

Προσαρμογή στον διαβήτη τύπου II: Η σημασία της αυτορρύθμισης του/της ασθενούς και ο ρόλος του/της συντρόφου

Γεωργία Δημητράκη¹², Παναγιώτης Σίμος¹³, Ευάγγελος Καραδήμας¹⁴



Φωτογραφία Περικλής Αντωνίου

Ο σακχαρώδης διαβήτης αποτελεί ένα σοβαρό ιατρικό, κοινωνικό και οικονομικό πρόβλημα, που αποκτά διαστάσεις επιδημίας τόσο για τις βιομηχανικές όσο και τις αναπτυσσόμενες χώρες, αποτελώντας μείζονα απειλή για τη δημόσια υγεία, κατά τον 21^ο αιώνα, ενώ καταγράφεται ως η πέμπτη αιτία θανάτου στις Ηνωμένες Πολιτείες το 2000 (Anderson, 2002). Η νοσηρότητα και η θνησιμότητα που οφείλονται στον διαβήτη σχετίζονται κυρίως με τις επιπλοκές της ασθένειας με συχνότερες τα καρδιαγγειακά νοσήματα, τη διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια, τη διαβητική νεφροπάθεια, και τη διαβητική νευροπάθεια. Η ύπαρξη τέτοιων προβλημάτων πλήττει τη σχετική με την υγεία ποιότητα ζωής των ασθενών,

¹² Τμήμα Ψυχολογίας Πανεπιστήμιο Κρήτης

¹³ Ιατρική Σχολή Πανεπιστήμιο Κρήτης

¹⁴ Τμήμα Ψυχολογίας Πανεπιστήμιο Κρήτης



προκαλώντας σημαντικά προβλήματα σε διάφορους τομείς της καθημερινότητας τους.

Ο σακχαρώδης διαβήτης συνδέεται στενά με την εμφάνιση κατάθλιψης, καθώς το 1/3 των ασθενών με διαβήτη, δύναται να διαγνωστεί με μείζονα κατάθλιψη (Anderson, Freedland, Clouse, & Lustman, 2001). Η κατάθλιψη δυσχεραίνει την εφαρμογή των συμπεριφορών αυτοφροντίδας στους διαβητικούς ασθενείς, μειώνει τη συμμόρφωση στη θεραπευτική αγωγή και δυσκολεύει την τήρηση ενός προγράμματος υγιεινής διατροφής και τακτικής σωματικής άσκησης (Anderson et al., 2007. Gonzalez et al., 2007). Εκτός από την κατάθλιψη, οι διαβητικοί ασθενείς έχουν διπλάσιες πιθανότητες να εμφανίσουν αγχώδη διαταραχή, σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό, (Bouwman et al., 2010) πράγμα που δυσχεραίνει την πρόγνωση της ασθένειας, καθώς δυσκολεύει τον/την ασθενή στην εφαρμογή των συμπεριφορών αυτοφροντίδας του διαβήτη (π.χ., Inui et al., 1998).

Λόγω των πολλαπλών απαιτήσεων και της γενικότερης επιβάρυνσης που επιφέρει μία χρόνια νόσος όπως ο διαβήτης, ιδιαίτερη σημασία για την πρόοδο της νόσου έχουν οι διαδικασίες και στρατηγικές αυτορρύθμισης. Σύμφωνα με το ευρέως διαδεδομένο μοντέλο της κοινής λογικής η έννοια της αυτορρύθμισης αφορά στην κατανόηση των παραγόντων οι οποίοι είναι σε θέση να επηρεάσουν πώς το άτομο αντιλαμβάνεται την απειλή της ασθένειας, τη σχέση μεταξύ αυτών των αντιλήψεων και της εμφάνισης αντίστοιχων συμπτωμάτων, αλλά και πώς αυτές οι προσωπικές πεποιθήσεις συντελούν τελικά στη λήψη αποφάσεων σχετικά με τις συμπεριφορές αυτοφροντίδας (π.χ., Leventhal, Brissette & Leventahal, 2003). Σύμφωνα με το μοντέλο της κοινής λογικής, όταν απειλείται η υγεία σταδιακά αρχίζουν να διαμορφώνονται αναπαραστάσεις σε δυο επίπεδα: η γνωστική αναπαράσταση που αφορά τη φύση της απειλής και η συναισθηματική αναπαράσταση, όπως είναι ο φόβος. Έτσι πρώτα αναγνωρίζεται η απειλή και έπειτα το συναίσθημα που σχετίζεται με αυτή. Οι αναπαραστάσεις που θα δημιουργηθούν θα επηρεάσουν τις στρατηγικές διαχείρισης που θα εφαρμοστούν. Οι τελευταίες αφορούν στην προσπάθεια του ατόμου να ελέγξει τον φόβο και τα άλλα συναισθήματα που σχετίζονται με την ασθένεια, αλλά και με την επίτευξη στόχων σχετικών με την υγεία.

