluluk almaları sağlanır; işbirliği, karşılıklı destek, kararlılık ve tutarlılığın önemi vurgulanır. Aile yemeği ile başlayan ilk terapi evresinde neredeyse tamamen yeme bozukluğu üzerine odaklanılır. Ebeveynlerin, çocukları normal kilosunu koruyacak seviyeye gelinceye kadar yeme kontrolünü ellerine almaları istenir. İkinci aşama, ebeveyn müdahalesinin hastanın kararlı bir kiloya ulaşmasını sağlamasından sonra başlar. Kilo alımı konusundaki sorumluluk aşamalı olarak ergene devredilir ve terapi seanslarının odağı yeniden aile içi problemler ve ergenin günlük yaşamında karşılaştığı güçlüklerle çevrilir. Hastanın kendi başına kilosunu koruyabilir hale gelmesiyle birlikte üçüncü aşamaya geçilir. Bu evrede AN'nin sağlıklı kimlik oluşumu üzerinde yarattığı etkilere odaklanılır. Ergenin otonomisinin artırılması, gelecekte ergenin evden ayrılmasının aile ve sosyal yaşam üzerinde yaratacağı değişimler bu evrede ele alınan temel konulardır (Eisler 2005).

Yetişkin AN tedavi modaliteleri içinde en yüksek kanıt düzeyi C'dir (uzman komite raporları veya otoritelerin klinik deneyimleri ve fikirleriyle desteklenmiştir) ve BDT, KAT ve diğer terapi yöntemleri bu düzeyde kanıtla sahiptir (Watson ve Bulik 2013). Yetişkin hastalarda ilgi çekici bir bulgu, etkinlik göstermesi beklenen tedaviler karşısında bir kontrol müdahalesi olarak planlanan UDKY'nin BDT ve KAT kadar etkili bulunmasıdır. UDKY'de, psikoterapinin yer almadığı klinik yönetim ilkelerinden farklı olarak destekleyici psikoterapi teknikleri aktif biçimde uygulanır. Terapötik uyumun sağlanmasının yanı sıra empati, pozitif ve destekleyici tutum gibi unsurlara yer verilir. BDT ve KAT'nin karakteristik öğeleriyle minimal düzeyde örtüşme göstermesine özen gösterilmiştir. Örneğin UDKY'nin temel bileşenleri olan psikoeğitim ve yeme davranışının normalleştirilmesi gibi öğeler, BDT ile ilişkili görünseler de UDKY'de otomatik düşünce/temel inançların ele alınması ve bilişsel yeniden yapılandırma gibi tekniklerden özellikle kaçınılır. Detaylı bir tedavi kılavuzuna dayanmasına karşın, UDKY direktif olmayan ve oldukça esnek bir yapıya sahiptir. Yeme davranışının normalleştirilmesi ve kilo alımı hedefi doğrultusunda, hasta ile beslenmenin miktarı, düzenliliği ve çeşitliliğinin nasıl artırılacağı konusunda kapsamlı şekilde olarak tartışılır. AN hastalarının büyük kısmının kısıtlayıcı/yönlendirici yapıdaki psikoterapi yöntemlerinde ortaya çıkan kontrol kaybı hissinden korku duydukları, bunun da tedavi direncine yol açabileceği düşünülmektedir. UDKY'nin daha az yönlendirici doğası, hastanın otonomi ve kontrol duygusunun sarsılmamasına; böylece tedavinin etkin ve kabul edilebilir bulunmasına katkı sağlıyor olabilir (McIntosh ve ark. 2006).

## Sonuç

AN'nin psikososyal yöntemlerle tedavisinin etkinliğini değerlendiren çalışmalar henüz oldukça sınırlı ve kesin bir fikir vermekten uzaktır. Ergenlerde, Maudsley metodu olarak da bilinen AT, tercih edilmesi gereken psikoterapi yöntemi olarak öne çıkmaktadır.

