

Átraskanir og Calgary-fjölskyldumeðferð

Átröskun er í mörgum löndum talinn vaxandi vandi en allt að 10% unglingsstúlkna hafa verið álitnar líða af sumum eða öllum einkennum átröskunar (1). Sömu prósentur hafa sést á Íslandi eða að 10 % menntaskólanema hefðu einkenni átröskunar (2).

Viðmið samtímans um útlit og þyngd er að fólk eigi að vera grannt og skilaboðin eru skýr þar sem rekinn er áróður í auglýsingum fyrir fitulitlu fæði, megrun og líkamspjálfun. Skilaboð um megrun virðast ekki eingöngu ná til þeirra sem eru of þungir heldur til stórs hóps unglingsstúlkna. Í Bandaríkjunum árið 1996 höfðu af 1269 menntaskólastúlkum, tvær af hverjum þremur af afrískum uppruna og þrjár af hverjum fjórum af evrópskum uppruna farið í megrun þrátt fyrir að flestar væru í eðlilegum holdum og sumar of léttar (3).

Tölur um fjölda einstaklinga með átröskun gefa vísbendingu um að margar fjölskyldur þurfi að takast á við vanda einhvers í fjölskyldunni út af útliti og þyngd. Einkenni átröskunar eru andleg, líkamleg og koma fram í hegðun en þær breytingar snerta og hafa áhrif á aðra í fjölskyldunni. Fjölskyldumeðlimir eru í lykilstöðu að hjálpa ef þeir fá stuðning (4, 5).

Einkenni átröskunar

Einstaklingur með lystarstol missir að hluta til innsæi á ástand sitt og neitar að viðhalda lágmarks líkamsþyngd miðað við hæð og aldur eða tekst ekki að þyngjast eðlilega miðað við vöxt og þroska. Hegðun einstaklingsins verður ár-áttukennd og tengist brennslu, matarræði og útliti (6). Fólk með lotugræðgi borðar óreglulega og misstóra skammta sem innbyrtir eru á skömmum tíma. Sömuleiðis er ástunduð hegðun sem kemur í veg fyrir þyngdaraukningu, eins og framköllun á uppköstum, notkun þvagræsi- eða



hægðalyfja, fasta eða stífar líkamsæfingar. Einkenni um átköst og þyngdarstjórnun þurfa að hafa komið fyrir að minnsta kosti tvisvar í viku á þremur mánuðum til að uppfylla skilyrði um lotugræðgi. Hætta er á tíðastoppi í báðum sjúkdómunum sem þarf að hafa staðið í þrjá mánuði til að teljast einkenni lystarstols en tíðastopp getur leitt til beinþyngningar (7). Afleiðingar átröskunar geta verið kvíði, þunglyndi og sjálfsvígshugsanir.

Foreldrar horfa upp á miklar breytingar á dóttur með átröskun: „Barnið var heltekið þessari átröskun, það var ekki lengur sama barnið, það brást ekki við á „eðlilegan hátt“, það var engin leið að ræða við hana, hún var orðin önnur persóna,“ (8). Aðstandendur einstaklings með átröskun finna fyrir erfiðleikum í samskiptum, áhrifum á allt fjölskyldulífið (8) og líða út af vandanum (4). Tilfinningum hjá foreldrunum hefur verið lýst sem örvæntingu, úrræðaleysi, mistökum, skömm, vanmáttarkennd, vonleysi, ótta, reiði og vantrú á sér sem foreldrum. Fjölskyldur geta haft ýmis önnur vandamál samhliða átröskun en ekki hefur verið hægt að setja beina tengingu milli þeirra og átröskunarinnar sjálfrar (9).

Orsakir átröskunar

EKKI hefur verið fundin ákveðin orsök átröskunar (10) heldur álitnið að þar verki saman margir þættir (11) sem lúta að líffræði, þroska, menningu, persónuleika og fjölskyldu þess sem fær sjúkdóminn (12). Sterkir áhættuþættir fyrir átröskun eru taldir vera megrun, líkamsóánægja (11) og líkamspjálfun (13). Gerðar eru kröfur til sýningarstúlkna að þær séu undir eðlilegri þyngd (14) og stúlkur hvattar til að grenna sig fyrir fegurðarsamkeppni (15).

