

MAŁGORZATA CICHECKA-WILK

ORCID 0000-0001-8753-9970

*Uniwersytet im. Adama Mickiewicza  
w Poznaniu*

## PRZEMOC PRENATALNA W OBRAZIE KLINICZNYM PREGOREKSJI

ABSTRACT. Cichecka-Wilk Małgorzata, *Przemoc prenatalna w obrazie klinicznym pregoreksji* [Prenatal Abuse in the Clinical Picture of Pregorexia]. *Studia Edukacyjne* no. 67, 2022, Poznań 2022, pp. 39-56. Adam Mickiewicz University Press. ISSN 1233-6688. DOI: 10.14746/se.2022.67.3

Prenatal abuse, its causes and consequences, are an important focus of prenatal psychology, a discipline that since the 1920s has occupied scholars studying the earliest stage of human psychological development. The term is used to describe all behavior of the mother towards the child, i.e. her various actions or omissions that negatively affect the child's health, physical and psychosocial development and life. They can be intentional and deliberate but can also result from unintentional actions. The sources of prenatal abuse are manifold, one of which may be the mother's illness, for example pregorexia, which is anorexia nervosa in pregnant women. These mothers engage in a range of pathological behaviors that undermine the welfare of their developing children. This is evidenced by the numerous negative consequences, which are manifestations of actions that damage their health and, in some cases, even destroy their lives. Their presence prompts a search for solutions that can prevent or help reduce this phenomenon. There are certain possibilities in the dissemination of correct knowledge about pregorexia and its consequences, adequate social support for pregnant mothers, as well as teaching women parental responsibility and the appropriate attitude towards their prenatal children.

**Key words:** prenatal abuse, pregorexia, pregnancy, eating disorders

Data przesłania tekstu: 30.12.2022. Data przyjęcia tekstu do druku: 25.01.2023.

### Wprowadzenie

Przemoc jest definiowana jako intencjonalne<sup>1</sup> działanie lub zaniechanie jednej osoby wobec drugiej, które wykorzystując przewagę sił, narusza prawa i dobra osobiste jednostki, powodując cierpienia i szkody. Stosowana wobec

---

<sup>1</sup> W dalszej części niniejszego tekstu zaprezentowano szersze rozumienie przemocy jako działań lub zaniechań, które mogą być nieintencjonalne i nieświadome.

dziecka zauważona została późno, a w odniesieniu do dziecka prenatalnego<sup>2</sup> do dziś bywa niedostrzegana lub lekceważona. Być może z tego powodu, że dokonuje się w skrytym, niewidocznym otoczeniu, jakim jest łono matki. Wielu badaczy interesuje się jednak wszelkimi formami złego traktowania człowieka, które krzywdzą go od prenatalnego jego początku. Ich prace zwracają uwagę na zachowania kobiet w ciąży, mogące w istotny sposób zagrażać zdrowiu i życiu ich poczętych dzieci.

Problem ten jest niebagatelny, ponieważ znaczna liczba ciężarnych kobiet z wielu różnych powodów podejmuje działania, które odbierają ich dzieciom możliwość prawidłowego rozwoju, uszczuplają ich zdrowotny potencjał i skazują na doświadczenie fizycznych oraz psychicznych zaburzeń. Ważne jest zatem, żeby możliwie wcześniej rozpoznawać potencjalne źródła zagrożeń prenatalną przemocą i uprzedzić ich zgubne następstwa.

### **Przemoc prenatalna jako przedmiot zainteresowania psychologii prenatalnej**

Psychologia prenatalna jest dziedziną, która w Polsce ma jeszcze krótką historię, sięgającą zaledwie lat 80. XX wieku. Na zachodzie Europy i w USA jej początki datowane są na lata 20. ubiegłego wieku. Ogólnie można więc stwierdzić, że przedmiot psychologii prenatalnej jest obiektem naukowego zainteresowania od niedawna. Istotny wkład w rozwój tej dziedziny wiedzy mieli psychoanalitycy, którzy zgłębiając najwcześniejsze wątki życia swoich pacjentów, zwrócili uwagę na prenatalne i okołoporodowe źródło zaburzeń psychicznych lub innych problemów w ich funkcjonowaniu. Oni właśnie wskazali na konieczność uwzględnienia prenatalnego okresu życia jako znaczącego w całej biografii jednostki<sup>3</sup>. Poza tym, skłaniała do tego idea rozwoju człowieka w toku całego życia<sup>4</sup> oraz działań profilaktycznych, związana z pracami badawczymi nad czynnikami prenatalnymi, które

---

<sup>2</sup> Dziecko prenatalne – pojęcie, którego wprowadzenie zaproponowała Dorota Kornas-Bieła (2001, s. 226), jako określenie dziecka w prenatalnym okresie rozwoju. Terminem tym można więc objąć trzy etapy rozwoju prenatalnego: zygoty, zarodka i płodu. Pojęcie to podkreśla człowieczeństwo nienarodzonej osoby i ogólniej wyznacza pierwszy etap w jej rozwoju. W *Encyklopedii pedagogicznej* pod redakcją Wojciecha Pomykały za dziecko autorzy również uznali „jednostkę ludzką w najwcześniejszej fazie jej rozwoju” (1997, s. 152). Zasadność użycia terminu „dziecko” w odniesieniu do istoty na tym etapie rozwoju potwierdzają też prawnicy (Smyczyński, 1991; Łakoma, 2006; Żelichowski, 2000).

<sup>3</sup> W 1924 r. Gustav Hans Graber, a także Otto Rank postulowali uwzględnienie okresu prenatalnego jako istotnego etapu życia człowieka. Pierwszy z nich uznawany jest za „ojca” psychologii prenatalnej.

