

Pak, M.D. (2019). Kronik Hastalıklarla Baş Etmede Çoklu Aile Grubu Terapisi Uygulamaları. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 30(3), 1120-1141.

Derleme

*Makale Geliş Tarihi:06.08.2019
Makale Kabul Tarihi: 29.08.2019*

KRONİK HASTALIKLARLA BAŞ ETMEDE ÇOKLU AİLE GRUBU TERAPİSİ UYGULAMALARI

Multiple Family Group Therapy Interventions in Coping with Chronic Diseases

Merve Deniz PAK*

* Öğr. Gör., Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sosyal Hizmet Bölümü, ORCID ID:0000-0001-7060-3729

ÖZET

Bireylerin iyilik halleri üzerinde ciddi sorunlar yaratan kronik hastalıklar, çoğunlukla yaşam boyu devam eden tedavini sürecini gerektirmektedir. Bu durum, bireylerin aile yaşamları üzerinde önemli etkiler yaratmaktadır. Hastalık gibi aile yaşam döngüsünün seyri üzerindeki bu etkiler karşısında ailenin karşılaştıkları yeni ve farklı durumlarda sağlıklı olarak işlevini sürdürmesi gereklidir. Bu işlevin yerine getirilmesinde de çoklu aile grubu terapisi son yıllarda dikkat çeken uygulama alanlarından biri olmuştur. Çoklu aile grubu terapisi, özellikle kronik hastalıkların bulunduğu ailelerde grup ortamında birden fazla ailenin görüldüğü terapiyi tanımlamak için kullanılan bir terimdir. Bu çalışmada çoklu aile grubu terapisi temel kavramları ve uygulama alanları çerçevesinde ele alınmaktadır.

Anahtar Sözcükler: *Aile, aile terapisi, çoklu aile grubu terapisi, kronik hastalıklar, aile işlevselliği*

ABSTRACT

Chronic illness, which causes serious problems on the well-being of individuals, often require lifelong treatment. This has important effects on family lives. In the face of these effects on the family life cycle, such as illness, the family must maintain functioning in new and different situations. In the fulfillment of this function, multi-family group therapy has been one of the areas

of intervention in recent years. Multi-family group therapy is a term used to describe therapy in which more than one family occurs in a group setting, particularly in families with chronic diseases. In this study, multiple family group therapy is discussed within the framework of the basic concepts and application areas.

Key Words: *Family, family therapy, multiple family group therapy, chronic illness, family functionality*

GİRİŞ

Hastalıklar, fiziksel ve ruhsal açılardan bireyleri ve bireylerin sosyal çevresini, yaşamın pek çok alanını ve bütüncül olarak yaşam kalitesini etkileme potansiyeline sahiptir. Hastalığın etkilediği biyolojik yapı, türü, süresi, bireylerin problem çözme ve baş etme kapasitesi gibi faktörler hastalığın etki derecesini değiştirmektedir. Hem fiziksel hem de ruhsal hastalıklar arasında bulunan kronik hastalıklarda bu etki yoğun olarak görülmektedir. Dünya Sağlık Örgütü (WHO) (2005) kronik hastalıkları “kalıcı, sekel bırakabilen, geri dönüşü olmayan patolojik değişikliklerden kaynaklanan, uzun bir tıbbi süreç içerisinde takip edilmesi gereken hastalıklar” olarak tanımlamıştır. Bu bağlamda Avustralya Sağlık ve Refah Enstitüsü de (AIHW) (2016) sağlık sistemi üzerinde küresel çapta en büyük etkiye sahip kronik hastalıkları koroner kalp hastalığı, inme (felç), akciğer kanseri, kolorektal kanserler, depresyon, diyabet, astım, kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOA), kronik böbrek hastalığı, artrit ve osteoporoz olarak sınıflandırmıştır. Dünya Sağlık Örgütü’ne (2004) göre 2000’li yıllarda kronik hastalıkların dünyada bildirilen toplam 56,5 milyon ölümün yaklaşık %60’ına ve dünyadaki hastalık yükünün yaklaşık %46’sına sebep olduğu ifade edilirken; günümüzde hastalık yükünün yaklaşık %57’sini kronik hastalıklar oluşturmaktadır.

Önemli bir halk sağlığı sorunu olan kronik hastalıklar, bireylerin biyolojik yapısında az etki yaratan bozulmalardan ağır sıkıntılara ve işlevsel kısıtlamalara kadar etkisini gösterebilmektedir. Bu nedenle birey, hastalığın meydana getirdiği semptomlar doğrultusunda ağrı, acı ve yorgunluk gibi çeşitli durumlarla karşılaşabilir. Hastalığa özgü semptomlara ek olarak bireyler yoğun stres altında hissedebilir; hayal kırıklığı, öfke, umutsuzluk, depresyon ve anksiyete bozukluğu gibi çeşitli psikolojik güçlükler yaşayabilirler (Madsen, 2013). Diğer taraftan kronik hastalıklar bireyin sosyal yaşamında da çeşitli etkiler yaratabilir. Örneğin, birey sosyal çevre ve arkadaş ilişkilerinden, sosyal aktivitelerden ve çalışma yaşamından çekilebilir. Hastalığın teşhisi, tedavisi ve tıbbi malzeme gereksinimleri gibi sebeplerden dolayı ekonomik güçlükler yaşayabilir. Tüm bu

güçlüklerin yanı sıra kronik hastalıkların etkilediği en önemli sistemlerden biri de aile olmaktadır.

Hastalıklar, bireyi ile aile üyeleri arasındaki iletişimi ve etkileşimi çeşitli yönlerden etkiler. Bu yönü ile aile sisteminde yeni durumlar ortaya çıkararak sistemin yeniden denge (homeostazi) oluşturabilmesi için güçlükler ve fırsatlar sunar. Başka bir deyişle, kronik hastalıklar aileler için paylaşılan bir deneyim olarak karşımıza çıkar. Bu bağlamda bu çalışmada öncelikle kronik hastalıkların aile sistemini nasıl etkilediği sistem bakış açısıyla ortaya konulacak; sonrasında ise ailenin yeniden denge halini alabilmesinde kullanılan bir müdahale tekniği olan “Çoklu Aile Grubu Terapisi” hakkında bilgi verilecektir.

Kronik Hastalıkların Aile Sistemine ve İşlevselliğine Etkisi

Aile bir sistem olarak ele alındığında hastalık tanısı alan bireyin, bu durumdan etkilenen tek kişi olmadığı; çoğunlukla aile üyelerinin de kronikleşen sağlık problemlerinin yarattığı sonuçlardan etkilendiği görülmektedir. Bu yaklaşım, sistem kuramında ifade edilen etkileşimlere vurgu yapmaktadır. Sistem kuramına göre ailenin bir üyesi kronik hastalıklardan etkileniyorsa, bu durum sisteme yeni bir girdinin olduğuna işaret eder. Bunun sonucunda da hastalık, aile üyelerinin rollerini, sorumluluklarını, günlük yaşamdaki rutin davranışlarını ve sınırlarını değiştirir; sonuç olarak bozulan dengenin yeniden kurulmasını gerektirir (Lawrence, 2012).

Hastalıkla beraber ailede değişen dinamikler, aile sistemini pek çok açıdan etkileyebilir. Hem kronik hastalıklarda bakım veren kişi hem de hastalıkla ilgili koşullarla başa çıkmaya çalışan kişi açısından ailedeki roller değişebilir. Örneğin ilk olarak aile üyelerinin bakım sorumluluklarını paylaşması gerekebilir. Hastalık öncesinde aile üyelerinin bakımının yapılması veya ekonomik olarak evin geçiminin sağlanması gibi sorumluluklar üstlenen yetişkin bir birey, hastalık sonrasında bu rollerini diğer aile üyelerine devredebilir (Conatser, 1986). Bu koşullarda aile üyeleri sadece hastanın fiziksel bakımını yönetmek için yeni beceriler öğrenmekle kalmaz; aynı zamanda tutumlarını, duygularını, yaşam tarzlarını ve rutinlerini yeniden düzenlemek durumunda kalabilir. Yine bakım veren üyeler bu süreçte hasta olan bireyin gereksinimleri ile kendi özerklikleri arasında çatışma yaşayabilirler. Örneğin bakım sorumlulukları sürecinde bu kişiler hasta olan bireyin fiziksel ihtiyaçlarını karşılamak için güç sarf edebilirler. Bu nedenle fiziksel ve psikososyal sorunlar ortaya çıkabilir. Bunun sonucunda da bakım veren aile üyeleri duygusal olarak yorgun olduklarını hissedebilirler (Walsh, 2011). Bakım verme sürecinde aile üyeleri duygusal açıdan güçlük yaşayabilirler. Örneğin bakım veren hem yetişkinlik

