

MAŁGORZATA CICHECKA-WILK

ORCID 0000-0001-8753-9970

*Uniwersytet im. Adama Mickiewicza
w Poznaniu*

PREGOREKSJA - JADŁOWSTRĘT PSYCHICZNY KOBIEŃ W CIĄŻY

ABSTRACT. Cichecka-Wilk Małgorzata, *Pregoreksja – jadłowstręt psychiczny kobiet w ciąży* [Pregorexia – Anorexia Nervosa in Pregnant Women]. *Studia Edukacyjne* no. 62, 2021, Poznań 2021, pp. 187-204. Adam Mickiewicz University Press. ISSN 1233-6688. DOI: 10.14746/se.2021.62.11

Pregorexia is the term used to describe anorexia nervosa in pregnant women. It is not a medical term, yet increasingly used by specialists nowadays. Probably this is because the cases of pregorexia they encounter in practice are increasing in number, affecting 1.5–5% of women. In addition, they emphasize the specificity of this eating disorder, which carries a double risk when the mother is expecting. However, the latest classification of mental disorders of the American Psychiatric Association, DSM-5, does not include a separate name and criteria for the diagnosis of anorexia nervosa occurring in pregnant women. The clinical picture of pregorexia, apart from some significant symptoms, is consistent with the picture of this disorder in other people. Women with this disorder show a strong fear of the natural consequence of pregnancy, which is weight gain. To this end, they reduce the amount of food consumed, reduce the caloric content of meals, and use fasts. They also often do intense exercise. Sometimes they have binge eating and purging episodes, provoke vomiting, and abuse laxatives. As a result, they lose weight, develop qualitative malnutrition and body exhaustion. This entails numerous negative effects on the health and sometimes life of both mother and child. Such a danger, however, is not a factor preventing the actions causing it. They are caused by the pathological mechanism of the disorder, related to the action of various factors. In this article, some selected ones seem to be peculiarly significant in relation to pregorexia.

Key words: pregorexia, pregnancy, eating disorders

Wstęp

Pojęcie pregoreksji powstało z połączenia dwóch angielskich słów: *pregnancy* oznaczającego ciążę i *anorexia* określającego jadłowstręt. Pierwszy raz zostało użyte w 2008 roku, w amerykańskim programie telewizyjnym „The Early Show”, emitowanym na kanale CBS (Columbia Broadcasting System) i w stacji Fox News, w kontekście próby zdefiniowania zaburzeń odżywiania

się występujących u kobiet ciężarnych, które nadmiernie zmniejszają liczbę kalorii w swojej diecie i wykonują intensywne ćwiczenia fizyczne, w celu kontrolowania przyrostu masy i kształtu swojego ciała¹. Od tamtej pory odnozione jest do przypadków występowania jadłowstrętu psychicznego u kobiet będących w ciąży. W języku polskim stosuje się nazwy: ciężoreksja, anoreksja ciążowa, anoreksja w ciąży. Sam termin nie uzyskał jeszcze miana pojęcia medycznego, uważany jest za nazwanie z dziedziny psychologii popularnej. Natomiast zjawisko, które określa, stało się przedmiotem badań naukowych i jest opisywane przez naukowców oraz klinicystów². Interesują się nim przedstawiciele różnych dziedzin naukowych – ginekolodzy, neonatolodzy, psychiatry, psychologowie kliniczni, dietetycy.

Pregoreksja oficjalnie nie jest uznawana za odrębną jednostkę chorobową. Nie została uwzględniona w najnowszej edycji klasyfikacji zaburzeń psychicznych Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego DSM-V. Kobiety przejawiające charakterystyczne dla tego problemu zdrowotnego symptomy diagnozowane są według kryteriów diagnostycznych DSM-5 lub ICD-10³ jako chore na jadłowstręt psychiczny⁴. W przypadku nie spełnienia wszystkich kryteriów tego zaburzenia – jako mające „inne określone zaburzenie jedzenia i odżywiania” (wg DSM-5)⁵ lub „jadłowstręt psychiczny atypowy” (wg ICD-10)⁶. Pomimo to specjaliści coraz częściej używają pojęcia pregoreksji, ponieważ spotykają się z coraz licześniejszymi przypadkami odchudzenia się kobiet w czasie trwania ciąży, a także aby podkreślić specyfikę określanego w ten sposób zaburzenia odżywiania, które przebiegając w wyjątkowym stanie matki – oczekiwania dziecka, ma swój znamieny obraz i stanowi powódne zagrożenie zdrowia obojga.

Obraz kliniczny pregoreksji

Jak wspomniano we wstępie, do najnowszej klasyfikacji zaburzeń DSM-5 nie wprowadzono osobnej nazwy i kryteriów rozpoznania jadłowstrętu

¹ H. Takimoto, C. Mitsuishi, N. Kato, *Attitudes toward pregnancy related changes and self-judged behavior*, Asia Pac J Clin Nutr, 2011, 20, s. 212-219.

² E. Harasim-Piszczatowska, E. Krajewska-Kulak, *Pregoreksja – anoreksja kobiet ciężarnych*, *Pediatr Med Rodz*, 2017, 13(3), s. 363-367; S. Kubaszewska, U. Sioma-Markowska, M. Machura i in., *Zaburzenia odżywiania w ciąży – pregoreksja*, *Gin Pol Med Project*, 2012, 2, s. 25-35.

³ ICD-10 to dziesiąta wersja Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych sporządzona przez Światową Organizację Zdrowia.

⁴ *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Badawcze kryteria diagnostyczne*, Kraków – Warszawa 2000, s. 151.

⁵ American Psychiatric Association, *Kryteria diagnostyczne z DSM-5*, Edra Urban & Partner, 2016, s. 171.

⁶ *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10*, s. 152.

psychicznego występującego u kobiet w ciąży. Prawdopodobnie z tego względu, że tak zwana pregoreksja w swoim zasadniczym obrazie klinicznym nie różni się od jadłowstrętu psychicznego mogącego występować u innych osób. Chore na pregoreksję spełniają podstawowe kryteria rozpoznania jadłowstrętu psychicznego, określające ten rodzaj zaburzenia odżywiania się. Po pierwsze, kobiety te celowo ograniczają podaż energii, co prowadzi stopniowo do wystąpienia u nich niedostatecznej masy ciała, określonej w odniesieniu do ich wieku, płci, krzywej rozwoju i stanu zdrowia (kryterium A wg DSM-5). Po drugie, ich zachowaniom towarzyszy silna obawa przed przytyciem, nawet w przypadku występowania niedostatecznej masy ciała, prowokująca postępowanie uniemożliwiające przyrost masy ciała (kryterium B wg DSM-5). Po trzecie, chore mogą przejawiać zakłócenie w postrzeganiu masy lub kształtu własnego ciała, doświadczać nadmiernego wpływu swojej wagi i kształtu ciała na samoocenę lub uporczywie nie dostrzegać u siebie problemu związanego ze zbyt niską wagą (kryterium C wg DSM-5)⁷.

Poza wyżej wymienionymi, praktyka kliniczna ujawnia występowanie jeszcze innych objawów, charakterystycznych wyłącznie dla jadłowstrętu psychicznego u kobiet będących w ciąży. Należą do nich:

- udawanie, że nie jest się w ciąży lub ukrywanie ciąży w obawie, że inni zwrócą uwagę na przyrost masy ciała;
- obciskanie brzucha ciasną odzieżą, żeby się nie powiększał;
- domaganie się cesarskiego cięcia w ósmym miesiącu ciąży w celu zapobieżenia naturalnemu, intensywnemu przyrostowi masy ciała w ostatnich tygodniach ciąży;
- doświadczenie silnych wewnętrznych konfliktów związanych z potrzebą utrzymania bądź zredukowania masy ciała a poczuciem odpowiedzialności za rozwijające się dziecko, skutkujące przeżywaniem winy i wstydu;
- odczuwanie presji społecznej dotyczącej stereotypu roli kobiety ciężarnej troszczącej się przede wszystkim o mające się narodzić dziecko, nie godzącej się z osobistym dążeniem do kontroli nad własnym ciałem, jego wyglądem i funkcjonowaniem;
- usilne dążenie po porodzie do jak najszybszego odzyskania masy ciała sprzed ciąży⁸.

