

Efficacia del trattamento di coppia nella gestione del diabete: studi e prospettive future



P. Gentili¹, G. Morgese²
prof.paolgentili@gmail.com

¹ Psichiatra, Psicoterapeuta; ² Psicologa, Facoltà di Medicina e Psicologia, Università Sapienza di Roma

Parole chiave: Review qualitativa, Diabete, Terapia di coppia, Counseling

Key words: Qualitative review, Diabetes, Couple therapy, Counseling

Il Giornale di AMD, 2014;17:143-147

Riassunto

Il presente lavoro è una rassegna degli studi realizzati tra il 2000 e il 2012 sul tema del trattamento del diabete in coppia. Più specificatamente sono state prese in considerazione le pubblicazioni che riguardano interventi e ricerche in coppie in cui uno dei due partner della coppia è affetto da diabete (Tipo 1 o Tipo 2). Sono state individuate 24 pubblicazioni la cui analisi ha permesso di definire due macro categorie entro le quali è stato analizzato il diabete in coppia: l'impatto del diabete sulla coppia e l'interazione tra la gestione del diabete e le dinamiche di coppia. La disamina delle due aree di ricerca ha permesso di far emergere l'importanza di conoscere le dinamiche relazionali di coppia per meglio intervenire a favore dell'adattamento del diabetico, inteso non solo come buona gestione personale del diabete ma anche come espressione della coppia che può condividere o rifiutare la malattia. I lavori indicano l'opportunità di affrontare il diabete non solo come obiettivo di cura della persona malata ma anche come attivazione di strategie di intervento sulla coppia.

Summary

The present work is a review on the studies carried out between 2000 and 2012 concerning the treatment of diabetes in couples. More specifically, we reviewed publications concerning interventions and research in couples in which one partner is suffering from diabetes (Type 1 or Type 2). We identified 24 publications whose analysis allowed us to define two broad categories in which diabetes was analyzed: the impact of diabetes on the couple and the interaction between diabetes management and the couple dynamics. The analysis of the two research areas shows the importance, for the physician, of the couple dynamics knowledge aiming at a better intervention for the well-being of diabetic person and for both individuals of the couple. The works show the importance of curing not only the sick person but his/her partner too.

Introduzione

Le ricerche cliniche hanno dimostrato da tempo che la relazione con il partner assume un ruolo importante quando all'interno della coppia è presente una situazione di malattia di uno dei due coniugi⁽¹⁾. In questo

caso infatti il tipo e la qualità della relazione di coppia assumono una valenza moderatrice acuendo o proteggendo dal rischio di peggioramenti. Le prescrizioni mediche impattano, infatti, non solo il paziente ma anche il suo partner e la coppia. L'operatore sociale, per essere efficace, si trova a modificare, negoziare e ristrutturare gli stili relazionali e comunicativi.

In particolare, le caratteristiche della coppia che hanno effetti sulla gestione della malattia cronica comprendono il conflitto coniugale, la critica del coniuge e la mancanza di congruenza tra paziente e il coniuge nelle credenze circa malattia e le relative aspettative⁽²⁾. L'impatto negativo della malattia cronica del coniuge è, inoltre, già ben documentato nella letteratura di ricerca. Nei coniugi spesso si registra una diminuzione del grado di soddisfazione nel loro rapporto con l'altro malato, associato all'onere di fornire assistenza fisica poiché la salute fisica degli sposi e la cura di sé può diventare compromessa nel tempo⁽³⁾. Questi risultati sono stati osservati nelle malattie croniche più comuni tra cui malattie cardiache, la malattia reumatica, il cancro e il diabete⁽⁴⁾.

La consapevolezza di questi effetti sulla salute ha portato i ricercatori a sviluppare un approccio psicosociale con interventi che includono il coniuge. Sebbene incentrate sul paziente, questo tipo di interventi si sono dimostrati utili per migliorare il benessere psicologico sia nel paziente che nel coniuge⁽⁵⁾.

Da qui l'importanza clinica di assumere, nel contesto della gestione del diabete (sia di tipo 1 che di tipo 2), un'attenzione agli aspetti della relazione con il partner al fine di impostare un adeguato protocollo clinico.