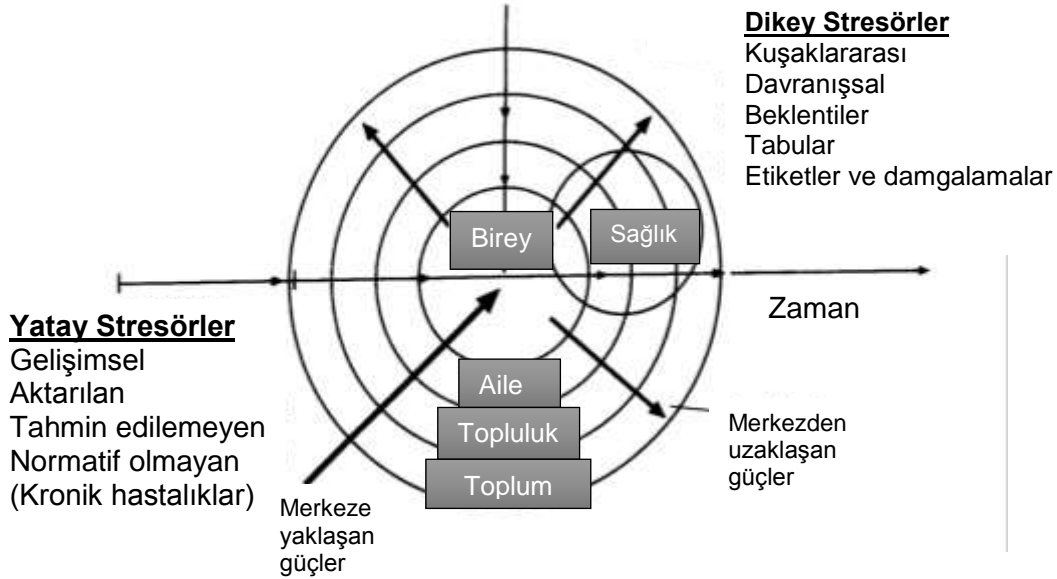
hem de çocukluk döneminde bulunan aile üyeleri endişe, korku, hayal kırıklığı ve stres gibi duygular yaşayabilir, kendilerini suçlayabilirler (Lopez ve ark., 2004; Morris ve ark., 2007).

Kronik hastalıkların uzun süreli etkilerinin olması hasta-sağlık profesyoneli ilişkisinin yakın takibini ve tıbbın pek çok dalında konsültasyon hizmeti alınmasını gerektirebilir. Bu koşullar tıbbi bakımın gerçekleştirilmesi için ailede ekonomik yükler yaratabilir. Tıbbi gereklilikler için (ilaç, tıbbi malzeme, tedavi giderleri gibi) harcamaların yapılması gerekebilir. Bunun yanı sıra bakım verme sorumluluklarını üstlenmek için aile üyeleri işten ayrılmak durumunda kalabilir ki bu durum da ailenin ekonomik şartlarını daha da zorlayabilir (Magliano ve ark., 2005; Slead ve ark., 2005). Kronik hastalığa sahip olan kişi ise bakım almak durumunda kaldığı için kendini suçlu hissedebilir, hastalığın getirdiği sınırlamaların neden olduğu rol ve sorumluluklardaki değişime uyum sağlayamayabilir, aile üyelerine bağımlı olma durumu ile başa çıkmak zorunda kalabilir (Golics ve ark., 2013).

Kronik hastalıklarda ailenin işlevselliğine işaret eden bu koşullar, Olson'un (2000) aile işleyişi modeline dayanarak ele alınabilir. Aile işleyişi "bir aile sisteminin üyelerini birbirine bağlayan ilişki kalıpları" anlamına gelmektedir (Patterson ve Garwick, 1994). Ailenin işleyişi için aileler temel, gelişimsel ve krizlerle ilgili görevlerin yönetimi için modeller geliştirmektedir. Bu görevlerin yerine getirilmesi iletişim kalıpları, rol performansı, ailenin ortak normları ve değerleri dahilinde aile üyelerinin davranışlarını kontrol etme kabiliyeti ile ilişkilidir. Aileler ayrıca, duygusal olarak birbirleriyle nasıl olmak istedikleri ve sevgiyi nasıl ifade ettikleri konusunda da modeller geliştirir. Aile işleyişi, aile uyumu ve esneklik boyutlarını içerir. Aile uyumu, aile üyeleri arasındaki duygusal bağlar ve aile esnekliği, ailenin liderliği, organizasyonu, rolleri ve ilişki kurallarının niteliğini belirtir. İyi işleyen aileler, her boyutta dengeli olarak kabul edilir. Kötü işleyen aileler bu boyutlarda dengesiz olarak kabul edilir, bu özelliklerde ya ayrık ya da kaotik olarak buna örnektir. Kronik koşullar karşısında da ailenin nasıl tepki gösterdiği, kronik hastalığı olan bireyin yaşına ve gelişim evresine, ailenin güçlü yönlerine, başa çıkma mekanizmalarına ve aile yaşam döngüsü evresine göre değişir. Aile üyelerinin bireysel gelişimi ve aile işleyişi arasındaki bu etkileşim zaman içinde döngüsel bir dinamik olarak devam eder ve sistemin devamlılığı için enerji harcanmasına sebep olur (Olson, 2000).

Hastalık durumuna sağlıklı biçimde uyum sağlayabilen aileler, stres yaratan olaylar için yeni kaynaklar ve baş etme yollar geliştirerek sistemin dengesini başarılı olarak koruyabilirler. Bu sayede aile sağlıklı işlev gösterdiğinde kronik hastalığı olan birey de

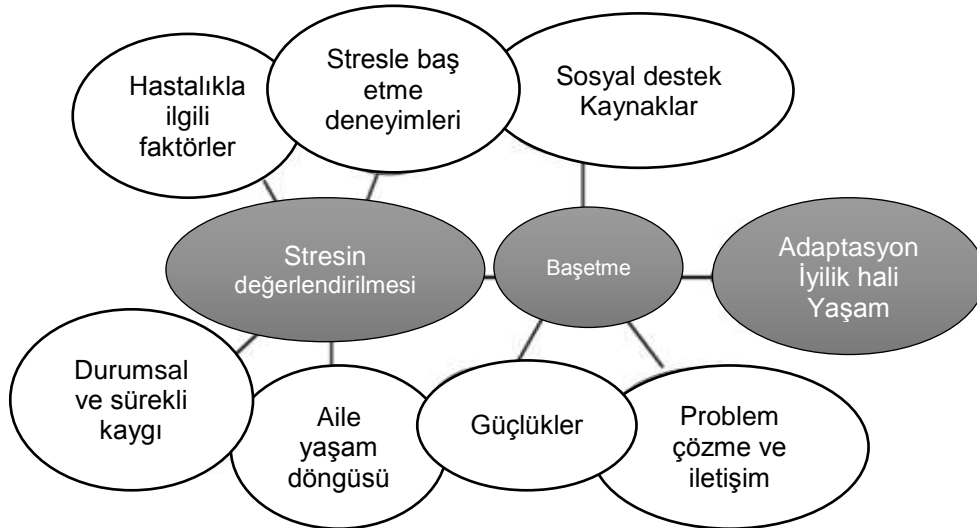
aile üyelerinin desteği ile güçlenir. Fakat kronik hastalıklar karşısında sağlıklı biçimde işlev gösteremeyen aileler, hem sistem hem de sistemi oluşturan alt parçalar açısından pek çok güçlükle karşılaşır. Kronik hastalıkların uzun süreli seyrettiği düşünüldüğünde yeni zorluklar ortaya çıkabilir ve bu durumda da aile üyelerinin rollerini ve sorumluluklarını yeniden yapılandırması gerekebilir (Årestedt, Persson ve Benzein, 2014). Literatürde kronik hastalığı olan bir üyenin bulunduğu ailelerde, üyelerin beraber zaman geçirmede eksiklik yaşadığını, iletişim sorunları olduğunu, ilişkilerde çatışmaların ve rol sıkıntısı yaşandığını ve ilişki doyumunun azaldığını ortaya koyan araştırmalar vardır (Golics ve ark., 2013; Evans, Cottrell ve Shiach, 2000). Literatürde bu bulguları desteklemeyen çalışmalara da rastlanmaktadır. Bazı araştırmalarda kronik hastalıklardan doğan bakım verme görevinin aile üyeleri arasındaki yakınlığı ve dayanışmayı arttırdığını, sosyal destek mekanizmalarını geliştirdiğini ve hastalığa uyum sağlamada aile üyeleri arasındaki ilişkiyi güçlendirdiği de ortaya konulmaktadır (Anderson ve ark., 2013; Wang ve ark., 2015; Rolland ve Walsh, 2006).