Στη χρόνια νόσο η σχέση αναπαραστάσεων της ασθένειας και υποκειμενικής υγείας τεκμηριώνεται από πλήθος μελετών. Παρόμοια σχέση έχει αναφερθεί και σε ασθενείς που πάσχουν από διαβήτη. Έτσι, για παράδειγμα, η αντιλαμβανόμενη από

τους/τις ασθενείς έλλειψη ελέγχου στη νόσο και η πεποίθηση ότι η νόσος έχει σοβαρές συνέπειες, σχετίζεται με αυξημένα επίπεδα κατάθλιψης, άγχους αλλά και περαιτέρω επιβάρυνσης στη σωματική υγεία (Paschalides, Wearden, Dunkerley, Bundy, Davies, & Dickens, 2004). Τα ευρήματα των ερευνών αυτών, επιβεβαιώθηκαν σε πρόσφατη μελέτη σε πληθυσμό 84 ασθενών (29 γυναίκες) με μέση ηλικία 64.65 έτη (TA = 11.47), από τα δύο δημόσια νοσοκομεία της Περιφερειακής Ενότητας Ηρακλείου (Δημητράκη, 2012). Συγκεκριμένα, η αναγνώριση σοβαρών συνεπειών της νόσου και της κυκλικότητας των συμπτωμάτων, βρέθηκε να συσχετίζεται θετικά με την κατάθλιψη και το άγχος και αρνητικά με τη γενική σωματική υγεία, στους/στις ασθενείς που έπασχαν από διαβήτη τύπου 2. Αντίθετα, η πεποίθηση στη δυνατότητα ελέγχου της ασθένειας, συσχετίστηκε με ηπιότερα καταθλιπτικά συμπτώματα και καλύτερα επίπεδα υγείας (Πίνακας 1).

Πίνακας 1: Συσχετίσεις (*Pearsonr*) της υποκειμενικής σωματικής και ψυχικής υγείας με τις αναπαραστάσεις της ασθένειας (N=84 ασθενείς με διαβήτη τύπου 2)

	ΜΟ	ΤΑ	1	2	3	4	5	6
Γενική Υγεία	42,57	22,25	-					
Κατάθλιψη	0,80	0,59	-0,48**	-				
Άγχος	0,98	0,65	-0,43**	0,80**	-			
Συνέπειες	3,30	0,95	-0,46**	0,43**	-0,00	-		
Προσωπικός έλεγχος	3,78	0,88	0,31**	-0,35**	00,16	-0,14	-	
Κυκλικότητα	3,24	1,10	-0,38**	0,38**	0,38**	0,29**	-0,22**	-

Σημείωση: ΜΟ= Μέσος όρος. ΤΑ= Τυπική απόκλιση

** $p < 0.01$

Στο επίπεδο της συμπεριφοράς, οι πάσχοντες από διαβήτη, που υιοθετούν κατά κύριο λόγο στρατηγικές που εστιάζουν στο πρόβλημα, σε αντίθεση με αυτές που εστιάζουν στο συναίσθημα, παρουσιάζουν χαμηλά επίπεδα ψυχολογικής δυσφορίας, έχουν καλύτερη προσαρμογή και καλύτερο γλυκαιμικό έλεγχο (Karlsen, Idsoe, Hanestad, Murberg, & Bru, 2004. Sultan & Heurtier-Hartmann, 2001).



Επιπλέον, η αίσθηση ελέγχου αποτελεί ισχυρό προβλεπτικό παράγοντα για την εφαρμογή λειτουργικών διατροφικών συμπεριφορών στο διαβήτη τύπου 2. Οι ασθενείς εκείνοι που αντιλαμβάνονται τον διαβήτη ως μια ιδιαίτερα σοβαρή νόσο, αναγνωρίζοντας παράλληλα πως η θεραπεία που λαμβάνουν μπορεί να είναι αποδοτική, υιοθετούν ευκολότερα ένα πρότυπο διατροφής σύμφωνα με τις απαιτήσεις της ασθένειας τους και επιδίδονται ευκολότερα σε τακτική σωματική άσκηση (Glasgow, Hampson, Strycker, & Ruggiero, 1997. Hampson, Glasgow, & Foster, 1995). Σημαντικό ακόμα είναι ότι οι ασθενείς που αποδίδουν την αιτία του διαβήτη σε εσωτερικούς παράγοντες και αναγνωρίζουν ως βοηθητική τη θεραπεία που λαμβάνουν, θα παρουσιάσουν καλύτερο γλυκαιμικό έλεγχο. Με άλλα λόγια, μια ισχυρή πεποίθηση σχετική με την ύπαρξη προσωπικής ευθύνης στην αιτιολογία του διαβήτη, συντελεί στη διατήρηση χαμηλών επιπέδων σακχάρου, σχέση που είναι ισχυρότερη στις γυναίκες από τους άνδρες (Hampson et al., 1995).