Fimmtán ára unglingar, sem hafa farið í megr-



un, eru álitnir í áttfalt meiri hættu á að fá átröskunarsjúkdóm en þeir sem ekki hafa farið í megrun (16). Vangaveltur hafa verið uppi um hvort lítið sjálfstraust hafi áhrif á að fólk fái átröskun eða hvort átröskun hafi áhrif á sjálfstraust. Ef stúlkur álíta að þær þurfi að vera grennri rýrir það sjálfsmyndina en lítið sjálfstraust hjá stúlkum hefur verið tengt megrunarhugsunum (17).

Bergh og félagar (18) álitu að sálræn einkenni átröskunar væru afleiðing átröskunar en ekki orsök en stúlka með átröskun lýsti einkennunum á þessa leið: „Mér fannst ég lokuð í mjög þröngu boxi, það var hægt að opna það og loka en mitt box opnaðist ekki. Mér líður illa af því mér finnst ég gera allt rangt. Mig langar til að þið skiljið mig“ (19).

Meðferð við átröskun

Ekki hefur verið sannað að einhver tiltekin meðferð hjálpi betur en önnur (18). Þegar átröskun er greind er árangur bestur ef fólk fær meðferð sem fyrst (20) vegna breytinga á persónuleika og áhrifa á líkamlega starfsemi við þyngdarmissi. Batahorfur hafa verið álitnar um 50-70% en það þýðir að stór hópur fólks, sem fær átröskun, þarf að glíma við hana í mörg ár. Fjölskyldumeðferð hefur verið talin skila betri árangri en einstaklingsmeðferð fyrir unglunga (21, 22). Vandinn, sem aðstandendur standa frammi fyrir þegar einhver í fjölskyldunni greinist með átröskun, er að takast á við eigin vanlíðan út af veikindum sjúklingsins, að reyna að lifa með veikindunum og að styðja sjúklinginn til bata. Í heilbrigðisögum Bretlands kemur fram að aðstandendur einstaklinga með geðrænan vanda gegna mikilvægu hlutverki í umönnun og í lögunum eru þarfir þeirra metnar sérstaklega (23). Fjölskyldumeðlimir eru yfirleitt þakklátir að fá að taka þátt í stuðningi við veikan ættingja og fá þá síður tilfinningu um að vera hjálparvana og áttavilltir (24).

Viðurkennd er nauðsyn fræðslu og stuðningsmeðferðar fyrir aðstandendur einstaklings með átröskun (25). Lögð er áhersla á að aðstandendur geti eins og fagaðilar lært að hjálpa átröskunarsjúklingi, sem vill ekki ná sér, með viljameðferð (motivational intervention) eins og virkri hlustun (reflective listening) og samantekt (summarizing) (26,27). Aðstandendum eru kenndar aðferðir í að leysa vandamál, að hrósa og að sjá mun á átröskunarhegðun og eðlilegri hegðun ein-

staklingsins (8). Þeir eru hvattir til að gagnrýna ekki sjúklinginn heldur sýna stuðning. Þeim er ráðlagt að byggja upp traust, eins og á við milli fagaðila og skjólstæðinga, efla von og hvött til að skoða hvað sé jákvætt og hvað neikvætt hjá sjúklingnum við að vera veikur eða við að ná sér. Nauðsynlegt er að hjálpa aðstandendum að standa saman og mikilvægt er að þeir styðji hver annan (12). Sjúklingar með átröskun þurfa mikla hvatningu bæði frá fjölskyldu og fagaðilum sem sýnir að samvinna er nauðsynleg (28) milli fagaðila og fjölskyldumeðlima (23).

Rannsóknir hafa sýnt að aðstandendum hefur reynst gagnlegt að ræða um sameiginlega reynslu af kvíða, uppnámi (29), örvæntingu, reiði (30) og að finna að þeir geti beðið um hjálp við það sem þeir þurfa á að halda (23). Aðstandendum hefur fundist hjálpa að vera bjartsýn og jákvæð, að hugsa ekki of mikið um vandann, að viðhalda sínum áhugamálum, reyna að lifa venjulegu lífi og að eyða tíma fyrir sig án sjúklingsins (4).