Şekil: 1 Yaşam Döngüsünde Stres Yaratan Faktörler

Şekil 1’de gösterildiği gibi, kronik hastalığı ve bakım gereksinimi bulunan birey, aile sisteminin merkezinde yer almaktadır (Newby, 1996). Çekirdek ve geniş aile üyelerini içeren yapı, bireyin çevresinde konumlanmaktadır. Bireyin gelişimsel yaşam döngüsü ile aile yaşam döngüsü birbirine entegredir. Hem bireyin hem de ailenin gelişmesinde ana bağlam birbirine bağlıdır. Bununla beraber aile yaşam döngüsü, toplumdan da etkilenebilir. Bütüncül olarak bakıldığında sistemin her bir alt parçasının işlevselliği, diğer

alt sistemlerin sağlıklı biçimde fonksiyon göstermesine bağlıdır. Sistem içerisinde yaşam döngüsünün geçiş noktaları oldukça kritiktir. Bu geçiş noktaları, sıklıkla yaşam döngüsünün bozulmasına ve ailedeki stresin artmasına neden olur. Görselde ifade edildiği gibi, sistem yaklaşımında aile stresi ve ailenin kaygı akışı, ailenin nesilden arasında aktarılan ilişkili ve işleyen kalıpları, beklentiler, etiketler ve tabular mutlaka ele alınmalıdır. Çünkü Patterson (2002), Walsh (2002) ve Shewchuk, Elliott (2000) gibi sistem odaklı araştırmacılara göre bir ailenin kronik hastalıklar gibi stres yaratan durumlar karşısında mevcut tepkisi, ailenin geçmişinden ayrı olarak düşünülemez (Şekil 2). Aynı zamanda stres yaratan faktörler açısından ekonomik kaynaklar, fiziksel ve duygusal güçler ve zayıflıklar, profesyonel ve topluluk kaynaklarının mevcudiyeti gibi diğer faktörlerin de sisteme olan etkisi değerlendirilmelidir (Mussatto, 2006).



Şekil: 2 Kronik Hastalıklarda Ailenin Uyumunu Etkileyen Faktörler

Kronik hastalıklar, ailenin işlevselliği için stres yaratabilen bir durumdur. Ailenin kaynakları bu güçlüklerle başa çıkmak için yetersiz olduğunda, aile stresi meydana gelir ve ailenin dışarıdan yardım alması gerekebilir. Bu yardım süreci, bireysel danışmanlık, çift terapisi, grup terapisi gibi pek çok profesyonel ilişkiyi içerebilir. Bu profesyonel yardım ilişkisinde özellikle kronik hastalıklar açısından olumlu çıktıları olan “çoklu aile grubu tedavisi” ön plana çıkmaktadır.

Çoklu Aile Grubu Tedavisi

Çoklu aile grubu tedavisi, grup ortamında birden fazla ailenin görüldüğü terapiyi tanımlamak için kullanılan bir terimdir. Çoklu Aile Grubu Terapisi (ÇAGT), bir grup

ortamında, kronik hastalığı olan bireyler de dahil olmak üzere, farklı ailelerin bir araya gelmesi ile çalışmayı içerir. Bu uygulama modeli, sosyal grup çalışmasındaki sürecin gücünü aile terapisinin sistem odaklarıyla birleştirir (Wong ve ark., 2014). ÇAGT özellikle kronik hastalığı olan bireylerin bulunduğu aileler (örneğin, şizofreni ve bağımlılık gibi), ergenlerde yeme bozuklukları, aile içi şiddet, cinsel istismar gibi benzer sorunlarla karşılaşan ailelerle çalışmak için idealdir. Çoklu aile grubu tedavisi neredeyse her zaman diğer tedavi yöntemleri ile birlikte kullanılır (Ontario Centre of Excellence for Child and Youth Mental Health, 2012). Çoklu aile grubu tedavisi ergenlerde yetişkinlerde olduğu kadar etkilidir. Bir tedavi yöntemi olarak çoklu aile grubu terapisi, çeşitli ruh sağlığı bozukluklarıyla çalışmak için etkili bir tedavi yaklaşımı olarak kanıt temeline sahiptir.

Birden çok aileye sahip terapi gruplarının ilk kez konuşulduğu 1964 yılında H. Peter Lacquer tarafından "Çoklu Aile Grubu Terapisi" modeli ortaya konmuştur. Lacquer, bu terapi modelini hastanede yatarak tedavi gören 4-5 hasta ve ailesinin tedavi sürecinde birbirlerini daha iyi anlamak için buluşacağı "Pazar toplantıları" olarak adlandırmıştır (Orvin, 1974). 1969 yılında ise George H. Orvin, gençlere yönelik bu yaklaşımı, ergenler için bireysel psikoterapi, ebeveynler için terapi ve bireysel aile terapisinden oluşan yatarak tedavi programına ek olarak kullanmıştır. Gruplar, oturum başına toplam sekiz farklı aile (toplam yirmi sekiz aile üyesi), bir terapist ve iki psikiyatristten oluşmaktadır. İlerleyen dönemlerde ise çoklu aile grubu terapisi kapsamında yapılan çalışmalara bakıldığında dört - beş aileden oluşan gruplar olduğu kadar daha fazla ailenin dahil olduğu grup çalışmalarının da yapıldığı görülmektedir. Nitekim çoklu aile grubunun etkililiği için grubun oluşturulma sürecinin başlangıcında dört - yedi ailenin yeterli olduğu ifade edilmektedir (Schafer, 2008). Bunun grubun terapötik amaçlara ulaşması için her ailenin gruba katılımında fırsat sağlaması açısından yeterince küçük ancak operasyonel hale gelmesi için ise yeterince büyük bir grup oluşturulduğunu göstermektedir. Ayrıca, gerektiğinde bireysel aile oturumları da yapılabilir (Asen ve Scholz, 2010).

Çoklu Aile Grubu Terapisinin İlkeleri

Çoklu aile grubu terapisi ilk olarak 1950'lerde hastaneye yatırılmış şizofreni hastalarıyla yaptığı çalışmada Dr. H. Peter Laqueur tarafından geliştirilmiştir. Bu dönemlerde ÇAGT, madde bağımlılığı olan kişilerle, hastaneye yatırılarak tedavileri devam eden psikiyatrik bozuklukları bulunan kişilerle ve aile içi şiddet ve / veya cinsel istismara uğrayan ailelerle birlikte kullanılmaktadır (Eia, Neil ve Brenda, 2001; Drake, 2016). Laquer (1973), ailelerin ÇAGT için uygun olup olmadığının belirlenmesinde yararlı olabilecek altı faktör tanımlamıştır:

- **Dikkat:** Gruba katılacak üye, aile için en önemli olaylara odaklanabilmelidir.
- **Hassasiyet:** Gruba katılacak üye, her üyeye duyarlı olmalı, değer vermeli ve kendisini açıkça ifade etmelidir.
- **Seçim:** Doğru veya yanlış olan izlenimler ve bilgiler arasında gerçekçi seçimler yapabilmelidir.
- **Organizasyon:** Yeterince tepki vermek ve adapte olmak için yeterli bir aile yapısına sahip olmalıdır.
- **Operasyon:** Aile olaylarını ve bilgilerini verimli bir şekilde işleyebilmelidir.
- **Bilgelik:** Durumları anlama ve tanıma, mevcut seçenekleri değerlendirme, her seçeneğin sonuçlarını değerlendirme ve uygun çözümler bulma ve bunlarla nasıl başa çıkılabileceği hakkında içgörü sahibi olmalıdır.

ÇAGT'nin aile üyeleri için bir yardımcı hizmetten ziyade, genel bakım veya tedavi programında önemli bir unsur olduğu düşünülmektedir. Bu nedenle grup sürecine aileler dahil edilirken başarılı tedavi veya bakım şansını en üst düzeye çıkarmak ve sorun hakkında daha net bir fikir edinmek için herkesin girdisine ihtiyaç olduğu ve üyelerin katılımının gerektiği vurgulanır. Bu doğrultuda yapılan çalışmalar sonucunda aşağıdaki durumlara sahip olan bireylerin bu terapi sürecine dahil edilmelerinin sakıncalı olduğu ortaya konulmuştur (Asen, 2002):

- Aktif psikotik koşulları bulunan bireyler
- Şiddet eğilimini kontrol edemeyen bireyler
- Cinsel istismar ile ilgili yaşantılarını toplumdaki diğer bireylerle paylaşmaya hazır olmayan aileler

Çoklu aile grubu terapisinde gruplar, benzer sorunlar veya problemlerle karşı karşıya kalan ailelerden oluşma eğilimindedir. Gruplar, aileden kimlerin bulunduğu ve grupta kaç farklı aileye yer verildiği açısından farklılık göstermektedir. Yine de aynı evde yaşayan aile üyelerinin tamamının gruba katılması beklenir. Bununla birlikte, bazı gruplar geniş ailede yer alan ilgili aile üyelerini veya akrabaları da içerebilir (Dennison, 2005). Örneğin, grup çalışmasına büyükanne ve büyükbabalar, teyzeler, kuzenler, nişanlılar veya koruyucu aile üyeleri katılabilir.