<sup>4</sup> Pod koniec XX wieku reaktywowana została psychologia rozwoju człowieka w ciągu życia, tj. od poczęcia do śmierci (ang. *life span developmental psychology*).

mogą optymalizować bądź zaburzać rozwój człowieka. Inspiracją dla rozwoju psychologii prenatalnej był również postęp w technologii medycznej. Pozwolił on eksplorować środowisko wewnątrzmaciczne i poznać rozwijającego się w nim człowieka jako podmiot odpowiadający na jego warunki. Zdolny do działań – reagowania, orientacji, ekspresji oraz uczenia się, zapamiętywania i doświadczania, czyniąc go tym samym ciekawym obiektem badań psychologicznych. W Polsce rozwój tej dyscypliny podyktowany był w głównej mierze potrzebami związanymi z wdrożeniami polskiego programu szkoły rodzenia (zajęć przygotowujących do porodu) i psychoprofilaktyki porodowej<sup>5</sup>. Miał także związek z faktem legalizacji aborcji na żądanie kobiety<sup>6</sup>, który prowokował pytania o status dziecka prenatalnego. Pojawienie się psychologii prenatalnej w naszym kraju jest zasługą lekarzy, którzy w swojej pracy dostrzegli realną potrzebę wyłonienia się jej w ramach psychologii (Kornas-Biela, 2017).

Współcześnie w krajach zachodnich psychologia prenatalna jest dziedziną multidyscyplinarną<sup>7</sup>, poświęconą zgłębianiu psychologicznego wymiaru reprodukcji człowieka i ciąży, a także psychicznego i emocjonalnego rozwoju prenatalnego oraz okołoporodowego. Integruje ona dorobek wielu dziedzin w holistyczne podejście do prenatalnego okresu rozwoju człowieka, ciąży i narodzin. W Polsce, zgodnie z szerszym rozumieniem przedmiotu<sup>8</sup> tej dyscypliny, uznaje się, że jest ona zainteresowana zagadnieniami związanymi z rozwojem anatomiczno-funkcyjnym poszczególnych struktur organizmu, postrzeganym jako podstawa stopniowo pojawiających się przejawów psychiki i rozwoju psychomotoryki, kompetencji wszystkich zmysłów, zdolności zapamiętywania i uczenia się, świadomości, emocji oraz komunikowania. Zajmuje się badaniem tego, w jaki sposób określone warunki wspomagają lub utrudniają rozwój dziecka, przebieg ciąży, poród, adaptację dziecka po porodzie i kontakty między rodzicami a dzieckiem, w tym karmienie piersią. W związku z tym, że w prenatalnym okresie życia dziecko jest ściśle związane z matką, a poprzez nią z jej fizycznym i osobistym środowiskiem, psychologia prenatalna podejmuje również zagadnienia dotyczące psychospołecznych

---

<sup>5</sup> Twórcą polskiego modelu szkoły rodzenia i psychoprofilaktyki porodowej był prof. Włodzimierz Fijałkowski – lekarz ginekolog-położnik, pionier psychologii prenatalnej w naszym kraju. Pierwszy napisał o rozwoju dziecka przed urodzeniem, psychologicznych aspektach ciąży, porodu i położu.

<sup>6</sup> Chodzi o ustawę z roku 1956 o dopuszczalności przerwania ciąży, pozwalającą na aborcję na żądanie kobiety do końca 12. tygodnia ciąży.

<sup>7</sup> Psychologia prenatalna łączy wiele dziedzin nauki: psychologię, antropologię, medycynę, pedagogikę, psychologię społeczną, psychologię kultury, a także fizykę kwantową.

<sup>8</sup> Węższe rozumienie przedmiotu i charakteru psychologii prenatalnej definiuje ją jako fragment psychologii rozwojowej, dotyczący rozwoju dziecka przed urodzeniem i w czasie okołoporodowym.

aspektów przebiegu ciąży (np. doświadczeń i zachowań rodziców oraz tzw. osób znaczących i ich stosunku do nich, jak i poczętego dziecka). Przedmiotem jej dociekań są także czynniki, które mogą wpływać na takie doświadczenia rodziców i pośrednio ich dziecka, jak: przygotowanie do rodzicielstwa, postawy wobec płodności, sytuacja prawna dziecka poczętego, kontekst kulturowy związany z ciążą i porodem, sytuacja zdrowotna matki, warunki materialne, czy sytuacja rodzinna. Psychologię prenatalną interesuje mechanizm transferu przeżyć psychicznych matki do dziecka oraz ich wzajemny wpływ dokonujący się na drodze fizjologicznej, psychicznej i behawioralnej, a także dalekosiężne skutki, jakie dotyczą dziecko w związku z przeżywanym przez matkę stresem, niepokojem oraz silnymi i długotrwałymi stanami uczuciowymi – depresją, agresją, rozpaczą. Dyscyplina ta bada także zagadnienie przyczyn i konsekwencji różnych form przemocy wobec dziecka prenatalnego<sup>9</sup>, mających postać na przykład znęcania się czy zanieczywania (ang. *fetal abuse*). Zajmuje się ona prawidłowym oraz nieprawidłowym rozwojem procesów psychicznych i zachowań dziecka przed urodzeniem, w trakcie narodzin i w pierwszych dniach życia, a także w sytuacjach trudnych, między innymi w przypadku ciąży specjalnej troski<sup>10</sup> (Kornas-Biela, 2007).