A partire da tali presupposti, abbiamo condotto una ricerca sistematica di articoli scientifici sul tema del trattamento del diabete in coppia dal 2000 al 2012, riferiti a studi controllati indicizzati.

I motori di ricerca consultati sono stati ProQuest Psychology Journals PsycInfo, PsycArticles e PubMed. La ricerca è stata effettuata inserendo le seguenti parole-chiave combinate con caratteri booleani: Diabetes Treatment Couples, Diabetes couples study, Counseling couples diabetes AND controlled studies.

Tabella 1. Pubblicazioni oggetto della presente rassegna, selezionate in base alla presenza di diabete mellito in uno dei due partners.

	Autore*	Anno**	Rivista/Libro***	volume	pagine
1	Baily B.J.	2009	Qualitative Health Research	3	55-73
2	Chesla C.	2003	Family Process	42	375-390
3	Fekete E.	2007	The Sciences and Engineering	6	2111
4	Fisher L.	2000	Behavioral Medicine	26	53-66
5	Fisher EB	2007	Diabetes Educ	33	1080-1103
6	Franks M.	2010	Family Relations	59	599-610
7	Franks M.	2010	Family Relations	59	599-610
8	Franks M.	2012	Families, Systems, & Health	30	154-155
9	Franks M.	2012	Aging & Mental Health,	16	902-910
10	Fung K.	2009	Dietrich College Honors Theses	12	
11	Ismail K.	2004	The Lancet	3	1589-97
12	Khan C.	2012	Health Psychology	32	739-747
13	Martire L.	2010	Annals of Behavioral Medicine	40	325-342
14	Martire L.	2005	Families, Systems, & Health	23	312-328
15	Miller D.	2005	Journal of Nutrition Education and Behavior	37	226-234
16	Peña-Purcell NC	2011	Diabetes Educ	37	770-779
17	Roper S.	2009	Family Relations	58	460-474
18	Schokker M.	2010	Journal of Family Psychology	24	578-586
19	Stephens M.	2010	Families, Systems, & Health	28	199-208
20	Thorpe CT.	2010	Diabetes Educ	39	33-52
21	Trief P.	2004	Annals of Behavioral Medicine	27	148-154
22	Trief P.	2011	Families, Systems, & Health	29	253-261
23	Wallace A.	2009	Education and Counseling	75	328-333
24	Wearden A.	2006	British Journal of Health Psychology	11	1-22

*Primo autore, ** anno di pubblicazione, *** titolo.

Da questa ricerca sistematica, sono state individuate 24 pubblicazioni (Tabella 1) che sono state selezionate in base alla presenza di diabete (Tipo 1 o Tipo 2) in uno dei due partner della coppia.

Ad una prima osservazione di tipo generale emerge che le ricerche effettuate sono caratterizzate per lo più da studi di tipo longitudinale con follow-up durante il quale non sono stati previsti interventi, con l'unica eccezione di uno studio realizzato nel 2011⁽⁶⁾.

Nella presente rassegna la dizione "diabete" è sempre da riferire al diabete di Tipo 2, anche là dove non venga specificato.

La rassegna ha evidenziato come gli studi in tale ambito si sono proposti l'obiettivo di valutare la correlazione tra le caratteristiche relazionali della coppia, il vissuto dei singoli partner e la malattia diabetica in uno dei due membri, nonché la conseguente influenza nell'adesione alla cura/gestione del diabete. I risultati ottenuti in questi studi sono stati raccolti secondo due principali temi: l'impatto del diabete sulla coppia e l'interazione tra la gestione del diabete e le dinamiche di coppia.

Impatto della diagnosi di diabete sulla relazione di coppia

Il cambiamento dell'equilibrio bio-psico-sociale associato all'insorgenza di una malattia cronica come il diabete produce sollecitazioni fisiche, psicologiche e relazionali che inducono vissuti emotivi caratterizzati da stati generali di ansia e stress⁽⁷⁾.