Calgary – fjölskyldumeðferð

Bakgrunnur Calgary-fjölskyldumeðferðar

Calgary-fjölskyldumeðferð er byggð á margra ára rannsóknarvinnu á sjúklingum með langvinn veikindi og fjölskyldum þeirra og í því er stuðst við fjölþættar kenningar og leiðbeiningar við meðferð fjölskyldna (24). Calgary-fjölskyldumeðferð byggist á kerfakenningum (systemic), póstmóðernisma, stýrifræði (cybernetics), samskiptakenningum, breytingakenningum og líffræðikenningu hugans (biology of cognition).

Kerfakenningar (systemic)

Kerfakenningar eru samspil flókinnna þátta en fjölskyldan er álitin eining þar sem eiga sér stað samskipti milli einstaklinga innan fjölskyldunnar frekar en að skoðaður sé hver einstaklingur fyrir sig. Þrátt fyrir það er hver einstaklingur hvort tveggja hluti af kerfi og kerfi í sjálfu sér. Fjölskyldan sem kerfi setur sér reglur eða mörk sem leiðbeiningu um hvað er fyrir innan eða utan kerfið. Í fjölskyldu þurfa mörkin að vera bæði gagnsæ og takmarkandi. Ef mörkin eru of gagnsæ missa þau eiginleika sína og vald og þar af leiðandi geta einstaklingarnir í fjölskyldunni ekki notið sín sem skyldi. Ef mörkin eru hins vegar of stíf getur það komið í veg fyrir þátttöku og samskipti í innra og ytra kerfi.

Fjölskylda þarf sífellt að takast á við breytingar en henni er eðlilegt að leita í jafnvægi. Atburður eða breyting hjá einum einstaklingi hefur áhrif á aðra í fjölskyldunni og þá getur uppbygging hennar og virkni farið úr skorðum (24). Þegar breyting verður í fjölskyldu, sem þarf að kljást við langvinnan sjúkdóm eins og átröskun, endurskipuleggur fjölskyldan sig á annan hátt en áður. Í bataferlinu þarf fjölskyldan að takast á við samspil breytinga og jafnvægis en nauðsynlegt er að hún finni lausnir þegar hún fer á milli þessara tveggja sviða.

Hegðun hvers einstaks í fjölskyldunni hefur áhrif á hegðun annarra og hver einstakur verður fyrir áhrifum af öllum hinum í fjölskyldunni. Hegðun vandamannanna skilst betur ef beitt er hringlaga viðhorfi en línulaga viðhorfi. Línulaga viðhorf útskýrir samskipti á þann veg að eitt atvik hafi áhrif á annað. Hringlaga viðhorf er þegar seinna atvik hefur áhrif á það fyrra. Við línulaga spurningar eru fengnar upplýsingar en með hringlaga spurningum er unnið með samskipti. Hringlaga spurningar lúta að mun (hver hefur mestar áhyggjur af því að hún nái sér ekki?), hegðun (hvað gerir þú þegar hún stendur upp frá matborðinu?), tilgátu eða framtíð (hvað getur þú gert til að hjálpa henni þegar henni líður illa?) og þríhyrningsvirkni (þegar aðrir í fjölskyldunni styðja hana, hvað gerir mamma þín þá?). Oft þarf fjölskyldan í heild eða einstaklingarnir hver um sig hjálp við að breyta línulaga viðhorfi í meiri hringlaga hugsunarhátt (24).

Póstmóðernismi

Hugmyndin um fjölhyggju (pluralism) og fjölvirkni (multiplicity) er að það eru eins margir möguleikar að skilja og skynja heiminn eins og fólk er margt (31). Í framkvæmd í fjölskyldumeðferð þýðir þessi hugsun að það eru eins margir möguleikar að skilja og skynja veikindi eins og fjölskyldurnar eru margar. Grundvöllur fjölskyldumeðferðar í ljósi póstmóðernisma er að viðurkennd er þekking og sérstaða hvers einstaklings í fjölskyldunni og meðferðaraðila.

Stýrifræði (cybernetics)

Samskipti eru álitin vera „svörunarlykkjur“ (feedback loops) þar sem hegðun allra hefur áhrif á og verður fyrir áhrifum af hegðun allra (32). Til að breyting geti átt sér stað í fjölskyldu út frá stýri-

fræði þarf að aðlaga mörk fjölskyldunnar þannig að ný hegðun geti átt sér stað eða nýtt ferli samskipta hafist (33).