W obrazie klinicznym pregoreksji zaznaczają się także inne problemy spotykane w przebiegu jadłowstrętu psychicznego, jak: niepokój, stany depresyjne, zachowania obsesyjno-kompulsyjne, izolacja społeczna. Chore kobiety

⁷ American Psychiatric Association, *Kryteria diagnostyczne z DSM-5*, s. 167-168.

⁸ M. Bąk-Sosnowska, *Pregoreksja – objawy, uwarunkowania, konsekwencje*, forumginekologii.pl; <https://www.forumginekologii.pl/artukul/pregoreksja-objawy-uwarunkowania-konsekwencje>, [dostęp: 06.07.2021].

przejawiają nadmierną ambicję i perfekcjonizm, poczucie moralnej wyższości wynikające z umiejętności zapanowania nad głodem, skłonność do rywalizacji związanej z masą ciała, ograniczeniami żywieniowymi i aktywnością fizyczną. Mają także tendencję do posługiwania się kłamstwem i manipulacją w celu ukrycia zachowań służących redukcji masy ciała⁹.

Obraz kliniczny poszczególnych przypadków pregoreksji u ciężarnych kobiet jest z oczywistych względów specyficzny. Różnicuje go jednak przede wszystkim postać jadłowstrętu psychicznego. Pierwsza z nich, to tak zwana postać ograniczająca, która rozpoznawana jest wtedy, gdy chore podczas ostatnich trzech miesięcy nie podejmowały regularnie takich zachowań, jak objadanie się lub przeczyszczanie – przez prowokowanie wymiotów, nadużywanie substancji przeczyszczających, środków moczopędnych lub wlewów przeczyszczających. W tych przypadkach zachowania chorych kobiet, mające na celu spadek masy ciała, polegają przede wszystkim na stosowaniu diet odchudzających, głodzeniu się i/lub przesadnie ciężkich ćwiczeniach fizycznych. Drugi typ to postać z napadami objadania się/przeczyszczaniem. Diagnozowana jest u chorych, które podczas ostatnich trzech miesięcy podejmowały regularne zachowania, takie jak objadanie się lub przeczyszczanie, z zastosowaniem wyżej wymienionych sposobów¹⁰. Ciężarne kobiety prezentujące tę postać też zwykle ograniczają ilość spożywanego pokarmu, ale jednocześnie regularnie mają okresy objadania się lub prowokowania wymiotów i nadużywania leków przeczyszczających oraz moczopędnych.

Postać jadłowstrętu psychicznego w istotny sposób decyduje o obrazie klinicznym analizowanego zaburzenia, ma również znaczący wpływ na okresowe zmiany wskaźnika masy ciała (BMI)¹¹. Jest to szczególnie ważne, ponieważ liczba masy ciała przybrana w czasie ciąży uważana jest za najlepszy miernik prawidłowego odżywienia ciężarnej¹², która może warunkować bezpośrednio i przyszłe zdrowie zarówno kobiety, jak i rozwijającego się w niej dziecka¹³.

⁹ Tamże.

¹⁰ American Psychiatric Association, *Kryteria diagnostyczne z DSM-5*, s. 167-168.

¹¹ BMI (ang. *Body Mass Index*) – współczynnik masy ciała, opracowany przez Adolfa Queteleta; obliczany przez podzielenie masy ciała podanej w kilogramach przez wysokość ciała podaną w metrach i podniesioną do kwadratu; A. Fraga, V. Caggianesse, O. Carrera i in., *Seasonal BMI differences between restrictive and purging anorexia nervosa subtypes*, *Int J Eat Disord*, 2015; 48(1), s. 35-41.

¹² W. Kanadys, *Przyrost masy ciała w ciąży. Relacja z przedciążową masą ciała*, *Ginekol Pol*, 2000, 71, 34, s. 680-683; A. Wdowiak, K. Kanadys, M. Lewicka i in., *Przyrost masy ciała w ciąży a wybrane elementy oceny stanu noworodka*, *Probl Hig Epidemiol*, 2011, 92(2), s. 281-285.

¹³ S. Lindberg, *Could You Be Experiencing 'Pregorexia'? Here's How to Break the Cycle*, *healthline.com* <https://www.healthline.com/health/pregnancy/pregorexia>, [dostęp: 08.07.21].

Znaczenie masy ciała u kobiet w ciąży

American Institute of Medicine opracował zalecenia dotyczące optymalnego przyrostu masy ciała kobiet w ciąży, zależne od wskaźnika BMI sprzed ciąży. Według nich, w przypadku ciąży pojedynczej, waga kobiety w pierwszym trymestrze powinna wzrosnąć o około 2 kg w przypadku, gdy miała ona przed ciążą niedowagę (BMI < 18,5), o około 1,6 kg u kobiety, która miała przed ciążą prawidłową masę ciała (BMI 18,5-24,9) i o około 1 kg u kobiety mającej przed ciążą nadwagę (BMI 25,0-29,9)¹⁴. U kobiet mających przed zajściem w ciążę niedowagę, rekomendowany jest całkowity przyrost masy ciała w ciąży w granicach 12,5-18,0 kg. Przybliżony przyrost masy ciała kobiet w ciążach bliźniaczych powinien wynosić 16-20,5 kg¹⁵. Wskazania te nie są uznawane powszechnie. Na przykład, zgodnie z rekomendacjami chilijskimi, kobieta podczas ciąży powinna osiągnąć 120% wagi, którą miała przed ciążą. Natomiast, w Wielkiej Brytanii w ogóle nie są wyznaczone normy przyrostu masy ciała kobiet w ciąży. Tamtejsi specjaliści sprzeciwiają się rutynowemu pomiarowi masy ciała, gdyż może on niepotrzebnie stresować przyszłe matki, a także z powodu braku potwierdzonych korzyści wynikających ze stosowania takich norm. Zauważane rozbieżności w zaleceniach i podejściu do kwestii dotyczących masy ciała ciężarnych kobiet mogą wynikać z trudności określenia jej wartości optymalnej, która zapewnia zdrowie matki i prawidłowy rozwój jej dziecka¹⁶.

Badania przeprowadzone w Polsce, ale też w innych krajach zachodnich pokazują, że przyrost masy ciała kobiet w ciąży nie mieści się w granicach wyznaczonych przez specjalistów z USA¹⁷. Średni przyrost masy ciała ciężarnych kobiet wynosi około 15 kg¹⁸. Stwierdzono również, że tylko 40% badanych ciężarnych kobiet miało przyrost masy ciała zgodny z rekomendacjami. Natomiast, 15% poddanych badaniu kobiet w ciąży miało przyrost masy ciała

¹⁴ K.M. Rasmussen, A.L. Yaktine, *Weight Gain During Pregnancy: Reexamining the Guidelines*, Washington 2009.

¹⁵ A. Mander i in., *The pregorexia – anorexia during the pregnancy*, Journal of Education, Health and Sport, 2019, 9(5), s. 137-144. <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.2718477>, <http://ojs.ukw.edu.pl/index.php/johs/article/view/6900>, [dostęp: 10.07.2021].

¹⁶ H. Takimoto, C. Mitsuishi, N. Kato, *Attitudes toward pregnancy related changes*, s. 212-219.

