

A DOENÇA CRÓNICA, O DOENTE CRÓNICO E A SUA FAMÍLIA. Repercussão Psicossocial da Diabetes*

LUÍS REBELO

Centro de Saúde de Sete Rios. A.R.S. de Lisboa. Lisboa

RESUMO

A propósito de uma revisão sobre a mútua influência entre a diabetes, o diabético e a sua família, o autor revê a literatura sobre o "peso" da área psicossocial no trabalho clínico do médico de família. Igualmente, confirma a grande prevalência da doença crónica e a importância do ecossistema familiar quer como apoio quer como problema para a pessoa portadora deste tipo de doença. A literatura sobre as doenças crónicas indica que existe uma correlação negativa entre a disfunção familiar e o controle e prognóstico deste tipo de doenças. São revistas as áreas que mais e melhor têm sido estudadas neste âmbito. A diabetes, como doença crónica progressiva, podendo surgir em diferentes fases do ciclo individual e familiar, impõe uma abordagem sistémica, multiprofissional, integradora e interactiva. Assim, tendo por pano de fundo o controlo da diabetes, são revistas as influências da família do diabético no geral, das atitudes parentais, da organização familiar e dos acontecimentos de vida familiares. Por fim, é considerado o papel da equipa de saúde e em especial do médico de família no controlo satisfatório deste tipo de doentes. Aponta-se como exemplo do contributo específico da Medicina Geral e Familiar, o aumento de adesão ao regime terapêutico por parte do diabético.

SUMMARY

The Chronic Disease, The Chronic Patient and his Family. The Psychosocial Influence on Diabetes

Concerning a revision about the mutual influence between the diabetes, the diabetic and his family, the author reviews the literature about the psychosocial area of the Family Physician content's work. It is also confirmed the high prevalence of the chronic disease and the importance of the family ecosystem, not only as support but also as problem to the bearing person of such type of disease. Studies of chronic disease indicate that family dysfunction is associated with poor health outcomes. The areas which more and better have been studied in this scope are reviewed. Thus, having as backdrop the diabetes management, the family's diabetic influence in general is reviewed, as well as the parental attitudes, the family organization and the family life events. Finally, the health care team role is reviewed and particularly the role of the family physician in the management of this type of patients. It is pointed out, as example of the Family Medicine specific contribution, the improving cooperation with medical treatment from the diabetic.

INTRODUÇÃO

Qualquer médico de família, ao recordar o seu dia a dia profissional, sente nele o peso da área psicossocial. Ou porque são os pacientes que como motivo de consulta apresentam o conflito conjugal ou a solidão em que vivem, o stress laboral que já não aguentam mais, a falta de recursos económicos que não permitem a compra dos medicamentos, o insucesso escolar do filho, etc. ou são motivos de consulta latentes ou ocultos — a falta ao emprego que se quer justificar, a segurança pessoal que se anseia após um diagnóstico de neoplasia na família ou os maus tratos do marido alcoólico.

Jencks e Yates^{1,2} estimaram que um quarto dos pacientes que vão às consultas dos médicos de família apresentam *problemas psicossociais relevantes*. Katon *et al* chegaram a um valor de 50% no grupo que estudaram e Zola *et al*⁴, estimaram em 80% as consultas de medicina familiar que tinha por base factores psicossociais os quais se manifestavam por queixas de difícil classificação.

Não se conhecendo nenhum trabalho português sobre este assunto, não parece arriscado pensar que entre nós a situação seja semelhante.

Por outro lado, sabemos que a doença crónica está a aumentar a sua prevalência e ultrapassou há muito a doença aguda como principal causa de morbidade e mortalidade nos E.U.A³ e também em Portugal⁶, situação que tenderá a aumentar com o progressivo envelhecimento da população.

Não é de estranhar que sejam os pacientes com doença crónica aqueles que mais consultas consomem em Portugal⁶ e que preencham quase a totalidade da disponibilidade do dia de trabalho do médico de família.

Pelo que foi dito, compreende-se quão importante será para o médico estar atento e saber avaliar os apoios, os recursos psicossociais dos seus pacientes. Em especial, saber estudar as suas famílias, pois *a família pode considerar-se como o mais importante apoio social existente, sobretudo se a ela juntarmos os amigos e outros grupos comunitários*^{7,8}.