Wyjątkowo ważkim zagadnieniem będącym przedmiotem uwagi psychologii prenatalnej, dotyczącym patologii rozwoju, jest przemoc wobec dziecka prenatalnego. Mianem tym określane są wszelkie zachowania matki skierowane przeciw dziecku (Kornas-Biela, 2009). A zatem, są nimi różne działania lub zaniechania, które negatywnie oddziałują na zdrowie, rozwój fizyczny, psychospołeczny i życie dziecka. Działania te mogą być podejmowane świadomie i intencjonalnie, na przykład kiedy matka specjalnie upada na schody, żeby spowodować poronienie. Mogą one także być świadome, ale nieintencjonalne, na przykład kiedy ciężarna kobieta pali papierosy wiedząc, że są szkodliwe dla dziecka, ale robi to nie chcąc go skrzywdzić. Bywa też, że przemoc wobec dziecka jest aktem nieświadomym, niezamierzonym, na przykład wynikającym z braku wiedzy i kompetencji opiekuńczo-wychowawczych matki, jej nieprzygotowania do rodzicielstwa, niewydolności intelektualnej, niezaradności życiowej, niedojrzałej osobowości, doznanych w życiu traum, trudnych sytuacji związanych z prokreacją i tym podobnych (Palczak, Mańdziuk, Cyganik, 2018). Przemoc prenatalna może więc dokonywać się z rozmysłem lub działa niejako niechcący, przez zaniechanie. W obu przypadkach

---

<sup>9</sup> Pojęcie „dziecko prenatalne” zaproponowała Dorota Kornas-Biela, określając w ten sposób dziecko w prenatalnym okresie rozwoju, analogicznie do terminów nazywających dzieci na dalszych etapach życia, np. określenia „niemowlak” wobec dzieci będących w niemowlęcym okresie rozwoju (Kornas-Biela, 2001).

<sup>10</sup> Niewątpliwie, za taką można uznać również ciążę przebiegającą w warunkach opisywanego w niniejszym artykule zaburzenia, jakim jest peregoreksja.

jednak podobnie godzi w dobro dziecka prenatalnego, zagrażając jego życiu lub zdrowiu fizycznemu i psychicznemu.

Oblicza przemoc wobec dziecka prenatalnego są rozliczne, dlatego trudno wyszczególnić wszystkie jej przejawy. Można jednak stwierdzić, że w dużej mierze znajduje ona swój wyraz w antyzdrowotnych zachowaniach ciężarnej matki. Zatem, jej świadectwem mogą być: niedbałość o odpowiednią ilość snu nocą, brak odpoczynku w ciągu dnia, brak ruchu na świeżym powietrzu, noszenie ciężarów, uciskanie/krępowanie brzucha, uprawianie ekstremalnych sportów (Sochocka, Komenda-Kołecka, 2014), przeciążenie pracą, brak opieki lekarskiej. Przykładem jest także narażanie dziecka na działanie teratogenów<sup>11</sup> o charakterze środków psychoaktywnych, przez używanie na przykład nikotyny (w tym ekspozycja na dym tytoniowy), alkoholu, narkotyków, kawy, czy niekonsultowanych z lekarzem leków, a także innych szkodliwych czynników środowiskowych, na przykład promieniowania jonizującego, pól elektromagnetycznych emitowanych przez różne urządzenia (kuchenki mikrofalowe, telefony komórkowe, terminale komputerowe, linie energetyczne itp.), wibracji i hałasu, zanieczyszczeń powietrza i wody oraz pożywienia (Kornas-Biela, 2004). Oznaką przemocy wobec dziecka prenatalnego jest również niedostateczne lub nieprawidłowe odżywianie się matki, a także jej długotrwały stres i niepokój (Coe, Lubach, 2008). Szkodzące oddziaływanie stresu jest bezpośrednie – przez hormony stresu i pośrednie, gdyż sprzyja on podejmowaniu zachowań ryzykownych, a tym samym wystąpieniu niedożywienia, niedotlenienia, niedokrwienia i zatrucia dziecka toksynami, jak również zaburzenia jego ruchliwości (Visser, 2003). Ponadto, przemoc prenatalna może zaznaczyć się w wielu innych formach, aczkolwiek jej najbardziej wyrazistym przejawem jest negatywny stosunek matki do rozwijającego się w niej dziecka, skutkujący bezpośrednimi działaniami mającymi na celu zniszczenie jego życia. Warto dodać, że stosowanie przemocy prenatalnej jest ważnym predyktorem stosowania przemocy wobec dzieci w okresie postnatalnym. Okazuje się bowiem, że wiele z nich, o ile przeżyją przemocowe doświadczenia okresu prenatalnego, narażonych jest na dalsze krzywdy, najczęściej w postaci zaniedbania opieki (Palczak, Mańdziuk, Cyganik, 2018).

Przemoc wobec dzieci prenatalnych może mieć różny obraz, ale też swój specyficzny kontekst i wynikające z niego uwarunkowania. Wiadomo na przykład, że jej natężenie ma związek z wiekiem matki. Jakkolwiek modyfikowany innymi zmiennymi, jak wykształcenie, sytuacja osobista, wsparcie bliskich, zależy także od poziomu uświadomienia na temat zachowań za-

---

<sup>11</sup> Teratogeny to różnego rodzaju czynniki (biologiczne, chemiczne, fizyczne) pochodzące ze środowiska zewnętrznego, na które narażenie w okresie życia wewnątrzmacicznego może skutkować wystąpieniem u dziecka różnych wad wrodzonych, a czasami może nawet prowadzić do jego śmierci.

groźących zdrowiu i życiu poczętych dzieci, poziomu posiadanej wiedzy, jej adekwatności oraz dojrzałości biopsychospołecznej kobiet (Wójcik, 2008). Jej wątek może również wiązać się z chorobą matki. W dalszej części artykułu zostanie on pokazany na przykładzie pregoreksji.