In particolare la letteratura scientifica ha evidenziato come all'interno della dinamica relazionale di coppia tali conseguenze, con particolare riferimento a quelle determinate dal diabete, considerato un evento di *distress*, si correlano positivamente con l'insorgenza di sintomi depressivi di un partner o di entrambi nella coppia⁽⁷⁾. Il *distress* percepito sia dal coniuge malato che dal partner sano è, infatti, direttamente associato a sintomi depressivi che diventano ancora più importanti quando il partner malato è l'uomo. Nella donna sana sono invece presenti elevati livelli di *distress* specie quando il partner presenta gravi sintomi depressivi.

Un altro dato interessante è rilevabile quando la malattia interessa la donna: le donne diabetiche a seguito della diagnosi aumentano la frequenza delle relazioni sociali, nonostante però sperimentino maggiori vissuti di depressione rispetto agli uomini⁽¹⁾. La diagnosi di diabete di tipo 2 comporta quindi risposte nella coppia significativamente diverse a seconda del genere. Questa diversità di reazione al diabete può essere giustificata in una prospettiva psico-sociale culturale⁽⁷⁾ che tiene conto del fatto che le donne e gli uomini ricoprono ruoli diversi all'interno della società. In particolare, le donne sono generalmente più attente alla relazione coniugale, più recettive delle paure e dei bisogni del partner rispetto agli uomini e tale differenza si riflette nella diversa risposta del coniuge ai bisogni dell'altro. Infatti, nelle coppie con partner diabetico maschile le mogli sperimentano maggiori sintomi depressivi e maggiore ansia rispetto alla situazione inversa. Prescindendo infine dalle diversità di genere nella percezione del proprio o altrui vissuto di *distress*, la presenza di un vissuto di malattia innescato dalla diagnosi e che si esplicita con un *distress* in un partner si è rivelato avere un effetto negativo sul benessere generale della coppia. Questo dato conferma la necessità di approcciarsi al paziente a cui è diagnosticata una malattia cronica, e in particolare il diabete, con un modello bio-psico-sociale. Questo permette di affrontare la reazione

alla diagnosi come un *evento relazionale*, che nella coppia si esplicita nella caratteristica relazione duale, propria di ogni coppia in quanto tale. Questa evidenza clinica sottolinea così come la diagnosi di malattia cronica è sempre un evento che coinvolge la coppia.

Gestione del diabete da parte della coppia

Per quanto riguarda lo specifico effetto sull'adattamento e il trattamento del diabete, se la malattia si inserisce in una relazione coniugale giudicata come soddisfacente dalla persona con diabete, questo ottiene una risposta positivamente dal paziente, sia in termini psicologici (con la riduzione degli eventuali sintomi depressivi) sia soprattutto in termini buona *compliance* anche nelle difficoltà di aderire al trattamento prescritto, come ad esempio nel praticare attività fisica⁽⁸⁾. Questo effetto diviene ancora più evidente quando nella coppia esistono, da parte del coniuge sano, relazioni di tipo supportivo, di incoraggiamento e rassicurazione, piuttosto che in presenza di interventi relativi alla gestione "concreta" del diabete (ad esempio controlli anche telefonici delle glicemie o della dieta). I risultati di relazioni di sostegno affettivo ed emotivo riportano un effetto positivo non solo sul coniuge malato ma anche su quello sano. Una possibile spiegazione deriva dalla configurazione classica di ruoli all'interno della coppia che qualifica la donna come generalmente più incline a rivestire il ruolo di *caregiver*. Questa assunzione di ruolo rende la donna più attenta e disposta a caricarsi emotivamente dei vissuti del partner anche se alcuni studi⁽¹⁾ affermano invece come le mogli di persone con diabete che non seguono il trattamento (ad esempio l'attività fisica) presentano peggioramenti nell'umore, vivendo con una grave depressione l'esperienza di una cattiva *compliance*. Tale risultato conferma la validità del paradigma della trasmissione delle emozioni nell'ambito della coppia⁽⁹⁾. Riguardo poi alla relazione tra dinamica di coppia con diabete e relativi vissuti emotivi, sono stati esplorati gli effetti dell'associazione tra le limitazioni fisiche del coniuge malato e l'umore del partner, nonché il ruolo che la *marital happiness* e le relazioni sociali giocano nel contesto di questa associazione⁽¹⁾.

Gli autori hanno identificato e classificato tre tipologie generali di influenza del diabete sulla relazione di coppia: presenza di interazioni negative generali tra i coniugi, presenza di una forte risposta affettiva (angoscia) di uno dei due coniugi e infine presenza di una risposta individuale negativa di entrambi allo stress della malattia. In tal modo hanno confermato quanto già era stato evidenziato da studi precedenti sull'argomento: per il diabetico affrontare la gestione della propria malattia influenza l'umore e si ripercuote sulla comunicazione con il partner, intaccando il benessere del partner stesso e della coppia⁽¹⁰⁾. Inoltre il diabete ha chiari effetti sugli stili di coppia⁽⁴⁾. Questi effetti sono stati studiati con particolare riferimento alla gestione della dieta. Le coppie intervistate prima insieme e poi separatamente dopo un

anno dalla diagnosi (con un'intervista di tipo qualitativo e semistrutturata) sono state caratterizzate da tre stili relazionali di coppia, sulla base delle variabili di flessibilità, ruolo e modalità comunicative: *cohesive* (i coniugi sono capaci di lavoro in squadra), *enmeshed* (il coniuge sano è responsabile della dieta di quello malato, dipendente) o *disengaged* (il coniuge diabetico unico responsabile della sua dieta). Dopo un anno di osservazione si è visto come la maggior parte delle coppie erano *disengaged*, molto poche quelle *cohesive* e solo alcune erano rimaste *enmeshed*. Il diabete ha così influenzato e cambiato lo stile di coppia anche se considerato solo in riferimento alla dieta.

In conclusione gli studi attuali sottolineano che quanto più la relazione coniugale e la comunicazione tra i partner è valida, tanto più queste possono avere un effetto positivo nei confronti dell'adattamento alla malattia e alla sua corretta autogestione (anche se una valida *marital happiness* non è immune ai cambiamenti del diabete, come ad esempio il passaggio dalla terapia orale e quella insulinica o la comparsa di complicanze).

Riguardo all'adesione e all'autogestione del diabete, sebbene il paziente sia chiamato a rispondere responsabilmente alla cura di sé stesso, le relazioni coniugali e familiari rappresentano un contesto in grado di influenzare l'adesione al trattamento. Aspetti qualitativi della relazione di coppia quali la coesione, l'organizzazione, le credenze ed i valori sono stati associati positivamente all'adesione del paziente alla cura⁽¹¹⁾. Si è visto come un rapporto coniugale di tipo "supportivo" influenzi positivamente l'adozione di comportamenti self-care del paziente, anche in situazioni di elevato stress⁽¹²⁾. Lo studio longitudinale citato, ricalcando il modello ecologico della salute, ha scomposto il concetto di "contesto familiare" in 3 componenti: organizzazione e struttura di coppia, visione del mondo, tono emotivo e gestione delle emozioni. La gestione del diabete è stata sua volta concettualizzata considerando sia gli sforzi del paziente nel prendersi cura di sé stesso (dieta ed esercizio fisico) che gli effetti del trattamento (indicatori biologici e percezione personale dello stato di salute, qualità della vita e benessere emotivo). Un'organizzazione ed una struttura di coppia coesa hanno predetto un generale miglioramento dello stato di salute, riducendo i sintomi depressivi. Alti livelli di conflitti irrisolti presenti un anno prima della diagnosi di diabete hanno comportato aspetti negativi nella gestione del diabete in particolare in riferimento alla dieta (scarsa alimentazione o sovra nutrizione) e qualità della vita. Complessivamente, dai risultati ottenuti, si evidenzia che anche se la struttura/organizzazione familiare organizzata e coesiva non è necessariamente predittiva di una corretta gestione della malattia, la coesione familiare può influenzare positivamente la gestione del diabete. Emerge dunque l'importanza di focalizzare interventi sulla coppia-famiglia e non solo sul paziente, sul loro modo di approcciare non solo la malattia ma soprattutto l'importanza di ristrutturare la loro relazione per la gestione adeguata delle emozioni e in particolare per la

risoluzioni dei conflitti e l'educazione dei membri della coppia a coinvolgersi nella cura del diabete, a essere realistici nella valutazione dei risultati medici e ad essere supportivi piuttosto che critici.

Per quanto riguarda le **strategie di coppia** messe in atto per la gestione della malattia, è possibile individuare diverse strategie relazionali tra cui quelle di supporto e quelle di controllo⁽¹³⁾. Di norma le prime vengono utilizzate, più o meno inconsapevolmente, per sostenere comportamenti adeguati ad una corretta gestione del diabete mentre le seconde sono attivate per indurre una modifica di quei comportamenti che risultano non corretti. Tra le maggiori tipologie di supporto è possibile individuarne tre: supporto emozionale, supporto strumentale ed informativo⁽¹⁴⁾. Il supporto emotivo include empatia, cura, amore e fiducia in se stessi. Quello strumentale riguarda i finanziamenti, il tempo e le visite; quello informativo include infine consigli/suggerimenti, direttive e informazioni.

I dati della letteratura indicano che i pazienti con malattie croniche ricercano tali tipologie di supporto da differenti persone: emotivo e strumentale dalla famiglia e dal gruppo sociale, mentre quello informativo dagli operatori socio-sanitari. Tutti e tre sono fondamentali per una valida adesione alla cura ma non ci sono ancora indicazioni chiare su quale sia il fattore determinante.

Altri due aspetti della relazione di coppia, definiti come "qualità di relazione" e "intimità", sono associati ad una migliore gestione del diabete non solo in termini di comportamenti di autogestione della malattia ma anche di riduzione di stress e di buon adattamento alla malattia⁽⁸⁾. Allo stesso tempo è stato rilevato che un comportamento troppo ossessivo ed iperprotettivo produce effetti opposti. Va tuttavia precisato che la definizione di "qualità della relazione" presenta qualche difficoltà interpretativa; in genere gli autori che l'hanno utilizzata fanno riferimento ad una serie di comportamenti legati al controllo della dieta (come cucinare insieme e preparare un piano di dieta comune), accordo sulle tempistiche dei pasti, assistenza nella terapia e nel controllo del livello glicemico.

Sono state indagate le caratteristiche che classificano un intervento del partner sano come un comportamento "di aiuto" o meno⁽¹⁵⁾. Un fattore influente è il "bisogno percepito" cioè la modalità con la quale le persone valutano il loro bisogno di aiuto in una situazione. Ad esempio, nel caso di episodi di ipoglicemia l'aiuto è percepito come necessario, mentre essere svegliati per il controllo mattutino della glicemia è percepito un aiuto non necessario.

Un secondo fattore è la "motivazione percepita del coniuge" ovvero il modo con cui vengono valutati i motivi di offerta di aiuto da parte del coniuge. Quando questo è ritenuto genuino e non invasivo viene percepito come aiuto; se invece è percepito come mancanza di fiducia nelle capacità, l'aiuto è considerato negativamente e genera rifiuto e ostilità verso il coniuge *caregiver*.

Riguardo alle strategie di coinvolgimento della coppia nell'affrontare le situazioni di **problem solving**, intese come l'insieme delle reazioni e degli sforzi implicati nella cura del diabete, queste sono importanti predittori dell'andamento della malattia.

Sono state identificate tre **tipologie di relazioni di coping**⁽⁸⁾:

- **Coinvolgimento attivo:** laddove entrambi i partner discorrono sui problemi, esprimono le loro emozioni e utilizzano **metodologie di problem-solving**
- **Protective buffering (protezione tampone):** caratterizzata da una relazione coniugale dove le emozioni circa la malattia vengono evitate e negate
- **Coping comune: i partner risolvono problemi insieme e non individualmente ritenendo la malattia un problema comune e non solo dell'altro.** Una strategia di coping comune può aumentare l'adozione di comportamenti adeguati per cui la cooperazione tra coniugi è alla base del successo⁽¹⁶⁾.

Emergono solo due differenze tra le percezioni dei pazienti e del coniuge: il coniuge sano, rispetto a quello malato, vede più efficace come aiuto il fatto di pianificare le attività familiari in base alle esigenze del diabetico e esercitarsi insieme col paziente⁽⁸⁾.

Le strategie di coping di coinvolgimento attivo sono risultate avere un impatto positivo sull'adozione di **self-care behavior**⁽¹⁶⁾. È possibile ipotizzare che ciò sia dovuto al fatto che il coinvolgimento attivo prevede discussioni e confronti continui nonché l'utilizzazione di tecniche di problem solving.

Tuttavia, tale strategia di coping non sempre può avere effetti sul vissuto di benessere: parlare spesso del diabete non influenza significativamente il benessere del diabetico.

Le strategie di buffering si associano a un abbassamento dei livelli di autostima, sebbene riducano il livello di stress del coniuge malato.

Un'altra caratteristica della relazione coniugale che influenza la gestione del diabete è **la soddisfazione della vita di coppia**. Questa è stata scomposta in due sottovariabili⁽⁸⁾: intimità e adattamento. L'obiettivo degli studi in tale ambito è stato quello di verificare l'impatto di tali variabili attraverso l'utilizzo di *Personal Assessment of Intimacy in Relationships Inventory* con i seguenti risultati. La qualità della relazione influenza l'aderenza alla dieta, agli esercizi fisici e alla terapia medica; la qualità della relazione non influisce sul monitoraggio glicemico.

Un altro strumento utilizzato è stato il "Marital satisfaction" attraverso il quale si sono potute verificare le interazioni tra il livello di soddisfazione coniugale e la gestione del diabete. I risultati di questi studi risultano tuttora controversi: secondo alcuni esiste un'influenza reciproca tra soddisfazione della relazione e adesione alla dieta (e viceversa) ma questo non vale per altri aspetti della gestione della malattia⁽¹⁷⁾.

Conclusioni

Scopo di questa disamina della letteratura è stato sostanzialmente quello di mettere a fuoco le interrelazioni tra diabete mellito tipo 2 e la relazione di coppia, tenendo presente aspetti di cura propri della gestione della malattia.

Il diabete tipo 2 è in grado di influenzare lo stile di vita della coppia⁽¹⁾, agendo soprattutto sull'umore ed influenzando gli stili dei rapporti coniugali ed interpersonali; pertanto la coppia con partner diabetico mette in atto diverse tipologie di comportamento che si attestano in un continuum che va da strategie di supporto vs strategie di controllo⁽¹³⁾. Il contesto relazionale è quindi in grado di influenzare il decorso della malattia, agendo in particolare sull'attivazione di risorse per rispondere alle specifiche esigenze del malato. Occorre però sottolineare come la letteratura analizzata presenti ancora oggi elementi di contraddittorietà. Alcuni autori infatti pongono particolare accento sugli effetti negativi e la disintegrazione duale che la diagnosi di malattia produce, altri hanno al contrario mostrato come la malattia diventi invece un'opportunità per dare nuova forma, in direzione positiva, alla vita relazionale; altri ancora continuano a credere che invece non abbia alcun effetto.

Gli interventi "couple-oriented" hanno in ogni caso prospettive promettenti di attuazione nella clinica anche se non esiste un protocollo condiviso di valutazione della coppia e degli effetti di tale relazione sulla gestione clinica del diabete nel partner malato. Sicuramente si rivela importante lo stile del partner non malato, specie se questo è di tipo supportivo, in quanto favorisce una maggiore adesione al trattamento rispetto al solo aiuto pratico nella gestione della malattia. È inoltre importante la possibilità per la coppia di applicare strategie diverse di coping, dal coinvolgimento attivo, alla gestione condivisa della malattia, o alla "protezione tampone"⁽¹³⁾. Un efficace stile comunicativo, una buona flessibilità⁽⁴⁾, una efficace divisione dei ruoli nella coppia risultano essere predittori rispetto alla gestione della malattia. Infine è emersa l'importanza di attuare da parte dei diabetologi interventi clinici volti alla "gestione" delle emozioni nella coppia e, in particolare, alla risoluzione dei conflitti: questi interventi, se hanno successo, possono portare ad una migliore adesione al trattamento⁽¹²⁾. Educare i membri della coppia nel coinvolgimento nella cura, nell'essere realistici nella valutazione dei dati clinici e nell'essere supportivi piuttosto che critici è quindi una ulteriore possibilità per ottenere una maggiore adesione al trattamento del paziente con diagnosi di diabete.