¹⁷ S.R. Crozier, H.M. Inskip, K.M. Godfrey i in., *Weight gain in pregnancy and childhood body composition: findings from the Southampton Women's Survey*. Am J Clin Nutr, 2010, 91, s. 1745-1751; Z. Sui, L.J. Moran, J.M. Dodd, *Physical activity levels during pregnancy and gestational weight gain among women who are overweight or obese*, Health Promot J Austr, 2013, 24, s. 206-213; S. Park, W.M. Sappenfield, C. Bish i in., *Assessment of the Institute of Medicine Recommendations for Weight Gain During Pregnancy, Florida 2004-2007*, Matern Child Health J, 2011, 15(3), s. 289-301.

¹⁸ I. Kaim, E. Sochacka-Tatara, A. Pac i in., *Stan odżywienia kobiet ciężarnych a cechy rozwoju somatycznego noworodków*, Przegl Lek, 2009, 66, s. 176-180.

poniżej normy¹⁹. W naszym kraju zbyt niski przyrost masy ciała obserwuje się u 14,2-26,5% ciężarnych²⁰. Ponadto, badania wykazują, że niewystarczający przyrost masy ciała częściej dotyczy kobiet zbyt szczupłych przed ciążą (25,5-35,7%), aniżeli tych, których waga przed zajściem w ciążę była prawidłowa (15,2%) lub nadmierna (3,7%)²¹. W krajach zachodnich niedostateczny przyrost masy ciała stwierdza się u 20% kobiet w ciąży. Podobnie jak w Polsce, dotyczy on w głównej mierze kobiet z niedoborem masy ciała przed koncepcją, stanowiących 23-25% badanej populacji. Dane procentowe dotyczące kobiet mających przed zajściem w ciążę prawidłową masę ciała lub nadwagę/otyłość wynoszą odpowiednio 13% i 7-17%²².

Podane wyniki badań zwracają uwagę na problem zbyt małego przyrostu wagi kobiet będących w ciąży. Wiązą się z nim bowiem istotne następstwa. Kobiety, u których przyrost masy ciała w trakcie ciąży jest zbyt mały, rodzą dzieci o 100-300 g lżejsze od kobiet, których przyrost wagi jest prawidłowy. Poza tym, u urodzonych przez nie dzieci częściej stwierdza się niską urodzeniową masę ciała (< 2500 g), która, jak wynika z ustaleń naukowych, zwiększa prawdopodobieństwo występowania problemów zdrowotnych w okresie noworodkowym, a także podnosi ryzyko chorób cywilizacyjnych w późniejszych latach życia²³. Jednocześnie, doniesienia z badań naukowych informują, że coraz liczniejsza grupa kobiet jest zainteresowana stosowaniem restrykcyjnych diet podczas ciąży. Na przykład, badania przeprowadzone w Japonii wykazały, że 35% ciężarnych kobiet zadeklarowało stosowanie diety odchudzającej. Z kolei, z badań prowadzonych w Stanach Zjednoczonych wynika, że 8% kobiet będących w ciąży podejmuje próby redukcji masy swojego ciała (w tym wypadku głównie z powodu obaw przed rodzeniem

¹⁹ R. Wierzejska, M. Jarosz, J. Stelmachów i in., *Gestational weight gain by pre-pregnancy BMI*, *Postępy Nauk Med.*, 2011, 24, s. 718-723; L.M. Bodnar, A.M. Siega-Riz, H.N. Simhan, i in., *Severe obesity, gestational weight gain, and adverse birth outcomes*, *Am J Clin Nutr*, 2010, 91, s. 1642-1648.

²⁰ D. Szostak-Węgierek, K. Szamotulska, L. Szponar, *Wpływ stanu odżywienia matki na masę ciała noworodka*, *Ginekol Pol*, 2004, 75(9), s. 692-698; R. Wierzejska, M. Jarosz, J. Stelmachów i in., *Gestational weight gain*, s. 718-723; I. Kaím, E. Sochacka-Tatara, A. Pac i in., *Stan odżywienia kobiet ciężarnych*, s. 176-180.

²¹ D. Szostak-Węgierek, K. Szamotulska, L. Szponar, *Wpływ stanu odżywienia matki*, s. 692-698; R. Wierzejska, M. Jarosz, J. Stelmachów i in., *Gestational weight gain*, s. 718-723.

²² W. Park, W.M. Sappenfield, C. Bish i in., *Assessment of the Institute of Medicine Recommendations*, s. 289-301; I.O. Frederick, M.A. Williams, A.E. Sales i in., *Pre-Pregnancy Body Mass Index, Gestational Weight Gain, and Other Maternal Characteristic in Relation to Infant Birth Weight*, *Maternal and Child Health Journal*, 2008, 12(5), s. 557-567.

²³ N.J. Sebire, M. Jolly, J. Harris i in., *Is maternal underweight really a risk factor for adverse pregnancy outcome? A population-based study in London*, *British Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2001, 108, s. 61-66; D.S. Feig, C.D. Naylor, *Eating for two: are guidelines for weight gain during pregnancy too liberal?*, *Lancet*, 1998, 351, s. 1054-1055.

zbyt dużego dziecka)²⁴. Natomiast, wyniki badań przeprowadzonych w Polsce ujawniły, że 40% badanych kobiet starało się podjąć próbę odchudzania w okresie ciąży – 62% ankietowanych jako powód takiego zachowania podało obawę przed utratą atrakcyjności, a dla 48% respondentek celem zmniejszenia wagi była profilaktyka chorób występujących w okresie ciąży²⁵. Szacuje się, że wśród kobiet ciężarnych około 80% nie jest zadowolonych z rozmiarów swojego ciała. U 15-20% pojawiają się różnego rodzaju nieprawidłowe zachowania związane z odżywianiem, zaś u 1,5-5%²⁶ kobiet rozwija się pregoreksja²⁷. Warto zaznaczyć, że żadne ze stowarzyszeń medycznych nie zaleca odchudzania²⁸ w czasie trwania ciąży, nawet kobietom otyłym, ponieważ stanowi to ryzyko dla zdrowia matki, jak i dziecka²⁹.

W analizowanym kontekście wyjątkowo niebezpieczne okazują się praktyki ciężarnych kobiet chorujących na jadłowstręt psychiczny nazywany pregoreksją. Kobiety z tym zaburzeniem w patologiczny sposób przeżywają związany z ciążą przyrost masy ciała. Dlatego, podejmują różne działania w celu zminimalizowania lub uniknięcia potencjalnego znacznego przytycia. Stosują restrykcyjną dietę, zażywają środki przeczyszczające, moczopędne i hamujące apetyt, kontrolują masę ciała, liczą kaloryczność posiłków, intensywnie uprawiają sport, a także prowokują wymioty, w celu uniknięcia przyrostu masy ciała. Wykazują przy tym obsesyjną dbałość o zachowanie możliwie smukłej sylwetki do czasu narodzin dziecka. Starają się jak najbardziej ograniczyć naturalnie towarzyszące ciąży zmiany w wyglądzie zewnętrznym, odbierają je bowiem jako obniżające poziom atrakcyjności fizycznej³⁰. W efekcie, dochodzi u nich do spadku masy ciała³¹, rozwoju niedożywienia

²⁴ H. Takimoto, C. Mitsuishi, N. Kato, *Attitudes toward pregnancy related changes*, s. 212-219; J.H. Cohen, H. Kim, *Sociodemographic and Health Characteristic Associated With Attempting Weight Loss During Pregnancy*, *Prev Chronic Dis*, 2009, 6(1), s. 1-4.

²⁵ R.W. Wójciak i in., *Podjęcie odchudzania w okresie ciąży a poporodowe surowicze stężenia żelaza u kobiet – badanie wstępne*, *Probl Hig Epidemiol*, 2013, 94(4), s. 893-896.

²⁶ Dokładne oszacowanie przypadków pregoreksji jest trudne ze względu na to, że chore kobiety ukrywają problem z obawy przed ostracyzmem społecznym lub go nie uznają. Dlatego, najczęściej nie zgłaszają się po pomoc, a w związku z tym nie są rejestrowane. Innym powodem są trudności diagnostyczne, bowiem patologiczne zachowania kobiet mogą nie zostać odróżnione od zachowań normatywnych w ciąży (np. wymioty, zmiany w preferencjach żywieniowych i/lub zmniejszony apetyt).