Çoklu aile grubu terapisinde katılımcıların yaşları dikkate alınması gereken bir faktör olabilir. Örneğin yapılan bazı çalışmalarda küçük çocukların ve bebeklerin grup sürecinde toplantılara katılmalarına izin verilmiştir. Grup küçük olduğunda ve sadece bir - iki küçük çocuk olduğunda, grup üyelerinin dikkati dağılmış olsa da, bunun büyük

problemler yaratmadığı ortaya konulmuştur (Asen ve Scholz, 2010; Dennison, 2005). Bununla birlikte, grubun büyük olduğu veya bebeklerin ve küçük çocukların sayısının fazla olduğu gruplarda verimliliğin ciddi biçimde azaldığı ifade edilmiştir. Buna dayanarak, ÇAGT'de sekiz yaşın katılım için asgari yaş sınırı olması gerektiği belirtilmiştir (Eia, Neil ve Brenda, 2001).

Çoklu aile grubu terapisi kapsamında pek çok üyenin grup sürecine katılması açısından toplantıların sıklığı daha az olabilir. Örneğin, ailelerdeki zaman ve mesafe kısıtlamaları nedeniyle, toplantılar sadece ayda bir kez yapılabilir. Bu toplantılar da yaklaşık olarak iki saat sürebilir. Grup oturumlarında katılımcıların etrafta rahatlıkla hareket edebileceği bir alana sahip olacak kadar büyük bir odaya gereksinim duyulmaktadır. Her ailenin birlikte oturduğu yuvarlak oturma düzeni ile beraber her üyenin tek başına oturabileceği sandalyeler kullanılması önerilmektedir (Breitborde ve ark., 2011).

Çoklu aile grubu terapisinde, açık grupların daha etkili olacağı ortaya konulmaktadır. Bu yaklaşımla, gruba giren yeni aileler, grup sürecine yeni katılan ailelerin grup çalışmasına hazır olma sürecinde yardımcı olurlar. Ayrıca bu yaklaşımla birlikte gruba yeni katılan aileler, grupta bulunan diğer ailelerdeki iyileşme sürecini görebilir ve gruptan ayrılmaya hazırlanan ailelerin başarılarını örnek alabilirler. Bu, gruba yeni katılan ailelerin kendi ailelerinde olumlu değişiklikler yaratma olasılığına dair umut aşılabilir. Buna ek olarak, bu yaklaşım ailelerin, yeni bir grubun kurulmasını beklemeksizin gruba hemen başlamasını da sağlar (Pereira ve Linares, 2018).

Çoklu aile grubu terapisinde bir lider, bir yardımcı lider (co-lider) ve gözlemcinin bulunması önerilmektedir. Üye sayısının fazla olması grup sürecinde çeşitli güçlükler yaratabilir. Küçük gruplarda olduğu gibi, lider ve yardımcı liderin birlikte nasıl çalışacakları konusunda hemfikir olunması gerekir. Çoklu aile grubu terapisinde liderin rolü herhangi bir grup terapisindeki terapistin rolüne çok benzer (Eia, Neil ve Brenda, 2001). ÇAGT'de terapötik faktörlerin çoğunluğu grup sürecinin kendisinden geldiği için, terapistin sorumluluğu sağlıklı bir işleyiş geliştirilmesi ve sürdürülmesidir. Bu, grup gelişimi ve grup sürecinin aşamaları hakkında bilgi gerektiren sürekli bir süreçtir. Terapist, bu süreci kolaylaştırmak için her zamanki terapötik sorumluluğa sahiptir, ancak grubun sağladığı ek kaynaklar ile bunu gerçekleştirir.

Birçok aile grubunun başlatılmasında öncelik aileleri grubun amacı doğrultusunda yönlendirmek, grubun nasıl çalıştığı konusunda bilinçlendirmek ve üyelerle bağ kurmak

için terapötik ortam yaratılmasını sağlamaktır. Sonrasında ise gizlilik, güven, kabul, saygı konusunda anlaşmalar yapmayı içerir (McFarlane, 2004).

Grup gelişiminin aşamaları biçimlendirme, fırtına, norm geliştirme, performans ve dönüştürme aşamalarından oluşur. Terapistin müdahalesi ise bireysel, kişilerarası ve aile bazında olabilir. Tedavi hedefleri, bireysel bir ailenin daha iyi işlev görmesine yardımcı olmaya odaklanır. Ancak, birden çok aile ile çalışıldığı için, aynı zamanda sağlıklı işleyen büyük bir grubun kurulması ve sürdürülmesi hedefi de vardır (Yalom, 1992). Bu, müdahalelerin çoğunun, özellikle grubun gelişiminde, gruba ve ailelerin seviyesine odaklanmayı gerektirir. Terapistin müdahale türleri ise kavramsal (sözel ifadeler, açıklık, özetleme, yorumlama, geri bildirim verme, hikaye anlatımı, bilgi aktarımı gibi); yapılandırılmış (evet / hayır diyalogu, rol oynama, aile üyeleri arasında bir kontratın oluşturulması, bir becerinin keşfedilmesi, öğrenilmesi veya uygulanması için bir araç olarak belirli bir faaliyet veya görev verilmesi gibi) ve deneyimsel (grupta olup bitenler hakkında terapistin kendini açması, gizlilik, paylaşım veya büyümeyi teşvik etmek üzere bir bireye, bir aileye veya bir gruba kişisel geri bildirimler vermek gibi) biçiminde olabilir (Cassano, 2014).

ÇAGT, terapinin bir bilim olduğunun altını çizerek (Kiser ve ark., 2010). Her bir müdahale, terapistin kendi özgün tarzını geliştirir ve her ailenin kendine özgü bir dinamiği vardır. Bu nedenle ÇAGT, bir formüle indirgenemez. Fakat bu terapi yöntemini uygulayacak olan terapistlere şu önerileri sunar (Ontario Centre of Excellence for Child and Youth Mental Health, 2012):

- Aile meselelerinden önce grup süreci ve grup dinamiği ile ilgilenin.
- Bireysel konulardan önce aile sorunları ile ilgilenin.
- Grubun ilk aşamalarında daha az yoğun müdahaleler kullanın.
- Hedefinize ulaşmak için gereken en az yoğun müdahaleyi kullanın ve grup üyelerinin sürece katıldığından emin olun.
- Aile üyelerine modelinizi grup normlarınızla tutarlı bir şekilde aktif olarak öğretin.
- Yardım ilişkisinin kurulması için ortam hazırlayın.

ÇAGT grup sürecinde şu tekniklerin kullanılabilceğini ortaya koymuştur (Eia, Neil ve Brenda, 2001):

- **Tüm geleneksel aile terapisi teknikleri:** Aile heykeli yaratma, çizimler yapma, rol oynama, canlandırma, vb. gibi grup tarafından gözlemlenebilen ve üzerinde çalışılabilen teknikler,
- **İç Çember / Dış Çember:** Aile içi müdahale arasında, ailede benzer roller üstlenen farklı ailelerden gelen üyelerin, daha sonra bu etkileşime iştirak eden ve bu etkileşime cevap veren grubun geri kalanı tarafından gözlemlenirken birlikte etkileşim kurmalarına izin verilmesi,
- **Aile Rolü Oynama:** Ailelerin, farklı ailelerden gelen üyeler ile aynı ailede olmalarına fırsat vererek birlikte etkileşim kurmalarının sağlanması,
- **Yansıtan Takım:** Terapistin grup ve aileler hakkında gözlem yapmasına ve geribildirimde bulunmasına imkan verilmesi.