## **Pregoreksja czyli jadłowstręt psychiczny kobiet w ciąży**

Pregoreksja jest określeniem używanym na potrzeby nazwania jadłowstrętu psychicznego (inaczej anoreksji) występującego u kobiet w ciąży (ang. *pregnancy* – ciąża i *anorexia* – anoreksja). Nie jest to pojęcie mające status terminu medycznego, ale nazwa wywodzi się z psychologii popularnej. Zaczęto ją stosować w roku 2008, kiedy w amerykańskim programie telewizyjnym „The Early Show”, emitowanym na kanale CBS – Columbia Broadcasting System, podjęto próbę zdefiniowania zaburzeń odżywiania się występujących u kobiet ciężarnych, które nadmiernie zmniejszają liczbę kalorii w swojej diecie i wykonują intensywne ćwiczenia fizyczne, żeby kontrolować przyrost masy i kształt swojego ciała (Takimoto, Mitsuishi, Kato, 2011). Pierwsze wzmianki na ten temat pojawiły się już w 2004 roku, kiedy w czasopiśmie „New York Magazine” opublikowano artykuł „The Perfect Little Bump”, opisujący życie ciężarnych kobiet zaabsorbowanych własnym wyglądem, jak też martwiących się o uzyskanie idealnego i szczupłego ciążowego ciała (Kaczyńska, 2017). Obecnie pojęcie pregoreksji używane jest coraz częściej, także przez specjalistów różnych dziedzin (ginekologów, neonatologów, psychiatrów, psychologów klinicznych, dietetyków). W języku polskim stosowane są niekiedy odpowiadające mu takie nazwy, jak: ciążoreksja, anoreksja ciążowa, anoreksja w ciąży. Zjawisko pregoreksji stało się przedmiotem badań naukowych i jest opisywane przez naukowców oraz klinicystów (Kubaszewska i in., 2012; Harasim-Piszczatowska, Krajewska-Kułak, 2017), chociaż wciąż nie stanowi zagadnienia obszernie charakteryzowanego, a tym bardziej wystarczająco rozpoznanego. Tymczasem, badania dowodzą, że nawet co piąta kobieta spodziewająca się dziecka podejmuje nieprawidłowe zachowania żywieniowe, a u 1,5-5,0% matek rozwija się pregoreksja. Pierwsze jej przypadki stwierdzono w Stanach Zjednoczonych, a obecnie stanowi ona jednak społeczny problem w Nowej Zelandii, Wielkiej Brytanii, Anglii, a także w Polsce (Stachowicz, 2021). Jego właściwością jest stan podwójnego zagrożenia – i dla matki, i dla dziecka – prowokowany niszczącym mechanizmem zaburzenia odżywiania się ciężarnej. W niniejszym artykule uwagę skupiono jednak wyłącznie na osobie dziecka, dla którego konsekwencje choroby matki są znacząco poważniejsze

i nieodwracalnie zaznaczające doznaną krzywdę. Wynikają one z działań, jakie podejmują będące w ciąży chore, spełniające kryteria jadłowstrętu psychicznego.

## Zachowania matek chorych na pregoreksję

Kobiety chore na tak zwaną pregoreksję spełniają<sup>12</sup> podstawowe kryteria rozpoznania jadłowstrętu psychicznego, określające ten rodzaj zaburzenia odżywiania się. Pregoreksja w swoim zasadniczym obrazie klinicznym nie różni się bowiem od jadłowstrętu psychicznego mogącego występować u innych osób. Nie jest więc uznana za odrębną jednostkę chorobową. Dlatego, w najnowszej klasyfikacji DSM-5 nie uwzględniono jej nazwy i nie określono osobnych kryteriów rozpoznania dla jadłowstrętu psychicznego występującego u kobiet w ciąży. Niektórzy specjaliści dostrzegają jednak potrzebę wyróżnienia pregoreksji jako odmiany anoreksji występującej u ciężarnych, aby zaznaczyć specyfikę określanego w ten sposób zaburzenia odżywiania, które przebiegając u matki będącej w ciąży, ma jednak swój znamieny obraz i wymaga uwzględnienia osoby dziecka jako również doświadczającej stanu choroby i jej konsekwencji.

Kryteria rozpoznania jadłowstrętu psychicznego według DSM-5<sup>13</sup> przewidują występowanie trzech głównych objawów. Pierwszym jest celowe ograniczanie przez osoby chore podaży energii, które stopniowo prowadzi do wystąpienia u nich niedostatecznej masy ciała, określonej w odniesieniu do ich wieku, płci, trajektorii rozwoju i stanu zdrowia. Przez niedostateczną masę ciała dorosłych rozumie się masę utrzymującą się poniżej minimalnej prawidłowej masy ciała (DSM-5, 2016). W przypadku kobiet w ciąży za taką uznawana jest masa ciała mniejsza niż 85% masy zalecanej dla jej wieku i wzrostu oraz oczekiwanego przyrostu masy ciała w ciąży<sup>14</sup> (Stachowicz, 2021). Kolejny

---

<sup>12</sup> W sytuacji, kiedy nie są spełnione wszystkie kryteria jadłowstrętu psychicznego, według DSM-5 przypadek kwalifikowany jest do kategorii „inne określone zaburzenie jedzenia i odżywiania”.

<sup>13</sup> Kryteria rozpoznania jadłowstrętu psychicznego podawane są również w ICD-10 (dziesiątej wersji Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych, sporządzonej przez Światową Organizację Zdrowia), jednak autorka odwołuje się do najnowszej edycji klasyfikacji zaburzeń psychicznych Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego DSM-5.