Ο ρόλος της οικογένειας στη διαχείριση της χρόνιας ασθένειας

Πέρα από την επίδραση της χρόνιας ασθένειας στον ίδιο τον πάσχοντα, ιδιαίτερη έμφαση δίδεται στον ρόλο που μπορεί να διαδραματίσουν η οικογένεια και οι στενοί φίλοι (Patterson & Garwick, 1994. Revenson, 1994). Το κοινωνικό δίκτυο ενός χρόνιου ασθενούς μπορεί να επηρεαστεί σημαντικά από την ασθένεια, αλλά και να συντελέσει στην υιοθέτηση συμπεριφορών σχετικών με την υγεία, να συμβάλει στην αλλαγή προγενέστερων συμπεριφορών που τώρα έχουν καταστεί δυσλειτουργικές, και γενικότερα να εμπλακεί πιο ενεργά στη διαχείριση της ασθένειας (Kerns & Weiss, 1994. Reich & Zautra, 1995). Η χρόνια σωματική ασθένεια δεν αποτελεί διαδικασία που αφορά μονάχα στον/στην ασθενή αλλά και σε αυτούς οι οποίοι ζουν μαζί του, κυρίως όμως πλήττει τον/τη σύντροφό του. Ο/η σύντροφος του/της ασθενούς θα αποτελέσει βασικό παράγοντα του θεραπευτικού σχεδιασμού κατά τη φάση της διάγνωσης της ασθένειας. Στην πραγματικότητα, λίγα είναι τα ζευγάρια τα οποία έχουν προβλέψει τέτοιες ραγδαίες αλλαγές (Manne et al., 2003). Οι χρόνιες ασθένειες μπορεί να απειλήσουν τη ζωή του ατόμου, αλλά ταυτόχρονα επιδρούν και στην ευεξία του/της συντρόφου του, στην κοινωνική του ταυτότητα, στην ανάληψη και διεκπεραίωση συγκεκριμένων ρόλων, και στην οικονομική ευημερία και δυσχεραίνουν τον σχεδιασμό του μέλλοντος. Ο/η σύντροφος του/της ασθενούς ξαφνικά έρχεται αντιμέτωπος/η με την ανάληψη



ευθυνών, όπως το νοικοκυριό, τη μείωση του οικογενειακού εισοδήματος, τις απαιτήσεις της θεραπείας, τη διαχείριση των φόβων σχετικά με την απώλεια, αλλά και την αντιμετώπιση έντονων συναισθηματικών αντιδράσεων του/της συζύγου (D'Ardenne, 2004). Αυτά έχουν ως αποτέλεσμα τη διατάραξη των κανονικών ρυθμών αλληλεπίδρασης του ζευγαριού, προκαλώντας νέες εντάσεις αλλά και μεγαλύτερη σωματική και συναισθηματική επιβάρυνση και για τους δύο. Με άλλα λόγια, οι σύντροφοι των χρόνιων πασχόντων επηρεάζονται άμεσα, καθώς έρχονται αντιμέτωποι με πολλαπλές ευθύνες αναφορικά με τη φροντίδα των ασθενών (Baanders & Heijmans, 2007). Πέρα όμως από τις δυσκολίες που παρατηρούνται στην προσαρμογή, αρκετές οικογένειες καταφέρνουν να αποδώσουν θετικό νόημα στην εμπειρία της ασθένειας και να εντάξουν τη διαχείριση αυτής στην καθημερινότητά τους.

Η δυαδική προσέγγιση στη χρόνια ασθένεια

Οι άνθρωποι που εμπλέκονται σε δυαδική σχέση, ή ακόμη και σε σύντομη δυαδική αλληλεπίδραση, συχνά επηρεάζονται μεταξύ τους, ως προς τη γνωστική λειτουργία, το συναίσθημα και τη συμπεριφορά (Kelley et al., 1983). Μια διαδεδομένη προσέγγιση αυτών των φαινομένων βασίζεται στη θεωρία της αλληλεξάρτησης των Kelley και Thibaut (1978), όπου αναγνωρίζεται η ύπαρξη αλληλεξάρτησης στους/στις συντρόφους, ώστε η αλληλεπίδραση μεταξύ τους να είναι απόρροια της δυνάδας και όχι αποτέλεσμα της συμπεριφοράς του ενός ή της συμπεριφοράς του άλλου.