Çoklu Aile Grubu Terapisinin Güçlü Yönleri

Çoklu aile grubu terapisinin, yalnızca tek bir aile ile çalışılan aile terapisi modellerinden daha güçlü, destekleyici ve güçlendirici olduğu ortaya konulmaktadır. Çok aileli süreci içeren bir grup, genellikle tek aile terapisinde güçlü bir şekilde bulunmayan aşağıdaki iyileştirici faktörleri sunar (Kiser ve ark., 2010):

- **Evrensellik:** Çoklu aile grubuna katılan bir grupta aile, yalnız olmadığını, diğer ailelerin de benzer sorunları ve endişeleri olduğunu öğrenir.
- **Umut:** Grup, diğer ailelerin birbirlerinden pek çok şeyi öğrenmeyi ve değişmeyi sağlayabilir. Bununla beraber aileler, diğer ailelerden destek ve teşvik aldıkları için grup dışındaki ailelere de umut verebilirler.
- **Güçlendirme:** Aileler, kendilerini diğer ailelere yardım edebilecekleri ve yardım alabilecekleri bir ortamda bulurlar. Böylelikle aradaki yardım ilişkisiyle kendi yetkinliklerini ve güçlerini artırdıklarını fark ederler.
- **Destek / Kabul:** Grup, ailelerin tıpkı tüm aileler gibi sorunları olduğunu ve birbirlerini kabul edilebildiklerini görürler. Bu ilişki aileler arasında gelişen bir destek ağı haline gelir.
- **Taklit öğrenme:** Aileler diğer ailelerle özdeşleşme yoluyla ve diğer ailelerde gözlemlenen modelleme davranışları yoluyla öğrenirler.
- **Deney:** Grup, üyelerin grup sürecinde değiştirmek istedikleri davranışları gerçek hayatta kullanmadan önce yeni beceriler kazanmak, ilişki biçimleri ile pratik yapmak ve geri bildirim almak için güvenli bir yer haline gelir.

Çoklu aile grubu terapisinin daha az dirençle öğrenme için daha fazla imkan sunduğu ifade edilmektedir. Aileler, çoğunlukla çeşitli dirençler ile aile terapisine girerler. ÇAGT sürecinde ailelerin bunu fark etmesi ve bu direncin kırılması mümkün olabilir. Aile üyeleri, diğer ailelerle kurdukları ilişkilerle gözlem ve modelleme yoluyla sorunlarını çözebilir, davranışlarını değiştirebilir. Çünkü ÇAGT, ailelerde benzer rolleri ya da meseleleri paylaşan üyelerden oluşur. Bu süreçte aileler, diğer ailelerin üyeleriyle doğrudan görüşme, paylaşım yapma ve destek yoluyla karşılıklı ve güçlendirici etkileşim içerisine girerler (Eia, Neil ve Brenda, 2001).

ÇAGT tek bir aile terapisine kıyasla daha fazla üyeyi içermesi nedeniyle bakış açısı, gözlem, deneyim elde etme açısından fırsat sağlar. Bu yönüyle terapötik çalışmanın çoğu grup üyeleri tarafından yapılır. ÇAGT bu özellikleri barındırmasından dolayı daha ekonomiktir ve terapistin daha az zamanda daha fazla aile görmesini sağlar.

Kronik Hastalığı Olan Ailelerle Çoklu Aile Grubu Terapisi Uygulamaları

Çoklu aile grubu terapisi pek çok kronik hastalığı olan aile üyesinin bulunduğu gruplarda uygulanmıştır. Literatürdeki çalışmalara bakıldığında şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar, duygudurum bozuklukları, yeme bozuklukları ve bağımlılıklar, beyin hasarı ve diyabet gibi hastalıkları bulunan ailelerle ÇAGT uygulamalarının yoğun olarak gerçekleştirildiği görülmektedir (Smith ve Hall, 2010; Clarahan ve Christenson, 2017; Gaynor, 2012; Seadi ve Oliveira, 2009; Doyen ve ark., 2012; Cook-Darzens ve ark., 2008; Wallis ve ark., 2013; Gelin ve ark., 2016; Fairbairn ve ark., 2011; Tantillo ve ark., 2015).

Çoklu aile grubu terapisi, hem yetişkinlerde hem de ergenlerde alkol ve madde kötüye kullanımının ve davranışsal bağımlılıkların tedavisinde kullanılmıştır (Smith ve Hall, 2010; Clarahan ve Christenson, 2017; Gaynor, 2012; Seadi ve Oliveira, 2009). Stanton ve Shadish (1997) tarafından yapılan bir meta-analiz çalışmasında madde bağımlılığı programlarına katılan 1571 katılımcı ile 15 çalışma ele alınmıştır. Çalışmalarda ÇAGT'nin kullanıldığı aile katılımlı yöntemlerin bireysel ya da psikoeğitim yöntemlerinden daha olumlu sonuçlar verdiği gösterilmiştir. Schaefer'in (2008) çalışmasında ise Yeni Zelanda'daki bir rehabilitasyon merkezinde şiddetli madde kötüye kullanımı bozukluğu olan kişiler ve aileleri için 18 haftalık bir ÇAGT yapılmıştır. Araştırma sonuçları ÇAGT'nin aile üyeleri arasında daha iyi iletişim kalıpları ve sınırlar geliştirmeye, karşılıklı desteği ve öz sorumluluğu teşvik etmeye yardımcı olduğu ifade edilmiştir. Liu ve arkadaşlarının (2015) internet bağımlılığı olan ergenler ve aileleriyle yaptığı çalışmaya 12-18 yaşları

arasındaki 46 ergen ve 35-46 yaşları arasındaki 46 ebeveyn den oluşan 92 kişi katılmıştır. Altı seans süren ÇAGT'nin, ergenler arasında internet bağımlılığı davranışlarını azaltmada etkili olduğu ortaya konmuştur.

Çoklu aile grubu terapisinin sıklıkla kullanıldığı bir diğer alan ise yeme bozukluğu olan bireylerin bulunduğu ailelerle yapılan çalışmaları kapsamaktadır (Doyen ve ark., 2012; Cook-Darzens ve ark., 2008; Wallis ve ark., 2013; Gelin ve ark., 2016; Fairbairn ve ark., 2011; Tantillo ve ark., 2015). Dare ve Eisler (2000), giderek daha kısa ve daha az sıklıkta yapılan seanslara gitmeden önce yoğun, tam günlük seanslarla başlayan yeme bozuklukları olan ergenler için bir program düzenlemişlerdir. Bu programın, ergenlerin ve ebeveynlerinin hastalığın semptomlarını daha iyi yönetmek için strateji geliştirmelerine yardımcı olmak, ergenlik döneminde meydana gelen değişimleri ve ailenin desteğinin önemini ortaya koymak ve aile sisteminin bu süreçte korunmasını desteklemek gibi çeşitli amaçları bulunmaktadır. Bu çalışmanın sonunda katılımcıların ÇAGT'nin, öğrenme sürecindeki bireysel psikoeğitimden ve bilginin bir konferans şeklinde yayılmasından daha ilgi çekici ve güvenilir olabileceğini belirttikleri ortaya konmuştur. Geist ve arkadaşları (2000) ise tek bir ailenin yer aldığı aile terapisinin çoklu aile grubu terapisi ile doğrudan karşılaştırılmasını amaçlayan bir çalışma yürütmüşlerdir. Bu çalışmanın örneğini iki gruptan birine rastgele atanmış olan, yeme bozukluğu nedeniyle yatarak tedavi gören 12-17 yaş arası 25 ergen ve ebeveynleri oluşturmaktadır. Her grup iki haftada bir kez olmak üzere dört ay boyunca çalışmalarını sürdürmüştür. Bu seanslar boyunca ergenler standart tıbbi bakım ve diğer psikososyal tedavilere erişebilmiştir. Her iki grupta da kilo alımı sağlanmış; ancak ergenler veya ebeveynleri tarafından psikolojik işlevsellikte anlamlı bir değişiklik saptanmamıştır. Araştırmacılar tedavilerin eşit derecede etkili olduğunu ve ÇAGT'nin daha uygun maliyetli bir alternatif olduğu sonucuna varmışlardır. Scholz ve arkadaşları (2005) ise yeme bozukluğu olan ergenlerle ve aileleriyle kullanmak için 12 aydan fazla üç aşamalı bir yaklaşım benimsemiştir. İlk aşama, ebeveynlerin çocuklarının yeme bozukluğunun özelliklerini yönetme becerisine odaklanan yoğun bir haftalık çalışmadır. İkinci aşama, üç hafta sonrasında üç gün süren yoğun oturumlarla takip eden seanslardır. Bu aşamanın amacı, ailelerin çatışmaları yönetebilmeleri için ailedeki ilişki sorunlarına odaklanmaktır. Tedavinin üçüncü aşamasında aileler bir ay içinde iki tam gün boyunca bir araya gelmiştir ve dört ay boyunca ayda bir gün toplantılar gerçekleştirmişlerdir. Son aşamanın odak noktasında ise nükslerin önlenmesi ve gelecek planlarının yapılmasıdır. Çalışmanın sonunda katılımcıların %90'ı ÇAGT'yi tatmin edici olarak değerlendirmişlerdir.