²⁷ J. Mathieu, *What is pregorexia?*, *J Am Diet Assoc*, 2009, 109(6), s. 976-979.

²⁸ Odchudzanie – stosowanie diety o wartości energetycznej poniżej potrzeb fizjologicznych organizmu.

²⁹ J. Stachowicz, *Zaburzenia odżywiania w ciąży – pregoreksja*, zobaczjestem.pl, <http://zobaczjestem.pl/zaburzenia-odzywiania-w-ciazy-pregoreksja/>, [dostęp: 13.07.21].

³⁰ *What is pregorexia?*, [promisesbehavioralhealth.com](https://www.promisesbehavioralhealth.com/promisesbehavioralhealth.com/addiction-recovery-blog/what-is-pregorexia/), <https://www.promisesbehavioralhealth.com/addiction-recovery-blog/what-is-pregorexia/>, [dostęp: 10.07.21].

³¹ Pregoreksję rozpoznaje się po stwierdzeniu, że masa ciała ciężarnej kobiety jest mniejsza niż 85% masy zalecanej dla jej wieku i wzrostu oraz oczekiwanego przyrostu masy ciała w cią-

jakościowego (niedoborów składników odżywczych i związanych z nimi powikłań) oraz wyniszczenia organizmu, cechujących się bardzo groźnymi następstwami.

Konsekwencje peregoreksji

Zachowania żywieniowe kobiet w ciąży mają istotne implikacje zarówno dla nich samych, jak i rozwijających się w ich ciele dzieci. Ich codzienna dieta powinna być podporządkowana ogólnym zasadom zdrowego odżywiania. Zgodnie z nimi, konieczne jest dostarczanie odpowiedniej ilości węglowodanów, białek, tłuszczu, witamin oraz składników mineralnych³². W przypadku ich niewystarczającej w stosunku do zwiększonego zapotrzebowania podaży, zaburzonego wchłaniania, bądź utraty, na przykład na skutek wymiotów, dochodzi do stanu niedożywienia. Poczynania kobiet chorych na peregoreksję, ograniczające podaż pokarmu, wiążą się z ryzykiem niepokrycia dziennego zapotrzebowania na składniki odżywcze, dlatego powodują liczne negatywne skutki dla zdrowia, a czasami życia obojga.

Ustalono, że u ciężarnych kobiet z peregoreksją zwiększa się ryzyko wystąpienia nadciśnienia tętniczego, odwapnienia kości (osteopenii i osteoporozy), zawrotów głowy, arytmii serca i niedokrwistości. Mogą pojawić się też krwawienia z dróg rodnych i późniejsze problemy z laktacją oraz karmieniem piersią. W cięższych przypadkach chore muszą być hospitalizowane i odżywiane pozajelitowo. Dotyczy ich większe prawdopodobieństwo przedwczesnego porodu, przedwczesnego pęknięcia błon płodowych, poronienia, konieczności wykonania cesarskiego cięcia, a także depresji poporodowej. Poza tym, specjaliści zauważają, że u kobiet chorych na peregoreksję gorzej rozwija się łożysko, a także częściej dochodzi do jego odklejenia się lub uszkodzenia. Stwierdzono też, że wśród kobiet ciężarnych o zbyt niskiej masie ciała, w porównaniu z kobietami o prawidłowej masie ciała, częściej zdarzają się okołoporodowe zgony³³.

Zagrożenia, które powstają wskutek choroby matki są jednak szczególnie duże dla ich nienarodzonych dzieci. Konsekwencje ich działania są bar-

ży. Nadmienić jednak należy, że w niektórych przypadkach tego zaburzenia masa ciała chorej może utrzymywać się w zakresie normy lub powyżej normy (jadłowstręt psychiczny atypowy).

³² Szczególnie ważny jest poziom takich pierwiastków, jak żelazo i cynk, których odpowiednie stężenie w organizmie ma związek z pracą systemu immunologicznego, zabezpiecza więc przed występowaniem stanów zapalnych i tym samym ogranicza u kobiet ciężarnych ryzyko wystąpienia przedwczesnego porodu.

³³ O. Dąbska, *Coto jest peregoreksja? Przyczyny, konsekwencje i sposoby leczenia ciężoreksji, zdrowie.tvn.pl*, <https://zdrowie.tvn.pl/a/co-to-jest-peregoreksja-przyczyny-konsekwencje-i-sposoby-leczenia-ciareksji>, [dostęp: 10.07.21].

dzo wczesne lub obserwowane dopiero po czasie. Przede wszystkim, dzieci kobiet chorych na pregoreksję są narażone na wystąpienie różnych wad wrodzonych, szczególnie cewy nerwowej. W badaniach dowiedziono, że odchudzanie podczas ciąży jest związane z niedoborem mikrośladków i przez to zwiększa się ryzyko pojawienia wad cewy nerwowej u płodu³⁴. Poza tym, zmagające się z pregoreksją ciężarne nierzadko zażywają środki na zmniejszenie apetytu i odchudzanie, które mogą wywierać działanie toksyczne na płody i/lub powodować u nich wystąpienie różnego typu wad rozwojowych. Dzieci matek chorych na pregoreksję obarczone są także wyższym współczynnikiem umieralności niemowląt, opóźnionego rozwoju i nieprawidłowości w procesach poznawczych. Ponadto, mogą urodzić się przedwcześnie i/lub mieć niską masę urodzeniową (< 2500 g)³⁵, zaburzone łąknienie, mniejszy obwód głowy i inne deformacje, a także problemy z oddychaniem³⁶ i w związku z tym uzyskiwać niższe wyniki w skali APGAR³⁷, oznaczające słaby (4-7 punktów) bądź zły stan (0-3 punkty) noworodka po urodzeniu³⁸. Poza tym, niektóre doniesienia naukowe informują, że zaburzenie, jakim jest jadłowstręt psychiczny matki może mieć również wpływ na płęć dziecka. U kobiet tych stwierdza się bowiem mniejszy odsetek noworodków płci męskiej. W hipotezach wyjaśniających zjawisko bierze się pod uwagę uwarunkowaną nieznanymi czynnikami preferencję komórek jajowych do łączenia się z plemnikami rodzaju żeńskiego, a także większą wrażliwość zarodków męskich na deficyty składników odżywczych w organizmie matki i związaną z tym tendencję do obumierania³⁹. Część następstw pregoreksji może jednak dać o sobie znać dopiero w przyszłości, na przykład w postaci zaburzenia w rozwoju biologicznym i psychomotorycznym oraz zwiększone ryzyko wystąpienia miażdżycy, otyłości, nadciśnienia i cukrzycy typu 2 w życiu dorosłym. Z danych naukowych wynika też, że

³⁴ H. Takimoto, C. Mitsuishi, N. Kato, *Attitudes toward pregnancy related changes*, s. 212-219; J.H. Cohen, H. Kim, *Sociodemographic and Health Characteristic Associated*, s. 1-4.

³⁵ Niska masa urodzeniowa dziecka wiązana jest z takimi problemami, jak: zaburzenia koncentracji, deficyty intelektualne, depresja, opóźnienia w rozwoju motorycznym, społecznym, zaburzenia układu krążenia wynikające z częściej diagnozowanych u tych dzieci - cukrzycą otyłością, nadciśnieniem, miażdżycą.

³⁶ A. Raevuori, M. Linna, A. Keski-Rahkonen, *Prenatal and Perinatal Factors in Eating Disorders: Descriptive Review*, *International of Journal of Eating Disorders*, 2014, 47, 7, s. 676-685.