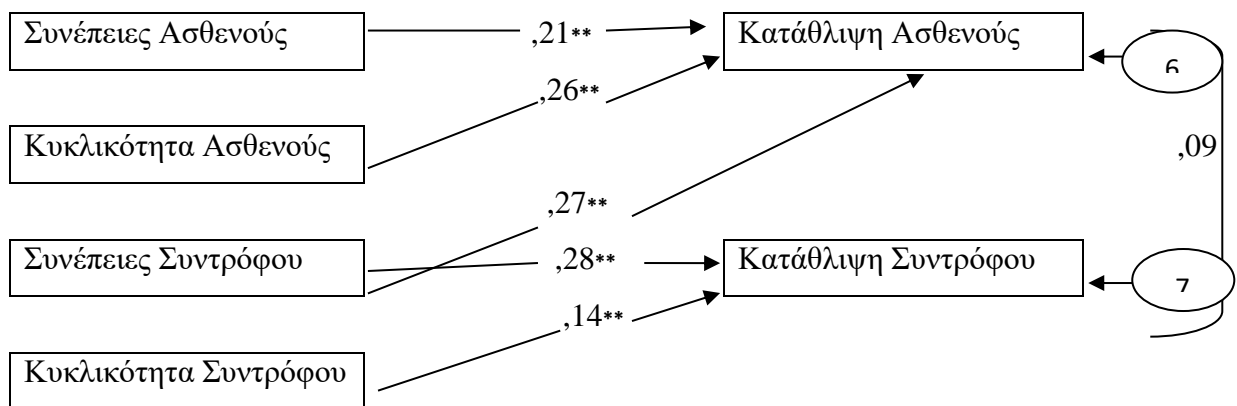
Πρόσφατα, όμως, η εφαρμογή της δυαδικής προσέγγισης στην αντιμετώπιση της χρόνιας ασθένειας υπογραμμίζει πως όταν ένα ζευγάρι έρχεται αντιμέτωπο με έναν στρεσογόνο παράγοντα, όπως είναι η χρόνια ασθένεια, οι στρατηγικές διαχείρισης του στρες που διαθέτουν και οι δύο σύντροφοι θα ενεργοποιηθούν, με σκοπό να διατηρηθεί ή να αποκατασταθεί η ομοιότητα στο άτομα, στα πλαίσια της συζυγικής σχέσης. Οι στρατηγικές που εφαρμόζονται από τα μέλη της δυνάδας διαφοροποιούνται στις διάφορες φάσεις του κύκλου ζωής και εναρμονίζονται πάντοτε με το τρέχον στάδιο της ασθένειας, ώστε η καθημερινή αλληλεπίδραση των συντρόφων να καταστεί αποτελεσματική ως προς τη διαχείριση των καθημερινών στρεσογόνων γεγονότων και καταστάσεων (Berg & Urchurch, 2007).



Η υιοθέτηση του δυαδικού μοντέλου, όπου ενσωματώνονται οι συμπεριφορές, τα κίνητρα και τα συναισθήματα του/της ασθενούς και του/της συντρόφου μπορεί να συντελέσει στην αποτελεσματικότητα παρεμβάσεων αναφορικά με τη βελτίωση της επικοινωνίας και της επίλυσης προβλημάτων στα ζευγάρια, καθώς τα δυσλειτουργικά πρότυπα επικοινωνίας όχι μόνο δυσχεραίνουν την προσαρμογή στη χρόνια ασθένεια, αλλά και αποτελούν κίνδυνο για καρδιολογικά προβλήματα, ανοσολογικές και ενδοκρινικές ανωμαλίες (Kiecolt-Glaser & Newton, 2001. Robles & Kiecolt-Glaser, 2003). Στις ασθένειες αυτές, εντάσσεται και ο διαβήτης τύπου 2, λόγω του ότι επιδρά έντονα στη ζωή των ασθενών. Ελάχιστες μελέτες εστιάζονται στο κατά πόσο οι ψυχολογικές επιπτώσεις της ασθένειας στον/στη σύντροφο μπορούν να προβλεφτούν από τις συμπεριφορές των ασθενών απέναντι σε αυτούς. Στο πλαίσιο αυτό, οι Schokker et al. (2010) χρησιμοποίησαν το δυαδικό μοντέλο, με σκοπό να μελετήσουν πώς ο τρόπος παροχής φροντίδας επηρεάζει την ικανοποίηση από τη σχέση τόσο για τον/την ασθενή, όσο και τον/τη σύντροφο. Έτσι λοιπόν, η ικανοποίηση από τη σχέση συνδέεται θετικά με την παροχή ενεργού στήριξης και αρνητικά με μοντέλα στήριξης, στα οποία κυριαρχεί η αποφυγή συγκρούσεων και η «προσποίηση» ότι τα πράγματα πηγαίνουν καλά. Το γεγονός ότι η σχέση αυτή επιβεβαιώνεται για τους/τις συντρόφους αποδεικνύει ότι ο διαβήτης μπορεί να έχει αντίκτυπο και στα δύο μέλη της σχέσης, αλλά και ότι μπορούν εξίσου και οι δύο να επωφελούνται ή να βλάπτονται από τα μοντέλα στήριξης που υιοθετούν. Χρησιμοποιώντας παρόμοιες τεχνικές δυαδικής ανάλυσης δεδομένων, οι Franks, Lucas, Stephens, Rool και Gonzalez (2010) βρήκαν ότι η σχετική με τον διαβήτη δυσφορία συνδέεται με καταθλιπτικά συμπτώματα, τόσο για τον/την ασθενή, όσο και τον/τη σύντροφό του, σχέση η οποία είναι ισχυρότερη για τους άνδρες σε σχέση με τις γυναίκες ασθενείς.