Duygudurum bozuklukları, çoklu aile grubu terapisinin kullanıldığı bir diğer alan olarak karşımıza çıkmaktadır. Fistad ve arkadaşları (2003), duygudurum bozukluğu olan çocuklara yönelik altı seans süren ÇAGT gerçekleştirmişlerdir. Grup dokuz aileden oluşmuştur ve oturumlar sırasında katılımcılar gelişmeye uygun düzeyde bilgi sunmak için ebeveyn, çocuk ve ergen gruplarına ayrılmıştır. Programın üç amacı, aile iklimi üzerine odaklanmak, depresyon deneyimini normalleştirmek, semptomlar ve tedaviler hakkında eğitim bilgileri sağlamak ve sosyal becerileri geliştirmek olarak belirlenmiştir. Altı oturumun hemen ardından, ebeveynler ifade edilen duygular kontrol ölçeğinin sekiz alt boyutunda çocuklarına karşı daha olumlu eylemler ve daha az olumsuzluk bildirmişlerdir. Goldberg-Arnold ve arkadaşları da (1999), benzer biçimde duygudurum bozukluğu olan çocuklu ailelerde bakım yükünün zorluklarını hafifletmeye yardımcı olmayı amaçlayan bir çalışma gerçekleştirmişlerdir. 35 çocuk ve ebeveynleriyle yapılan çalışmanın sonunda anlamlı derecede daha fazla ebeveynin pozitif tutum değişikliği bildirildiği ortaya konmuştur. Brennan (1995) ise bipolar bozukluğu olan hastalar ve aileleri ile çalışmıştır. 14 hafta boyunca haftada iki saatlik seanslar biçiminde yürütülen çalışmada bipolar bozukluk hakkında bilgi verilmiş, sosyalleşme ve aile bağlarını güçlendirme teknikleri üzerinde durulmuştur. Duygudurum bozukluklarının yanı sıra anksiyete bozukluğu ve psikosomatik yakınmaları olan hastalarda (Sanahuja ve Suarez, 2016) ÇAGT'nin uygulandığı araştırmalara rastlanmıştır. Örneğin, Van Noppen ve arkadaşlarının (1997) yaptığı bir çalışmada OKB tanısı alan 19 hastadan ve ailelerinden oluşan ÇAGT sürecinde 22 oturum süren toplantılar yapılmıştır. Çalışmanın sonucunda ise ÇAGT'nin maliyet etkinliğinin anlamlı derecede işlevsel olduğu sonucuna varılmıştır.

Duygudurum bozukluklarının yanı sıra şizofreni ve diğer psikotik bozuklukları bulunan aile üyelerinin yer aldığı aileler ile çalışmalar yapılmıştır (Marley, 2014; Gearing, 2008; Perlick ve ark., 2006; Deane ve ark., 2012; McFarlane ve ark., 1995). Örneğin Hazel ve arkadaşları (2004) çoklu aile grup tedavisinin şizofreni hastalarına bakım veren aile üyeleri üzerindeki etkisini ele alan bir çalışma yürütmüşlerdir. Şizofreni veya başka bir psikotik bozukluğu olan toplam 97 birey ve aile üyeleri çalışmaya dahil edilmiştir. Çalışma, ÇAGT'nin terapötik ilişki kurulmasında yardımcı olduğunu ortaya koymuştur.

Literatürde Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) olan çocuklarla ve aileleriyle ÇAGT uygulamalarının faydalı olabileceğine ilişkin çalışmalar bulunmaktadır (Scapillato, 2003; Fischer, 2013). Örneğin, Ma ve arkadaşları (2018) DEHB tanısı alan 45 çocuk ve ailesi ile ÇAGT yöntemi ile çalışmışlardır. Çalışma sonunda DEHB'li çocuklarla yapılan görüşmelerde eğlence dolu ve mutlu bir aile zamanı geçirmek, ortak deneyimler yoluyla

arkadaşlıklar kurmak, güvenli alan yaratmak, olumlu ebeveyn tepkileri ve iletişimi sürdürmek temaları ön plana çıkmıştır.

ÇAGT'nin uygulandığı ve olumlu sonuçlar alındığı bir diğer grup ise travmatik beyin hasarı (TBH) yaşayan birey ve ailelerle yapılan çalışmalardır. Moriarty ve arkadaşlarının (2016) yaptığı çalışmada travmatik beyin hasarı yaşayan gazilerle ve aileleriyle ÇAGT uygulamaları aktarılmaktadır. Randomize kontrollü çalışmada, 81 gazi ve aile üyesi ile dört ay çalışılmıştır. Araştırma sonuçlarına göre depresif semptomlar ve bakım yükünün yarattığı duygusal güçlükler azalmıştır. Charles ve arkadaşları (2007) da benzer biçimde beyin hasarı yaşayan aile üyelerinin bulunduğu altı aile ile altı ay boyunca toplam on iki oturum süren bir çalışma yaptıklarını aktarmışlardır. Aileler çalışmanın, utanma ve dışlanma duygularını azaltma, karşılıklı destek sağlama ve zorlayıcı deneyimlerin paylaşılması gibi olumlu çıktıları olduğunu belirtmişlerdir.

ÇAGT, diyabet, kronik ağrı ve engellilik gibi durumları olan ailelerle çalışırken de yarar sağlamaktadır (Szymanski ve Kiernan, 1983; Feldman ve ark., 2018). Örneğin, Ellis ve arkadaşlarının (2005) çalışmasında tip 1 diyabeti olan ergenler ve aileleri ile diyabetle ilişkili stresin azaltılması amacıyla ÇAGT çalışmaları yapılmıştır. 127 ergen ve ailenin katıldığı ve 6 ay süren çalışmada diyabetle ilişkili stresteki değişiklikler değerlendirilmiştir. Araştırmanın sonuçları ÇAGT müdahalesinin diyabetle ilişkili streste önemli düşüşler meydana getirdiğine işaret etmektedir. Kronik ağrı yaşayan aile üyelerinin bulunduğu gruplarla Lemmens ve arkadaşları (2003) çalışmalar yürütmüşlerdir. Dört farklı aile yaşam döngüsünde bulunan 19 hasta (19-55 yaş arasında), 41 aile üyesi (9-69 yaş arasında) ile yapılan çalışmada terapötik ekip, grubun ilişkisel iklimi ve spesifik müdahaleleri ailelere göre faydalı olarak rapor edilmiştir.

SONUÇ

Çoklu aile grubu terapisi (ÇAGT), problemlerle başa çıkmak için ortaklaşa çalışmak üzere farklı ailelerin terapötik bir bağlamda bir araya getirilmesini içerir. Bu yönü ile psikodinamik grup ve sistemik tedavinin teorisi ve pratiğini birleştiren hem bireysel aile terapisine hem de grup terapisine benzer birçok yönü bulunan bir müdahale modelidir. Bu model, birkaç ailenin ortak olarak deneyimlediği benzer sorunlar karşısında bulunduğu aile ve grup psikoterapisinin bir kombinasyonudur.

Köklerini sistem kuramından alan bu yaklaşım, özellikle kronik hastalıkları olan bireylerin bulunduğu ailelerde kullanılmaktadır. Karşılıklı paylaşım, anlayış ve şeffaflığa izin veren bir ortam oluşturulabilirse, bu fenomen bir grup aile ile birlikte kullanılabilir. Özellikle

hastalıkların ortaya çıkardığı stres karşısında baş etme ve sorun çözme mekanizmalarının yetersiz kaldığı noktalarda ÇAGT yardım ilişkisi kurulması yoluyla ailelere terapötik bir zemin sağlar. Bununla beraber ÇAGT'nin sunduğu deneyim, nesiller arasında yabancılaşmayı ve izolasyonu azaltmaya yardımcı olur. Bu yönü ile ÇAGT, insan ilişkilerinin pozitif ve güçlendirici olarak kullanılmasına örnek gösterilebilir.

