

Proposta di un modello di intervento medico-psicologico per donne con GDM



N. Visalli¹, S. Leotta¹, P. Gentili², A. Mancone³, S. Abbruzzese¹, M. Lastretti², A. Passarello⁴, M. Giovannini⁴, R. Tambelli

visallitoto@libero.it

¹ UOC Dietologia, Diabetologia e Malattie Metaboliche, Ospedale S. Pertini, Roma; ² Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università "Sapienza" di Roma; ³ Facoltà di Medicina e Psicologia, Università "Sapienza" di Roma; ⁴ UOC Ostetricia e Ginecologia, Ospedale Sandro Pertini, Roma.

Parole chiave: Diabete Gestazionale; maternità a rischio; intervento terapeutico; rappresentazioni mentali in gravidanza, valutazione psicologica.

Key words: Gestational diabetes; pregnancy at risk; therapeutic options, mental representations of the pregnancy, psychological assessment

Il Giornale di AMD, 2012;15:84-88

Riassunto

Ricerche recenti hanno messo in luce che le donne con diabete gestazionale mostrano un maggiore rischio depressivo, nonché livelli di ansia e di fobie significativamente più elevati rispetto alle donne senza GDM. Sulla base di queste considerazioni presso il dipartimento di Diabetologia dell'Ospedale Sandro Pertini di Roma, in collaborazione con l'Università di Roma "Sapienza", è stato predisposto un ambulatorio che segue le donne con diabete gestazionale in un approccio terapeutico integrato. Obiettivi: predisporre un piano di trattamento che includa una terapia nutrizionale, un intervento diabetologico e un intervento psicologico con le donne a rischio. Metodologia: in seguito alla diagnosi di diabete gestazionale le donne vengono seguite da un'equipe multidisciplinare attraverso degli interventi di screening volti a valutare gli eventuali aspetti di rischio legati alla gravidanza.

Risultati: le donne con diabete gestazionale mostrano delle rappresentazioni mentali relative alla gravidanza e al bambino meno articolate e differenziate rispetto alle donne del campione di controllo. Le gestanti con diabete gestazionale presentano inoltre una maggiore incidenza di paure e di preoccupazioni relativamente a sé stesse e al bambino.

Summary

Recent researches highlighted that women with gestational diabetes show an higher depressive risk as well as higher levels of anxiety and phobias than women without gestational diabetes. Considering this premises at the Diabetes clinic Pertini's Hospital of Rome, with the collaboration of University of Rome "Sapienza" have been set-up a clinic for women with gestational diabetes that it follows the women in an integrated therapeutic approach. Aims: to implement an appropriate treatment plan that includes a medical nutrition therapy and a psychological assessment for women at risk.

Methodology: following diagnosis of gestational diabetes, women are monitored by a multidisciplinary team through screening intervention to assess the eventual risks connected to the pregnancy.

Results: women with gestational diabetes show mental representations of the pregnancy and of their child less articulated and differentiated with respect to women of the control group, as well as a greater incidence of fears and worries related to themselves and to the baby.

Introduzione

Dal punto di vista psicologico la diagnosi inaspettata di diabete gestazionale (GDM) induce nella donna sentimenti di perdita, rabbia, angoscia e paura. Queste donne sperimentano una serie di timori e di fantasie⁽¹⁾, che influenzano le aspettative nei confronti del bambino, nonché la speranza nel futuro. In questo campo, una serie di ricerche sono state mosse dall'obiettivo di approfondire l'impatto della diagnosi del GDM sull'esperienza della donna, con particolare riferimento alla percezione e alle credenze delle gestanti, nonché allo sviluppo di eventuali sintomi d'ansia o depressivi.

In questa prospettiva, lo studio di Kim e al⁽²⁾ ha avuto l'obiettivo di valutare la relazione tra la percezione del rischio, lo stile di vita e cambiamenti comportamentali in un campione di donne affette da GDM. I risultati della ricerca hanno messo in evidenza che, sebbene la maggior parte delle donne fosse consapevole che il diabete gestazionale costituisce un fattore di rischio per lo sviluppo di un diabete di tipo II, soltanto una piccola percentuale di esse percepiva tale rischio come reale. Quando il rischio era riconosciuto e chiaramente definito, questa consapevolezza era spesso correlata al desiderio di modificare il proprio stile di vita al fine di riuscire a controllare e a gestire la patologia, non solo per il proprio benessere ma anche per quello del bambino.

Lo studio di Evans e O'Brien⁽³⁾, ha indagato il significato che le donne affette da GDM attribuiscono all'esperienza della gravidanza, somministrando ad un campione di gestanti prima e dopo il parto, delle interviste conversazionali che hanno permesso di identificare l'emergenza di alcuni temi che hanno permesso di chiarire meglio il tipo di impatto che la diagnosi di GDM aveva avuto sulle loro

vite. La gravidanza veniva percepita come “sorvegliata”, da forze interne ed esterne non controllabili, compreso il proprio corpo, talvolta vissuto come un avversario contro il quale combattere. Queste gestanti aderivano alle prescrizioni mediche e dietetiche con forte senso di responsabilità nei confronti del bambino, rispetto al quale si sentivano in colpa, se non rispettavano il programma terapeutico.

Persson e al⁽⁴⁾ nell'esplorare l'impatto della diagnosi di GDM sulla qualità della vita delle donne, hanno somministrato delle interviste ad un piccolo campione di gestanti, che avevano ricevuto tale diagnosi al fine di individuare delle categorie psicologiche descrittive dell'esperienza della donna. Lo studio ha messo in luce che la diagnosi di GDM giunge come un fulmine a ciel sereno per le donne, per le quali è necessario un certo periodo di tempo, più o meno lungo, per riuscire a mettere in atto delle strategie di coping rispetto alla nuova situazione. Le donne dello studio erano consapevoli del loro ruolo nella gestione della malattia e della loro responsabilità nei confronti del bambino, percepito come “innocente”, la cui vulnerabilità e dipendenza sollecitavano sentimenti di colpa.

Anche Berg⁽¹⁾ ha centrato l'attenzione sulle esperienze psicologiche delle donne con diagnosi di GDM ed ha rilevato che tali esperienze sembrano organizzarsi all'interno di un costrutto dicotomico “dominare” o “essere assoggettate”. Mentre alcune donne riuscivano ad adattarsi alla nuova situazione, altre, invece, si percepivano danneggiate e provavano sentimenti ambivalenti nei confronti della gravidanza e del bambino, rispetto al quale erano rari o assenti fantasie e progetti.

Nel complesso, gli studi che abbiamo citato hanno contribuito a descrivere l'esperienza psicologica delle donne con GDM come caratterizzata da sentimenti di smarrimento, vulnerabilità e incertezza nei confronti del futuro. Per queste gestanti la gravidanza sembra essere connotata da preoccupazioni e timori per il benessere del bambino, nei confronti del quale si sentono in colpa se non rispettano le prescrizioni mediche.

Le indicazioni per il trattamento che emergono da queste ricerche rimandano soprattutto alla necessità di un approccio terapeutico integrato alle pazienti con GDM, che preveda interventi psicoeducativi e di consultazione psicologica, volti, da un lato, a promuovere la conoscenza della propria patologia e delle strategie di adattamento ad essa, e dall'altro, a sostenere le donne nel delicato processo di adattamento alla diagnosi, processo che si interseca inevitabilmente con le rappresentazioni che nel corso della gravidanza la madre elabora rispetto a sé stessa e al bambino.

Metodologia

Obiettivi e ipotesi. Questo studio si inserisce all'interno di un progetto di ricerca longitudinale, al momento ancora in corso: “Piano di intervento integrato per il trattamento del diabete gestazionale”, che vede coinvolti il reparto di diabetologia dell'ospedale Sandro Pertini di Roma, la facoltà di Medicina e Psicologia dell'Università “Sapienza” di Roma, in collaborazione con il Dipartimento di Psichiatria e Scienze Psicologiche della stessa Università. L'ambulatorio “Diabete e gravidanza”,

in collaborazione con la UOC Ginecologia ed Ostetricia, prevede il lavoro congiunto di un'équipe multidisciplinare, che comprende figure quali il diabetologo, il ginecologo, l'infermiere, la dietista e lo psicologo, che effettua un monitoraggio costante dello stato di salute della donna e dell'andamento della gravidanza.

La diagnosi di diabete gestazionale dà il via ad un percorso assistenziale strutturato, che prosegue attraverso incontri regolari fino al primo anno di vita del bambino. Alle gestanti vengono fornite informazioni sulla malattia, sulle regole alimentari da seguire e sui necessari cambiamenti nello stile di vita. Alle pazienti viene, inoltre, illustrato come eseguire correttamente la rilevazione della glicemia e come gestire la terapia insulinica. La paziente viene così considerata come una parte attiva nel processo terapeutico in quanto la sua adesione al programma di trattamento è cruciale ai fini del benessere della donna e del bambino.

Sulla base del riconoscimento del momento particolarmente delicato che la diagnosi di GDM comporta per le gestanti, su richiesta del personale medico del reparto di Diabetologia dell'ospedale Sandro Pertini è stata inserita la figura dello psicologo clinico in ambulatorio, al fine di fornire alle donne un percorso terapeutico e assistenziale integrato a partire dal momento diagnostico. In particolare l'intervento psicologico ha come obiettivo quello di individuare eventuali situazioni di stress, di depressione o di ansia nelle donne al fine di fornire loro una consulenza psicologica e di sostenere il processo di accettazione e di adattamento alla patologia. L'individuazione di eventuali situazioni di rischio legate alla gravidanza con GDM si basa su uno studio attento della qualità delle rappresentazioni che progressivamente la donna elabora di sé stessa come madre e del futuro bambino, nel corso della gravidanza. Da questo punto di vista, lo studio delle rappresentazioni mentali in gravidanza^(5, 6), considerate come modelli dell'esperienza passata che si concretizzano in pattern relazionali e affettivi, può contribuire a mettere in luce i possibili fattori di rischio psicologico connessi alla gravidanza con GDM.

A tal proposito sono state formulate le seguenti ipotesi operative:

1. Se vi è una differente distribuzione degli stili di rappresentazione materna in gravidanze con diabete gestazionale e in gravidanze non a rischio;
2. Se le rappresentazioni dell'attaccamento si distribuiscono diversamente in un campione di donne con GDM e in un campione di donne che non presentano alcun fattore di rischio;
3. Se le preoccupazioni e le paure in gravidanza si distribuiscono diversamente nelle donne con GDM rispetto al campione di controllo.

Procedura. Tutte le donne del campione sono state selezionate nel corso della prima visita presso l'ambulatorio di diabetologia dell'ospedale “Sandro Pertini” di Roma. Nel corso di questo primo incontro la ricerca è stata presentata alle gestanti, alle quali è stato somministrato un questionario volto alla raccolta di dati ana-

grafici. In seguito a questa fase iniziale di *screening*, abbiamo selezionato due gruppi di donne: un gruppo con diagnosi di GDM e un gruppo di donne risultate negative al diabete gestazionale e con assenza di altre patologie fisiche rilevanti. In questa fase della ricerca, alle donne sono stati somministrati il CES-D e l'SCL-90, per valutare la presenza di eventuali sintomi depressivi, dimensioni sintomatiche e di disagio psichico. Le donne che hanno aderito al progetto di ricerca sono state poi ricontattate alla 28° settimana di gestazione, quando è stata loro somministrata l'IRMAG-R (*Intervista Rappresentazioni Materne in Gravidanza*). In un incontro successivo alle donne è stata inoltre somministrata l'*Adult Attachment Interview* (AAI)⁽⁹⁾ per valutare i modelli di attaccamento. A questa fase della ricerca hanno partecipato 76 gestanti su 120 creando una mortalità del campione pari al 37%.

Soggetti. Il campione della ricerca è costituito da 120 donne italiane, così suddivise: 57 donne con diagnosi di diabete gestazionale (47,5%) e 63 donne (52,5%) con assenza di rischio gravidico e psicopatologico. Le madri dei due gruppi hanno un'età che va dai 26 ai 42 anni ($X=34,31$ $ds=3,808$), sono primipare, appartengono prevalentemente ad un ceto sociale medio (70,6%) e hanno frequentato le scuole superiori (56,3%).

Strumenti. Il CES-D è uno strumento composto da 20 item valutati su una scala *Likert* a quattro punti, che è in grado di discriminare soggetti appartenenti a campioni psichiatrici da quelli appartenenti alla popolazione normale, distinguendo con un punteggio di *cut-off* pari a 16 le popolazioni clinicamente depresse da quelle non depresse⁽⁷⁾. La validazione italiana del CES-D ha individuato come soglia di *cut-off* un punteggio pari a 20. Nel nostro campione, le donne che ottengono un punteggio superiore a quello di *cut-off* pari a 20 o maggiore di 20 sono state considerate a rischio depressivo.

SCL-90-R – Symptom Check List

L'SCL-90-R⁽⁸⁾ è un questionario *self-report* che consente di indagare la presenza di eventuali dimensioni psicopatologiche nello stato attuale del soggetto. Analogamente ad altri strumenti clinici di autovalutazione, l'SCL-90 offre permette di ottenere un'ampia gamma di informazioni sull'esperienza soggettiva attuale di benessere e/o di disagio psicopatologico, consentendo di effettuare *screening* sia in ambito clinico che di ricerca in modo agevole e rapido. Lo strumento è composto da 90 items e può essere completato dal soggetto in circa 12/15 minuti.

IRMAG – Intervista sulle Rappresentazioni Materne in Gravidanza

Per esplorare la costruzione delle rappresentazioni materne durante la gravidanza è stata utilizzata l'IRMAG-R⁽⁵⁾, un'intervista semistrutturata composta da 41 domande che stimolano la donna a narrare l'esperienza della gravidanza e l'esperienza di essere madre: Per studiare il modello narrativo di sé come madre e del bambino vengono utilizzate sette dimensioni: 1) ric-

chezza delle percezioni; 2) apertura al cambiamento; 3) intensità dell'investimento, 4) la coerenza, 5) la differenziazione, 6) la dipendenza sociale, 7) la dominanza delle fantasie. L'IRMAG-R consente, inoltre, di approfondire la presenza di eventuali preoccupazioni o paure della madre nel corso della gravidanza, e di valutarne la tipologia e la frequenza.

Le sette dimensioni sono relative alla rappresentazione di sé come madre e alla rappresentazione del bambino e sono codificate in scale ad intervallo a cinque punti. L'assegnazione del punteggio finale individua tre differenti stili di rappresentazione materna: *integrata/equilibrata*, *ristretta/disinvestita* e *non integrata/ambivalente*.

La categoria di rappresentazioni *integrate/equilibrate* viene assegnata a narrazioni coerenti, nelle quali si rileva flessibilità ed apertura verso le trasformazioni fisiche, psicologiche, ed affettive che la nuova madre si trova a dover affrontare.

Le rappresentazioni *ristrette/disinvestite*, invece, si caratterizzano per un forte controllo emotivo rispetto all'esperienza del diventare madre e rispetto al bambino: Il racconto assume un carattere impersonale, a volte un po' astratto che non veicola emozioni o immagini particolari.

Infine, le rappresentazioni *non integrate/ambivalenti* si riscontrano in racconti confusi dai quali emerge un coinvolgimento ambivalente della madre, sia rispetto all'esperienza che sta vivendo che rispetto al partner o alla famiglia di origine. Spesso queste donne manifestano atteggiamenti contrastanti rispetto al proprio corpo, o rispetto al bambino.

A.A.I. Adult Attachment Interview

Per indagare lo stile di attaccamento in età adulta è stata utilizzata l'*Adult Attachment Interview*⁽⁹⁾, intervista semistrutturata che esplora i modelli di attaccamento della donna nei confronti delle figure di attaccamento significative della propria infanzia e come queste influenzino i propri stati attuali della mente rilevanti per l'attaccamento.

Il sistema di codifica prevede l'assegnazione della donna ad una delle quattro categorie finali: Sicuro/Autonoma (F), Preoccupato/Invischiato (E), Distanziante (Ds) e Inclassificabile (CC).

Nel caso in cui il soggetto manifesti uno stato Irrisolto/Disorganizzato (U/D) della mente rispetto ad un lutto o ad un trauma, il sistema di codifica prevede che la categoria finale sia preceduta dalla categoria U (Unresolved).

Risultati

Un primo livello di analisi è stato condotto per indagare le differenze nella distribuzione dei punteggi del CES-D, e dell'SCL-90-R, ed ha messo in luce delle differenze significative tra i due gruppi di donne solo per quanto riguarda il CES-D, mentre rispetto all'SCL-90 le donne del campione di controllo non si differenziano da quelle con GDM rispetto a tutte le dimensioni

Tabella 1. Confronto tra i punteggi ottenuti al CES-D.

Campione di controllo Media (DS)	Campione con GDM Media (DS)	Anova F	Significatività p
8,37 (4,16)	13,2 (6,47)	22,473	<0.001

esaminate. Come si rileva dalla Tabella 1, le donne con GDM ottengono punteggi significativamente superiori ($F_{(1,115)}=22,473$, $p=0,001$) al CES-D rispetto alle donne del gruppo di controllo.

Questi risultati mettono in luce che le donne con GDM, pur non risultando clinicamente depresse, mostrano dei punteggi che si avvicinano maggiormente al *cut-off* internazionale della scala⁽⁷⁾, che è pari a 16.

Le rappresentazioni materne

L'analisi delle frequenze delle due categorie dell'IR-MAG sul campione totale ha evidenziato che il 69,20% delle donne (N=83) presenta delle rappresentazioni materne integrate/equilibrate, il 19,2% (N=23) uno stile ristretto/disinvestito e l' 11,7%⁽¹⁴⁾ uno stile non integrato/ambivalente.

Per quanto riguarda la distribuzione delle rappresentazioni materne in gravidanza nei due gruppi di donne, l'analisi del χ^2 ha evidenziato delle differenze statisticamente significative ($\chi^2=10,929$, $gdl=2$, $p=.004$). In particolare, i dati mettono in luce una maggiore frequenza di rappresentazioni materne integrate/equilibrate nelle donne del gruppo di controllo (N= 49; 40,83%) e, in modo minore, nelle donne con diabete gestazionale (N=34; 28,33%). Come si evince dalla Figura 1, in quest'ultimo gruppo, tuttavia, le rappresentazioni ristrette/disinvestite risultano significativamente più frequenti (N=18; 15%) rispetto al campione di controllo (N= 5; 4,16%).

Questi risultati sembrano delineare alcune caratteristiche specifiche nel gruppo delle madri con diabete gestazionale rispetto al gruppo di controllo, soprattutto per quanto riguarda gli aspetti di restrizione affettiva e di ambivalenza rispetto a sé stesse come madri e al bambino.

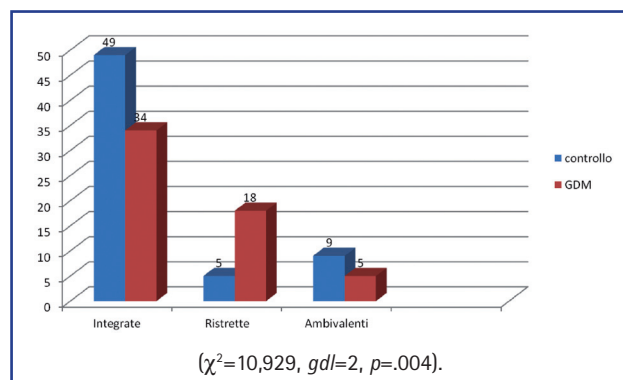


Figura 1. Distribuzione delle rappresentazioni materne nel campione di controllo e nel gruppo con GDM.

I modelli di attaccamento

Dall'analisi delle frequenze sulle quattro categorie dell'AAI si osserva che il 65,8% delle donne (N=50) ha un modello sicuro/autonomo, il 18,4% (N=14) un modello distanziante, il 7,9% (N=6) un modello preoccupato/invischiato e il 7,9% (N=6) un modello inclassificabile/irrisolto.

In riferimento alla terza ipotesi che voleva esplorare la distribuzione dei quattro stili di attaccamento all'interno dei quattro gruppi, l'analisi del Chi quadrato ha individuato delle differenze statisticamente significative ($\chi^2=10,227$, $gdl=3$, $p=0,017$).

Come si evince dalla Figura 2, i dati mettono in luce una maggiore frequenza dello stile di attaccamento sicuro/autonomo nel gruppo di controllo (N=34; 44,73%) e, in modo minore, nelle donne con diabete gestazionale (N=16; 21%). In quest'ultimo gruppo, tuttavia, si osserva una maggiore frequenza dello stile di attaccamento distanziante (N=9; 11,8%) rispetto al campione di controllo, nel quale questo stile di rileva solo nel 6,5% (N=5) delle donne. Anche lo stile di attaccamento ambivalente risulta essere più rappresentato (N=5; 6,5%) nel campione di donne con GDM rispetto al gruppo di controllo, nel quale questo modello si rileva solo nell'1,3% (N=1) delle donne. Infine, nel campione di donne con diabete gestazionale si evidenzia, una maggiore presenza di stili di attaccamento irrisolti/inclassificabili (N=4; 5,2%) rispetto al gruppo di donne senza alcun fattore di rischio (N=2; 2,6%).

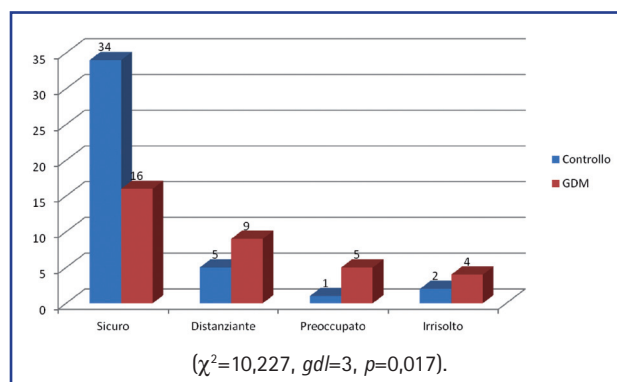


Figura 2. Distribuzione degli stili di attaccamento nel campione di controllo e nel gruppo con GDM.

Le paure e le preoccupazioni in gravidanza

Rispetto alla nostra quinta ipotesi, che si è proposta l'obiettivo di valutare se le paure e le preoccupazioni si distribuiscono diversamente nei due gruppi di donne, abbiamo effettuato ad un livello di analisi puramente descrittivo, una valutazione in termini di frequenze delle risposte fornite dalle donne alle specifiche domande dell'IR-MAG volte ad indagare la presenza di eventuali paure o preoccupazioni rispetto alla gravidanza e al bambino. Un primo dato che emerge dall'analisi delle frequenze delle paure nei due gruppi di donne è che queste sono presenti

nel 55% (N=66) delle gestanti del nostro campione. Nello specifico, la paura di perdere il bambino è presente nel 37,9% (N=25) delle donne del campione, mentre più della metà delle gestanti (53%, N=35) esprime timori rispetto alla salute del bambino dopo la nascita. Il 22,72% delle donne riferisce il timore che il bambino possa nascere malformato (N=15), mentre il 6,% (N=4), esprime preoccupazioni relative al futuro del bambino, soprattutto per quando egli sarà adolescente. Il 9,09% (N=6), delle donne teme la "morte in culla", mentre il 3,03% (N=2) delle gestanti esprime preoccupazioni rispetto al fatto che il bambino possa essere fisicamente sgradevole. La paura del parto riguarda il 28,78% (N=19), mentre il 15,1% (N=10) teme di non farcela ad accudire il bambino.

Rispetto all'ipotesi che voleva esplorare la distribuzione delle paure all'interno dei due gruppi di gestanti, l'analisi del Chi quadrato ha individuato delle differenze significative (vedi Figura 3).

In particolare, nelle donne con GDM sono presenti in modo più rilevante rispetto alle donne del campione di controllo: la paura di perdere il bambino, la paura rispetto all'adolescenza del proprio figlio e la paura della morte in culla.

Discussione

Rispetto al nostro studio, il cui scopo era quello di indagare le rappresentazioni materne e gli stili di attaccamento in donne con diabete gestazionale, un primo risultato ha messo luce alcuni aspetti distintivi del gruppo di donne con GDM rispetto al gruppo di controllo. In particolare, nelle donne del gruppo di controllo si riscontra una maggiore frequenza di rappresentazioni integrate/equilibrate rispetto al gruppo a rischio. Nel racconto che queste donne fanno della loro gravidanza si avverte un senso stabile e definito della propria identità, nonché la capacità di adattarsi in modo flessibile ai cambiamenti impliciti nella gravidanza, che impongono un lavoro personale di revisione dei propri modelli mentali e di riadattamento ad una realtà in continua evoluzione. La riorganizzazione del proprio sé in relazione all'acquisizione del ruolo materno e alla presenza del bambino evidenzia in queste donne i presupposti organizzativi di un *caregiving system* a livello sia pratico

che affettivo. Le rappresentazioni integrate/equilibrate sono invece significativamente meno frequenti nelle donne affette da GDM, le quali presentano una elevata frequenza di rappresentazioni mentali ristrette/disinvestite di sé come madre e del futuro bambino. Questo dato sembrerebbe essere in linea con quanto emerso dallo studio di Berg⁽¹⁾, che ha messo in luce che le donne con GDM provano sentimenti contraddittori nei confronti della gravidanza e del bambino, rispetto al quale sono rari o assenti fantasie e progetti. La percezione di incertezza prevalente nell'esperienza psicologica di queste donne potrebbe condurle a non lasciare andare ad un investimento affettivo totale nei confronti del bambino, al fine di difendersi dalla possibilità che la gravidanza non arrivi al termine e che il figlio possa morire o nascere non in buona salute. I nostri risultati mettono in luce, inoltre, che la diagnosi di diabete gestazionale sembra innescare una serie di timori relativi non solo agli aspetti di realtà legati al GDM, ma anche ad aspetti che appaiono maggiormente correlati al mondo fantasmatico materno, e che risulterebbero, pertanto, meno elaborabili. Da quanto emerso dallo studio si configura la necessità di monitorare attentamente la particolare configurazione che le rappresentazioni materne assumeranno nel periodo del post-partum, quando l'impatto con il bambino reale potrà agire come un fattore positivo, in grado di promuovere la riorganizzazione e l'integrazione del proprio mondo interiore, oppure amplificare vissuti emotivi dolorosi legati al processo di cambiamento connesso con la gravidanza e con l'assunzione del nuovo ruolo genitoriale.

Conflitto di interesse nessuno.

BIBLIOGRAFIA

1. Berg M. Pregnancy and Diabetes: How Women Handle the Challenges. *Journal Perinatal Education*, 14: 23- 32, 2005
2. Kim C, McEwen LN, Kerr EA, Piette JD, Chames MC, Ferrara A, et al. Preventive counseling among women with histories of gestational diabetes mellitus. *Diabetes Care* 30: 2489-2495, 2007
3. Evans MK, O'Brien B. Gestational Diabetes: The Meaning of an At-risk Pregnancy. *Qualitative Health Research* 15: 66, 2005
4. Persson M, Winkist A, Mogren I. From stunned to gradual balance – women's experience of living with gestational diabetes mellitus. *Scand J Caring Sci* 24: 454-462, 2010
5. Ammaniti M, Candelori C, Pola M, Tambelli R. Maternità e gravidanza. Studio delle rappresentazioni materne, Raffaello Cortina, Milano 1995
6. Tambelli R. Dinamiche e competenze genitoriali nello sviluppo tipico e atipico. In: Ammaniti M. eds. *Psicopatologia dello sviluppo. Modelli teorici e percorsi a rischio*. Raffaello Cortina pp. 43-79, Milano 2010
7. Radloff LS. The CES-D scale. A self-report depression scale for research in the general population, *Appl Psychol Meas* 1: 385- 401, 1977
8. Derogatis LR. The SCL-90-R: Administration, scoring and procedures. Manual I. Clinical Psychometric Research Unit. John Hopkins University School of Medicine, Baltimore 1997
9. Main, M, Goldwyn R. Adult attachment scoring and classification system. Manoscritto non pubblicato. University of California, Berkeley 1998

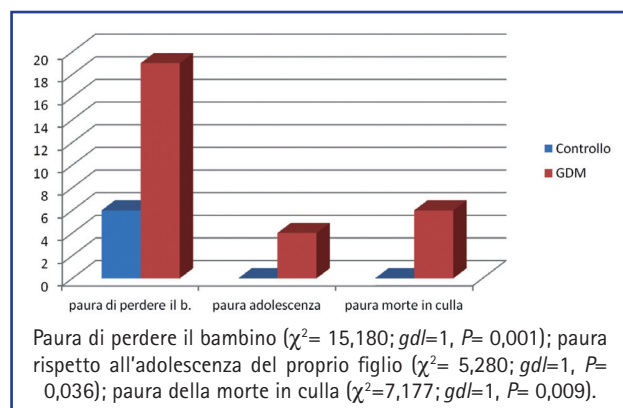


Figura 3. Paure nel gruppo con GDM e nel campione di controllo.