Σ' αυτό το πλαίσιο, στη μελέτη που αναφέρθηκε παραπάνω (Δημητράκη, 2012), μελετήθηκε επίσης η αλληλεπίδραση μεταξύ (α) αντιλαμβανόμενων συνεπειών της ασθένειας και (β) της πεποίθησης ότι τα συμπτώματα της ασθένειας παρουσιάζουν ανεξέλεγκτη κυκλικότητα στη σχέση τους με την υποκειμενική υγεία. Βρέθηκε ότι η αντίληψη ότι η ασθένεια έχει σοβαρές επιπτώσεις στο άτομο συνδέεται με την εμφάνιση καταθλιπτικών συμπτωμάτων τόσο για τον/την ασθενή όσο και για τον/τη σύντροφό του. Επιπρόσθετα, η κατάθλιψη που βιώνει ο/η ασθενής μπορεί να προβλεφθεί, όχι μόνο από τις δικές του/της αναπαραστάσεις αλλά και από αυτές του/της συντρόφου του. Επιπλέον, η αντίληψη τόσο του/της ασθενούς, όσο και

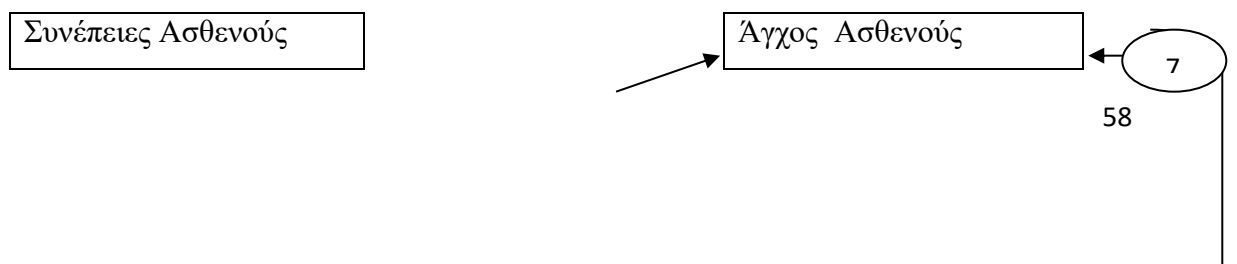
του/της συντρόφου περί κυκλικότητας των συμπτωμάτων του πρώτου σχετίζεται σημαντικά με τη βαρύτητα των συμπτωμάτων κατάθλιψης που αναφέρουν και οι δύο (Σχήμα 1). Υψηλότερα επίπεδα άγχους παρουσιάζονται στα ζευγάρια εκείνα όπου η ασθένεια αναγνωρίζεται ως λιγότερο σταθερή και προβλέψιμη (Σχήμα 2), ενώ αρνητική αναπαράσταση του συντρόφου για τη σταθερότητα της ασθένειας μπορεί να επιδεινώσει το επίπεδο γενικής υγείας του ασθενούς. Αντίθετα, η επίδραση που θα έχει η ασθένεια στον/τη σύντροφο, φαίνεται ότι καθορίζεται μονάχα από τις πεποιθήσεις που ο ίδιος διαμορφώνει (Σχήμα 3). Παρατηρούμε, λοιπόν, ότι οι σύντροφοι τείνουν να στηρίζονται στις δικές τους πεποιθήσεις. Έτσι, προσαρμόζουν τη συμπεριφορά και τις αντιδράσεις τους, με βάση αυτές. Αντίθετα, η στάση του/της ασθενούς απέναντι στον διαβήτη, αποτελεί απόρροια τόσο των δικών του/της αντιλήψεων, όσο και αυτών που ο/η σύντροφος διαμορφώνει.