<sup>14</sup> Oczekiwany przyrost masy ciała kobiet w ciąży bywa w różnych krajach określany inaczej, a w niektórych (np. w Wielkiej Brytanii) normy przyrostu masy ciała kobiet w ciąży wcale nie są wyznaczone. Zauważane rozbieżności w zaleceniach i podejściu do kwestii dotyczących masy ciała ciężarnych kobiet mogą wynikać z trudności w określeniu jej wartości optymalnej, która zapewni zdrowie matki i prawidłowy rozwój jej dziecka (Takimoto, Mitsuishi, Kato, 2011). W Polsce uznaje się, że oczekiwany przyrost masy ciała kobiety w ciąży zależy od tego, w jakim przedziale wskaźnika masy ciała (BMI – ang. *Body Mass Index*) mieściła się jej masa ciała przed ciążą.

objaw stanowi silna obawa przed zwiększeniem masy ciała lub przytyciem, albo utrzymujące się zachowania wpływające na zmniejszenie masy ciała nawet wówczas, kiedy jest ona poniżej normy. Trzecie z kolei kryterium wymaga rozpoznania zakłóceń w postrzeganiu masy lub kształtu własnego ciała, nadmiernego wpływu masy ciała lub jego kształtu na samoocenę, lub uporczywego braku dostrzegania występującego u siebie problemu zbyt niskiej masy ciała (DSM-5, 2016).

Biorąc pod uwagę, że objawy jadłowstrętu psychicznego są tożsame z tymi, które charakteryzują pregoreksję, typowe jest, że ciężarne kobiety na nią chore nadmiernie kontrolują masę swojego ciała, ograniczają spożycie pokarmów i obsesyjnie liczą kalorie, lekceważąc wartość odżywczą przyjmowanego pożywienia. Poza tym, wykonują forsowne ćwiczenia fizyczne niedozwolone w ich stanie, a także prowokują wymioty oraz przyjmują leki moczopędne, przeczyszczające i hamujące apetyt (promisesbehavioralhealth.com, 2013; Stachowicz, 2021). Kobiety te w patologiczny sposób przeżywają związany z ciążą przyrost masy ciała. Wszystkie jej naturalne oznaki, jak powiększanie się brzucha, piersi i gromadzenie tkanki tłuszczowej błędnie traktują jako świadectwa otyłości i uznają za obniżające ich poziom atrakcyjności fizycznej (promisesbehavioralhealth.com, 2013). Dlatego, podejmują różne działania w celu zminimalizowania lub uniknięcia potencjalnego znacznego przytycia, wykazując przy tym zapamiętałą dbałość o zachowanie możliwie smukłej sylwetki do czasu porodu.

Specyfika obrazu klinicznego jadłowstrętu psychicznego u kobiet w ciąży i dominanta ich zachowań podyktowane są jego postacią. Jedną z nich to tak zwana postać ograniczająca. Rozpoznawana 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. Ich zachowania, mające na celu spadek masy ciała, polegają przede wszystkim na stosowaniu diet odchudzających, głodzeniu się i/lub przesadnie ciężkich ćwiczeniach fizycznych. Drugą postacią jadłowstrętu psychicznego przebiega natomiast z napadami objadania się/przeczyszczaniem. Diagnozowana jest u chorych, które podczas ostatnich trzech miesięcy podejmowały regularne zachowania, takie jak objadanie

---

Kiedy wartość wskaźnika BMI (masa ciała sprzed ciąży w kg/ wzrost w m) przed ciążą oznaczała niedowagę (BMI < 18,5), oczekiwana masa ciała ciężarnej wynosi 12,5-18 kg, w przypadku, gdy kobieta przed ciążą miała prawidłową masę ciała (BMI 18,5-24,9), oczekuje się, że przytyje 11,5-16 kg, gdy przed zajściem w ciążę jej masa ciała osiągała wartość nadwagi (BMI 25-29,9), uznaje się, że powinna przytyć 7-11,5 kg, natomiast kiedy przed ciążą kobieta była otyła (BMI ≥ 30), jej waga oczekiwana w ciąży powinna zwiększyć się o 5-9 kg (Krauss, 2019). Oczekiwana masa ciała kobiety zależy też od jej stanu zdrowia oraz czy ciąża jest pojedyncza czy bliźniacza.



się lub przeczyszczanie, z zastosowaniem wyżej wymienionych sposobów (DSM-5, 2016). Ciężarne kobiety prezentujące tę postać zwykle też 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 więc o obrazie klinicznym analizowanego zaburzenia, ma również znaczący wpływ na okresowe zmiany wskaźnika masy ciała BMI (Fraga i in., 2015). Jest to wyjątkowo ważne, ponieważ ilość masy ciała przybrana w czasie ciąży uważana jest za najlepszy miernik prawidłowego odżywienia ciężarnej (Kandys, 2000; Wdowiak i in., 2011), która może warunkować bezpośrednio i przyszłe zdrowie rozwijającego się w niej dziecka (Lindberg, 2020).