Sosyal hizmet uzmanlarının kronik hastalığı olan bireyin bulunduğu ailelerle çalışırken temel rolleri müracaatçı sisteminin desteklenmesi, güçlendirilmesi, hastalık koşullarının yarattığı sorunlarla baş edebilme kapasitesinin artırılması odağındadır. Bu bağlamda ÇAGT uygulamaları sosyal hizmetin sistem yaklaşımındaki bakış açısı ile uyumludur. ÇAGT'nin farklı tiplerdeki (parçalanmış aile, çekirdek aile ve geniş aile gibi) ailelerle çalışmaya olanak sağlaması müdahalenin kapsamı açısından zenginlik sunmaktadır. Aynı zamanda ÇAGT kapsamında kronik kardiyovasküler hastalıklar; kronik solunum yolu hastalıkları (Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalıkları, KOAH, astım vb.), diyabet, kanserler, bipolar bozukluk ve şizofreni gibi ruhsal hastalıklar ve bozukluklar bulunan aileler ile çalışmak mümkün olabilir. Tüm bu yönleri ile ÇAGT, ailelerle çalışan sosyal hizmet uzmanlarının uygulamalarında fayda sağlama potansiyeli taşımaktadır.

KAYNAKÇA

- Anderson, M., Elliott, E. J., ve Zurynski, Y. A. (2013). Australian families living with rare disease: experiences of diagnosis, health services use and needs for psychosocial support. *Orphanet Journal of Rare Diseases*, 8(1), 22.
- Årestedt, L., Persson, C., ve Benzein, E. (2014). Living as a family in the midst of chronic illness. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 28(1), 29-37.
- Asen, E. (2002). Multiple family therapy: An overview. *Journal of Family Therapy*, 24(1), 3-16.
- Asen, E., ve Scholz, M. (2010). *Multi-family therapy: Concepts and techniques*. Routledge.
- Avustralya Sağlık ve Refah Enstitüsü (2016). (Australian Institute of Health and Welfare) <https://www.aihw.gov.au/reports-data/health-conditions-disability-deaths/chronic-disease/overview>.
- Behr, H. (1996). Multiple family group therapy: A group-analytic perspective. *Group Analysis*, 29(1), 9-22.
- Breitborde, N. J., Moreno, F. A., Mai-Dixon, N., Peterson, R., Durst, L., Bernstein, B., ve McFarlane, W. R. (2011). Multifamily group psychoeducation and cognitive remediation for first-episode psychosis: a randomized controlled trial. *BMC psychiatry*, 11(1), 9.
- Brennan, J. W. (1995). A short-term psychoeducational multiple-family group for bipolar patients and their families. *Social Work*, 40(6), 737-743.

- Cadogan, D. A. (1973). Marital group therapy in the treatment of alcoholism. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 34(4-A), 1187-1194.
- Cassano, D. R. (2014). *Social Work with Multi-family Groups*. Routledge.
- Charles, N., Butera-Prinzi, F., ve Perlesz, A. (2007). Families living with acquired brain injury: A multiple family group experience. *NeuroRehabilitation*, 22(1), 61-76.
- Clarahan, W., ve Christenson, J. D. (2017). *Family involvement in the treatment of adolescent substance abuse*. In *Family Therapy with Adolescents in Residential Treatment*. NY: Springer, Cham.
- Conatser, C. (1986). Preparing the family for their responsibilities during treatment. *Cancer*, 58(2), 508-511.
- Cook-Darzens, S., Doyen, C., ve Mouren, M. C. (2008). Family therapy in the treatment of adolescent anorexia nervosa: current research evidence and its therapeutic implications. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia. Bulimia and Obesity*, 13(4), 157-170.
- Dare, C., ve Eisler, I. (2000). A multi-family group day treatment programme for adolescent eating disorder. *European Eating Disorders Review*, 8(1), 4-18.
- Deane, F. P., Mercer, J., Talyarkhan, A., Lambert, G., ve Pickard, J. (2012). Group cohesion and homework adherence in multi-family group therapy for schizophrenia. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 33(2), 128-141.
- Dennison, S. T. (2005). *A multiple family group therapy program for at risk adolescents and their families*. NY: Charles C Thomas Publisher.
- Doyen, C., Cook-Darzens, S., ve Mouren, M. C. (2012). Multiple family group therapy for young adolescents with anorexia nervosa: A descriptive study. *Eating disorders: Causes, diagnosis and treatments*, 1, 127-140.
- Drake, M. (2016). *Multi-Family Group for Substance Use Treatment*. BookBaby.
- Dünya Sağlık Örgütü. (2004). *The global burden of chronic diseases: overcoming impediments to prevention and control*. https://www.who.int/nutrition/topics/2_background/en/ Erişim tarihi: 01.04.2019
- Dünya Sağlık Örgütü. (2005). Preventing chronic diseases : a vital investment : WHO global report. https://www.who.int/chp/chronic_disease_report/full_report.pdf Erişim tarihi: 01.04.2019
- Eia, A., Neil, D., ve Brenda, M. (2001). *Multiple Family Therapy: The Marlborough Model and its Wider Applications*. NY: Karnac.
- Ellis, D. A., Frey, M. A., Naar-King, S., Templin, T., Cunningham, P. B., ve Cakan, N. (2005). The effects of multisystemic therapy on diabetes stress among adolescents with chronically poorly controlled type 1 diabetes: findings from a randomized, controlled trial. *Pediatrics*, 116(6), 826-832.

- Evans, M., Cottrell, D., ve Shiach, C. (2000). Emotional and behavioural problems and family functioning in children with haemophilia: a cross-sectional survey. *Haemophilia*, 6(6), 682-687.
- Fairbairn, P., Simic, M., ve Eisler, I. (2011). *Multifamily therapy for adolescent anorexia nervosa*. Eating disorders in children and adolescents: A clinical handbook, New York: Guilford.
- Feldman, M. A., Anderson, L. M., Shapiro, J. B., Jedraszko, A. M., Evans, M., Weil, L. E., ve Weissberg-Benchell, J. (2018). Family-Based Interventions Targeting Improvements in Health and Family Outcomes of Children and Adolescents with Type 1 Diabetes: a Systematic Review. *Current Diabetes Reports*, 18(3), 15.
- Fischer, M. F. (2013). *Multifamily Family Therapy Group for ADHD Children and their Families: A Delphi Study* (Doctoral dissertation, Virginia Tech).
- Fristad, M. A., Gavazzi, S. M., ve Soldano, K. W. (1998). Multi-family psychoeducation groups for childhood mood disorders: A program description and preliminary efficacy data. *Contemporary Family Therapy*, 20, 385–402.
- Fristad, M. A., Goldberg-Arnold, J. S., ve Gavazzi, S. M. (2003). Multi-family psychoeducation groups in the treatment of children with mood disorders. *Journal of Marital and Family Therapy*, 29(4), 491-504.
- Fristad, M.A., Goldberg-Arnold, J.S., ve Gavazzi, S.M. (2003). Multiple-family psychoeducation groups in the treatment of children with mood disorders. *Journal of Marital and Family Therapy*, 29(4), 491–504
- Gaynor, J. (2012). *Multidimensional Family Therapy: A Therapeutic Strategy for Families with Adolescents Diagnosed with Internalizing or Externalizing Disorders*. (Master's dissertation, Washington State University-Vancouver).
- Gearing, R. E. (2008). Evidence-based family psychoeducational interventions for children and adolescents with psychotic disorders. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 17(1), 2, 1-10.
- Gelin, Z., Cook-Darzens, S., Simon, Y., ve Hendrick, S. (2016). Two models of multiple family therapy in the treatment of adolescent anorexia nervosa: a systematic review. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 21(1), 19-30.
- Goldberg-Arnold, J. S., Fristad, M. A., ve Gavazzi, S. M. (1999). Family psychoeducation: Giving caregivers what they want and need. *Family Relations*, 48, 411–417.
- Golics, C. J., Basra, M. K. A., Salek, M. S., ve Finlay, A. Y. (2013). The impact of patients' chronic disease on family quality of life: an experience from 26 specialties. *International Journal of General Medicine*, 6, 787.
- Golics, C. J., Basra, M. K., Salek, M. S., ve Finlay, A. Y. (2013). The impact of patients' chronic disease on family quality of life: an experience from 26 specialties. *International Journal of General Medicine*, 6, 787-98.