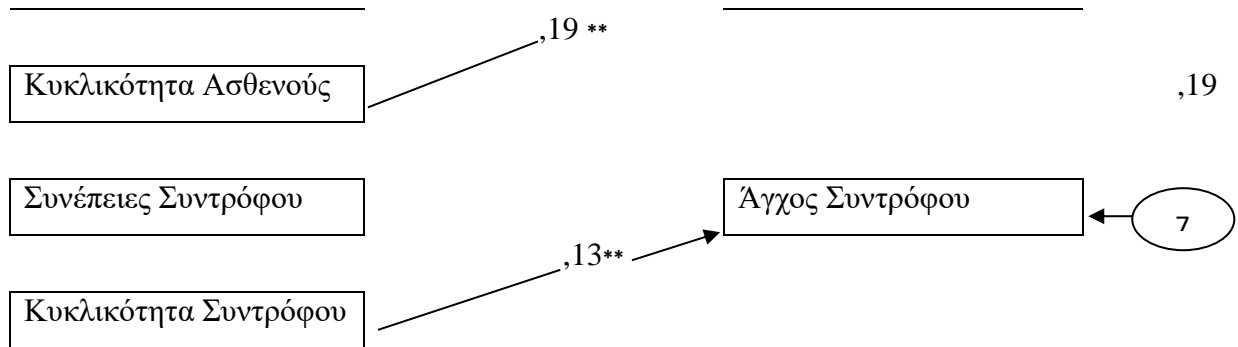


Σχήμα 1. Β-τιμές από την ανάλυση των δομικών μοντέλων εξισώσεων για τις επιδράσεις των δρώντων (actor effects) και συντρόφων (partner effects) στην κατάθλιψη (N=84 ζευγάρια).

Σημείωση: Για λόγους ευκρίνειας, οι συνδιακυμάνσεις μεταξύ των μεταβλητών που δεν ήταν στατιστικά σημαντικές έχουν παραληφθεί από το παραπάνω σχήμα.

** $p < 0.01$

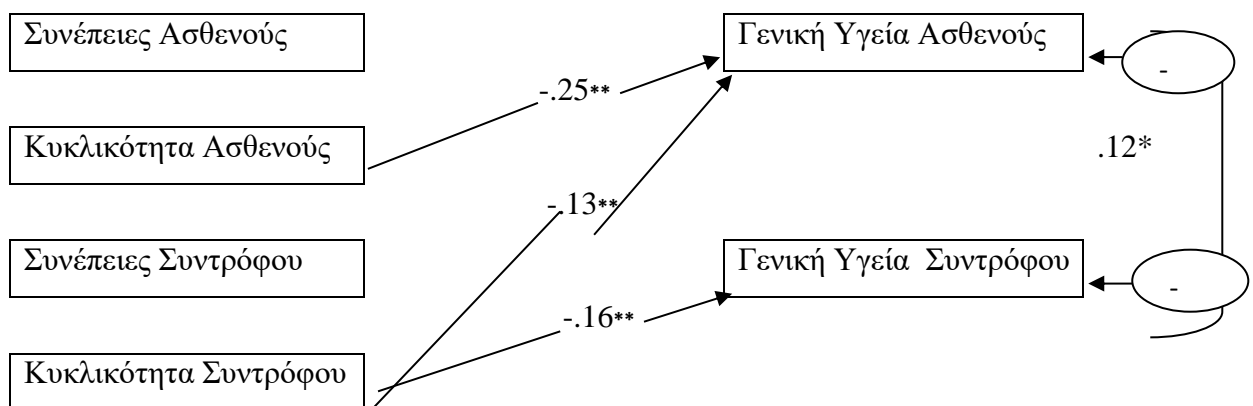




Σχήμα 2. Β-τιμές από την ανάλυση των δομικών μοντέλων εξισώσεων για τις επιδράσεις των δρώντων και συντρόφων στο άγχος (N=84 ζευγάρια).

Σημείωση: Για λόγους ευκρίνειας, οι συνδιακυμάνσεις μεταξύ των μεταβλητών που δεν ήταν στατιστικά σημαντικές έχουν παραληφθεί από το παραπάνω σχήμα.

** $p < 0.01$



Σχήμα 3. Β-τιμές από την ανάλυση των δομικών μοντέλων εξισώσεων για τις επιδράσεις των δρώντων και συντρόφων στη γενική υγεία (N=84 ζευγάρια).

Σημείωση: Για λόγους ευκρίνειας, οι συνδιακυμάνσεις μεταξύ των μεταβλητών που δεν ήταν στατιστικά σημαντικές έχουν παραληφθεί από το παραπάνω σχήμα.