Samskiptakenningar

Samskiptakenningar eru um það hvernig einstaklingar verka hver á annan. Í fjölskyldumeðferð eru samskiptakenningar notaðar til að hjálpa einstaklingunum að skýra fyrir sér reglur er varða hegðun, til að hjálpa þeim að læra um sitt umhverfi, til að læra hvernig ágreiningur er leystur og til að styrkja sjálfsmynd einstaklinganna (34).

Breytingakenningar

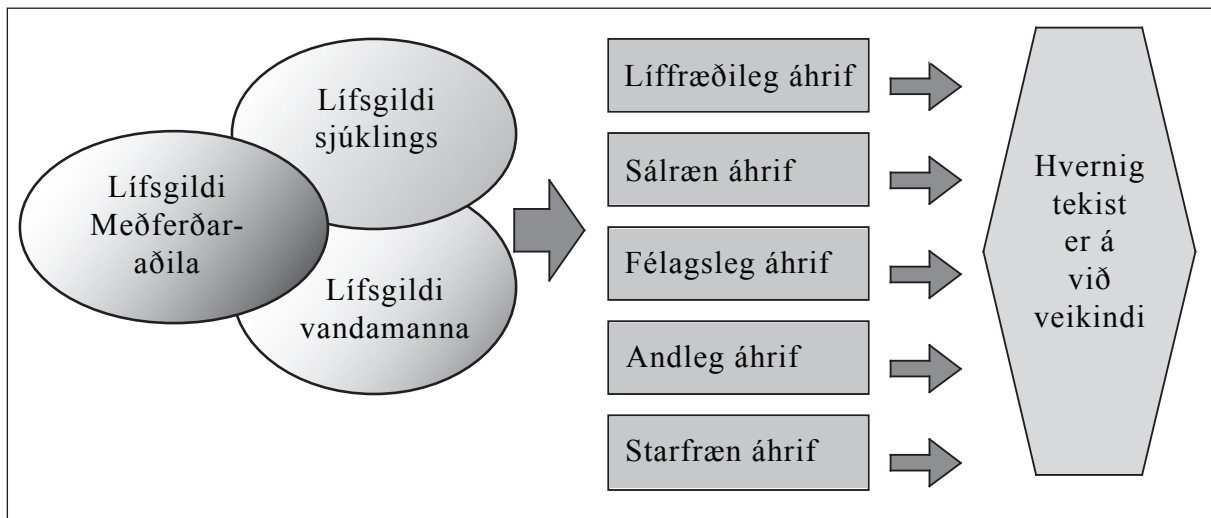
Um veruleikann er ekki til einn sannleikur heldur er hann stöðugt að breytast og sama á við um einstaklinga og umhverfi sem eru í stöðugri „endurbyggingu“ (35). Samskipti fela í sér ferli í átt að breytingu (36). Breytingin getur orðið á vitsmuna-, tilfinninga- eða hegðunarsviðinu og það hefur síðan áhrif milli einstaklinganna innbyrðis (24). Áhrifaríkasta breytingin, sem gæti viðhaldist er sú sem verður á lífsgildum fjölskyldunnar (37).

Líffræðigrunnur hugans (biology of cognition)

Hugmyndir um líffræðigrunn hugans ganga út á að einstaklingurinn hafi mismunandi aðferðir við að öðlast skilning á atburðum og reynslu (38). Maturana og Varela (38) telja að skynjun hvers einstaklings á veruleikanum sé réttur og þar af leiðandi ekki til ein leið að meðhöndla veikindi eða sjúkdóma heldur margar leiðir (24).

Calgary-fjölskyldumeðferð fyrir fjölskyldur einstaklinga með átraskanir

Fjölskyldur eru ólíkt settar til að takast á við veikindi og þol þeirra við slíkum áföllum misjafnt. Þegar sjúkdómur kemur upp innan fjölskyldunnar eins og á við um átröskun geta umræðurnar snúist um hverjum vandamálið tilheyrir, hvaða hömlur sjúkdómurinn leggi á fjölskylduna. Hvert sé hlutverk sjúklingsins? Og hvert er hlutverk þess eða þeirra sem annast hann? Tilfinningar hafa áhrif í samskiptum og geta verið til uppbyggingar eða niðurrifs. Uppbyggjandi umræður krefjast þess að mismunandi sjónarmið séu met-



Mynd 1 Calgary-lífsgildalíkanið.

in jafnréttá. Niðurbjótandi viðhorf eru í gangi þegar ein skoðun er álitin réttari en önnur og að fólk verði að breyta skoðun sinni.