Yetişkinlerde farklı psikoterapi yöntemlerinin birbirlerine ve özelleşmiş psikoterapilerin özgül olmayan destekleyici yöntemlere belirgin üstünlüğü gösterilememiştir. Ele alınan yaklaşımlarda özellikle hangi bileşenlerin tedavi etkinliği ile ilişkili olduğunun aydınlatılması, gelecekte daha etkili psikososyal tedavilerin geliştirilmesine olanak sağlayacaktır.

## Kaynaklar

- Agras WS, Lock J, Brandt H, Bryson SW, Dodge E, Halmi KA et al. (2014) Comparison of 2 family therapies for adolescent anorexia nervosa: a randomized parallel trial. *JAMA Psychiatry*, 71:1279-1286.
- Ball J, Mitchell P (2004) A randomized controlled study of cognitive behavior therapy and behavioral family therapy for anorexia nervosa patients. *Eat Disord*, 12:303-314.
- Beard H, Marlowe M, Ryle A (1990) The management and treatment of personality-disordered patients: the use of sequential diagrammatic reformulation. *Br J Psychiatry*, 156:541-545.
- Carter FA, Jordan J, McIntosh VV, Luty SE, McKenzie JM, Frampton CM et al. (2011) The long-term efficacy of three psychotherapies for anorexia nervosa: a randomized, controlled trial. *Int J Eat Disord*, 44:647-654.
- Channon S, de Silva P, Hemsley D, Perkins R (1989) A controlled trial of cognitive-behavioural and behavioural treatment of anorexia nervosa. *Behav Res Ther*, 27:529-535.
- Crisp AH, Norton K, Gowers S, Halek C, Bowyer C, Yeldham D et al. (1991) A controlled study of the effect of therapies aimed at adolescent and family psychopathology in anorexia nervosa. *Br J Psychiatry*, 159:325-333.
- Dalle Grave R, Calugi S, Conti M, Doll H, Fairburn CG (2013) Inpatient cognitive behaviour therapy for anorexia nervosa: a randomized controlled trial. *Psychother Psychosom*, 82:390-398.
- Dare C, Eisler I, Russell G, Treasure J, Dodge L (2001) Psychological therapies for adults with anorexia nervosa: randomised controlled trial of out-patient treatments. *Br J Psychiatry*, 178:216-221.
- Eisler I (2005) The empirical and theoretical base of family therapy and multiple family day therapy for adolescent anorexia nervosa. *J Fam Ther*, 27:104-131.
- Eisler I, Dare C, Russell GF, Szmukler G, le Grange D, Dodge E (1997) Family and individual therapy in anorexia nervosa: a 5-year follow-up. *Arch Gen Psychiatry*, 54:1025-1030.
- Eisler I, Dare C, Hodes M, Russell G, Dodge E, Le Grange D (2000) Family therapy for adolescent anorexia nervosa: the results of a controlled comparison of two family interventions. *J Child Psychol Psychiatry*, 41:727-736.
- Espie J, Eisler I (2015) Focus on anorexia nervosa: modern psychological treatment and guidelines for the adolescent patient. *Adolesc Health Med Ther*, 6:9-16.
- Fichter MM, Quadflieg N, Lindner S (2013) Internet-based relapse prevention for anorexia nervosa: nine-month follow-up. *J Eat Disord*, 1:23.
- Geist R, Heinmaa M, Stephens D, Davis R, Katzman DK (2000) Comparison of family therapy and family group psychoeducation in adolescents with anorexia nervosa. *Can J Psychiatry*, 45:173-178.
- Godart N, Berthoz S, Curt F, Perdereau F, Rein Z, Wallier J et al. (2012) A randomized controlled trial of adjunctive family therapy and treatment as usual following inpatient treatment for anorexia nervosa adolescents. *PLoS One*, 7:e28249.
- Gowers SG, Clark A, Roberts C, Griffiths A, Edwards V, Bryan C et al. (2007) Clinical effectiveness of treatments for anorexia nervosa in adolescents: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry*, 191:427-435.
- Guarda AS (2008) Treatment of anorexia nervosa: insights and obstacles. *Physiol Behav*, 94:113-120.
- Hall A, Crisp AH (1987) Brief psychotherapy in the treatment of anorexia nervosa. outcome at one year. *Br J Psychiatry*, 151:185-191.
- Hay PP, Bacaltchuk J, Byrnes RT, Claudino AM, Ekmejian AA, Yong PY (2003) Individual psychotherapy in the outpatient treatment of adults with anorexia nervosa. *Cochrane Database Syst Rev*, (4):CD003909.
- Hudson JL, Hiripi E, Pope HG, Kessler RC (2007) The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biol Psychiatry*, 61:348-358.
- Kugu N, Akyuz G, Dogan O, Ersan E, Izgic F (2006) The prevalence of eating disorders among university students and the relationship with some individual characteristics. *Aust NZ J Psychiatry*, 40:129-135.
- Le Grange D, Eisler I, Dare C, Russell GF (1992) Evaluation of family treatments in adolescent anorexia nervosa: a pilot study. *Int J Eat Disord*, 12:347-357.

- Le Grange D, Accurso EC, Lock J, Agras S, Bryson SW (2014a) Early weight gain predicts outcome in two treatments for adolescent anorexia nervosa. *Int J Eat Disord*, 47:124-129.
- Le Grange D, Lock J, Accurso EC, Agras WS, Darcy A, Forsberg S et al. (2014b) Relapse from remission at two- to four-year follow-up in two treatments for adolescent anorexia nervosa. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 53:1162-1167.
- Le Grange D, Hughes EK, Court A, Yeo M, Crosby RD, Sawyer SM (2016) Randomized clinical trial of parent-focused treatment and family-based treatment for adolescent anorexia nervosa. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 55:683-692.
- Lock J, Agras WS, Bryson S, Brandt H, Halmi KA, Kaye W et al. (2016) Does family-based treatment reduce the need for hospitalization in adolescent anorexia nervosa? *Int J Eat Disord*, 49:891-894.
- Lock J, Agras WS, Bryson S, Kraemer HC (2005) A comparison of short-and long-term family therapy for adolescent anorexia nervosa. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 44:632-639.
- Lock J, Le Grange D, Agras WS, Moye A, Bryson SW, Jo B (2010) Randomized clinical trial comparing family-based treatment with adolescent-focused individual therapy for adolescents with anorexia nervosa. *Arch Gen Psychiatry*, 67:1025-1032.
- Maner F (2001) Yeme bozuklukları. *Psikiyatri Dünnyası*, 5:130-139.
- Maner F, Aydın A (2007) Yeme bozukluklarında bilişsel davranışçı tedavi. *Psikiyatride Derlemeler, Olgular ve Varsayımlar*, 1(3):23-36.
- McIntosh VV, Bulik CM, McKenzie JM, Luty SE, Jordan J (2000) Interpersonal psychotherapy for anorexia nervosa. *Int J Eat Disord*, 27:125-139.
- McIntosh VV, Jordan J, Carter FA, Luty SE, McKenzie JM, Bulik CM et al. (2005) Three psychotherapies for anorexia nervosa: a randomized, controlled trial. *Am J Psychiatry*, 162:741-747.
- McIntosh VV, Jordan J, Luty SE, Carter FA, McKenzie JM, Bulik CM et al. (2006) Specialist supportive clinical management for anorexia nervosa. *Int J Eat Disord*, 39:625-632.
- Morgan H, Hayward A (1988) Clinical assessment of anorexia nervosa: the Morgan-Russell outcome assessment schedule. *Br J Psychiatry*, 152:367-371.
- Pike KM, Walsh BT, Vitousek K, Wilson GT, Bauer J (2003) Cognitive behavior therapy in the posthospitalization treatment of anorexia nervosa. *Am J Psychiatry*, 160:2046-2049.
- Rhodes P, Baillie A, Brown J, Madden S (2008) Can parent-to-parent consultation improve the effectiveness of the Maudsley model of family-based treatment for anorexia nervosa? a randomized control trial. *J Fam Ther*, 30:96-108.
- Robin AL, Siegel PT, Moye AW, Gilroy M, Dennis AB, Sikand A (1999) A controlled comparison of family versus individual therapy for adolescents with anorexia nervosa. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 38:1482-1489.
- Russell GF, Szmulker GI, Dare C, Eisler I (1987) An evaluation of family therapy in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Arch Gen Psychiatry*, 44:1047-1056.
- Schmidt U, Magill N, Renwick B, Keyes A, Kenyon M, Dejong H et al. (2015) The Maudsley Outpatient Study of Treatments for Anorexia Nervosa and Related Conditions (MOSAIC): Comparison of the Maudsley Model of Anorexia Nervosa Treatment for Adults (MANTRA) with specialist supportive clinical management (SSCM) in outpatients with broadly defined anorexia nervosa: a randomized controlled trial. *J Consult Clin Psychol*, 83:796-807.
- Schmidt U, Oldershaw A, Jichi F, Sternheim L, Startup H, McIntosh V et al. (2012) Out-patient psychological therapies for adults with anorexia nervosa: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry*, 201:392-399.
- Schmidt U, Ryan EG, Bartholdy S, Renwick B, Keyes A, O'Hara C et al. (2016) Two-year follow-up of the MOSAIC trial: A multicenter randomized controlled trial comparing two psychological treatments in adult outpatients with broadly defined anorexia nervosa. *Int J Eat Disord*, 49:793-800.
- Semiz M, Kavakçı Ö, Yağız A, Yontar G, Kuğu N (2013) Sivas il merkezinde yeme bozukluklarının yaygınlığı ve eşlik eden psikiyatrik tanılar. *Türk Psikiyatri Derg*, 24:149-157.
- Steinhausen HC (2002) The outcome of anorexia nervosa in the 20th century. *Am J Psychiatry*, 159:1284-1293.
- Touyz S, Le Grange D, Lacey H, Hay P, Smith R, Maguire S et al. (2013) Treating severe and enduring anorexia nervosa: a randomized controlled trial. *Psychol Med*, 43:2501-2511.
- Treasure J, Todd G, Brollly M, Tiller J, Nehmed A, Denman F (1995) A pilot study of a randomised trial of cognitive analytical therapy vs educational behavioral therapy for adult anorexia nervosa. *Behav Res Ther*, 33:363-367.
- Varchol L, Cooper H (2009) Psychotherapy approaches for adolescents with eating disorders. *Curr Opin Pediatr*, 21:457-464.
- Wallin U, Kronovall P, Majewski M-L (2000) Body awareness therapy in teenage anorexia nervosa: outcome after 2 years. *Eur Eat Disord Rev*, 8:19-30.
- Watson HJ, Bulik CM (2013) Update on the treatment of anorexia nervosa: review of clinical trials, practice guidelines and emerging interventions. *Psychol Med*, 43:2477-2500.



- Yeşilbursa D (1990) Lise öğrencilerinde anoreksiya nervoza-bulimiya sıklığı ve beden imgesi değerlendirilmesi (Uzmanlık tezi). İstanbul, Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi.
- Zipfel S, Wild B, Groß G, Friederich H-C, Teufel M, Schellberg D et al. (2014) Focal psychodynamic therapy, cognitive behaviour therapy, and optimised treatment as usual in outpatients with anorexia nervosa (ANTOP study): randomised controlled trial. *Lancet*, 383:127-137.

---

**Necati Serkut Bulut**, Muş Devlet Hastanesi, Muş; **Neşe Yorguner Küpeli**, Marmara Üniversitesi, İstanbul; **Gresa Çarkaxhiu Bulut**, Muş Devlet Hastanesi, Muş; **Volkan Topçuoğlu**, Marmara Üniversitesi, İstanbul.

**Yazışma Adresi/Correspondence:** Necati Serkut Bulut, Muş Devlet Hastanesi, Muş, Turkey.  
E-mail: serkutbulut@gmail.com

Bu makale ile ilgili herhangi bir çıkar çatışması bildirilmemiştir. · No conflict of interest is declared related to this article.

**Geliş tarihi/Submission date:** 3 Kasım/November 3, 2016 · **Kabul Tarihi/Accepted:** 1 Aralık/December 1, 2016

---