³⁷ Skala APGAR – dziesięciopunktowa skala, według której oceniane są czynności życiowe noworodka. Jej pomysłodawczynią jest Virginia Apgar. Jakkolwiek nazwa skali nawiązuje do nazwiska autorki, to również jest to skrót od ocenianych pięciu czynności życiowych dziecka: A – *appearance*, koloryt, zabarwienie skóry; P – *pulse*, puls; G – *grimace*, reakcja na bodźce; A – *activity*, napięcie mięśniowe; R – *respiration*, oddychanie.

³⁸ O. Dąbska, *Co to jest pregoreksja?*

³⁹ J. Stachowicz, *Zaburzenia odżywiania w ciąży*.

potomstwo kobiet odchudzających się w ciąży częściej cierpi na depresję⁴⁰. Podsumowując, należy stwierdzić, że zachowania żywieniowe chorych na pregoreksję kobiet, stosowane przez nie środki mające ograniczyć przyrost masy ciała i forsowny wysiłek fizyczny stanowią silny stres⁴¹ dla organizmu, który poważnie zagraża zdrowiu i życiu dzieci w płodowym okresie życia, a także w dalszych etapach ich rozwoju.

Niestety, wszelkie niebezpieczeństwa dotyczące zdrowia zarówno samej matki, jak i jej dziecka, w stanie opisywanego zaburzenia, nie są czynnikiem powstrzymującym przed działaniami je wywołującymi. Ewentualna świadomość powinności dbania o swoje zdrowie, troska o dziecko i potrzeba wspierania jego rozwoju zostają zwyciężone patologicznym mechanizmem choroby, który prowokuje do pytania o jego przyczynę.

Przyczyny pregoreksji

Pregoreksja będąca jadłowstrętem psychicznym występującym u kobiet w ciąży jest uwarunkowana tak, jak inne przypadki tej choroby – wieloczynnikowo. Nie istnieje bowiem jedna przyczyna sprawcza całkowicie odpowiedzialna za wystąpienie tego złożonego syndromu. Dlatego wymienia się szereg czynników biorących udział w jego rozwoju – biologicznych, psychologicznych, społecznych i kulturowych. Celem niniejszego artykułu nie jest ich systematyczny przegląd i opis, ale zwrócenie uwagi na wybrane aspekty mające osobliwe znaczenie w jego powstawaniu.

Ponieważ pierwsze wzmianki określające podstawy pojawienia się pojęcia pregoreksji mają związek z przekazem medialnym⁴², na pewno warto zwrócić uwagę na czynniki o charakterze kulturowym, które w dobie powszechnego dostępu do Internetu nabierają szczególnego znaczenia z uwagi na sposobność szybkiego rozprzestrzeniania się informacji i trendów promowanych przez kulturę masową. Współcześnie lansuje ona kult młodego, pięknego i szczupłego kobiecego ciała, które traktowane jest jako symbol atrakcyj-

⁴⁰ Tamże.

⁴¹ Silny stres u matki podwyższa stężenie kortyzolu w organizmie (hiperkortyzolemię), co m.in. powoduje u dziecka małogłowie i negatywnie wpływa na rozwój jego mózgu. H.C. Lou i in., *Prenatal stressors of human life affect fetal brain development*, Dev. Med. Child. Neurol, 1994, 36, s. 826-32.

⁴² Uznaje się, że pierwsze wzmianki o zjawisku, które później (w 2008 r.) nazwano pregoreksją, pojawiły się w roku 2004 w czasopiśmie „New York Magazine”, w artykule zatytułowanym „The Perfect Little Bump”. Opisano w nim życie modnych nowojorskich ciężarnych kobiet zaabsorbowanych własnym wyglądem i troszczących się, aby osiągnąć „idealne” (szczupłe) ciążowe ciała. M.J. Kaczyńska, *Pregoreksja*, [wspolczesnadietetyka.pl](http://wspolczesnadietetyka.pl/psychodietetyka/pregoreksja), <https://www.wspolczesnadietetyka.pl/psychodietetyka/pregoreksja>, [dostęp: 14.07.21].

ności fizycznej, samokontroli i szeroko pojętego sukcesu⁴³. Szczupła sylwetka stała się kanonem piękna i synonimem zdrowia. Jednocześnie, współczesna kultura jest nośnikiem wielu informacji na temat sposobów wywołania zmian w obrazie ciała tak, aby odpowiadały tym standardom kobiecej atrakcyjności i spełniały oczekiwania społeczne. Wywiera to istotny wpływ na obraz siebie i podejmowane zachowania, jak się okazuje również przez kobiety będące w ciąży. Wiąże się to bezpośrednio z ich zachowaniami żywieniowymi i rozwijającymi się na tym podłożu zaburzeniami⁴⁴. Badania pokazują, że na przestrzeni lat wizerunek kobiety ciężarnej podlegał istotnym zmianom. Bardzo duży wpływ wywarły na niego kolorowe czasopisma⁴⁵, programy telewizyjne, w których znane postaci – aktorki, celebrytki, pełniąc rolę autorytetów i kreując wizerunek kobiet na świecie, przekonują je, że powinny dążyć do idealnie szczupłego ciała również w czasie trwania ciąży. Wzrost zainteresowania szczupłym wyglądem w ciąży wynika też z powszechnego udostępniania swojego wizerunku przez znane ciężarne kobiety w mediach społecznościowych (Facebook, Instagram). Kobiety obserwujące profile matek-celebrytek czują presję, aby w ciąży wyglądać szczupło. Stąd, wiele z nich sprowadza swoje funkcjonowanie w czasie trwania ciąży do jednego celu, żeby wyglądać jak najlepiej, tyjąc jak najmniej⁴⁶. Badania przeprowadzone na Uniwersytecie w Swansea wykazały, że ponad połowa kobiet w ciąży przyrównuje się do popularnych osób w mediach społecznościowych. Stwierdzono, że te, które nie miały dostępu do mediów społecznościowych były bardziej zadowolone ze swojego ciała w ciąży w porównaniu z tymi, które miały do nich dostęp⁴⁷. W tym miejscu warto zaznaczyć, że w grupie wysokiego ryzyka pregoreksji znajdują się kobiety wykonujące zawód, w którym szczupła i atrakcyjna sylwetka stanowi dużą wartość – na przykład modelki, aktorki, piosenkarki, blogerki modowe. Paradoksalnie więc, kobiety, które same są

⁴³ M.W. Pilecki, K. Sałapa, B. Józefik, *Socio-cultural context of eating disorders in Poland*, J Eat Disord, 2016, 4, 11.

⁴⁴ M. Bąk-Sosnowska, *Pregoreksja – objawy, uwarunkowania, konsekwencje*, forumginekologii.pl <https://www.forumginekologii.pl/arttykul/pregoreksja-objawy-uwarunkowania-konsekwencje>, [dostęp: 16.07.2021].

⁴⁵ Badania wykazały, że między 2003 a 2005 rokiem liczba okładek tabloidów związanych z wagą znanych kobiet w ciąży i ich dzieci podwoiła się. Od tego czasu niemalże regułą stało się komentowanie wyglądu ciała ciężarnych celebrytek, tego jak dużo lub mało przybrały na wadze i odliczanie czasu, który upłynie aż wrócą do figury sprzed ciąży. *Disordered Eating in Pregnancy: Pregorexia*, centerfordiscovery.com, <https://centerfordiscovery.com/blog/disordered-eating-pregnancy-pregorexia/>, [dostęp: 16.07.2021].

⁴⁶ M. Chruścińska-Dragan, *Anoreksja w ciąży. Niebezpieczna moda wśród młodych mam. W skrajnych przypadkach może doprowadzić do śmierci*, dziennikzachodni.pl, <https://dziennikzachodni.pl/anoreksja-w-ciazy-niebezpieczna-moda-wsrod-mlodych-mam-w-skrajnych-przypadkach-moze-doprowadzic-do-smierci/ar/c1-15432551>, [dostęp: 16.07.2021].