Oprócz zachowań charakterystycznych dla jadłowstrętu psychicznego, chore na pregoreksję ujawniają jeszcze inne poczynania, obserwowane wyłącznie u kobiet będących w ciąży. Na przykład, zdarza się, że kobiety te udają brak ciąży lub ukrywają ją w obawie, że ktoś zwróci uwagę na przyrost masy ich ciała. W związku z tym mogą podejmować działania uwiarygodniające swoją postawę i tym samym negujące stan ciąży. Jedną z takich praktyk jest chociażby obciskanie brzucha ciasną odzieżą. Niektóre kobiety stosują ją także w celu uniemożliwienia jego powiększania się. Inne przez cały okres ciąży palą papierosy oraz nadużywają kofeiny, ograniczając w ten sposób łaknienie i starają się nie dopuścić do zbyt dużego przyrostu wagi (Siega-Riz, 2008). Praktyka kliniczna pokazuje również, że ciężarne chorujące na pregoreksję domagają się niekiedy celowego wykonania u nich cesarskiego cięcia w ósmym miesiącu ciąży, aby zapobiec naturalnemu, intensywnemu przyrostowi masy ciała w ostatnich jej tygodniach. Po rozwiązaniu natomiast kobiety te skupiają się głównie na usilnym dążeniu do jak najszybszego odzyskania masy ciała, którą miały przed zajściem w ciążę. W związku ze swoimi działaniami chore na pregoreksję często doświadczają silnych wewnętrznych konfliktów. Niektóre przeżywają stany psychicznego rozdarcia, wynikające z jednoczesnego doświadczania poczucia odpowiedzialności za rozwijające się w ich ciele dziecko i chęci jego wspierania oraz przemożnej potrzeby kontroli własnego ciała, panowania nad jego wyglądem i funkcjonowaniem. Inne chore relacjonują przykre w ich odczuciu doznania presji społecznej dotyczącej stereotypu roli kobiety ciężarnej troszczącej się przede wszystkim o mające narodzić się dziecko, która nie daje się pogodzić z ich osobistymi dążeniami skoncentrowanymi na własnym ciele (Bąk-Sosnowska, 2018). Z badań wynika też, że wiele chorych na pregoreksję matek może przeżywać silny lęk przed ciążą i niechęć wobec dziecka, a poprzez symptomy zaburzenia usiłować nie dopuścić do jego rozwoju. Liczba nieplanowanych pierwszych

ciąż u kobiet chorujących na jadłowstręt psychiczny jest bowiem wyższa niż w całej populacji pierworódek (Bukik i in., 2010).

Ponadto, w obrazie klinicznym pregoreksji można również dostrzec znaczący się niepokój, stany depresyjne, zachowania obsesyjno-kompulsyjne oraz izolację społeczną. Chore kobiety 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 oraz manipulacją w celu ukrycia zachowań służących redukcji masy ciała (Bąk-Sosnowska, 2018). Tłumaczą się na przykład brakiem apetytu, wynikającym z odczuwanych w ciąży mdłości, lub racjonalizują mówiąc, że rozwijające się w ich ciele dziecko nie potrzebuje wiele. Zachowania te bardzo utrudniają rozpoznanie zaburzenia, tym bardziej że niechęć do jedzenia i nudności występują w trakcie ciąży naturalnie. Należy też dodać, że chore na pregoreksję kobiety zazwyczaj nie chcą ujawnić swojego problemu zaburzenia odżywiania się, z obawy przed ostracyzmem społecznym ze strony najbliższych, ale też psychologów, lekarzy, czy dietetyków (Stachowicz, 2021). Dojmującą konsekwencją jest brak możliwości udzielenia pomocy i zapobiegnięcia następstwom, które najdotkliwiej godzą w dziecko chorej matki.

### **Oddziaływanie zachowań matek chorych na pregoreksję na zdrowie i życie ich dzieci**

Patologiczne zachowania kobiet chorych na pregoreksję są działaniami skierowanymi przeciwko rozwijającym się w ich ciałach dzieciom. Świadczą o tym liczne negatywne następstwa, będące przejawem działań szkodzących ich zdrowiu, a w niektórych przypadkach nawet niszczących ich życie.

Badania naukowe dowodzą, że dzieci pregorektycznych matek są bardzo narażone na wystąpienie różnego rodzaju wrodzonych wad rozwojowych. Szczególnie częste są przypadki wad cewy nerwowej (dysrafie<sup>15</sup>). Ustalono bowiem, że odchudzanie podczas ciąży wiąże się z niedoborem mikroskładników, co istotnie zwiększa ryzyko pojawienia się wad cewy nerwowej u płodu (Cohen, Kim, 2009; Takimoto, Mitsuishi, Kato, 2011). 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. Te

<sup>15</sup> Dysrafie - zespół wrodzonych wad układu nerwowego (ang. NTD - *Neural Tube Defects*), których podstawową cechą są zaburzenia w tworzeniu i zamykaniu cewy nerwowej w toku rozwoju płodowego.

z kolei stanowią jedną z głównych przyczyn zgonów w prenatalnym i noworodkowym okresie rozwoju. Dlatego, dzieci matek chorych na pregoreksję obarczone są wyższym współczynnikiem umieralności niemowląt (Wojtal, Żurawicka, 2013). Zwiększone ryzyko śmierci na tak wczesnym etapie życia dotyczy zwłaszcza chłopców. Stwierdzono, że kobiety chore na pregoreksję wydają na świat 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 obumierania (Stachowicz, 2021). U dzieci matek chorych na pregoreksję obserwuje się także wyższą częstotliwość występowania opóźnień w rozwoju i nieprawidłowości procesów poznawczych (Cieplak, 2018). Ponadto, dzieci te w wysokim stopniu zagrożone są przedwczesnym porodem i niską masą urodzeniową (< 2500 g), która, jak wynika z ustaleń naukowych, zwiększa prawdopodobieństwo występowania licznych problemów zdrowotnych w okresie noworodkowym, a także podnosi ryzyko chorób cywilizacyjnych w późniejszych latach życia (Feig, Naylor, 1998; Sebire i in., 2001). Niesprzyjające rozwojowi prenatalnemu warunki powodowane działaniami chorych na pregoreksję matek związane są również z występowaniem u ich dzieci zaburzonego łaknienia, mniejszego obwodu głowy i innych deformacji, a także problemów z oddychaniem (Raevuori, Linna, Keski-Rahkonen, 2014). Z tego też względu dzieci te często uzyskują niższe wyniki w skali APGAR, oznaczające słaby (4-7 punktów) bądź zły (0-3 punkty) stan noworodka po urodzeniu (Dąbska, 2019). Konsekwencje szkodliwych zachowań ciężarnych kobiet z rozpoznaniem jadłowstrętu psychicznego mogą więc dotknąć ich dzieci bardzo wcześnie. Bywa jednak, że świadectwa doznanej krzywdy ujawniają się dopiero po czasie, na przykład w postaci zaburzeń w rozwoju biologicznym i psychomotorycznym oraz zwiększonego ryzyka miażdżycy, otyłości, nadciśnienia i cukrzycy w życiu dorosłym. Badania ujawniają również, że potomstwo kobiet odchudzających się w ciąży częściej w ciągu życia zapada na depresję (Stachowicz, 2021).