Quantas vezes já nos demos conta como foi importante a valorização de certos aspectos psicossociais para que certas doenças crónicas fossem controladas satisfatoriamente — o papel do cônjuge na adesão à polimedicação anti-hipertensiva, a vizinha e o centro de dia, a formação religiosa e a perspectiva da morte, a experiência de doença grave na família, a escolaridade, a classe social e o uso dos serviços de saúde, etc.

A mútua influência entre a saúde e a família tem suscitado na última década enorme atenção por parte de investigadores de praticamente todas as especialidades. Não há livro de texto de Medicina Familiar que não tenha um capítulo sobre o assunto.

Hoje, já se fala da *ciência familiar ou familiologia* como o novo termo usado para descrever o campo multidisciplinar do estudo da Família. De particular importância têm sido os contributos dos terapeutas familiares, epidemiologistas, sociólogos e médicos de família do continente americano.

Entre os aspectos que têm sido estudados e que apresentam resultados mais consistentes, salientam-se a influência da família no risco cardiovascular, as consequências da viuvez para a saúde, a influência dos pais no uso dos cuidados de saúde pelos filhos, a resposta familiar ao aparecimento de um caso de neoplasia, a relação entre a funcionalidade familiar e o controlo da diabetes,

* Texto de Apoio do 1º Curso de Diabetes da Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral. Fevereiro de 1992.

a doença coronária e a relação conjugal e outras variáveis familiares^{9,10}.

Também o impacto da doença na família tem suscitado o interesse e a investigação de muitos¹¹.

No geral é defendida uma abordagem sistémica, dada a inadequação do modelo de casualidade linear no estudo da doença crónica e das suas interacções com a pessoa, a família e outros subsistemas biopsicosociais^{12,13}.

A diabetes como doença, a pessoa diabética-criança, jovem ou adulto, a família do diabético nos seus diferentes tipos e estruturas, as organizações comunitárias de saúde, de auto-ajuda ou outras, representam, no seu conjunto, uma teia complexa que tem que ser reconhecida pelo médico de família – o profissional pivot neste enquadramento – se ele quiser transformar o *doente diabético* na *pessoa saudável com diabetes*..

A DOENÇA CRÓNICA E A FAMÍLIA

As famílias e a doença crónica convivem universalmente.

Segundo dados de 1980, do Departamento Americano do Comércio, metade das pessoas com mais de 65 anos e um quarto das pessoas com idades entre os 45 e os 65 anos estão limitadas na sua actividade diária por terem pelo menos uma doença crónica.

Campbell, na sua revisão bibliográfica de 1986, sobre o impacto da família na saúde e na doença¹⁴, confirmou os profundos e variados modos como a doença crónica é vivida pela Pessoa e assim pode influenciar as famílias e como as diferentes reacções, posturas e apoios do agregado familiar interferem significativamente no cursar da doença.

1 – Como é que as famílias influenciam a saúde – Para além da hereditariedade e da transmissão infrafamiliar de um agente infeccioso estão descritos dois grandes tipos de influência dos factores familiares e sociais na Saúde: o *psicofisiológico* e o *comportamental*.

O stress e os acontecimentos de vida estão entre os factores que ao influenciarem emocionalmente de um modo prolongado o indivíduo o predis põem a adoecer.

A dieta, o exercício, o tabagismo, a adesão às terapêuticas, o uso dos serviços de saúde são comportamentos que recebem grande influência familiar e que têm repercursão na saúde individual (Fig. 1).

Coyne e Anderson¹⁵ ao estudarem diabéticos que tinham um deficiente controlo da sua doença, sugeriram que essa situação era devida sobretudo a uma baixa adesão ao regime terapêutico e menos consequência de *stress* emocional.

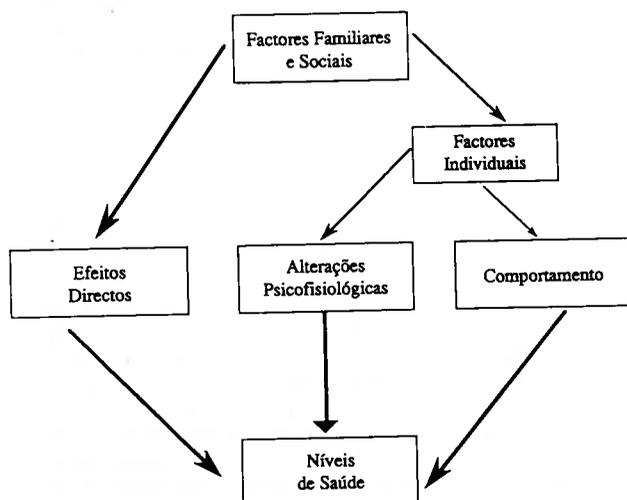


Fig. 1 — A Influência da Família na Saúde, segundo Campbell¹⁴

Os autores reconhecendo a influência dos dois patamares, afirmam que os comportamentos têm uma influência mais poderosa, embora mais indirecta, no estado de saúde dos indivíduos.