⁴⁷ G. Lavan, *Pregorexia*, bodymatters.com, <https://bodymatters.com.au/pregorexia/>, [dostęp: 16.07.2021].

zagrożone pregoreksją, mogą przyczyniać się do jej rozwoju u innych kobiet. Należy przy tym dodać, że zdjęcia znanych ciężarnych kobiet, które utrzymują zgrabną, szczupłą sylwetkę do końca ciąży, intensywnie ćwiczą i noszą małe rozmiary ubrań, zakłamują prawdziwy obraz ciąży i samych ciężarnych. Zdjęcia publikowane w mediach są bowiem zazwyczaj edytowane lub filtrowane, nie prezentują więc stanu rzeczywistego. Są jednak odbierane jako realistyczne, a wizerunki na nich uwidocznione stają się dla większości kobiet niedoścignionym autentycznym wzorem. W ten sposób pogłębia się przepaść między ciałem idealnym a własnym, powodująca wzrost niezadowolenia ze swojego brzemiennego ciała, mogąca prowokować patologiczne zachowania mające na celu osiągnięcie określonej wagi lub wyglądu.

Miesiące ciąży są specyficznym okresem w życiu kobiet, podczas którego dochodzi u nich do dynamicznych zmian fizjologicznych, obejmujących także obszar ich psychicznego i społecznego funkcjonowania. Ciało kobiety wydatnie się zmienia. Naturalny wzrost jego masy i zmiana kształtu mogą prowadzić do niezadowolenia z wyglądu, poczucia utraty kontroli nad ciałem, a także lęku przed przytyciem i obaw o jego powrót do stanu sprzed ciąży. Zmiany te mogą stanowić duże obciążenie zarówno fizyczne, jak i psychiczne. Poza tym, adaptacja do nowej roli – matki odbywa się w sposób indywidualny i również wywiera istotny wpływ na percepcję oraz ocenę własnego ciała⁴⁸. Dlatego, koncepcje postulujące psychologiczne podłoże pregoreksji podkreślają znaczenie obrazu ciała – mentalnego wizerunku jego rozmiarów, kształtów i formy oraz uczuć dotyczących tych jego aspektów, określonych części lub całego ciała⁴⁹, a także podejmowanych wobec niego zachowań, na przykład sposobu odżywiania, ćwiczeń fizycznych, czy pielęgnacji⁵⁰. Z badań naukowych wynika, że zaburzenia obrazu ciała polegające na negatywnym stosunku emocjonalnym do swojego ciała i/lub zniekształconym postrzeganiu własnego wyglądu niekorzystnie wpływają na samoocenę, zdrowie psychiczne, ocenę stanu zdrowia somatycznego, jakość życia, poziom szczęśliwości i relacje z innymi ludźmi. W przypadku kobiet negatywny obraz ciała skutkuje również zaburzeniami w obszarze zachowań żywieniowych⁵¹. Wyniki części badań sugerują, że u niektórych kobiet satysfakcja z własnego ciała podczas ciąży ulega obniżeniu. Według Danielle Symons Downs i innych,

⁴⁸ Badania pokazują, że stosunek kobiet do macierzyństwa wpływa na ich percepcję i ocenę własnego ciała, ale jednocześnie też, że obraz ciała kobiet w ciąży wpływa na sposób postrzegania przez nie ich nienarodzonych dzieci. M. Topór-Pamuła, *W jednym ciele – analiza obrazu ciała i jego związków z reprezentacjami partnera, rodzica i dziecka u kobiet w pierwszej ciąży*, depotuw.ceon.pl, <http://depotuw.ceon.pl/handle/item/186>, [dostęp: 18.07.2021].

⁴⁹ T.F. Cash, *Body image: past, present, and future*, *Body Image*, 2004, 1(1), s. 1-5.

⁵⁰ A. Głębocka, *Niezadowolenie z wyglądu a rozpaczliwa kontrola wagi*, Kraków 2009, s. 17-47.

⁵¹ D. Shahrbanoo, L. Azadbakht, M. Firoozeh, *Relationship between body satisfaction with self esteem and unhealthy body weight management*, *J Educ Health Promot*, 2013, 31(2), s. 29.

wiele kobiet w ciąży doświadcza konfliktowych, sprzecznych uczuć wobec swojego ciała, w tym zmartwienia z powodu wzrostu jego wagi⁵². Tymczasem, przeżywanie ciąży jako doświadczenia postrzeganego głównie przez pryzmat przybierania na wadze i stawiania się kobietą coraz mniej atrakcyjną jest istotnym czynnikiem mogącym inicjować rozwój zaburzenia, jakim jest pregoreksja. Nie bez znaczenia pozostaje też udział innych czynników psychologicznych – cech osobowości (jak: perfekcjonizm, powściągliwość, nadmierna ambicja i skłonność do kontrolowania, a także niska samoocena) oraz zaburzeń psychicznych (np. depresji, stanów lękowych)⁵³ i często związanej z nimi historii nadużyć i innych urazów. Prawdopodobieństwo wystąpienia pregoreksji mogą też zwiększyć przeżywane przez kobietę konflikty wewnętrzne, lęk przed zmianą, jaką niesie ze sobą ciąża i narodziny dziecka. Badacze tego problemu zwracają również uwagę na kwestie dotyczące planowania i akceptacji ciąży. Z badań wynika bowiem, że liczba nieplanowanych pierwszych ciąż u kobiet chorujących na anoreksję jest wyższa niż w całej populacji pierworódek. W tym kontekście w niektórych przypadkach pregoreksję można rozpatrywać jako przejaw lęku przed ciążą, próby niedopuszczenia do jej rozwoju i niechęci wobec dziecka⁵⁴. Kierowana przez ciężarną kobietę ku własnemu ciału agresja dotyka również dziecko, nierzadko ze skutkiem śmiertelnym. Matki, którym udaje się donosić ciążę, często rodzą wcześniaki bądź dzieci z niedowagą i chore⁵⁵.

Ewentualny negatywny stosunek ciężarnej matki do jej nienarodzonego dziecka, stanowiący jedno ze źródeł w etiologii pregoreksji, może mieć także związek z czynnikami natury społecznej. Wspomnieć tu należy o relacji łączącej kobietę z ojcem nienarodzonego dziecka, a także rodzajem wsparcia społecznego dostępnego ciężarnej. Ponadto, znacząca jest również relacja łącząca kobietę z jej własną matką. Modeluje ona bowiem postawy dotyczące odżywiania się, a także ciąży i macierzyństwa. Postawa matki wyrażająca negatywny lub ambiwalentny stosunek do tych aspektów życia kształtuje podobne postawy u córki. Badania przeprowadzone przez M. Topór-Pamułę pokazały, że umysłowa reprezentacja rodzica i partnera warunkuje obraz ciała u kobiety w ciąży, ten natomiast wpływa na sposób postrzegania przez nią jej nienarodzonego dziecka⁵⁶. Ważną rolę odgrywa również stosunek do

⁵² D. Downs, J. DiNallo, T. Kirner, *Determinants of Pregnancy and Postpartum Depression: Prospective Influences of Depressive Symptoms, Body Image Satisfaction, and Exercise Behavior*, *Annals of Behavioral Medicine*, 2008, 36(1), s. 54-63.

⁵³ S.A. Wonderlich i in., *Personality and anorexia nervosa*, *Int J Eat Disord*, 2005, 37 Suppl, s. 68-71.

⁵⁴ C.M. Bukik, E.R. Hoffman, A. Von Holle i in., *Unplanned pregnancy in women with anorexia nervosa*, *Obstet Gynecol*, 2010, 116(5), s. 1136-1140.

⁵⁵ J. Stachowicz, *Zaburzenia odżywiania w ciąży*.