Ustalenia naukowe pokazują więc, że zachowania chorych na pregoreksję kobiet są niebezpieczne dla rozwoju dziecka oraz przebiegu ciąży i porodu. Stosowane przez nie praktyki mające ograniczyć przyrost masy ciała, jak również niewłaściwa atmosfera emocjonalna wokół płodu stanowią silny stres (Lou i in., 1994) i tworzą swoisty „stan klęski ekologicznej w łonie” (Trempla, 2011, s. 167), który poważnie zagraża zdrowiu i życiu dzieci w prenatalnym okresie życia, a także na dalszych etapach ich rozwoju. Fakt ten skłania do zapytań o możliwości przeciwdziałania i środki zaradcze przemocy prenatalnej mającej miejsce w przebiegu pregoreksji.

## Możliwości zapobiegania zjawisku przemocy prenatalnej w pregoreksji

Ewentualna możliwość prewencji przemocy prenatalnej wobec dzieci matek chorych na pregoreksję zwraca uwagę na jej etiologię. Eliminowanie czynników sprawczych tego zaburzenia jest bowiem jednoczesnym sposobem przeciwdziałania jego następstwom w postaci aktów prenatalnej przemocy. Jednakże, przyczyn pregoreksji istnieje bardzo wiele, bowiem jest ona uwarunkowana wieloczynnikowo. Na jej rozwój wpływają zarówno czynniki biologiczne, psychologiczne, jak i społeczno-kulturowe. Nie sposób w tym miejscu wyeksponować wszystkie, nie jest to też zasadne, ponieważ wiele z nich nie daje dostępnej (np. czynniki genetyczne) czy też w miarę doraźnej (np. czynniki osobowościowe) sposobności oddziaływania mogącego powstrzymać lub ograniczyć to zjawisko. Dlatego, wskazane zostaną jedynie wybrane elementy etiologii jadłowstrętu psychicznego kobiet w ciąży w kontekście możliwych oddziaływań prewencyjnych.

W związku z tym, że pierwsze wzmianki dające podstawy pojawienia się pojęcia pregoreksji mają związek z przekazem medialnym (Kaczyńska, 2017), na pewno warto zwrócić uwagę na czynniki o charakterze społeczno-kulturowym. Tym o kluczowym znaczeniu jest, swoisty w kulturach zachodnich, reżim piękna podyktowany kultem młodego, pięknego i szczupłego kobiecego ciała, które traktowane jest jako symbol atrakcyjności fizycznej, samokontroli i szeroko pojętego sukcesu (Pilecki, Sałapa, Józefik, 2016). Okazuje się bowiem, że objął on swoim wpływem również kobiety ciężarne, które nie tylko koncentrują się na szybkim powrocie do masy ciała i sylwetki sprzed ciąży, ale coraz częściej dążą do możliwie minimalnego przyrostu masy ciała i utrzymania nienaganej sylwetki już w czasie ciąży (Stachowicz, 2021). Łączy się to bezpośrednio z ich zachowaniami żywieniowymi i rozwijającymi się na tym podłożu zaburzeniami (Bąk-Sosnowska, 2018). Wzrost zainteresowania szczupłym wyglądem w ciąży wynika z promowanego w mediach (programach telewizyjnych, kolorowych czasopismach, mediach społecznościowych) wizerunku znanych kobiet (np. aktorek, celebrytek, piosenkarek, blogerek modowych), które będąc dla wielu innych autorytetem, przekonują je, że powinny dążyć do idealnie szczupłego ciała również w czasie trwania ciąży. Dlatego, wiele oczekujących dziecka matek sprowadza swoje funkcjonowanie w tym czasie do jednego celu, jakim jest piękny wygląd z możliwie najmniejszym balastem kilogramów (Chruścińska-Dragan, 2019), zaniedbując jednocześnie aspekt troski o dobro i bezpieczeństwo rozwijającego się w nich człowieka. Badania przeprowadzone na Uniwersytecie w Swansea wykazały, że ponad połowa kobiet w ciąży przyrównuje się do popularnych osób w mediach społecznościowych. Stwierdzono, że kobiety, które nie miały

dostępu do mediów społecznościowych były bardziej zadowolone ze swojego ciała w ciąży w porównaniu z tymi, które miały do nich dostęp (Lavan, 2017). Można zatem stwierdzić, że ważne w odniesieniu do możliwości przeciwdziałania krzywdzie dzieci pregorektycznych matek jest ograniczanie medialnej zachęty do patologicznych zachowań ciężarnych i zastąpienie jej rozpowszechnianiem rzetelnych informacji na temat pregoreksji i jej konsekwencji dla prenatalnych dzieci chorujących na nią kobiet.