Conflitto di interessi: nessuno.

BIBLIOGRAFIA

1. Roper S.O., Yorgason J.B. Older Adults With Diabetes and Osteoarthritis and Their Spouses: Effects of Activity

- Limitations, Marital Happiness, and Social Contacts on Partners' Daily Mood. *Family Relations* 58 (4): 460-474, 2009.
- Fisher EB, Thorpe CT, Devellis BM, Devellis RF Healthy coping, negative emotions, and diabetes management: A systematic review and appraisal. *Diabetes Educ* 33(6):1080-103, 2007.
 - Fredman L, Bertrand RM, Martire LM, Hochberg M, Harris EL. Leisure-time exercise and overall physical activity in older women caregivers and non-caregivers from the Caregiver-SOF Study. *Prev Med* 43:226-229, 2006.
 - Miller D.B., Lynne J Marital Interactions in the Process of Dietary Change for Type 2 Diabetes *Journal of Nutrition Education and Behavior* 37(5):226-234, 2005.
 - Loriedo C., Picardi A. Dalla teoria generale dei sistemi alla teoria dell'attaccamento. Percorsi e modelli della psicoterapia sistemico-relazionale. Franco Angeli, Milano 2008.
 - Trief P, Sandberg JG, Ploutz-Snyder R, Brittain R, et al. Promoting couples collaboration in type 2 diabetes: The diabetes support project pilot data Families. *Systems & Health* 9(3): 253-261, 2011.
 - Franks MM, Lucas T, Stephens M, Rook KS, Gonzalez R. Diabetes Distress and Depressive Symptoms: A Dyadic Investigation of Older Patients and Their Spouses. *Family Relations* 59(5): 599-610, 2010.
 - Trief P M, Ploutz-snyder R, Britton K.D, Weinstock R.S, The relationship between marital quality and adherence to the diabetes care regimen. *Annals of Behavioral Medicine* 27(3): 148-54, 2004.
 - Larson R. W., Almeida D. M. Emotional transmission in the daily lives of families: A new paradigm for studying family process. *Journal of Marriage and the Family* 61:5 – 20, 1999.
 - Fekete E. M. Gender and illness role influences on social control interactions and psychosocial well-being of couples living with type 2 diabetes. *The Sciences and Engineering* 67(10-B), 2007.
 - Toobert Dj, Glasgow RE. Assessing diabetes self-management: The summary of diabetes self care activities questionnaire. In Bradley C. (ed) *Handbook of Psychology and diabetes: a guide to psychological measurement in diabetes research and practice*. Basic, New York; 351-375, 1994.
 - Chesla C. A, Fisher L, Skaff M. Mullan, J. T et al. Family predictors of disease management over one year in Latino and European American patients with type 2 diabetes. *Family Process* 3:375-90, 2003.
 - Khan C.M, Stephens Mary A.P, Franks M.M, Rook K. S, Salem J. K. Influences of Spousal Support and Control on Diabetes Management Through Physical activity. *Health Psychology*, doi: 10.1037/a0028609, 2012.
 - Fung K, Type 2 Diabetes: A Couples Study on Spousal Relationship and Health Behaviors. *Dietrich College Honors Theses*, Paper 12, 2009.
 - Bailey B. J, Kahn A. Apportioning illness management authority: how diabetic individuals evaluate and respond to spousal help. *Qualitative Health Research* 3:55-73, 2009.
 - Rohrbaugh M, Mehl M, Shoham V, Reilly E, Ewy G. Prognostic significance of spouse we talk in couples coping with heart failure. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 76(5):781-789, 2008.
 - Franks MM, Sahin ZS, Seidel AJ, Shields CG, Oates JK, Boushey CJ. Table for Two: Diabetes Distress and Diet-Related Interactions of Married Patients With Diabetes and Their Spouses. *Families, Systems & Health* 30(2):154-165, 2012.