⁵⁶ M. Topór-Pamuła, *W jednym ciele – analiza obrazu ciała*.

ciężarnych pozostałych członków ich rodzin i ogólnie psychologiczny klimat w rodzinie, sposób wchodzenia jej członków w relacje i rozwiązywanie przez nich konfliktów⁵⁷. Patrząc w jeszcze szerszej perspektywie, znaczenie ma także stosunek społeczeństwa do ciężarnych kobiet. Wprawdzie wydaje się on pozytywny, jednak jak wcześniej wspomniano, nie jest pozbawiony presji oczekiwań i narzucanych standardów.

Wymienione wyżej czynniki mogą mieć wpływ na rozwój jadłowstrętu psychicznego, który pojawia się po raz pierwszy w ciąży, stanowiącej niejako motyw inicjujący powstanie tego zaburzenia⁵⁸. Jednak w grupie zwiększonego ryzyka wystąpieniem pregoreksji są kobiety, które już wcześniej zmagają się z anoreksją bądź innymi zaburzeniami odżywiania się. Badania przeprowadzone przez australijskich badaczy pokazały, że kobiety, które chorowały na zaburzenia odżywiania się trzy miesiące przed zajściem w ciążę znajdują się w grupie ryzyka jadłowstrętu psychicznego będąc w ciąży i jeszcze przez rok po jej rozwiązaniu⁵⁹. Zaznaczyć trzeba, że badania pokazują również, że okres ciąży dla kobiet z zaburzeniami odżywiania jest czasem lepszej skuteczności terapii leczniczej, z uwagi na ich obawy o zdrowie dziecka⁶⁰. Szacuje się, że remisja tych chorób u kobiet ciężarnych dotyczy 29-78%⁶¹. Jednak studium przypadków przeprowadzone przez R. Lemberg i J. Phillips wykazało, że u połowy badanych kobiet, które w ciąży deklarowały prawidłowe zachowania żywieniowe, w ciągu roku po porodzie wróciły symptomy zaburzeń odżywiania⁶². Trzeba też dodać, że sam brak symptomatologii fizycznej lub behawioralnej niekoniecznie oznacza, że kobieta nie jest dotknięta zaburzeniami odżywiania w czasie ciąży. Badacze zwracają uwagę, że chociaż obserwowalne zaburzone zachowania żywieniowe często zmniejszają się w czasie ciąży, wysoki poziom obaw związanych z wagą i sylwetką, których nie można łatwo zaobserwować i które mogą nie być swobodnie ujawniane, często utrzymują się⁶³.

⁵⁷ S. Minuchin, B.L. Rosman, L. Baker, *Psychosomatic Families: Anorexia Nervosa in Context*, Cambridge 2009.

⁵⁸ E. Harasim-Piszczatowska, E. Krajewska-Kulak, *Pregoreksja – anoreksja kobiet ciężarnych*, s. 363-367.

⁵⁹ E. Coker, L. Matchell-Wong, S. Abraham, *Is pregnancy a trigger for recovery from an eating disorder?*, *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 2013, 92, s. 1407-1412.

⁶⁰ V.B. Ward, *Eating disorders in pregnancy*, *BMJ*, 2008, 336, s. 93-96.

⁶¹ E.R. Hoffman, S.C. Zerwas, C.M. Bulik, *Reproductive issues in anorexia nervosa*, *Expert Rev Obstet Gynecol*, 2011, 6(4), s. 403-414.

⁶² R. Remberg, J. Phillips, *The Impact of Pregnancy on Anorexia Nervosa and Bulimia*, *International Journal of Eating Disorders*, 1989, 3, s. 285-295.

⁶³ A.J. Bannatyne i in., *Signs and symptoms of disordered eating in pregnancy: a Delphi consensus study*, *BMC Pregnancy Childbirth*, 2018, 18, s. 262, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6019208/>, [dostęp: 19.07.2021].

Dostosowanie się do zmian morfologicznych, endokrynologicznych i psychologicznych w ciąży, w połączeniu ze związaną z wiekiem podatnością na zaburzenia odżywiania się w pierwszych latach rozrodczych kobiety, czyni ciążę okresem zwiększonego ryzyka wystąpienia wznowy jadłowstrętu psychicznego lub pojawienia się objawów tego zaburzenia odżywiania u kobiet bez historii tej choroby.

Zakończenie

Zaburzenie odżywiania, jakim jest jadłowstręt psychiczny u kobiet w ciąży, nazywany pregoreksją, jest zjawiskiem, które obserwuje się coraz częściej i które wiąże się z licznymi zagrażającymi zdrowiu i życiu konsekwencjami, dotyczącymi zarówno matki, jak i dziecka. Jego etiologia nie jest jednoznaczna, bowiem problem jest wieloaspektowy, związany z oddziaływaniem różnych czynników. Świadomość ich wpływu i roli w psychopatologicznym mechanizmie powstawania zaburzenia jest ważna dla praktyków, tych starających się je rozpoznać i leczyć oraz odpowiedzialnych za edukację kobiet, których wiedza i wgląd w objawy tego zaburzenia bywają ograniczone.

Należy zwrócić uwagę na fakt, że współcześnie bardzo ważnym źródłem informacji na temat kwestii zdrowia są popularne media. Niestety, przekazywane w nich wiadomości często okazują się niecisłe, a co gorsza – błędne, mylące i szkodliwe. Z pewnością, dotyczy to w dużej mierze opisywanego zaburzenia, które bywa prezentowane w sposób czyniący z niego poniekąd przedmiot reklamowanej mody. Z jednej strony pożądanym jest więc, żeby przekaz medialny rozpowszechniał rzetelne informacje na temat pregoreksji, kształtował prozdrowotne postawy przyszłych matek i tym samym przyczyniał się do ograniczenia przejawów tego rodzaju patologii. Z drugiej strony natomiast konieczne jest, aby osoby odpowiadające za psychoedukację miały świadomość czynników ryzyka i dokładały starań w pogłębianiu wiedzy przeciwdziałającej temu problemowi. Bardzo ważną rolę odgrywa bowiem profilaktyka, której może posłużyć edukacja dojrzewających dziewcząt i młodych kobiet, dotycząca świadomości własnego ciała, przeżywanych emocji i radzenia sobie z nimi, a także kształtująca ich pozytywną samoocenę oraz umiejętności tworzenia i utrzymywania konstruktywnych relacji społecznych. Taka pewnego rodzaju wczesna interwencja dokonująca się poprzez właściwą edukację może pomóc ratować życie nie narodzonych dzieci i ich matek potencjalnie zagrożonych pregoreksją.