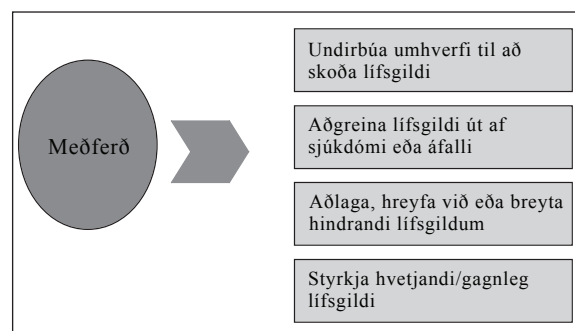
Allir í fjölskyldunni skynja einkenni sjúkdóms, ekki bara sá sem hefur sjúkdóminn hvort sem um er að ræða krabbamein, langvinna verki, átröskun eða þunglyndi. Tilgangur fjölskylduviðtals er að draga fram úrræði fjölskyldunnar til að vinna úr núverandi viðfangsefnum (24). Calgary-fjölskylduviðtöl leggja áherslu á að efla, bæta og viðhalda virku fjölskyldulífi á þremur sviðum: vitsmunalegu, tilfinningalegu og því sem lýtur að hegðun einstaklinganna í fjölskyldunni.

Mikilvægt markmið fjölskyldumeðferðar er að ná fram jákvæðum lífsgildum, draga úr vanlíðan, hafa jákvæð áhrif á samskipti og heilbrigði fjölskyldunnar vegna veikinda eða áfalla. Í fjölskyldumeðferð er verið að fást við lífsgildi sjúklingsins og vandamanna hans. Meginlífsgildi eru lífsgildi sem skipta máli og bjóða upp á tilfinningaleg og lífeðlisfræðileg viðbrögð sem hafa áhrif á hvernig við lítum á umheiminn. Þau lífsgildi hafa marktæk og djúpstæð áhrif á fjölskylduna og starfshæfni hennar. Þau koma til með að hafa áhrif á hvernig einstaklingarnir í fjölskyldunni takast á við veikindi (mynd 1).

Lífsgildi sjúklings með alvarleg veikindi auka eða lina þjáningu hans. Hamlandi lífsgildi hindra á einhvern hátt að einstaklingur geti tekist á við alvarleg veikindi en léttandi lífsgildi auka möguleikann á að ráða við þau. Meðferð er veitt þar sem skarast lífsgildi sjúklings, vandamanna hans og meðferðaraðila.

Í Calgary-fjölskyldumeðferð eru vandamál auðkennd og samskiptin innan fjölskyldunnar út af heilbrigðisvandanam metin. Unnið er í að skapa traust, finna hindranir og styrk hjá fjölskyldunni. Lífsgildi fjölskyldunnar eru rædd, hugsanlegar lausnir fundnar og markmið sett. Meðferðarumræður hafa ákveðinn tilgang, eiga sér stað innan ákveðins tímaramma og hafa í sér þekkingu allra í fjölskyldunni og meðferðaraðila. Æskilegt er að samskipti milli fjölskyldna og meðferðaraðila séu ekki stéttskipt. Meðferðaraðili býður upp á endurmat (reflection) en bæði hann og einstaklingarnir í fjölskyldunni breytast á meðan og eftir að samskipti þeirra hafa átt sér stað. Í líkani Wright og Leahey (24) um „meðferð út af lífsgildum sem veikindin hafa áhrif á“ eru sett fram fjögur stig meðferðar (mynd 2).

Skoðuð eru áhrif veikinda á lífsgæði og samskipti. Til þess að aðlaga eða breyta hindrandi lífsgildum eru notuð hjálpleg lífsgildi, sýnd við-



Mynd 2 Meðferð út af lífsgildum sem veikindin hafa áhrif á

urkenning og hrósað. Spurt er meðferðarspurninga, skoðuð breyting á líðan og mismunur milli lífsgilda og hegðunar. Aðstandendur sjúklingsins segja frá erfiðri reynslu, unnið er með aðgreiningu á sjúkdómi og sjúklingi og stuðst við rannsóknir. Boðið er upp á ólík viðhorf og lífsgildi rædd en þau geta breyst eða þróast.