** $p < 0.01$

Τα ευρήματα αυτά, θα μπορούσαν να αποδειχτούν ιδιαίτερα χρήσιμα κατά την κλινική πράξη. Η παρατήρηση ότι τα προβλήματα που συνδέονται με τον διαβήτη



επηρεάζουν εξίσου και την ευεξία του/της συντρόφου, καταδεικνύει την ανάγκη τροποποίησης των παρεμβάσεων, οι οποίες «καλωσορίζουν» τη συμμετοχή του/της συντρόφου, χωρίς όμως στην πραγματικότητα να τον/την εντάσσουν, ουσιαστικά, στη διαχείριση των απαιτήσεων του διαβήτη (Franks et al. 2010). Στοχεύοντας, λοιπόν, στη βελτίωση της προσαρμογής των ασθενών που πάσχουν από διαβήτη, χρειάζεται να δώσουμε έμφαση όχι μόνο στις πεποιθήσεις και τις στρατηγικές που το άτομο χρησιμοποιεί για να αντεπεξέλθει, αλλά και στις αναπαραστάσεις που ο/η σύντροφος διαμορφώνει για την ασθένεια. Έτσι, η συμμετοχή των συντρόφων στις διάφορες ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις για τη χρόνια ασθένεια, έχει αποδεχτεί ιδιαίτερα αποτελεσματική, σε σχέση με τις παρεμβάσεις εκείνες, όπου εστιάζουν αποκλειστικά στον/την ασθενή (Martire, 2005. Martire, Lustig, Schulz, Miller, & Helgeson, 2004). Ιδιαίτερα θετικά αποτελέσματα παρουσιάζουν οι παρεμβάσεις, οι οποίες εστιάζουν στη διαχείριση ζητημάτων της συντροφικής σχέσης, όπως είναι η επικοινωνία σχετικά με την ασθένεια, αλλά και το πώς η ίδια η ασθένεια επηρεάζει την ποιότητα της σχέσης (Scott, Halford & Ward, 2004), ενώ άλλες εστιάζουν στην κοινωνική υποστήριξη και τις στρατηγικές διαχείρισης της ασθένειας (Bodenmann, Charvoz, Cina & Widmer, 2003. Bodenmann & Shantinath, 2004. Widmer, Cina, Charvoz, Shantinath, & Bodenmann, 2005).

Βιβλιογραφία

- Anderson, D., Horton, C., O'Toole, M. L., Brownson, C. A., Fazzino, P. Fischer, E. B. (2007). Integrating depression care with diabetes care in real-world settings: lessons from the Robert Wood Johnson Foundation Diabetes Initiative. *Diabetes Spectrum*, 20, 10-16.
- Anderson, R. J., Freedland, K. E., Clouse, R. E. & Lustman, P. J. (2001). The prevalence of comorbid depression in adults with diabetes: a metaanalysis. *Diabetes Care*, 24, 1069– 1078.
- Baanders, A.N. & Heijmans, M. (2007). The impact of chronic diseases: the partner's perspective. *Family and Community Health*, 30, 305–17.
- Berg, C.A. & Upchurch, R. (2007). A developmental-contextual model of couples coping with chronic illness across the adult life span. *Psychological Bulletin*, 133, 920–954.



- Bodenmann, G. & Shantinath, S.D. (2004). The Couples Coping Enhancement Training (CCET): A new approach to prevention of marital distress based upon stress and coping. *Family Relations*, 53, 477–484.
- Bodenmann, G., Charvoz, L., Cina, A. & Widmer, K. (2001). Prevention of marital distress by enhancing the coping skills of couples: 1-year follow-up-study. *Swiss Journal of Psychology*, 60, 3–10.
- Bouwman, V., Adriaanse, M. C, Van 't Riet, E., Snoek, F.J., Dekker, J.M. & Nijpels, G. (2010). Depression, anxiety and glucose metabolism in the general Dutch population: the new Hoorn study. *PloS One*, 5, e9971.
- D'Adrenne, P. (2004). The couple sharing long-term illness. *Sexual and Relationship Therapy*, 19, 291-308.
- Fisher, L. & Weihs, K. L. (2000). Can addressing family relationships improve outcomes in chronic disease? *Journal of Family Practice*, 49, 561 – 566.
- Franks, M. M., Lucas, T., Stephens, M. A., Rook, K. S., & Gonzalez, R. (2010). Diabetes Distress and Depressive Symptoms: A dyadic Investigation of older patients and their spouse. *Family Relations*, 59, 599-610.
- Glasgow, R. E., Funnell, M. M., Bonomi, A. E., Davis, C., Beckham, V. Wagner, E. H. (2002). Self – management aspects of the improving chronic illness care breakthrough series: implementation with diabetes and heart failure teams. *Annals of Behavioral Medicine*, 24, 80–87.
- Gonzalez, J. S., Safren, S. A., Cagliero, E., Wexler, D. J., Delahanty, L., Wittenberg, E., Blais, M. A., Meigs, J. B. & Grant, R. W. (2007). Depression, self-care, and medication adherence in type 2 diabetes: relationships across the full range of symptom severity. *Diabetes Care*, 30, 2222-2227.
- Hampson, S. E., Glasgow, R. E. & Foster, L. S. (1995). Personal models of diabetes among older adults: relationship to self-management and other variables. *Diabetes Education*, 21, 300–307
- Inui, A., Kitaoka, H., Majima, M., Majima, M., Takamiya, S., Uemoto, M., Yonenaga, C., Honda, M., Shirakawa, K., Ueno, N., Amano, K., Morita, S., Kawara, A., Yokono, K., Kasuga, M. & Taniguchi, H. (1998). Effect of the Kobe earthquake on stress and glycemic control in patients with diabetes mellitus. *Archives of Internal Medicine*, 158, 274–288.
- Karlsen, B., Idsoe, T., Hanestad, B. R., Murberg, T. & Bru, E. (2004). Perceptions of support, diabetes-related coping and psychological well-being in adults with type 1 and type 2 diabetes. *Psychology, Health and Medicine*, 9, 53–70.