A mais recente investigação nesta área tem descrito a existência de conexões neuroendócrinas e psicoimunológicas que por sua vez estariam ligadas entre si¹⁴.

2 – Características das famílias com doentes crónicos – Ao contrário do que se possa pensar, não são os profissionais de saúde e muito menos os médicos os primeiros e principais *cuidadores* dos doentes crónicos.

Este lugar cabe fundamentalmente aos familiares.

Steinglass et al.¹⁶ descreveram nos seus trabalhos quatro características comuns às famílias que têm no seu seio doentes crónicos:

- a) a doença crónica tende a dominar a vida familiar, sobrepondo-se a outras exigências familiares;
- b) o aparecimento de uma doença crónica leva ao desenvolvimento de coligações entre o doente e um ou mais elementos da família ou reforça coligações já existentes;
- c) a capacidade de adaptação da família ao exterior diminui, tornando-a rígida e reciosa quanto ao seu futuro desenvolvimento;
- d) as famílias com doentes crónicos no seu seio tendem a isolar-se.

3 – Avaliar simultaneamente o doente crónico e a sua família – McDaniel et al¹⁷ sintetizam os principais aspectos que o profissional de saúde deve avaliar quando cuida de um doente deste tipo:

- a) em que fase do ciclo de vida familiar se encontra a família?
- b) que repercursões tem tido, no cumprimento das *tarefas de desenvolvimento familiar*, a existência de um doente crónico na família?
- c) com que apoios psicossociais pode contar a família?
- d) em crises anteriores a família pôde contar com quem? Que estratégias de adaptação usou?
- e) as mudanças na família têm sido difíceis? Têm tido custos?
- f) a família admite a ajuda de terceiros? Em especial a ajuda de profissionais de saúde?
- g) qual a opinião dos diferentes membros da família sobre as causas da doença?
- h) qual é o contributo que cada um pensa poder dar, ou que outros podem dar, ao doente em causa?
- i) como é que familiares de outras gerações reagiram à ocorrência de doenças graves ou mentais?
- j) para além da existência de um doente crónico na família, ela está a passar em simultâneo por outras situações stressantes?

Os mesmos autores chamam a atenção para a possibilidade de tanto o doente como a sua família poderem atravessar fases de grande dificuldade, que os profissionais devem antever em face da ocorrência de certos sinais.

Assim, são *sinais de alarme* quando o doente:

- a) deixa de controlar a doença e surgem complicações, na maioria das vezes, por ter perdido adesão ao regime terapêutico;
- b) passa a ter um *coping* deficiente, apresentando novos sintomas, exagerando ou encobrindo queixas;
- c) passa a apresentar perturbações psicológicas como ansiedade, depressão, pensamentos suicidas ou distúrbios alimentares.

Em relação à família, são *sinais de alarme*:

- a) o aparecimento de queixas ou doenças, funcionais ou orgânicas, noutros elementos;
- b) surgirem alterações psicológicas e/ou de comportamento em familiares, como ansiedade, depressão, insónia, problemas laborais ou escolares;
- c) surgirem conflitos familiares, conjugais ou sexuais.

Em todo o caso nunca devemos subestimar as capacidades do ecossistema familiar. Descubrem-se forças onde parecem não existir e, por vezes, até a experiência vivencial de um caso difícil pode ser fonte de crescimento e de nova *reunião familiar*, com a aprendizagem de padrões mais salutares de comportamento.

A CRIANÇA, O JOVEM, O ADULTO DIABÉTICO E SUA FAMÍLIA

Segundo McWhinney¹⁸, não existe doença em que para o seu controlo seja de maior importância uma relação eficaz entre o paciente e a sua família e entre estes e a equipa de saúde, como a diabetes.

O seu controlo é complexo, necessita de monitorizações frequentes, restrições alimentares, podendo ser necessário limitar as actividades diárias.

Tudo isto tem um impacto seguro no próprio e nos restantes elementos familiares.

O médico de família pode ser um apoio importante para este tipo de doente e para a sua família assim como a sua falha pode ser um risco acrescido de agravamento.

Rolland¹¹ tendo por pano de fundo este tipo de considerações conceptualizou um modelo para o estudo da doença crónica e do seu impacto na família, a que chamou de *quadrilátero terapêutico* e que se aplica muito bem à diabetes (Fig. 2).

O modelo biomédico tradicional tem tido sucesso em muitos casos e tem proporcionado consideráveis avanços no conhecimento da diabetes e no aumento da qualidade de vida deste tipo de doentes. Contudo, a aplicação clínica do *modelo biopsicosocial de Engel*¹³ à diabetes, com as suas noções fundamentais de

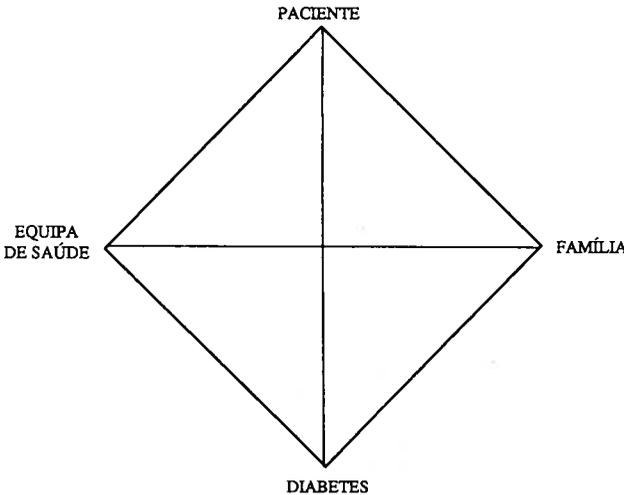


Fig. 2 — O Quadrilátero Terapêutico de Rolland¹¹

hierarquia e continuum dos sistemas naturais (Fig. 3), conforme o próprio autor disse, referindo-se à avaliação do doente com enfarto do miocárdio, abre novas perspectivas ao diagnóstico e novas opções no tratamento destes doentes e das suas famílias (Fig. 4). Os dois modelos, ambos científicos, não são incompatíveis antes devem ser tomados como complementares¹⁹.

1. O controlo da diabetes e a família

Campbell²⁰ confirmou que os estudos sobre o impacto da família no controlo metabólico do doente diabético eram dos que ofereciam mais garantias pela metodologia de investigação utilizada.

Tradicionalmente, os estudos tiveram por base um modelo linear de causalidade, no qual o papel dos pais era visto como a principal influência no controlo metabólico das crianças e jovens diabéticos.

Ultimamente os investigadores passaram a interessar-se pela compreensão do *meio familiar*, padrões de cooperação ou conflito sobretudo a propósito da implementação do regime terapêutico e estudaram a família do diabético como uma unidade tendo por base um modelo sistémico de causalidade.

2. Controlo da diabetes e atitudes parentais

Anderson *et al* num artigo de revisão sobre este tema²¹, afirmam que foi nos anos 40 e 50 que foi tomada seriamente em consideração o papel da família no controlo da diabetes da criança.

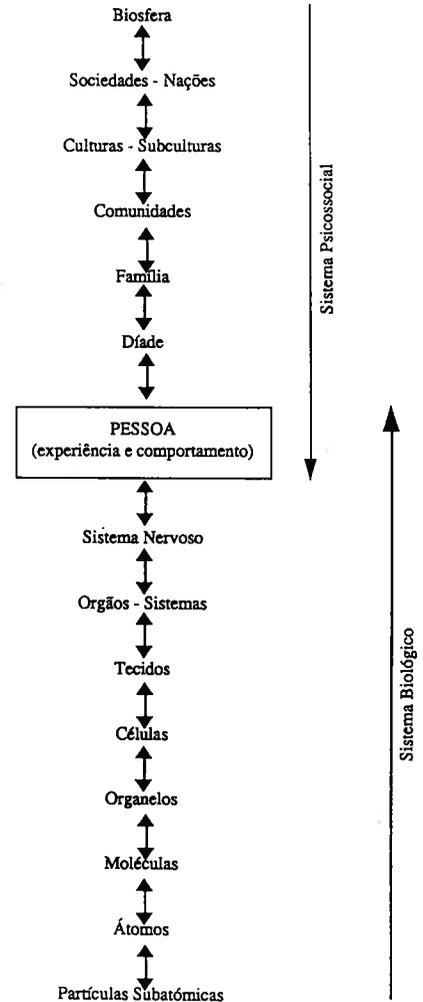


Fig. 3 — Hierarquia dos Sistemas Naturais (níveis de organização, segundo Engel¹³)

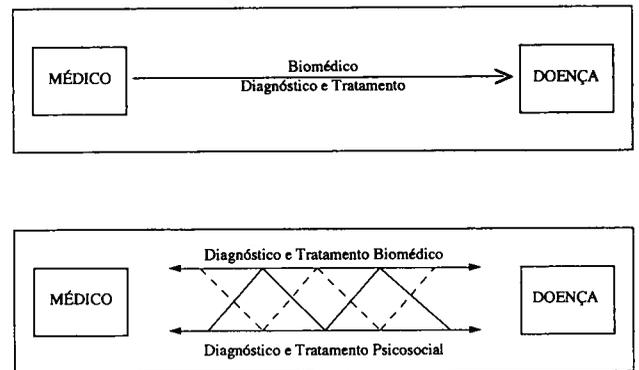


Fig. 4 — Diagnóstico, Tratamento e Comunicação Médico-Paciente nos Modelos Biomédicos e Biopsicosocial, segundo Assal⁴²

No primeiro estudo publicado, Fischer e Dolger em 1946²² identificaram dois grandes grupos de reacções maternas quanto aos adolescentes diabéticos: superprotecção e rejeição.

Outros, como Bruch *et al*²³, Benett e Johannsen²⁴ e Khurana e White²⁵ descreveram a relação entre o tipo de resposta materna e o nível de controlo metabólico de doença na criança.

Foi possível encontrar, através destes estudos quatro tipos de atitudes maternas:

- a) superindulgente, permissiva;
- b) superprotectiva, muito ansiosa;
- c) perfeccionista, controladora;
- d) indiferente, de rejeição.

A atitude de indiferença é a que tinha influência mais grave na criança quanto ao controlo, levando mesmo à depressão²⁵. As Mães perfeccionistas ou controladoras tinham filhos com bom controlo da diabetes, mas rebeldes²³. Atitudes maternas do tipo superindulgentes e permissivas levavam a problemas de adesão aos regimes terapêuticos^{22,25}. Mães descritas como tolerantes, consistentes e flexíveis tinham filhos sem problemas e com bom controlo da diabetes^{23,26}.

3. Organização familiar e controlo da diabetes

O meio familiar foi estudado sobretudo através dos papéis e tipo de relações existentes.

Vários estudos^{27,28} esclareceram a responsabilidade principal da mãe em tudo o que dizia respeito à criança diabética, enquanto que os pais teriam um envolvimento menor, mais em situações especiais.

Swift *et al*²⁹ relacionaram a *funcionalidade familiar* com o controlo da diabetes. Assim, encontraram que níveis de controlo eram relacionáveis positivamente com as seguintes características familiares:

- a) poucos conflitos domésticos;
- b) baixo stress nas relações entre os Pais e a criança diabética;
- c) a criança sentir-se bem em casa;
- d) não haver problemas económicos

Koski *et al*^{30,31} também concluíram que as famílias que tinham filhos diabéticos com menor controlo se podiam caracterizar por:

- a) terem estabilidade na composição familiar;
- b) terem fronteiras claras entre as gerações;
- c) serem realistas e haver cooperação na implementação do plano terapêutico;
- d) terem baixo nível de conflito marital;
- e) ambos os Pais estarem presentes ou existir uma família monoparental competente.

Igualmente, Campbell⁹ sugere que um controlo ideal do diabético implicaria um apoio e supervisão pela sua família ao longo do tempo, respeitando ao mesmo tempo a individualidade e autonomia do mesmo, exigidas com mais stress.

Na mesma área de preocupações Crain *et al*³² concluíram que os casamentos dos casais que tinham filhos diabéticos eram vividos com mais stress.

Por último, os trabalhos de Minuchin e Baker^{33,34} são de capital importância devido ao seu carácter experimental e de intervenção terapêutica. Estudaram as influências recíprocas entre as respostas fisiológicas na criança diabética e certas interacções familiares. Foi estudado um grupo de crianças caracterizadas por terem muita dificuldade em controlarem a sua diabetes em casa e que recuperavam bem com pequenas doses de insulina e com curtas hospitalizações (portanto fora das suas famílias). Os autores descreveram nestes casos padrões especiais de interacção familiar. Todas estavam de um modo ou outro envolvidas por conflitos parentais. Estruturalmente estas famílias podiam caracterizar-se por:

- a) serem emaranhadas (todos reagem quando há stress na família, não existe autonomia);
- b) existir superprotecção (todos resolvem os problemas de cada um);

c) existir rigidez (repetição de padrões, resistência à mudança);

d) evitam conflitos (não se discutem os problemas, adiam-se).

Minuchin chamou a estas famílias *psicossomáticas* porque o seu tipo de funcionamento tinha implicações directas nas doenças dos filhos.

Os autores monitorizaram certos parâmetros laboratoriais durante *entrevistas familiares stressantes* tendo confirmado que a onda de stress ocorrida tinha implicado subida dos níveis séricos dos ácidos gordos livres, razão eventual de cetoadicose diabética. Minuchin tratou um grupo destas famílias com períodos de terapia familiar entre 4 e 12 meses tendo conseguido diminuir o número de hospitalizações por coma diabético.

4. O adulto com diabetes e a sua família

O impacto do diagnóstico de uma diabetes num adulto e na sua família dependem da fase de vida individual e familiar em que se encontrem e das crises normativas ou acidentais intercorrentes.

Claro que igualmente se aplica a máxima de Campbell³⁰ segundo a qual *mau controlo no diabético e conflito familiar permanente, tendem a coexistir*.

Também os trabalhos de Holmes e Rahe³⁵ chamaram a atenção para a importância *dos acontecimentos de vida* e da readaptação social que impõem, aumentando o risco relativo de ocorrência de doença no indivíduo. Confirmaram que dos 15 mais importantes

QUADRO 1 – Escala de readaptação social. Acontecimentos de vida familiares*

| Acontecimentos de vida | Pontuação |
|--|-----------|
| 1. Morte do cônjuge | 100 |
| 2. Divórcio | 73 |
| 3. Separação conjugal | 65 |
| 4. Morte de um parente próximo | 63 |
| 5. Casamento | 50 |
| 6. Reconciliação conjugal | 45 |
| 7. Alterações major de saúde num elemento familiar | 44 |
| 8. Gravidez | 40 |
| 9. Aumento do agregado familiar | 39 |
| 10. Alterações no número de discussões com o cônjuge | 35 |
| 11. Saída de casa de filho(a) | 29 |
| 12. Problemas com as normas familiares | 29 |
| 13. Esposa começa ou deixa de trabalhar | 20 |
| 14. Alteração na frequência dos encontros familiares | 15 |

* Fonte: Rahe RH (1975). Life changes and near-future illness reports. In: L. Levi (Edt.), Emotions: Their Parameters and Measurement. New York. Raven Press

acontecimentos 10 eram do tipo familiar, surgindo como o mais stressante (entre um total de 43) a morte do cônjuge e logo depois o divórcio e a separação conjugal (Quadro 1).

Complementarmente existe investigação que valoriza a família como o mais importante apoio social que o indivíduo doente pode ter.

Segundo Berkman e Syme⁷ a *funcionalidade conjugal e contactos com familiares e amigos* aparecem como as variáveis com valor preditivo mais elevado quanto à promoção da saúde individual.

O MÉDICO DE FAMÍLIA A EQUIPA DE SAÚDE E O DIABÉTICO

Doherty e Baird dizem que a *diáde médico-paciente é uma ilusão na prática médica* e que, com raras excepções, a família é sempre envolvida, mesmo quando não está presente no consultório. Os autores propõem uma *perspectiva triangular*.

Partindo do conceito anterior, Rolland¹ ao estudar a doença crónica e os problemas da terapêutica fala do *quadrilátero tera-*

pêutico (Fig. 2), conceptualizando a doença como o quarto vértice, criando assim não um, mas quatro triângulos que se sobrepõem, interchocam e interagem.