Lokaorð

Átröskun er erfiður sjúkdómur og einstaklingurinn oft í nokkurn tíma að ná sér. Aðstandendur finna fyrir erfiðleikum út af sjúkdómnum vegna breytinga sem hann hefur á sjúklinginn og samskiptin milli hans og aðstandendanna en þeir geta verið í lykilstöðu að hjálpa ef þau fá stuðning.

Í Calgary-fjölskylduviðtölum er lögð áherslu á að efla, bæta og viðhalda virku fjölskyldulífi á þremur sviðum: vitsmunalegu, tilfinningalegu og því sem lýtur að hegðun einstaklinganna í fjölskyldunni (24). Í Calgary-fjölskyldumeðferð er reynt að ná fram jákvæðum lífsgildum en þau hafa víðtæk áhrif á hvernig tekist er á við sjúkdóma. Aðstandendur vilja hjálpa vandamanni með átröskun en þurfa oft aðstoð og mikilvægt er að koma til móts við það svo þeir geti stutt einstaklinginn til bata.

Heimildaskrá:

1. Taylor CB, Bryson SW, Altman TM., Abascal L, Celio A, Cunning D, et al. Risk factors for the onset of eating disorders in adolescent girls: Results of the McKnight longitudinal risk factor study. *Am J Psychiatry* 2003; 160: 248-254.
2. Guðlaug Unnur Þorsteinsdóttir, Lilja Ósk Úlfarsdóttir. *Morgunblaðið* 2005, nóv.
3. Emmons L. The relationship of dieting to weight in adolescents. *Adolescence* 1996; 31: 167-168.
4. Perkins S, Winn S, Murray J, Murphy R, Schmidt U. A qualitative study of the experience of caring for a person with bulimia nervosa. *Int J Eat Disord* 2004; 36: 256-268.
5. Uehara T, Kawashima Y, Goto M., Tasaki S, Someya T. Psychoeducation for the families of patients with eating disorders and changes in expressed emotion: A preliminary study. *Compr Psychiatry* 2001; 42: 132-138.
6. Muscary M. Effective management of adolescents with anorexia and bulimia. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv* 2002; 40 (2). (cited 2003 Oct 24). Available from ProQuest: <http://proquest.umi.com/pqdweb?index=11&did=000000125776761&SrchMode=1&s>.
7. Halmi K, Mitchell J, Rigotti N. Recognizing and treating eating disorders. *Contemp Nurse Pract* 1995; 1 (1): 26-39.
8. Cottee-Lane D, Pistrang N, Bryant-Waugh R. Childhood onset anorexia nervosa: The experience of parents. *Eur Eat Disord Rev* 2004; 12: 169-177.
9. Lock J, Le Grange D. Help your teenager beat an eating disorder. New York: The Guilford Press, 2005.
10. Stice E. In: Striegel-Moore R. H, Smolak L, ed, *Eating Disorders*. Washington: American Psychology Association, 2001: bls. 51-73.

