

Un nuovo linguaggio in diabetologia

Liliana Indelicato, Anita Armentano, Federica Bonora, Tiziana Bufacchi, Rossella Messina,
Arianna Negri, Vincenzo Calvo

In collaborazione con Gruppo di Lavoro Psicologia e Diabete SID: Lorenza Beltrame, Maria Cusinato, Daniela Di Blasi, Greta Fraccascia, Ilaria Fonzo, Barbara Longo, Francesco Marchini, Alessandra Mauri, Alessandra Moreschini, Camilla Raccosta, Elena Maria Rossi, Valentina Turra, Silvana Zaffani.

In collaborazione con Gruppo di Lavoro Psicologia e Diabete AMD: Mariano Agrusta, Myriam Ciotola, Patrizia Colapinto, Alessandra Ciucci, Paolo Di Bernardino, Mara Lastretti, M. Paola Luconi, Valeria Montani, Milena Sira Zanon.

INTRODUZIONE

È noto che il diabete mellito è una condizione cronica in grado di causare varie forme di distress psicologico nelle persone che ne sono affette.

Alcuni autori hanno evidenziato che una possibile causa di distress potrebbe essere il linguaggio usato dal team diabetologico e dalla società in generale per riferirsi al diabete e alla sua gestione (Speight et al., 2021; Dickinson et al., 2017). Le espressioni verbali che utilizziamo durante una visita potrebbero involontariamente esprimere un atteggiamento negativo o denigratorio e, pertanto, contribuire a rafforzare il disagio associato al dover convivere con una condizione cronica.

Nella vita quotidiana, le parole che scegliamo e il modo in cui le utilizziamo, influenzano e incidono sulla percezione che le persone hanno del mondo e di ciò che le circonda.

Il linguaggio contribuisce a formare attitudini e atteggiamenti nei confronti di situazioni e persone, creando etichette e categorie ma anche stereotipi e *bias* tra gruppi sociali (Dickinson et al., 2018). Certe espressioni, pertanto, possono essere demotivanti, inaccurate e, in taluni casi, anche nocive (Diabetes Australia, 2011). Il linguaggio, infatti, contribuisce a creare un ambiente in cui le persone possono sentirsi comprese e supportate o, al contrario, stigmatizzate ed escluse.

Diverse ricerche hanno rilevato che il linguaggio utilizzato in diabetologia è spesso inappropriato, stigmatizzante (Browne et al., 2014; Browne et al., 2013; Dickinson et al., 2018), inaccurato e frustrante (Heisler et al., 2003; Litterbach et al., 2020; Parkin et al., 2003; Skinner et al., 2007). Ciò può influire sulla motivazione del paziente a curarsi adeguatamente e sulla sua disponibilità a seguire un corretto stile di vita e/o a fare le iniezioni di insulina correttamente (Holmes-Truscott et al., 2016; Polonsky et al., 2005). Usare termini quali buono o cattivo, fallimento terapeutico, scarso o precario controllo può rafforzare nel paziente il vissuto di sentirsi incapace e fallimentare, incidendo negativamente sulla percezione di *self-efficacy*. È nota a questo proposito la relazione tra *self-efficacy* e outcomes di salute associate al diabete (Messina et al., 2018; Indelicato et al., 2017; Sacco et al., 2005).

Diverse espressioni verbali, inoltre, riflettono una visione superficiale e non realistica del diabete. Molte persone con diabete nonostante i numerosi sforzi devono comunque imparare a convivere con valori glicemici in taluni casi imprevedibili. Persistere nell'uso di espressioni quali "*fallimento terapeutico*" e/o "*buono/cattivo controllo glicemico*" può generare nel paziente la sensazione di non essere compreso e non riconosciuto negli sforzi costantemente effettuati per gestire al meglio la malattia. In taluni casi, ciò può generare sfiducia nei confronti del team diabetologico e rottura dell'alleanza terapeutica, generando omissioni e disconoscimenti della realtà al fine di evitare giudizi e critiche. È importante scegliere espressioni verbali che si basino su termini medici chiari e semplici

non accompagnati da aggettivi (ad es., controllo glicemico non a target vs. cattivo controllo glicemico oppure controllo glicemico stabile vs. buon controllo glicemico). Tali espressioni favoriscono l'idea che il valore HbA1c sia un indicatore che può costantemente cambiare in risposta a molteplici fattori quali cambiamenti ormonali, farmaci, emozioni, salute fisica generale oltre che alimentazione e attività fisica.

In secondo luogo, le persone con diabete devono integrare la loro condizione con una vita quotidiana caratterizzata da enorme complessità. Infine, il diabete ha un andamento progressivo che può necessitare nel tempo di alcuni cambiamenti terapeutici. Per esempio, la proposta del clinico di una terapia insulinica come trattamento iniziale in pazienti con una diagnosi di diabete di tipo 2 può generare vissuti di paura e angoscia con conseguente attivazione di meccanismi difensivi quali l'evitamento (Snoek et al., 2021).

Da un punto di vista clinico, il linguaggio è pertanto un'importante componente in quanto un paziente che vive il servizio di diabetologia come luogo di giudizio o critica tenderà a farsi seguire in modo discontinuo. Al contrario, prediligere messaggi verbali che esprimono collaborazione e incoraggiamento può favorire un decorso migliore della malattia (Polonsky et al., 2017).

Inoltre, le parole che utilizziamo hanno il potere di influenzare l'opinione pubblica e gli atteggiamenti nei confronti delle persone con diabete (Diabetes Australia, 2011).

Alla luce di queste considerazioni, è importante ricordare che quando comunichiamo con persone con diabete o sul diabete è doveroso essere consapevoli e accurati nel linguaggio che scegliamo.

Scopo di questo Position Statement è incrementare la conoscenza sul linguaggio più appropriato da utilizzare in diabetologia sulla base degli studi condotti negli ultimi decenni. Il presente articolo si propone di fornire una serie di espressioni positive, inclusive e incentrate sulla persona in grado di incrementare la motivazione e l'engagement. A questo scopo sono state selezionate 20 espressioni precedentemente identificate tramite: documenti internazionali sul linguaggio nel diabete; articoli scientifici; diretta esperienza dei professionisti sanitari (psicologi), focus group costituiti da persone con diabete.

Un uso consapevole e adeguato da parte di tutto il team diabetologico potrebbe contribuire a creare un contesto di cura più positivo e meno giudicante.

SUGGERIMENTI

- a. Usare un linguaggio non giudicante e incentrato sul comportamento e non sulla persona**

Il linguaggio medico influenza l'idea che un paziente ha della sua condizione e della sua terapia fin dalla diagnosi. Parole ed espressioni giudicanti che si riferiscono alla persona e non ad un comportamento specifico possono suscitare nel paziente vissuti di vergogna e colpa, rafforzando il bisogno di evitare la malattia e la sua gestione.

Un recente studio qualitativo di Dickinson (2018) ha individuato una serie di espressioni verbali comunemente presenti in diabetologia che sono percepite dai pazienti come giudicanti. Espressioni come non compliant/compliant, controllato/non controllato, cattivo/buono (riferito al controllo glicemico), fallimento, pigro, stressato, deve/non deve sono tutti termini che potrebbero suscitare intense reazioni negative.

Tali termini generano nel paziente idee di colpa e di fallimento, rinforzando il senso di vergogna e inadeguatezza. Inoltre, focalizzare la visita su questi termini implicitamente esclude la possibilità di un confronto circa gli sforzi che sono stati fatti dal paziente per gestire la sua condizione. Tali termini pertanto focalizzano l'attenzione sul risultato finale e non sul processo che ha preceduto tale risultato. Di conseguenza è preferibile scegliere termini neutrali e non giudicanti (Meadows et al., 2016; Lydecker et al., 2016), incentrati su azioni, fatti o che rimandano a processi fisiologici e biologici (Dickinson et al., 2017).

Inoltre, espressioni quali complicanze, cecità, amputazione e morte hanno il potere di attivare risposte emotive negative, come ansia, paura e colpa. Tali vissuti potrebbero favorire l'emergere di sintomi depressivi che come è noto si associano a un peggior controllo glicemico.

b. Usare un linguaggio in grado di favorire una buona alleanza terapeutica tra diabetologo e paziente

Nel contesto diabetologico è nota l'importanza di una comunicazione efficace. L'approccio scelto dal team diabetologico per relazionarsi con il paziente incoraggia o, al contrario, ostacola la possibilità di creare collaborazione e engagement.

L'uso di un linguaggio che rimanda all'autorità contribuisce a creare una relazione medico-paziente asimmetrica. Espressioni quali “dovrebbe/non dovrebbe”, “è permesso/non è permesso”, “giusto/sbagliato” potrebbero favorire nel paziente una regressione e rafforzare il senso di aver perso la sua autonomia come persona.

A questo proposito, il lavoro di Ritholz et al. (2014), rileva che le persone con diabete sono meno propense a fornire informazioni sui loro comportamenti di cura quando si sentono giudicate o criticate. Alcuni autori, sottolineano l'importanza di comunicare ai propri pazienti quanto sia difficile

gestire il diabete e raggiungere gli obiettivi prefissati allo scopo di cercare insieme strategie alternative (Beverly et al., 2012).

c. Usare un linguaggio rispettoso e inclusivo che tenga conto delle risorse del paziente

La personalità intesa come l'interazione di processi psicologici attivati da condizione specifiche è un insieme di valori, desideri e paure ma anche di risorse necessarie per adattarsi alle richieste del mondo interno e esterno (Westen, 2005).

Costruire una relazione terapeutica che faccia sentire il paziente non solo accettato e compreso ma anche riconosciuto nelle sue risorse e nei suoi punti di forza apre uno spazio di discussione, durante la visita diabetologica, su cosa sta funzionando oltre e non solo su cosa non va.

In questo modo il medico rimanda al paziente un'immagine positiva di sé, riconoscendone capacità, valore e possibilità di cambiare le cose (Saleebey et al., 1996).

Inoltre, espressioni giudicanti e critiche, come già affermato sopra, rafforzano il distress psicologico. A questo proposito il *diabetes distress* è definito come un insieme di preoccupazioni e ansie eccessive nei confronti del diabete e della sua gestione (Nouwen, 2015). Il *diabetes distress* non è un disturbo di rilevanza psichiatrica quanto una forma di disagio emotivo causato da costanti preoccupazioni legate al diabete e alla sua gestione quotidiana con conseguente incremento di vissuti di rabbia, frustrazione e burnout (Tareen et al. 2017). Tale forma di disagio psicologico è molto diffusa e, come è noto, si associa a elevati livelli di HbA1c (Gonzalez et al., 2011; Fisher et al., 2012; Aikens et al., 2012).

Inoltre, la paura dell'ipoglicemia o delle complicanze può spingere una persona con diabete a mantenere livelli di glicemia molto alti o, all'opposto, ai margini dell'ipoglicemia. Un medico che sceglie espressioni verbali in grado di far sentire il paziente compreso nelle sue paure più profonde può favorire la fiducia di poterle affrontare e quindi superare.

Ad esempio, una survey di Polonsky et al. (2010) si propose di indagare in persone con diabete tipo 2 la loro esperienza con gli operatori sanitari al momento della diagnosi. Lo studio mostrò che messaggi di speranza forniti al momento della diagnosi avevano un impatto duraturo sugli atteggiamenti dei pazienti e sui loro comportamenti nei confronti della terapia, mitigando in modo significativo il diabetes distress.

Nella tabella seguente saranno evidenziati sinteticamente alcuni termini ed espressioni linguistiche comunemente utilizzati in diabetologia che sarebbe preferibile evitare per facilitare la costruzione di una buona alleanza di lavoro con il paziente.

Tabella 1: Esempi di espressioni da evitare e di termini da preferire per un linguaggio più inclusivo e costruttivo

Espressioni da evitare	Da usare	Spiegazione
Diabetico	Persona con diabete Persona che vive con il diabete	Con il termine “diabetico” si definisce la persona in base alla sua condizione. È come se il diabete fosse l’unico aspetto della vita del paziente, tralasciando altri elementi che ne definiscono la personalità e favorendo il rischio di identificazione con la malattia. Mettere l’accento sulla persona e non sul diabete permette un approccio non riduzionistico: la persona non è il suo diabete. Nel contesto italiano è emerso che l’espressione diabetico tende ad attivare vissuti negativi soprattutto in coloro che hanno un rapporto conflittuale con il loro diabete. Allo stesso tempo, questa parola permette in chi ha il diabete di riconoscersi in altre persone che convivono con la stessa condizione favorendo così un senso d’appartenenza di gruppo.
Malattia	Condizione	La parola malattia può avere connotazioni negative. Tale termine potrebbe esprimere qualcosa di contagioso o maligno. Il diabete è una condizione cronica che va gestita quotidianamente. Tuttavia, nel contesto italiano, la nostra indagine rileva che le persone con diabete preferiscono l’espressione malattia in quanto affermano che tale termine sia più tutelativo della loro complessa condizione, permettendo così di accrescere la consapevolezza dell’opinione pubblica sul diabete.

Soffrire di diabete	Convivere col diabete	Nella convivenza con il diabete non è implicito un vissuto di sofferenza. Utilizzare il termine "soffrire di" mette la persona nella posizione di vittima, piuttosto che favorirne l'autodeterminazione.
Compiante/non compliante Aderente/non aderente	Invece di utilizzare compliante o aderente sarebbe meglio utilizzare dei termini descrittivi una collaborazione con il paziente (o non collaborazione). Es. Paziente che collabora o che non collabora. Riferirsi al comportamento specifico (ad es., assume regolarmente la terapia). Parole che suggeriscono obiettivi collaborativi.	Questi termini etichettano le persone come collaborative o non collaborative soprattutto se essi sono usati in qualità di aggettivi. In questo caso, esprimono un giudizio sulla persona e non sul comportamento. Mettono inoltre la persona in una posizione passiva, che esegue le direttive dei professionisti. E' importante promuovere una partecipazione attiva e collaborativa, che tenga conto delle capacità decisionali e di autogestione della persona con diabete.
In buon controllo glicemico/in scarso controllo glicemico	livello di glicemia/alto/basso/ fuori target oppure compenso e scompenso glicemico	Fare riferimento a un controllo "scarso" o "buono" implica un giudizio morale sul risultato, cioè si sottolinea che la persona con il diabete è stata buona o cattiva. Nessuno ha bisogno di critiche quando le cose non vanno bene. Inoltre, gli sforzi dell'individuo devono essere riconosciuti a prescindere dal risultato.
Controllare la glicemia	Monitorare la glicemia	I livelli di glucosio nel sangue sono influenzati da molti fattori esterni rispetto a quelli su cui la persona ha il diretto controllo (ad es. ormoni, malattia, stress prolungato, effetti ritardati dell'attività fisica, altri farmaci). Focalizzare l'attenzione su concetti quali "ottenere il controllo" o "mantenere "il controllo" può favorire l'emergere di vissuti emotivi quali sensi di colpa, disperazione e frustrazione.

Non riuscire, fallire	Adeguate/non adeguate Obiettivo raggiunto/non raggiunto	"Fallimento" implica che uno abbia mirato e mancato il bersaglio. Implica mancanza di risultati, sforzi inefficaci o mancanza di sforzo con conseguente vissuto di delusione. Non è necessario incolpare o giudicare la persona. Sentirsi un fallimento può dissuadere la persona da ulteriori sforzi. Durante la visita, meglio focalizzarsi sulle azioni senza esprimere mai un giudizio.
Evitare imperativi quali "non puoi" o "non devi"	Scegliere termini che esprimono possibilità quali "ha mai provato" o "che ne pensa di"	L'individuo è un esperto del proprio diabete. Dare istruzioni su ciò che dovrebbe (o non dovrebbe) implica che stiamo dando per scontato che conosciamo il suo diabete meglio di lui/lei. Suggestire possibilità di trattamento, sottolinea l'importanza delle scelte personali, riconoscendone l'autonomia, oltre al fatto che lui o lei ha la responsabilità per la propria salute.
Tutta la vita/per sempre (riferita alla terapia insulinica)	In questa fase della malattia (verificare comunque la condizione psicologica del momento per non creare false speranze sulla cronicità).	Il diabete è una condizione cronica che può generare stanchezza e distress psicologico. Presentare qualcosa, soprattutto all'esordio, con l'idea che deve essere eseguita per il resto della propria vita può rafforzare tali vissuti emotivi. Meglio utilizzare termini in grado di dare speranza e che implicitamente rimandano all'idea che le difficoltà e i limiti della terapia attuale non saranno necessariamente le medesime nel futuro.
Dieta/regime alimentare	Stile alimentare/gusti alimentari/abitudini alimentari/alimentazione consapevole	Il termine dieta o regime alimentare rimandano ad un concetto eccessivamente rigido e ferreo pertanto attivano nella mente della persona vissuti di restrizioni e limitazioni che possono generare la necessità di ripristinare una condizione di autonomia. Meglio utilizzare termini quali stile alimentare che invece richiama

		all'idea di scelte personale, consapevoli e flessibili.
Pigrizia/forza di volontà	Motivazione/desiderio di cambiare (Sottolineare i vantaggi del cambiamento e verificare lo stato e la fase di motivazione al cambiamento)	Pigrizia o forza di volontà sono delle etichette che esprimono il senso dell'immobilismo e dell'impossibilità di cambiare. Meglio usare termini quali motivazione e processo del cambiamento.
Crisi ipoglicemica	Ipaglicemia o episodio ipoglicemico che ne sottolinea l'occasionalità	Per molte persone con diabete in terapia insulinica, l'ipoglicemia è un evento in grado di attivare paure molte intense. Usare termini quali crisi può sollecitare ulteriormente tali vissuti. Meglio usare parole neutre quali ipoglicemia.
Controllo del peso	Monitoraggio del peso	Molte persone, soprattutto con diabete tipo 2, in sovrappeso o francamente obesi si caratterizzano per la presenza di varie forme subcliniche di alterato comportamento alimentare con iperalimentazione e sporadiche abbuffate accompagnate dalla sensazione di perdere il controllo. In queste persone il peso e la possibilità di essere pesati in occasione della visita di controllo può generare disagio. Meglio usare termini neutrali in cui non è esplicitata l'idea di controllo. La parola monitoraggio evoca infatti un percorso e non un'unica sentenza.
Peso ideale	Peso giusto per lei	E' importante parlare con le persone in termini di peso ragionevole e non ideale poiché spesso quest'ultimo non è realistico e quindi non raggiungibile. Avere obiettivi irraggiungibili espone le persone al fallimento. Il peso ragionevole è, invece, il peso che può essere ragionevolmente raggiunto e mantenuto portando a buone condizioni psico-fisiche.
Perdere peso	Modificare lo stile di vita	Perdere peso non deve essere l'obiettivo, ma la conseguenza

		dell'obiettivo di modificare il proprio stile di vita. Quest'ultimo comprende anche l'alimentazione e l'attività fisica, ma non solo.
Grasso / Grassezza / Grasso in eccesso / Obesità	BMI/Peso corporeo non salutare / Preoccupazioni riguardo al peso / Peso in eccesso	Diversi studi hanno messo in luce quali termini sono più accettati perché meno giudicanti rispetto ad altri dalle persone che vivono preoccupazioni legate al proprio peso corporeo.
Esercizio fisico	Attività fisica	Il termine esercizio rimanda più facilmente ad una performance, mentre nel termine attività fisica si può includere qualsiasi tipo di attività piacevole che includa movimento (es: ballare, passeggiare). Nel contesto italiano la nostra indagine ha rilevato che il termine movimento è più indicato per adulti con diabete tipo 2.
Comportamento giusto o sbagliato	Comportamento utile o non utile per lei	Gli aggettivi giusto e sbagliato implicano giudizi e rimproveri, che possono provocare emozioni spiacevoli come vergogna o senso di colpa. Meglio ragionare in termini di utilità personale, per aumentare la consapevolezza e il senso di auto-efficacia.
Stima di sé/ Autostima / Amor proprio	Prendersi cura di sé	Le persone esterne tendono ad ammonire dicendo frasi come "tira fuori un po' di amor proprio", "devi lavorare sulla tua autostima", quando ciò di cui avrebbero bisogno è accettazione da parte di loro stessi così come dagli altri non condizionata da nessun fattore specifico.

CONCLUSIONI

La relazione terapeutica dovrebbe basarsi sull'adozione da parte dell'operatore sanitario di un linguaggio in grado di essere: (1) efficace nel favorire una riduzione del distress causato da una terapia impegnativa e complessa, (2) sensibile e sintonizzato sulle caratteristiche di personalità di ciascun paziente.

Alla luce di queste considerazioni, il GdL Psicologia e Diabete SID e il Gruppo Psicologia e Diabete di AMD sottolineano la necessità di incrementare la consapevolezza di tutto il team diabetologico circa il linguaggio più appropriato da utilizzare in un'ottica di medicina centrata sulla persona e non sulla patologia.

Una graduale modifica delle parole e delle frasi che utilizziamo ogni giorno può sollecitare un cambiamento del modo in cui le persone pensano, sentono e agiscono rispetto alla loro condizione con una inevitabile ricaduta positiva su tutti gli outcome clinici.

BIBLIOGRAFIA

Speight J, Skinner TC, Dunning T, Black T, Kilov G, Lee C, Scibilia R, Johnson G. Our language matters: Improving communication with and about people with diabetes. A position statement by diabetes Australia. *Diabetes Research and Clinical Practice* 2021; 173.

Dickinson JK, Guzman SJ, Maryniuk MD, O'Brian CA, Kadohiro JK, Jackson RA, D'Hondt N, Montgomery B, Close KL, Funnell MM. The Use of Language in Diabetes Care and Education. *Diabetes Care* 2017; 40(12):1790-1799.

Dickinson JK. The experience of diabetes-related language in diabetes care. *Spectrum Diabetes* 2018; 31(1):58-64.

Diabetes Australia. A new language for diabetes: Improving communication with and about people with diabetes, 2011.

Browne JL, Ventura A, Mosely K, Speight J. 'I'm not a druggie, I'm just a diabetic': a qualitative study of stigma from the perspective of adults with type 1 diabetes. *BMJ Open* 2014; 4:e005625.

Browne JL, Ventura A, Mosely K, Speight J. 'I call it the blame and shame disease': a qualitative study about perceptions of social stigma surrounding type 2 diabetes. *BMJ Open* 2013; 3:e003384.

Heisler M, Vijan S, Anderson RM, Ubel PA, Bernstein SJ, Hofer TP. When do patients and their physicians agree on diabetes treatment goals and strategies, and what difference does it make? *J Gen Intern Med* 2003; 18(11):893-902.

Litterbach E, Holmes-Truscott E, Pouwer F, Speight J, Hendriekx C. 'I wish my health professionals understood that it's not just all about your HbA1c. Qualitative responses from the second Diabetes MILES - Australia (MILES-2) study. *Diabet Med* 2020; 37(6):971-81.

Parkin T, Skinner TC. Discrepancies between patient and professionals recall and perception of an outpatient consultation. *Diabet Med* 2003; 20(11):909-14.

Skinner TC, Barnard K, Cradock S, Parkin T. Patient and professional accuracy of recalled treatment decisions in out-patient consultations. *Diabet Med* 2007; 24(5):557–60.

Holmes-Truscott E, Blackberry I, O’Neal DN, Furler JS, Speight J. Willingness to initiate insulin among adults with type 2 diabetes in Australian primary care: Results from the Stepping Up Study. *Diabetes Res Clin Pract* 2016; 114:126–35.

Polonsky WH, Fisher L, Guzman S, Villa-Caballero L, Edelman SV. Psychological insulin resistance in patients with type 2 diabetes: the scope of the problem. *Diabetes Care* 2005; 28 (10):2543–5.

Messina R, Rucci P, Sturt J, Mancini T, Pia Fantini M. Assessing self-efficacy in type 2 diabetes management: validation of the Italian version of the Diabetes Management Self-Efficacy Scale (IT-DMSES). *Health Qual Life Outcomes* 2018, 23:16(1):71.

Indelicato L, Dauriz M, Santi L, Bonora F, Negri C, Cacciatori V, Targher G, Trento M, Bonora E. Psychological distress, self-efficacy and glycemic control in type 2 diabetes. *Nutr Metab Cardiovasc Dis* 2017; 27(4):300-306.

Sacco WP, Wells KJ, Vaughan CA, Friedman A, Perez S, Matthew R. Depression in adults with type 2 diabetes: The role of adherence, body mass index and self-efficacy. *Health Psychology* 2005; 24(6):630-634.

Snoek FJ, Fisher L, Polonsky WH, Stuckey H, Hessler D, Tang T, Hermanns N, Mundet X, Silva M, Sturt J, Okazaki K, Hadjiyianni I, Desai U, Perez-Nieves M. Overcoming psychological insulin resistance: A practical guide for healthcare professionals. *Prim Care Diabetes*. 2021 Jun;15(3):619-621.

Polonsky WH, Capehorn M, Belton A, et al. Physician-patient communication at diagnosis of type 2 diabetes and its links to patient outcomes: new results from the global IntroDia! study. *Diabetes Res Clin Pract* 2017; 127:265–274.

Meadows A, Danielsdottir S. What’s in a word? On weight stigma and terminology. *Front Psychol* 2016; 7:1527.

Lydecker JA, Galbraith K, Ivezaj V, et al. Words will never hurt me? Preferred terms for describing obesity and binge eating. *Int J Clin Pract* 2016;70: 682–690.

Ritholz MD, Beverly EA, Brooks KM, Abrahamson MJ, Weinger K. Barriers and facilitators to self-care communication during medical appointments in the United States for adults with type 2 diabetes. *Chronic Illn* 2014; 10:303– 313.

Beverly EA, Ritholz MD, Brooks KM, et al. A qualitative study of perceived responsibility and self-blame in type 2 diabetes: reflections of physicians and patients. *J Gen Intern Med* 2012; 27: 1180–1187.

Westen, D. Diagnosi di personalità e formulazione del caso: due processi o uno? In Barron, J. W. *Dare un senso alla diagnosi*. Milano: Raffaello Cortina Editore, 2005.

Saleebey D. The strengths perspective in social work practice: extensions and cautions. *Soc Work* 1996; 41:296–305.

Nouwen A. Depression and diabetes distress. *Diabetic Medicine*, 2015; 32:1261-63.

Tareen RS & Tareen K. Psychosocial aspects of diabetes management: dilemma of diabetes distress. *Transl Pediatr*, 2017; 6(4):383-396.

Gonzalez JS, Fisher L, Polonsky WH. Depression in diabetes: have we been missing something important? *Diabetes Care* 2011; 34:236–239.

Fisher L, Hessler DM, Polonsky WH, Mullan J. When is diabetes distress clinically meaningful? Establishing cut points for the Diabetes Distress Scale. *Diabetes Care* 2012; 35:259–264.

Aikens JE. Prospective associations between emotional distress and poor outcomes in type 2 diabetes. *Diabetes Care* 2012; 35:2472–2478.

Polonsky WH, Fisher L, Guzman S, Sieber WJ, Philis-Tsimikas A, Edelman SV. Are patients' initial experiences at the diagnosis of type 2 diabetes associated with attitudes and self-management over time? *Diabetes Educ* 2010; 36 (5):828–34.