Este modelo ajuda a compreender tópicos como a *compliance*/adesão ao regime terapêutico, assunto de capital importância nas doenças crônicas e também na diabetes.

Existem diversos estudos que demonstram que a adesão às terapêuticas de longo prazo são da ordem dos 50%, percentagem que ainda baixa se considerarmos a adesão aos conselhos dietéticos e às propostas de alteração de comportamentos. Também está descrito que normalmente os médicos de família não têm uma ideia correcta dos níveis de adesão dos seus pacientes³⁶.

Stewart et al^{37,38,39} estudaram os factores que influenciam a adesão ao regime terapêutico, que são:

- a) a relação médico-paciente;
- b) um método de entrevista clínica *centrada no paciente*;
- c) poucos medicamentos;
- d) papel activo do cônjuge;
- e) reforços posteriores;
- f) prescrição personalizada e individualizada.

É importante ter consciência que existem vários níveis possíveis de envolvimento com doentes crónicos e com os seus sistemas terapêuticos – de um contacto mínimo até uma situação oposta, em que o médico ou um elemento da equipa de saúde passa a ser um *quasifamília*.

Por outro lado, começam a ser descritas as reacções por que um médico pode passar quando lida com o insucesso terapêutico sobretudo em pacientes crónicos. Groves⁴⁰ descreve cinco tipos de reacções:

- a) sensação de inutilidade;
- b) castigo inconsciente do paciente;
- c) auto-castigo do médico;
- d) discussão ou confrontação;
- e) rejeição do paciente.

Quanto ao papel do médico de família no seguimento do paciente diabético vários autores a isso se têm referido de uma forma positiva. McWhinney¹⁸ assegura que o médico de família pode ser uma fonte de grande apoio para o paciente diabético.

Doherty e Baird⁴¹ confirmaram que o médico de família por ter acesso fácil a toda a família e mesmo à comunidade que o envolve, está em posição única para integrar e potenciar todos os apoios necessários ao aumento da compliance do paciente aos regimes terapêuticos. Os autores concluem, que esta especificidade da *medicina geral e familiar* pode ser um valioso contributo para a prestação dos cuidados de saúde em geral.