- Hazel, N. A., McDonell, M. G., Short, R. A., Berry, C. M., Voss, W. D., Rodgers, M. L., ve Dyck, D. G. (2004). Impact of multiple-family groups for outpatients with schizophrenia on caregivers' distress and resources. *Psychiatric Services, 55*(1), 35-41.
- Kiser, L. J., Donohue, A., Hodgkinson, S., Medoff, D., ve Black, M. M. (2010). Strengthening family coping resources: The feasibility of a multifamily group intervention for families exposed to trauma. *Journal of Traumatic Stress, 23*(6), 802-806.
- Lacquer, H. P. (1973). *Multiple family therapy: Questions and answers. Techniques of Family Psychotherapy*. New York: Grune and Stratton.
- Lawrence, E. (2012). The impact of chronic illness on the family. *Ig Living, 20-25*.
- Lemmens, G., Verdegem, S., Heireman, M., Lietaer, G., Van Houdenhove, B., Sabbe, B., ve Eisler, I. (2003). Helpful events in family discussion groups with chronic-pain patients: A qualitative study of differences in perception between therapists/observers and patients/family members. *Families, Systems, Health, 21*(1), 37.
- Liu, Q. X., Fang, X. Y., Yan, N., Zhou, Z. K., Yuan, X. J., Lan, J., ve Liu, C. Y. (2015). Multi-family group therapy for adolescent Internet addiction: Exploring the underlying mechanisms. *Addictive Behaviors, 42*, 1-8.
- López, S. R., Nelson Hipke, K., Polo, A. J., Jenkins, J. H., Karno, M., Vaughn, C., ve Snyder, K. S. (2004). Ethnicity, expressed emotion, attributions, and course of schizophrenia: Family warmth matters. *Journal of Abnormal Psychology, 113*(3), 428.
- Ma, J. L., Lai, K. Y., Wan, E. S. F., ve Xia, L. L. (2018). Multiple family therapy for Chinese families of children with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): treatment efficacy from the children's perspective and their subjective experiences. *Journal of Family Therapy, 1*, 1-21.
- Madsen, W. C. (2013). *Collaborative therapy with multi-stressed families*. USA: Guilford Press.
- Magliano, L., Fiorillo, A., De Rosa, C., Malangone, C., Maj, M., ve National Mental Health Project Working Group. (2005). Family burden in long-term diseases: a comparative study in schizophrenia vs. physical disorders. *Social Science and Medicine, 61*(2), 313-322.
- Marley, J. A. (2014). *Family involvement in treating schizophrenia: Models, essential skills, and process*. USA: Routledge.
- McCrary, B. S., Psolino, T. J., Longabough, R., ve Rossi, J. (1979). Effects of joint hospital admission and couples treatment for hospitalized alcoholics: A pilot study. *Addictive Behaviors, 4*(2), 155-165.
- McFarlane, W. R. (2004). *Multifamily groups in the treatment of severe psychiatric disorders*. USA: Guilford Press.
- McFarlane, W. R., Link, B., Dushay, R., Marchal, J., ve Crilly, J. (1995). Psychoeducational multiple family groups: Four-year relapse outcome in schizophrenia. *Family Process, 34*(2), 127-144.

- Meezan, W., ve O'Keefe, M. (1998). Multifamily group therapy: Impact on family functioning and child behavior. *Families in Society*, 79(1), 32-44.
- Moriarty, H., Winter, L., Robinson, K., Piersol, C. V., Vause-Earland, T., Iacovone, D. B., ve Gitlin, L. N. (2016). A randomized controlled trial to evaluate the veterans' in-home program for military veterans with traumatic brain injury and their families: Report on impact for family members. *PM&R*, 8(6), 495-509.
- Morris, A. S., Silk, J. S., Steinberg, L., Myers, S. S., ve Robinson, L. R. (2007). The role of the family context in the development of emotion regulation. *Social Development*, 16(2), 361-388.
- Mussatto, K. (2006). Adaptation of the child and family to life with a chronic illness. *Cardiology in the Young*, 16(3), 110.
- Newby, N. M. (1996). Chronic illness and the family life-cycle. *Journal of Advanced Nursing*, 23(4), 786-791.
- Olson, D. H. (2000). Circumplex model of marital and family systems. *Journal of Family Therapy*, 22(2), 144-167.
- Ontario Centre of Excellence for Child and Youth Mental Health (2012). Evidence In-Sight: The evidence base for multiple family group therapy. <http://www.excellenceforchildandyouth.ca/file/9192/download?token=kRhR4n3z> Erişim tarihi: 01.04.2019
- Orvin, G. H. (1974). Intensive treatment of the adolescent and his family. *Archives of General Psychiatry*, 31(6), 801-806.
- Patterson, J. M. (2002). Integrating family resilience and family stress theory. *Journal of marriage and family*, 64(2), 349-360.
- Patterson, J. M., ve Garwick, A. W. (1994). The impact of chronic illness on families: A family systems perspective. *Annals of Behavioral Medicine*, 16(2), 131-142.
- Pereira, R., ve Linares, J. L. (2018). *Clinical Interventions in Systemic Couple and Family Therapy*. London: Springer International Publishing.
- Perlick, D. A., Rosenheck, R. A., Kaczynski, R., Swartz, M. S., Cañive, J. M., ve Lieberman, J. A. (2006). Special section on CATIE baseline data: components and correlates of family burden in schizophrenia. *Psychiatric Services*, 57(8), 1117-1125.
- Rolland, J. S., ve Walsh, F. (2006). Facilitating family resilience with childhood illness and disability. *Current Opinion in Pediatrics*, 18(5), 527-538.
- Sanahuja, C., ve Suarez, A. (2016). The importance of multiple-family group therapy in treatment of psychosomatic pathology. *European Psychiatry*, 33, 443.
- Scapillato, M. (2003). Use of the Multiple Family Group Therapy in Managing Children's ADHD. *The ADHD Report*, 11(3), 9-15.
- Schaefer, G. (2008). Multiple family group therapy in a drug and alcohol rehabilitation centre. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 29(1), 17-24.

- Schafer, G. (2008). Multiple family group therapy in a drug and alcohol rehabilitation centre: Residents' experiences. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 29(2), 88-96.
- Scholz, M., Rix, M., Scholz, K., Gantchev, K., ve Thomke, V. (2005). Multiple family therapy for anorexia nervosa: Concepts, experiences and results. *Journal of Family Therapy*, 27(2), 132-141.
- Seadi, S. M. S., ve Oliveira, M. D. S. (2009). Multi-family therapy and drug addiction: A six-year retrospective study. *Psicologia Clínica*, 21(2), 363-378.
- Shewchuk, R., ve Elliott, T. R. (2000). Family caregiving in chronic disease and disability. *Handbook of Rehabilitation Psychology*, 553-563.
- Sleed, M., Eccleston, C., Beecham, J., Knapp, M., ve Jordan, A. (2005). The economic impact of chronic pain in adolescence: methodological considerations and a preliminary costs-of-illness study. *Pain*, 119(1-3), 183-190.
- Smith, D. C., ve Hall, J. A. (2010). Implementing evidence-based multiple-family groups with adolescent substance abusers. *Social Work with Groups*, 33(2-3), 122-138.
- Stanton, M. D., ve Shadish, W. R. (1997). Outcome, attrition, and family-couples treatment for drug abuse: A meta-analysis and review of the controlled, comparative studies. *Psychological Bulletin*, 122(2), 170-191.
- Szymanski, L. S., ve Kiernan, W. E. (1983). Multiple family group therapy with developmentally disabled adolescents and young adults. *International Journal of Group Psychotherapy*, 33(4), 521-534.
- Tantillo, M., McGraw, J. S., Hauenstein, E. J., ve Groth, S. W. (2015). Partnering with patients and families to develop an innovative multifamily therapy group treatment for adults with anorexia nervosa. *Advances in Eating Disorders*, 3(3), 269-287.
- Van Noppen, B., Steketee, G., McCorkle, B. H., ve Pato, M. (1997). Group and multifamily behavioral treatment for obsessive compulsive disorder: A pilot study. *Journal of Anxiety Disorders*, 11(4), 431-446.
- Wallis, A., Alford, C., Hanson, A., Titterton, J., Madden, S., ve Kohn, M. (2013). Innovations in Maudsley family-based treatment for anorexia nervosa at the Children's Hospital at Westmead: a family admission programme. *Journal of Family Therapy*, 35, 68-81.
- Walsh, F. (2002). A family resilience framework: Innovative practice applications. *Family Relations*, 51(2), 130-137.
- Walsh, F. (2011). *Family Therapy: Systemic approaches to practice*. İçinde: J. R. Brandell (Ed.), Theory and practice in clinical social work. USA: SAGE Publication.
- Wang, Y. H., Haslam, M., Yu, M., Ding, J., Lu, Q., ve Pan, F. (2015). Family functioning, marital quality and social support in Chinese patients with epilepsy. *Health and Quality of Life Outcomes*, 13(1), 10.

- Wolberg, L. R. ve Aronson, M. L. (1980). *Group and Family Therapy*. New York, NY: Brunner/Mazel
- Wong, M. M. C., Ma, J. L. C., ve Chan, L. C. L. (2014). Multiple Family Group Therapy for Families with Children Placed in Out-Of-Home Care in a Chinese Context. *Social Work with Groups*, 38(2), 106–121.
- Yalom, I. (1992). *Grup Psikoterapisinin Teori ve Pratiđi*, (A.Tangör ve Ö.Karaman, çev.). Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri.