

La gravidanza nella donna con Diabete di Tipo 1: Aspetti Bio-psicosociali

Silvia Mazzuca, Giorgia Morgese, Paolo Gentili, Natalia Visalli

Abstract

L'articolo intende presentare gli aspetti bio-psicosociali che si riscontrano nella donna in gravidanza con diabete di tipo 1.

Nell'ambito del diabete, l'evento del concepimento e tutto l'arco della gestazione sono da individuarsi come quei fenomeni che risultano strettamente interrelati sia sotto il profilo biologico che psicologico. Da questa interdipendenza si genera una totale trasformazione e riorganizzazione dell'identità psichica e corporea nonché delle relazioni interpersonali significative (figure genitoriali, partner) alle quali sono connessi significati emotivi importanti.

Parole chiave: donna in gravidanza, diabete, approccio bio-psicosociale

Il diabete tipo 1 è una condizione cronica che comporta l'assunzione giornaliera di insulina attraverso iniezioni sottocutanee multiple.

Per potere garantire una attesa di vita sovrapponibile a quella della popolazione generale si chiede alla persona con diabete il controllo costante della glicemia, con numerose rilevazioni giornaliere che permettano di prendere delle decisioni: assumere una determinata dose di insulina, fare o non fare dell'esercizio fisico, mangiare o non mangiare sostanze contenenti carboidrati il tutto per raggiungere e mantenere un buon compenso metabolico.

Si capisce bene come il momento della diagnosi ed il successivo percorso terapeutico siano vissuti dalla persona con diabete come un vero e proprio evento traumatico, in grado di generare vissuti di profonda sofferenza. Comunicare la presenza di una condizione cronica determina, infatti, l'insorgere di un disequilibrio interiore, una rottura con il passato, l'ingresso in una condizione di totale incertezza dovuta alla perdita dello stato di integrità precedente. Destruzzurazione, dunque, della vecchia immagine di sé ed imminente bisogno di riorganizzarne una nuova.

Tale processo di riformulazione può influenzare la riuscita della terapia generando una compliance iniziale quasi ossessiva che si trasforma in sentimenti depressivi e di svalutazione del sé che portano ad un'aderenza altalenante alla cura. Il rapporto del paziente con il proprio corpo diventa, quindi, un fattore di rischio, o di forza per il monitoraggio, del diabete.

Pertanto, diventa evidente la necessità di operare interventi di costante monitoraggio e supporto del paziente diabetico, in un approccio terapeutico educativo e di counseling integrato con quello medico.

Ciò è tanto più necessario in fase di programmazione di una gravidanza, in cui le donne devono

essere informate della necessità di ottenere un buon controllo metabolico nella fase precedente il concepimento e dei rischi di una gravidanza non programmata.

Si calcola che nei paesi occidentali circa il 6-7% delle gravidanze sia complicato da diabete e di queste il 12,5% è rappresentato dal diabete pre-gestazionale, la cui presenza può determinare malformazioni congenite (4,6%) ed aumentata mortalità neonatale (0,9%). I dati ISTAT sulla popolazione generale riportano tassi del 2% per le malformazioni e dell'8,8 per mille per la mortalità neonatale. La responsabilità di tale situazione è da riferire al fatto che ancora in Italia sono programmate meno del 50% delle gravidanze in donne con diabete tipo 1.

Nell'ambito del diabete, l'evento del concepimento e tutto l'arco della gestazione sono da individuarsi come quei fenomeni che risultano strettamente interrelati sia sotto il profilo biologico che psicologico. Da questa interdipendenza si genera una totale trasformazione e riorganizzazione dell'identità psichica e corporea nonché delle relazioni interpersonali significative (figure genitoriali, partner) alle quali sono connessi significati emotivi importanti, riverbero di fantasie interne e arcaiche nonché di esperienze proprie dell'età evolutiva e riferibili a rapporto madre-figlia.

Alcuni aspetti psicofisiologici della maternità

L'esperienza della maternità va considerata lungo un continuum all'interno del percorso femminile caratterizzato dal passaggio dall'essere figlia all'essere madre, connotandosi come un'esperienza che vede la fusione dei livelli del reale, immaginario e simbolico.

All'interno di questo assetto la gravidanza va, pertanto, intesa come realizzazione fattuale di quella capacità generativa virtualmente acquisita con la pubertà che presuppone il dispiegamento di tutte quelle risorse atte a fronteggiare la questione dell'uso mentale della sessualità e del suo inglobamento all'interno dei diversi livelli di sviluppo esistenti. Essa costituisce un'esperienza psicofisica che implica una complessità di livelli, relativi, primariamente, all'identità di genere e al suo radicamento in una solida configurazione del Sé corporeo come base del senso di identità.

Appare, dunque, evidente come questo evento segni un punto cruciale nella definizione e ridefinizione dell'identità di una donna, richiedendo fasi di destrutturazione e ristrutturazione: essa va contestualizzata sullo sfondo della femminilità, sessualità e dunque corpo, fisico e mentale.

Ai cambiamenti della persona corrispondono quindi cambiamenti del mondo fisico (esterno) e psichico (interno): quindi la gravidanza è un'esperienza "corporea" e contemporaneamente "psichica" e "relazionale". Inoltre il cambiamento mentale riguarda non solo il presente ma anche il futuro: nella donna in gravidanza sono presenti pensieri, sensazioni ed immagini riferite alla propria persona di futura madre, ma anche pensieri, sensazioni e immagini rivolte al futuro nascituro.

Modificazioni organiche ed ormonali, modificazioni del valore della femminilità: dall'ideale di bellezza al tentativo di diventare una buona madre che sappia proteggere e garantire la vita.

Separazione dalla propria madre, individuazione con il feto e successiva separazione dal feto, fisica e psichica rendono la gravidanza una fase evolutiva ma anche una crisi mutativa che impone una riorganizzazione delle esperienze precedenti e l'integrazione di una nuova immagine di sé, attraverso nuove identificazioni.

Divenire madre, infatti, comporta anzitutto un confronto emotivo con la propria madre, da cui possono scaturire sentimenti di angoscia, di perdita e sentimenti di colpa ma anche identificazione con il feto e successivamente con il neonato, necessaria per sviluppare la capacità di accoglienza del bambino attraverso una progressiva redistribuzione degli investimenti oggettuali e narcisistici.

Il desiderio "egocentrico" di essere amata subisce una metamorfosi attraverso un trasferimento dei propri investimenti dal proprio io al figlio che permette alla donna di operare una distinzione tra il desiderio di maternità e il desiderio di gravidanza. Mentre nel primo prevale l'investimento sul bambino, nel secondo sono presenti soprattutto il bisogno narcisistico di provare a se stessa che il proprio corpo funziona come quello della madre.

Contemporaneamente il desiderio di maternità si associa al desiderio dell'infanzia.

Si assiste ad un'accentuazione del desiderio di realizzare le promesse dell'infanzia di divenire madre e il desiderio di ritrovare qualcosa dell'ambiente di vita originaria.

La gravidanza può quindi configurarsi come un momento propizio per legarsi al passato attraverso le emozioni presenti che riattualizzano il vissuto di un'infanzia perduta in cui si era al sicuro con un corpo sano.

Il diabete in gravidanza

Con il diabete si aggiunge ai vissuti propri di ogni gravidanza un specifico connotato: il corpo malato, intralcio nel rapporto con gli altri.

Il diabete comporta un confronto tra l'immagine del sé passata e l'immagine del sé presente.

Vissuti di impotenza, svalutazione e angoscia accompagnano le donne durante il continuo controllo dei livelli glicemici che risultano essere una conferma costante di un sé nuovo in un corpo malato.

Nell'ambito delle condizioni psicologiche vissute dalla donna diabetica ve ne sono alcune peculiari del genere femminile e ancor più legate alla maternità.

Il desiderio di avere un figlio e la maternità sono temi con cui ogni donna si confronta nella propria vita e, assieme agli aspetti motivazionali di tipo biologico e culturale, si intrecciano aspetti psicologici, relazionali ed emotivi sempre importanti e complessi.

Ad esempio, nell'adolescente diabetica appena pubere, è assai più presente un atteggiamento di desiderio nei riguardi del matrimonio, rispetto alle coetanee mentre nella donna adulta con diabete quello della maternità diventa un obiettivo/problema fondamentale.

E' presente, costantemente, il bisogno di provare ad avere un partner (nella donna diabetica non coniugata) e di avere un figlio (nella donna coniugata), anche se quest'ultimo bisogno viene spesso rimosso o bloccato dal timore, dalla paura.

In particolare in quest'ultima, il senso di diversità e di inferiorità diventa centrale: il figlio è percepito allora anche come una prova, un test di normalità atto a dimostrare, a se stessa ed agli altri, di essere come le altre donne.

Anche in questo caso, come accennato in precedenza per gli aspetti psicologici più generali, matura un conflitto: da un lato, un bisogno-desiderio di maternità, accentuato anche dalla percezione del figlio come di una prova di essere compiutamente donna, dall'altro, paura-timore, sia per l'integrità fisica propria e del nascituro in relazione alla gravidanza ed al parto, sia per il dubbio (di rado completamente inesistente, e spesso rimosso) di trasmettere al figlio, una pesante eredità patologica.

Accanto al desiderio di una maternità insorgono dei vissuti negativi che inficiano il vissuto della sessualità e che contribuiscono alla comparsa di tematiche dimorfofobiche¹ e di vissuti di rifiuto del proprio corpo.

Oltre alla facilità di contrarre infezioni dovute allo scompenso glicemico, sorge una condizione di frigidità durante il rapporto sessuale, se pur desiderato, a causa del conflitto con la paura del parto, che viene affiancata da sentimenti di apprensione, angoscia e inadeguatezza.

Se già il diabete è generalmente avvertito come un'aggressione alla propria immagine corporea, una ferita narcisistica che fa temere di non poter più essere ammirate ed amate e per questo va nascosta, in gravidanza questi aspetti diventano più complessi.

Il conflitto fra la propria immagine reale, colpita dal diabete, e la propria immagine ideale si accentuano generando stati depressivi, anche gravi. Una manifestazione tipica è data dal rapporto col proprio peso corporeo, in particolare dal timore di ingrassare, o a causa della terapia insulinica, o a causa del maggiore consumo di cibo generato da stati ansiosi (prevalentemente, dalla paura delle ipoglicemie).

Pertanto, la gravidanza e le conseguenze ad essa correlate nell'ambito di una malattia cronica quale il diabete possono attivare reazioni specifiche, terapeutiche e non, a favore o sfavore della cura del sé.

Interventi sulla percezione dell'immagine corporea possono, dunque, favorire lo sviluppo di attività di coping.

Le dinamiche dell'esperienza della gravidanza in donne diabetiche ruotano attorno alle seguenti tematiche:

- a) *sentimenti riguardo il bambino in correlazione al diabete;*
- b) *sentimenti riguardo se stesse in correlazione al diabete;*
- c) *sensazione della perdita del controllo personale sulla salute.*

¹ La **dismorfofobia** (dal greco antico *dis – morphé*, forma distorta e φόβος, *phobos* = timore) è la fobia che nasce da una visione distorta che si ha del proprio aspetto esteriore, causata da un'eccessiva preoccupazione della propria immagine corporea

- d) *sentimenti riguardo se stesse e il partner;*
- e) *Il postpartum nella donna diabetica: sentimenti verso se stessa e verso la malattia*

Sentimenti riguardo il bambino in correlazione al diabete

I sentimenti riguardo il bambino in correlazione al diabete si sviluppano in due momenti principali: prima e dopo il parto.

Le maggiori preoccupazioni prenatali riguardano gli effetti nocivi che la malattia materna può avere sul bambino, preoccupazione che incrementa il monitoraggio medico della malattia aumentando allo stesso tempo il livello di ansietà circa la salute del figlio, che si protrae anche nella fase successiva, quella del post-partum, associandosi all'insorgenza del senso di colpa.

Si assiste ad un senso di impotenza pervasivo, incrementato da modalità comunicative da parte degli operatori socio sanitari spesso percepite come inadeguate e che contribuiscono ad accentuare le paure delle pazienti.

Sentimenti riguardo sé stesse in correlazione al diabete

Quando l'attenzione si sposta sulla percezione del sé, le donne in gravidanza con diabete sviluppano preoccupazioni sul monitoraggio del diabete e sul decorso futuro della malattia.

Sensazione della perdita del controllo personale sulla salute (accettazione attiva)

La gestione del diabete solleva problematiche relative alla sensazione di perdita del controllo, che si sviluppa su due fronti: interno, circa la propria capacità di monitorare il livello di zucchero nel sangue ed esterno, circa il supporto degli operatori socio-sanitari al controllo globale del disturbo. E' possibile ovviare in parte a tal perdita attraverso un costante flusso informativo che sia quanto più personalizzato possibile.

La gestione della condizione diabetica, non è riducibile esclusivamente all'aspetto fisio-patologico. Tale componente deve essere integrata nella dimensione più ampia dell'immagine di sé ed in quella che gli viene restituita dall'ambiente circostante. Il denominatore comune è rappresentato dal problema della "accettazione attiva" del diabete, intesa come raggiungimento di una dinamica situazionale di nuovo equilibrio vitale, caratterizzato dall'autonomia nella gestione della condizione diabetica e dalla convivenza consapevole con la condizione stessa. Il problema di tale accettazione, per quanto possa essere agevolato nella sua graduale risoluzione dalla conoscenza e padronanza fornite dai metodi di educazione sanitaria, resta legato ad una profonda crisi personale ed implica un difficile ed oneroso processo emotivo di elaborazione interiore.

Il controllo metabolico rappresenta, quindi, un obiettivo da perseguire all'interno di un intervento più globale, volto a favorire i processi evolutivi e l'integrazione equilibrata della personalità del diabetico. In questo senso appare incontestabile che, a fianco della terapia e delle attenzioni per la situazione organica del diabetico, siano da considerare equamente la sua personalità, nonché le interazioni e le influenze

emotive ed ambientali. Solo così, a lungo termine ed al di là dei limiti implicati dalla cronicità, il trattamento terapeutico può sortire risultati globalmente ed effettivamente positivi.

L'accettazione attiva viene, dunque, influenzata da diverse variabili: la percezione del controllo, che a sua volta agisce direttamente sull'efficacia della gestione consapevole, e la percezione della propria immagine corporea. L'aumento dell'angoscia circa la propria immagine corporea comporta una riduzione del controllo glicemico aggravando la problematica.

Sentimenti riguardo se stesse e il partner

Per molte persone con diabete ci sono visibili conseguenze che possono contribuire allo sviluppo di un'immagine corporea negativa che compromette l'intimità fisica.

L'intimità richiede fiducia in se stessi, sicurezza e apertura, caratteristiche assenti o presenti in forma debole nelle persone che hanno un'immagine corporea negativa. Si assiste all'insorgenza, in particolare nelle donne con un partner fisso, di stati emotivi fortemente ansiogeni, depressivi che la persona cerca di ridurre attraverso un evitamento costante di relazioni sociali ma anche e soprattutto intime².

Sebbene l'effetto del diabete sulle funzioni sessuali sia causato da alterazioni neuropatiche ed endocrinologiche e da complicazioni vascolari, cause vascolari neurogenetiche e psicologiche possono avere un effetto cumulato.

Il postpartum nella donna diabetica: sentimenti verso se stessa e verso la malattia

L'insoddisfazione per la propria forma fisica, e quindi per il proprio corpo, risulta un fattore che partecipa ad una serie di disturbi che riguardano la sfera del comportamento alimentare (DCA) e quindi della cura di malattie, quali il diabete, per le quali è importante il fattore "dieta" come causa di un buon controllo della malattia. A sua volta questa insoddisfazione per il proprio corpo può essere conseguente ad un'alterata percezione della propria immagine corporea³ la quale in ambito psicopatologico viene diagnosticata come dismorfofobia, o "disturbo da dismorfismo corporeo" (DSM-III- R) e che rappresenta "un difetto immaginario dell'aspetto" (DSM IV). Questa a sua volta causa nella persona con tale disturbo una

² Ad esempio, un blogger citato nell'articolo di Shaban "Body Image, Intimacy and Diabetes" scrive "There is a sexual element to my relationship. There is also a diabetes element to my sex." Sex and intimacy dredges up a host of issues, diabetes notwithstanding. Is my body appealing? Am I feeling pretty? Do my arms/ass/ears look fat in this shirt/skirt/hat? Now add diabetes to the mix. Is my blood sugar at a stable level? Is there juice within reaching distance, in case of a low... Where is my pump infusion set these days? Can I dis - connect easily?"

³ Il termine "immagine corporea" fa riferimento alla rappresentazione mentale che un individuo ha del proprio corpo, con i suoi attributi fisici ed estetici, alla percezione della propria immagine, nonché ai sentimenti relativi alle parti costituenti il corpo stesso. Il concetto di "immagine corporea" non si riferisce quindi esclusivamente alla forma fisica ma anche alla rappresentazione mentale che un individuo ha del proprio corpo nonché ai sentimenti legati a come vengono percepite le parti costituenti il corpo stesso.

serie di comportamenti auto lesivi clinicamente significativi sia nell'area affettivo-relazionale, con gravi ripercussioni sulla propria qualità di vita, sia, in particolare, nel prendersi cura del proprio corpo malato quale è quello con il diabete.

In riferimento, più specificatamente, al diabete gestazionale, poiché questo risulta essere predittore di una possibile diagnosi di diabete tipo 2, diviene molto importante aiutare le donne nel periodo post parto ad adottare uno stile di vita corretto anche dopo la gravidanza e ad elaborare tutte le conseguenze psicologiche che sono state originate dalla diagnosi di GDM. L'attività psicoeducativa multidisciplinare nel periodo successivo al parto rappresenta quindi un continuum e un monitoraggio costante nel passaggio dalla precedente esperienza di gestante con GDM a quella attuale di madre che deve continuare nel suo percorso di alimentazione sana e corretta e affrontare l'eventuale insorgenza della sindrome "baby blues" o di una depressione post partum⁴.

Il protocollo psicoeducazionale dopo il parto deve essere un'occasione terapeutica in cui la paziente insieme con le altre mamme, nella dimensione protetta del gruppo, sia indirizzata al confronto e supporto, eviti l'isolamento e si focalizzi sui bisogni di sé come persona, quali l'utilizzo di un tempo per sé stessa e per la sua salute.

⁴ Numerosi studi hanno dimostrato come durante i primi mesi successivi al parto si verifichi frequentemente la comparsa di problematiche quali la sindrome baby blues e/o la depressione post-partum, le cui ripercussioni nella vita quotidiana della donna possono consistere in una significativa diminuzione dell'autostima e del senso di autoefficacia rispetto alla capacità di far fronte ai nuovi compiti relativi alla maternità.

In particolare sono risultati sempre più utili gli interventi che utilizzano *tecniche di narrazione scritta o verbale* le quali, in vari ambiti clinici, mostrano la capacità di far emergere con più chiarezza i molteplici aspetti emotivi e cognitivi attivati dalla malattia e di individuare le risorse adattive per affrontare o prevenire comportamenti di malattia⁵. In ambito medico, la terapia narrativa si colloca come una forma di psicoterapia che pone l'accento sull'importanza che il linguaggio e la storia assumono nel processo di sviluppo ed espressione di problematiche di natura sia intrapersonale che interpersonale, ed è particolarmente importante in quei campi, come ad esempio quello della neurologia, in cui le storie dei pazienti, non di rado compromesse da una ridotta capacità di parlare, costituiscono spesso la chiave per accedere alla comprensione delle loro malattie e formulare, conseguentemente, una corretta diagnosi. Un ultimo aspetto, infine, considerato nella tecnica della narrazione in ambito diabetologico, riguarda la relazione con gli operatori sanitari, con i quali è necessario e inevitabile un rapporto collaborativo più intenso di quello implicato in altre malattie, specie croniche. Mediante la narrazione al paziente viene offerta l'opportunità di riconoscere le varie componenti, anche conflittuali, in cui si articola il suo vissuto di malattia e di riflettere su di esse, nel tentativo di organizzarle e integrarle nel più ampio contesto di vita in cui è inserito, affinché si possa sanare la frattura prodotta dalla patologia stessa e aprirsi al futuro, dunque in una nuova visione che possa costituire la premessa di condizioni di vita più soddisfacenti. L'approccio narrativo, in tal senso, da una parte alimenta l'immaginazione individuale, offrendo la possibilità di contemplare nuove prospettive e modalità di azione, e dall'altra facilita il contatto interpersonale, la creazione e il potenziamento di una relazione collaborativa e aperta verso molteplici direzioni, incentrata quindi non solo sul disturbo del paziente ma anche sulla sua vita e capace di indurre una maggiore cura di sé e aderenza al trattamento nel soggetto malato.

Conclusioni

In conclusione la partecipazione delle donne all'autogestione del diabete durante e dopo la gravidanza è influenzata da credenze personali, familiari e sociali, nonché dalle percezioni circa l'attività fisica in generale e in relazione alla salute. Le credenze relative alle cause dei disturbi come il diabete, la vulnerabilità personale, e la valenza del rischio, nonché le opinioni riguardo la relazione tra interventi curativi/preventivi e la gestione del diabete in gravidanza sono tutti fattori che possono influenzare la motivazione delle donne ad intraprendere e attuare una valida autogestione del diabete.

I valori culturali, le preferenze comportamentali, le aspettative e il contesto culturale sono dunque fattori primari che esercitano una forte influenza sulla percezione della propria malattia con un conseguente riscontro sulla gestione della stessa.

⁵ Si rimanda all'articolo "*Proposta di un protocollo psicoeducazionale multidisciplinare in un ambulatorio per donne con pregresso GDM*" di Gentili.

Per tali motivi diventa evidente l'importanza della presa di coscienza delle criticità non solo del diabete in sé ma anche la ricerca di una valida erogazione da parte dei servizi di assistenza nei tre periodi di pre-parto, gravidanza e post-parto. Da qui l'importanza di una stretta integrazione tra il ruolo medico di informazione, educazione e cura ed il ruolo del contesto sociale. Un'integrazione riuscita tra questi ruoli permette l'ottimizzazione delle cure e del supporto psicologico per il diabetico ed i familiari.

Infine, è chiaro che per fornire le basi di un trattamento efficace alla donna con diabete e successivamente in gravidanza e nel periodo post-partum è necessario non solo riesaminare i pattern nutrizionali, l'attività fisica ed i problemi psico-sociali, ma anche definire un percorso di presa di consapevolezza da parte della donna e del team terapeutico dei sentimenti della futura madre e delle sue conseguenti aspettative di partecipazione alla cura, al fine di raggiungere e garantire il benessere psico-fisico della donna stessa e del futuro nascituro.

Quindi, un importante programma di educazione e di counseling mirato in tutte le donne diabetiche in età fertile deve essere iniziato mesi prima del concepimento coinvolgendo eventualmente anche il o partner e tutte le figure professionali che sono a contatto con la paziente diabetica⁶.

Bibliografia

Baptiste-Roberts, K., Barone, B., Gary, T., Golden, S., Wilson, L., Bass, E., & Nicholson, W. (2009) Risk factors for type 2 diabetes among women with gestational diabetes: A systematic review. *American Journal of Medicine*, 122, 207–214.

Berg M, Sparud-Lundin C. (2009) Experiences of professional support during pregnancy and childbirth. A qualitative study of women with type 1 diabetes. *BMC Pregnancy Childbirth* 2009; 9:27.

Clausen, T. D., Mathiesen, E. R., Hansen T., Pedersen O., Jensen, D. M., Lauenborg, J., & Damm, P. (2008) High prevalence of type 2 diabetes and pre-diabetes in adult offspring of women with gestational diabetes mellitus or type 1 diabetes: The role of intrauterine hyperglycemia. *Diabetes Care*, 31, 340–346.

Collier, S., Mulholland, C., Williams, J., Mersereau, P., Turay, K., Prue, C., (2011) A Qualitative Study of Perceived Barriers to Management of Diabetes Among Women with a History of Diabetes During Pregnancy. *Journal of Women's Health*, 20, 1333-1339.

D'Angelo, D., Williams, L., Morrow, B., Cox, S., Harris, N., Harrison, L., Zapata, L. (2007). Preconception and interconception health status of women who recently gave birth to a live-born infant- pregnancy risk assessment monitoring system (PRAMS), *United States, 26 reporting areas, 2004. Morbidity and Mortality Weekly Report*, 56 (SS10), 1–35.

⁶ Per approfondimenti sulle raccomandazioni per la cura del diabete prima e durante la gravidanza, fare riferimento agli *standard of care* ADA 2006 e al *Clinical Practice Guidelines* della Canadian Diabetes Association.

- Edith C. Kieffer, Sharla K. Willis, Natalia Arellano and Ricardo Guzman (2002) Perspectives of Pregnant and Postpartum Latino Women on Diabetes, Physical Activity, and Health. *Health Education and Behavior*, 29: 542-546.
- Ferraro, F. (1992) La gravidanza e il suo interdetto: un'esplorazione psicoanalitica. In Ammaniti (a cura di) (1992), 65-80.
- Fratini, P. (2008) "I modi del fare (Esperienze di lavoro terapeutico). La Donna e il Diabete: evidenze di un'esperienza di gruppo centrata sulla persona" Script Centro Psicologico Umanistica, 14.
- Gentili P., Di Berardino P., Parmentola C. (2007) "L'approccio psicologico nel diabete. Il dialogo, le teorie e l'esperienza"
- Kim C, McEwen L.N, Piette JD, Goewey J, Ferrara A, Walker E.A. (2007) Risk perception for diabetes among women with histories of gestational diabetes mellitus. *Diabetes Care*, 9, 2281–2286.
- Kim C, Sinco B, Kieffer E.A. (2007) Racial and ethnic variation in access to health care, provision of health care services, and ratings of health among women with histories of gestational diabetes mellitus. *Diabetes Care*, 6, 1459–1465.
- Kim C, McEwen L.N., Kieffer E.C., Herman WH, Piette J.D. (2008) "Self-efficacy, social support, and associations with physical activity and body mass index among women with histories of gestational diabetes mellitus" *Diabetes Educ*, 4, 719–728.
- Lavender, T., Platt, M., Tsekiri, E., Casson, I., Byrom, S., Baker, L., & Walkinshaw, S. (2009). *Women's perceptions of being pregnant and having pregestational diabetes. Midwifery*, 26(6), 589–595.
- Nolan, J., McCrone, S., Chertok, I.R.A., (2011) "The maternal experience of having diabetes in pregnancy" *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 23, 611-618.
- Ozcan, S., Sahin, N.H., Bilgic, D., Yilmaz, S.D., (2011) "Is Sexual Dysfunction Associated with Diabetes Control and Related Factors in Women with Diabetes?" *Sex Disabil* 29, 251–261
- Shaban, C., (2010) Body image, intimacy and diabetes. *Diabetes Care*, 10: 82-86.
- Symons Downs D., Ulbrecht J.S. (2006) Understanding exercise beliefs and behaviors in women with gestational diabetes mellitus. *Diabetes Care*, 2, 236–240.
- Spallucci, S., (2006) "Psicoanalisi della gestazione" *International Journal of Psychoanalysis and Education IJP*, 1, 5-33.

Silvia Mazzuca è dottoressa in Scienze e tecniche psicologico – sociali.

E-Mail: silviamazzuca@yahoo.it

Giorgia Morgese è dottoressa in Psicologia della salute, clinica e di comunità, Dottoranda in Psicologia e Scienza Cognitiva.

E-Mail: giorgia.morgese@yahoo.it

Paolo Gentili è Professore Associato Dipartimento di Neurologia e Psichiatria, Psichiatra e Psicoterapeuta individuale e di coppia, Docente SIRPIDI, Direttore Master in Psicodiabetologia.

E-Mail: paolo.gentili@uniroma1.it

Natalia Visalli, UOC Diabetologia e Dietologia ospedale S. Spirito Roma.