- Kelly, N.H., Rummel, D. R. & Jackson, L. R. (1983). Research in structures and materials for future space-transportation system: An overview. *Journal of Spacecraft and Rockets*, 20, 89-95.
- Kelley, H.H., & Thibaut, T. W. (1978). *Interpersonal relations: A theory of interdependence*. New York: Wiley.
- Kerns, R. D. & Weiss, L. H. (1994). Family influences on the course of chronic illness: A cognitive-behavioral transactional model. *Annals of Behavioral Medicine*, 16, 116–12
- Kiecolt-Glaser, J. K. & Newton, T. L. (2001). Marriage and health: His and hers. *Psychological Bulletin* 127, 472–503.
- Leventhal, H., Brissette, I. & Leventhal, E. A. (2003). The common-sense model of self-regulation of health and illness. In L.D. Cameron & H. Leventhal (Eds.), *The self-regulation of health and illness behaviour* (pp. 42–65). Routledge.
- Manne, S., Ostroff, J., Sherman, M., Glassman, M., Ross, S., Goldstein, L. & Fox, K. (2003). Buffering effects of family and friend support on associations between partner unsupportive behaviors and coping among women with breast cancer. *Journal of Social and Personal Relationships*, 20, 771 – 792.
- Martire, L. (2005) The ‘relative’ efficacy of involving family in psychosocial interventions for chronic illness: are there added benefits to patients and family members? *Families, Systems, and Health*, 23, 312–328.
- Martire, L., Lustig, A. P., Schulz, R., Miller, G. E., & Helgeson, V. S. (2004). Is it beneficial to involve a family member? A meta-analysis of family-focused interventions for chronic illness? *Health Psychology*, 23, 599-611.
- Paschalides, C., Wearden, A. J., Dunkerly, R., Bundy, C., Davies, R. & Dickens, C. M. (2004). The associations of anxiety, depression and personal illness representations with glycaemic control and health-related quality of life in patients with type 2 diabetes mellitus. *Journal of Psychosomatic Research*, 57, 557–564.
- Patterson, J. M. & Garwick, A.W. (1994). The impact of chronic illness on families: A family systems perspective. *Annals of Behavioral Medicine*, 16, 131-142.
- Reich, J.W., & Zautra, A.J. (1995). Spouse encouragement of self-reliance and other reliance in rheumatoid arthritis couples. *Journal of Behavioral Medicine*, 18, 249–260.
- Robles, T. F., & Kiecolt-Glaser, J. K. (2003). The physiology of marriage: Pathways to health. *Physiology & Behavior*, 79, 409–416.
- Schokker, M.C., Links, T.P., Bouma, J., Keers, J.C., Sanderman, R., Wolffenbuttel, B.H.R., & Hagedoorn, M. (2010). The role of overprotection by the partner in



- coping with diabetes: a moderated mediation model. *Psychology & Health*, 26, 73-64.
- Sultan, S., &Heurtier-Hartmann, A. (2001). Coping and distress as predictors of glycemic control in diabetes. *Journal of Health Psychology*, 6, 731–739.
- Widmer, K., Cina, A., Charvoz, L., Shantinath, S., &Bodenmann, G. (2005). A model dyadic coping intervention. In T.A. Revenson, K. Kayser, & G. Bodenmann (Eds.), *Emerging perspectives on couples coping withstress*(pp. 159–174). Washington, DC: American Psychological Association.