BIBLIOGRAFIA

- American Psychiatric Association, *Kryteria diagnostyczne z DSM-5*, Edra Urban & Partner, 2016.
- Bannatyne A.J., Hughes R., Stapleton P., Watt B., MacKenzie-Shalders K., *Signs and symptoms of disordered eating in pregnancy: a Delphi consensus study*, BMC Pregnancy Childbirth, 2018, 18, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6019208/>, [dostęp: 19.07.2021].
- Bąk-Sosnowska M., *Pregoreksja – objawy, uwarunkowania, konsekwencje*, forumginekologii.pl; <https://www.forumginekologii.pl/arttykul/pregoreksja-objawy-uwarunkowania-konsekwencje> [dostęp: 06.07.2021].
- Bodnar L.M., Siega-Riz A.M., Simhan H.N. i in., *Severe obesity, gestational weight gain, and adverse birth outcomes*, Am J Clin Nutr, 2010, 91.
- Bulik C.M., Hoffman E.R., Von Holle A. i in., *Unplanned pregnancy in women with anorexia nervosa*, Obstet Gynecol, 2010, 116(5).
- Cash T.F., *Body image: past, present, and future*, Body Image, 2004, 1(1).
- Cohen J.H., Kim H., *Sociodemographic and Health Characteristic Associated With Attempting Weight Loss During Pregnancy*, Prev Chronic Dis, 2009, 6(1).
- Chruścińska-Dragan M., *Anoreksja w ciąży. Niebezpieczna moda wśród młodych mam. W skrajnych przypadkach może doprowadzić do śmierci*; dziennikzachodni.pl/, <https://dziennikzachodni.pl/anoreksja-w-ciazy-niebezpieczna-moda-wsrod-mlodych-mam-w-skrajnych-przypadkach-moze-doprowadzic-do-smierci/ar/c1-15432551>, [dostęp: 16.07.2021].
- Coker E., Matchell-Wong L., Abraham S., *Is pregnancy a trigger for recovery from an eating disorder?*, Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica, 2013, 92.
- Crozier S.R., Inskip H.M., Godfrey K.M. i in., *Weight gain in pregnancy and childhood body composition: findings from the Southampton Women's Survey*, Am J Clin Nutr, 2010, 91.
- Dąbska O., *Co to jest pregoreksja? Przyczyny, konsekwencje i sposoby leczenia ciążoreksji*, zdrowie.tvn.pl, <https://zdrowie.tvn.pl/a/co-to-jest-pregoreksja-przyczyny-konsekwencje-i-sposoby-leczenia-ciazoreksji>, [dostęp: 10.07.21].
- Disordered Eating in Pregnancy: Pregorexia*, centerfordiscovery.com, <https://centerfordiscovery.com/blog/disordered-eating-pregnancy-pregorexia/>, [dostęp: 16.07.2021].
- Downs D., DiNallo J., Kirner T., *Determinants of Pregnancy and Postpartum Depression: Prospective Influences of Depressive Symptoms, Body Image Satisfaction, and Exercise Behavior*, Annals of Behavioral Medicine, 2008, 36(1).
- Feig D.S., Naylor C.D., *Eating for two: are guidelines for weight gain during pregnancy too liberal?*, Lancet, 1998, 351.
- Frederick I.O., Williams M.A., Sales A.E. i in., *Pre-Pregnancy Body Mass Index, Gestational Weight Gain, and Other Maternal Characteristic in Relation to Infant Birth Weight*, Maternal and Child Health Journal, 2008, 12(5).
- Fraga A., Caggianese V., Carrera O. i wsp., *Seasonal BMI differences between restrictive and purging anorexia nervosa subtypes*, Int J Eat Disord, 2015, 48(1).
- Głębocka A., *Niezadowolony z wyglądu a rozpaczliwa kontrola wagi*, Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków 2009.
- Harasim-Piszczatowska E., Krajewska-Kułał E., *Pregoreksja – anoreksja kobiet ciężarnych*, Pediatri Med Rodz, 2017, 13(3).
- Hoffman E.R., Zerwas S.C., Bulik C.M., *Reproductive issues in anorexia nervosa*, Expert Rev Obstet Gynecol, 2011, 6(4).

- Kaczyńska M.J., *Pregoreksja, wspolczesnadietetyka.pl* <https://www.wspolczesnadietetyka.pl/psychodietetyka/pregoreksja>, [dostęp: 14.07.21].
- Kaim I., Sochacka-Tatara E., Pac A. i in., *Stan odżywienia kobiet ciężarnych a cechy rozwoju somatycznego noworodków*, *Przegl Lek*, 2009, 66.
- Kanadys W., *Przyrost masy ciała w ciąży. Relacja z przedciążową masą ciała*, *Ginekol Pol*, 2000, 71, 34.
- Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Badawcze kryteria diagnostyczne*, UWM „Vesalius” IpiN, Kraków – Warszawa 2000.
- Kubaszewska S., Sioma-Markowska U., Machura M. i wsp., *Zaburzenia odżywiania w ciąży – pregoreksja*, *Gin Pol Med Project*, 2012, 2.
- Lavan G., *Pregorexia*, *bodymatters.com*, <https://bodymatters.com.au/pregorexia/>, [dostęp: 16.07.2021].
- Lindberg S., *Could You Be Experiencing ‘Pregorexia’? Here’s How to Break the Cycle*, *healthline.com* <https://www.healthline.com/health/pregnancy/pregorexia>, [dostęp: 08.07.21].
- Lou H.C., Hansen D., Nordentoft M., Pryds O., Jensen F., Nim J., *Prenatal stressors of human life affect fetal brain development*, *Dev. Med. Child. Neurol*, 1994, 36.
- Mandera A., Pawlikowska A., Szuster E.M., Całkosiński A., Kostrzewska P., Majewski M., *The pregorexia – anorexia during the pregnancy*, *Journal of Education, Health and Sport*, 2019, 9(5), <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.2718477>, <http://ojs.ukw.edu.pl/index.php/johs/article/view/6900>, [dostęp: 10.07.2021].
- Mathieu J., *What is pregorexia?*, *J Am Diet Assoc*, 2009, 109(6).
- Minuchin S., Rosman B.L., Baker L., *Psychosomatic Families: Anorexia Nervosa in Context*, Harvard University Press, Cambridge 2009.
- Park S., Sappenfield W.M., Bish C. i in., *Assessment of the Institute of Medicine Recommendations for Weight Gain During Pregnancy, Florida, 2004-2007*, *Matern Child Health J*, 2011, 15(3).
- Pilecki M.W., Sałapa K., Józefik B., *Socio-cultural context of eating disorders in Poland*, *J Eat Disord*, 2016, 4, 11.
- Rasmussen K.M., Yaktine A.L., *Weight Gain During Pregnancy: Reexamining the Guidelines*, National Academies Press, Washington 2009.
- Raeuuri A., Linna M., Keski-Rahkonen A., *Prenatal and Perinatal Factors in Eating Disorders: Descriptive Review*, *International Journal of Eating Disorders*, 2014, 47,7.
- Sebire N.J., Jolly M., Harris J. i in., *Is maternal underweight really a risk factor for adverse pregnancy outcome? A population-based study in London*, *British Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2001, 108.
- Shahrbanoo D., Azadbakht L., Firoozeh M., *Relationship between body satisfaction with self esteem and unhealthy body weight management*, *J Educ Health Promot*, 2013, 31(2).
- Stachowicz J., *Zaburzenia odżywiania w ciąży – pregoreksja*, *zobaczjestem.pl*; <http://zobaczjestem.pl/zaburzenia-odzywiania-w-ciazy-pregoreksja/>, [dostęp: 13.07.21].
- Sui Z., Moran L.J., Dodd J.M., *Physical activity levels during pregnancy and gestational weight gain among women who are overweight or obese*, *Health Promot J Austr*, 2013, 24.
- Szostak-Węgierek D., Szamotulska K., Szponar L., *Wpływ stanu odżywienia matki na masę ciała noworodka*, *Ginekol Pol*, 2004, 75(9).
- Takimoto H., Mitsuishi C., Kato N., *Attitudes toward pregnancy related changes and self-judged dieting behavior*, *Asia Pac J Clin Nutr*, 2011, 20.
- Topór-Pamuła M., *W jednym ciele – analiza obrazu ciała i jego związków z reprezentacjami partnera, rodzica i dziecka u kobiet w pierwszej ciąży*, *depotuw.ceon.pl*, <http://depotuw.ceon.pl/handle/item/186>, [dostęp: 18.07.2021].
- Ward V.B., *Eating disorders in pregnancy*, *BMJ*, 2008, 336.

- Wierzejska R., Jarosz M., Stelmachów J. i in., *Gestational weight gain by pre-pregnancy BMI*, *Postępy Nauk Med.*, 2011, 24.
- What is pregorexia?*, promisesbehavioralhealth.com, <https://www.promisesbehavioralhealth.com/addiction-recovery-blog/what-is-pregorexia/>, [dostęp: 10.07.21].
- Wonderlich S.A., Lilenfeld L.R., Riso L.P., Scott E., Mitchell J.E., *Personality and anorexia nervosa*, *Int J Eat Disord*, 2005, 37 Suppl.
- Wójciak R.W., Mojs E., Michalska M.M., Samulak D., *Podjęmowanie odchudzania w okresie ciąży a poporodowe surowicze stężenia żelaza u kobiet – badanie wstępne*, *Probl Hig Epidemiol*, 2013, 94(4).