BIBLIOGRAFIA

1. JENCKS SF. Recognition of mental distress and diagnosis of mental disorder in primary care. JAMA 1985; 253: 1903-7.
2. YATES WR. The Nacional Institute of Mental Health epidemiologic study: implications for family practice. J Fam Pract 1984; 22: 25-5.
3. KATON W, WILLIAMSONS R, RIES R. A prospective study of 60 consecutive psychiatric consultations in a family medicine clinic. J Fam Pract 1981; 13: 213-8.
4. ZOLA IK, DAVIDSON GE. The quantity and significance of psychological distress in medical patients. J. Cr diseases 1964; 17: 949-70.
5. DEVER GEA. Community health analyses. A holistic approach. Germantown MD. Aspen 1980.
6. Cuidados de Saúde Primários. Pessoal e Movimento. Estatísticas. DGCSP. 1990.
7. BERKMAN LF, SYME SL. Social network, host resistance and mortality: A nine year follow-up study of Alameda County residents. Amer J. Epidem 1979; 109: 186-204.
8. COOB S. Social support as moderator of life stress. Psychms Med 1976; 38: 300-14.
9. CAMPBELL TL, Treat DF. The families Influence on health. In: Rakel RE, editor textbook of Family. In: Rakel RE, editor, Textbook of Family Practice. Philadelphia: Saunderson
10. DOHERTY WJ, Campbell TL. Families And Health. Family Studi ext Series 10. Sage Publications, London 1990.
11. ROLLAND J.S. The impact of illness on Philadelphia Family. In: RAKEL, RE, Editor. Textbook of Family practice. Philadelphia: Saunders, 1990; 80:100.
12. ENGEL GH. The need for a new model: a challenge for biomedicine science 1977; 196: 12936.
13. ENGEL GH. The clinical application of the biopsychosocial model. Amer J Psychiatry 1980; 137: 535-44.
14. CAMPBELL TL. Family interventions in Physical Health. Can Fam Physician 1991; 37: 2407-10,2413-9.
15. COYNE JC, Anderson BJ. The "psychosomatic family" reconsidered: Diabetes in context. J Mar Fam Ther 1988; 14:113-23.
16. GONZALES S, STEINGLASS P, REISS D. FAMILY – centered interventions for people with chronic physical disabilities: The eight session multiple family discussion group program. Washington. Center for Family Research, Dept. Psychiatry and Behavioral Science, George Washington University Medical Center 1988.
17. MCDANIEL S, CAMPBELL T, SEABURN D. The Developmental Challenger of Chronic Illnes. In: Family-Oriented Primary Care. A Manual for Medical Providers. Springer-Verlag. 1990: 229-47.
18. MCWHINNEY IR. Diabetes. In: A Textbook of Family Medicine. Oxford University Press. 1989: 294-315.
19. JABER R, STEINHARDT S, TRILLING J. Explanatory Models of illness: A Pilot Study. Fam Syst Med 1986; 4: 135-328.
20. CAMPBELL TL. Family's impact on health: a critical review and annotated bibliography. Fam Syst Med 1986; 4: 135-328.
21. ANDERSON BJ, AUSLANDER WF. Research on Diabetes Management and the Family: A Critique. Diabetes Care 1980; 3: 696-702.
22. FISHER AE, DOLGER H. Behavior and psychological problems of young diabetic patients. Arch Intern Med 1979; 78: 711-32.
23. BRUCH H, HEWLETT J. Psychological aspects of the medical management of diabetes in children. Psychosom Med 1947; 9: 205-9.
24. BENNETT EN, JOHANNSEN PE. Psychodynamics of the diabetic child. Psychol. Monogr. 1954; 68: 1-23.
25. KHURANA R, White P. Attitudes of the diabetic child and his parents towards his illness. Postgrad Med 1970; 48: 726.
26. JOCHMUN I. The influence of maternal patterns of childrearing upon diabetic children and adolescents. Pediatr Adolesc Endocrinol 1977; 3: 52-4.
27. FALLSTROM K. On the personality structure of diabetic school children aged 7-15. Acta Paediatr Scand Suppl. 1974; 251: 1-71.
28. ETZWILER DD, SINES LK. Juvenil diabetes and its management: family, social and academic impositions. JAMA 1962; 181: 304-8.
29. SWIFT CF, SEIDMAN F, STEIN H. Adjustment problems in juvenil diabetics: Psychosom Med 1967; 29: 555-71.
30. KOSKI ML, AHLAS A, KUMENTO A. The interrelationship between diabetic control and family life. Acta. Paedopsychiatr 1976; 42: 12-26.
31. KOSKY ML, KUMENTO A. The interrelationship between diabetic control and family life. Pediatr Adolesc Endocrinol 1977; 3: 41-5.
32. CRAIN AJ, SUSSMAN MB, WEIL WB. Family interaction, diabetes and sibling relationships. Int J Soc Psychiatry 1966; 12:35-43.
33. MINUCHIN S, ROSMAN BL, BAKER L. Psychosomatif Families. Cambridge. Harvard University Press. 1978.
34. MINUCHIN S, BAKER L, ROSMAN BL, LIEBMAN R, MILMAN L, TODD T. A conceptual model of psychosomatic illness in children. Arch Gen Psychiatry 1975; 32: 1031-8.
35. HOLMES TH, RAHE RH. The social reajustment scale. J Psychosom Resear 1967; 39: 413-31.
36. SACKETT DL, HAUNES RB. Compliance with therapeutic regimens. Johns Hopkins University Press, Baltimore. 1976.
37. STEWART MA. Doctor-patient interaction and its relationship to patient compliance and satisfaction. Report to Depart. of National Health and Welfare, Gov, of Canada. 1979.
38. STEWART MA, MCWHINNEY IR, BUCK CE. The doctor-patient relationship and its affect on outcome. J.R Col Gen Pract 1978; 29:77.
39. STEWART MA. What is a successful doctor-patient interview: a study of interactions and outcomes. Soc Sci Med 1984; 19: 167.
40. GROVES JE. Tacking Care of the Hateful Patient NEJM 1978; 298 (16, April 20).
41. DOHERTY W, BAIRD M. Family Therapy and Family Medicine, New York, Guilford Press. 1983.
42. ASSADJ-PH. A Global, Integrated Approach to Diabetes: A Challenge for More Efficient Therapy. In: Assad J-Ph, Berger M, Gay N, Cavinet J (eds) Diabetes Education: How to Improve Patients Education. New York: Excerpta Medica, Elsevier Science Publishers 1983. 560-573.