11. White J. The prevention of eating disorders: A review of the research on risk factors with implications for practice. *J Child Psychiatry Nurs* 2000; 13: 76-87.
12. Lask B. Overview of management. In: Lask, B and Bryant-Waugh, R, ed. *Anorexia nervosa and related eating disorders in childhood and adolescence*. 3rd ed. East Sussex, Psychology Press Ltd. 2000 a: 167-185
13. Bergh C, Södersten P. *Nat Med* 1996; 2: 20-21.
14. NEDA, National Eating Disorders Association. The prevalence of eating disorders 2002 (cited 2002 Aug 2) Available from: ProQuest: www.nationaleatingdisorders.org/p.asp?WebPage_ID=320&Profile_ID=41138.
15. Hrönn Sveinsdóttir H. Í skóm drekans. *Ríkissjónvarpið* 2002.
16. Patton GC, Johnson-Sabine E, Wood K, Mann AH, Wakeling A. Abnormal eating attitudes in London schoolgirls: Outcome at twelve month follow-up. *Psychol Med* 1990; 20: 383-394.
17. Hill AJ, Pallin V. Dieting awareness and low self worth: Related issues in 8-year-old girls. *Int J Eat Disord* 1998; 24: 405-413.
18. Bergh C, Brodin U, Lindberg G, Södersten P. Randomized controlled trial of a treatment for anorexia and bulimia nervosa. *Proc Natl Acad Sci U S A* 2002; 99 (14): 9486-9491.
19. Lask B, Bryant-Waugh R. *Anorexia nervosa and related eating disorders in childhood and adolescence*. 2nd ed. East Sussex, Psychology Press Ltd 2000.
20. Slade P. Prospects for prevention. In G. Szukler, C. Dare, J. Treasure, ed. *Handbook of eating disorders: Theory, treatment and research*. Chichester: Wiley 1995.
21. Krautter T, og Lock L. Is manualized family-based treatment for adolescent anorexia nervosa acceptable to patients? Patient satisfaction at the end of treatment. *J Fam Ther* 2004; 26: 66-82.
22. Woodside DB, Shekter-Wolfson L, Garfinkel PE, Olmsted MP, Kaplan AS, Maddocks SE. Family interaction in bulimia nervosa I: Study design, comparisons to established population norms, and changes over the course of an intensive day hospital treatment program. *Int J Eat Disord* 1995; 17: 105-115.
23. Treasure J, Gavan K, Todd G, Schmidt U. Changing the environment in eating disorders: Working with carers/families to improve motivation and facilitate change. *Eur Eat Disord Rev* 2003; 11: 25-37.
24. Wright LM, Leahey M. *Nurses and families: A guide to family assessment and intervention*, 4th ed. Philadelphia: F.A. Davis Company 2005.
25. Crisp AH, Norton K, Gowers S, Halek C, Bowyer C, Yeldham D, et al. A controlled study of the effect of therapies aimed at adolescent and family psychopathology in anorexia nervosa. *Br J Psychiatry* 1991; 159: 325-333.
26. Treasure JL, Schmidt UH. A systemic review of treatments for anorexia nervosa. *Clin Evid* 2001; 6: 705-714.
27. Treasure JL, Ward A. A practical guide to the use of motivational interviewing in anorexia nervosa. *Eur Eat Disord Rev* 1997; 5: 102-114.
28. Geist R, Heinmaa M, Stephens D, Davis R, Katzman DK. Comparison of family therapy and family group psychoeducation in adolescents with anorexia nervosa. *Can J Psychiatry* 2000; 45:173-178.
29. Eliot AO. Group coleadership: A new role for parents of adolescents with anorexia and bulimia nervosa. *Int J Group Psychother* 1990; 40: 339-351.
30. Rose J, Garfinkel PE. A parents' group in the management of anorexia nervosa. *Can J Psychiatry* 1980; 25: 228-233.
31. Moules NJ. Nursing on paper: Therapeutic letters in nursing practice. *Nurs Inq* 2002; 9: 104-113.
32. Watzlawick P, Beavin JH, Jackson DD. *Pragmatics of human communication: A study of interactional patterns, pathologies, and paradoxes*. New York: Norton 1967.



33. Tomm K. Towards a cybernetic-systems approach to family therapy at the University of Calgary. In D.S. Freeman ed. Perspectives on family therapy. Toronto: Butterworths, 1980: 3-18
34. Arnold EN. Communicating with families. In Arnold EN, Boggs KU. Interpersonal relationships: Professional communication skills for nurses 3rd ed. Philadelphia: WB. Saunders, 1999: 292-321.
35. Furth HG. Knowledge as desire: An essay on Freud and Piaget. New York: Columbia University Press, 1987.
36. Bateson G. Mind and nature. New York: E.P. Dutton 1979.
37. Wright LM, Watson WL. Systemic family therapy and family development. In: Faicov CJ, ed. Family transitions: Continuity and change over the life cycle. New York: Guilford Press, 1988: 407-430.
38. Maturana HR, Varela F. The tree of knowledge: The biological roots of human understanding. Boston: Shambhala Publications, Inc. 1992.

Margrét Gísladóttir er geðhjúkrunarfræðingur- og fjölskyldufræðingur og starfar á göngudeild geðsviðs Landspítala.

Erla Kolbrún Svavarsdóttir er prófessor við hjúkrunarfræðideild Háskóla Íslands.