Istotnym wątkiem mającym związek z zagadnieniem możliwości przeciwdziałania pregoreksji i towarzyszącej jej przemocy prenatalnej jest także reakcja otoczenia, a przede wszystkim męża/partnera<sup>16</sup> na informację o ciąży i ogólnie rodzaj wsparcia społecznego dostępnego ciężarnej. Ważną rolę odgrywa psychologiczny klimat w rodzinie, sposób wchodzenia jej członków w relacje i rozwiązywanie przez nich konfliktów (Minuchin, Rosman, Baker, 2009). Badania przeprowadzone przez M. Topór-Pamułę zwracają uwagę na znaczenie umysłowej reprezentacji rodzica i partnera kobiety w ciąży. Warunkuje on bowiem jej obraz ciała, który z kolei wpływa na sposób postrzegania przez nią jej nienarodzonego dziecka (Topór-Pamuła, 2013). 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 żywieniowych (Shahrbanoo, Azadbakht, Firoozeh, 2013). Wyniki części badań sugerują, że u niektórych kobiet satysfakcja z własnego ciała podczas ciąży ulega obniżeniu. Według Danielle Symons Downs i innych, wiele kobiet w ciąży doświadcza konfliktowych, sprzecznych uczuć wobec własnego ciała, w tym zmartwienia z powodu wzrostu jego wagi (Downs, DiNallo, Kirner, 2008). Tymczasem, przeżywanie ciąży jako doświadczenia postrzeganego głównie przez przyzmat przybierania na wadze i stawania się kobietą coraz mniej atrakcyjną jest istotnym czynnikiem mogącym inicjować rozwój pregoreksji, której niszczyielski mechanizm dotyka również dziecko. Dlatego, ważna rola w procesie zapobiegania opisywanemu zjawisku przypada bliskiemu i dalszemu otoczeniu społecznemu kobiet ciężarnych, którego przyjmujące i wspierające nastawienie może znacząco pomóc matkom podejmować decyzje chroniące je same, a także ich prenatalne dzieci.

Grupą kobiet ciężarnych, która wymaga szczególnej uwagi ze względu na zwiększone ryzyko wystąpienia u nich pregoreksji i wyższe w związku

---

<sup>16</sup> Według badań C.D. Kroelingera i K.S. Oths, pozytywna reakcja partnera na wieść o ciąży sprzyja większej akceptacji dziecka przez kobietę.

z tym prawdopodobieństwo rozwojowego zagrożenia ich dzieci są kobiety, które przed zajściem w ciążę zmagaly się z jadłowstrętem psychicznym bądź innymi zaburzeniami odżywiania się. Badania przeprowadzone przez australijskich badaczy pokazały, że kobiety chorujące 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 rozwiązaniu (Coker, Matchell-Wong, Abraham, 2013). Lekkim optymizmem napawa fakt, że w niektórych badaniach okazuje się, że okres ciąży dla kobiet z zaburzeniami odżywiania jest czasem większej skuteczności terapii leczniczej, z uwagi na ich obawy o zdrowie dziecka (Ward, 2008). Szacuje się, że remisja tych chorób u kobiet ciężarnych dotyczy 29-78% (Hoffman, Zerwas, Bulik, 2011). Badacze zwracają jednak 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 się (Bannatyne i in., 2018). Z tego względu zaleca się, żeby kobiety z zaburzeniami odżywiania odkładały decyzję o macierzyństwie do czasu wyleczenia. Wiele z nich ma błędne przekonanie o niemożliwości zajścia w ciążę z powodu zaburzeń miesiączkowania, co niestety zwiększa ryzyko nieplanowanej ciąży i prawdopodobieństwo nawarstwienia się patogennych czynników (Stachowicz, 2021).

Potrzebna jest zatem odpowiednia edukacja potencjalnych matek, pogłębiająca świadomość ich ciała, która pomoże im, nawet w stanie zaburzenia odżywiania, podejmować odpowiedzialne decyzje rodzicielskie. Sprzyjać im może również działanie na rzecz lepszego rozumienia przez kobiety procesu rozwoju ich prenatalnych dzieci, a przede wszystkim pomoc w dostrzeżeniu w nich osób, które od momentu poczęcia mają prawo do dobrego traktowania i pełnego wykorzystania swojego rozwojowego potencjału.

## Podsumowanie

Celem niniejszego artykułu było zwrócenie uwagi na problem przemoicy prenatalnej dotyczący dzieci kobiet chorych na pregoreksję, ujawniający się w obrazie klinicznym tego zaburzenia. Jest to specyficzny przypadek jadłowstrętu psychicznego, który dotycząc ciężarnej matki, niesie największe zagrożenie dla jej dziecka – jego życia i prawidłowego rozwoju. Wywołane chorobą patologiczne działania i przeżycia pregorektycznych matek sprawiają, że odnoszą się one do swoich dzieci w sposób niezgodny z łączącą je relacją i bez odpowiedniej troski, wynikającej z charakteru tej relacji. Dokonujące się akty poczynań chorych na pregoreksję matek przeciw ich własnym dzieciom są więc pokłosiem choroby, która nawet wbrew macierzyńskim skłon-

nościom popycha je do wyrządzania im krzywdy. Biorąc pod uwagę fakt, że mamy w tym wypadku do czynienia ze stanem podwójnego zagrożenia i wysokim prawdopodobieństwem wzmożenia się patologii, należy dokładać starań, aby we wszelki możliwy sposób niwelować szkodliwe wpływy sprzyjające rozwojowi zaburzenia, jakim jest pregoreksja i jej skutku w postaci przemocy wobec prenatalnych dzieci.

**Wkład autorów**

Autor deklaruje samodzielny wkład w powstanie pracy.

## REFERENCES

## Opracowania

- American Psychiatric Association (2016). *Kryteria diagnostyczne z DSM-5*. Wrocław: Edra Urban & Partner, 167-168
- Bukik, C.M., Hoffman, E.R., Von Holle, A. i in. (2010). *Unplanned pregnancy in women with anorexia nervosa*. *Obstetrics and Gynecology*, 116 (5), 1136-1140
- Coe, Ch.L., Lubach, G.R. (2008). *Fetal programming. Prenatal origins of health and illness*. *Current Directions in Psychological Science*, 17 (1), 36-41
- Cohen, J.H., Kim, H. (2009). *Sociodemographic and Health Characteristic Associated with Attempting Weight Loss During Pregnancy*. *Preventing Chronic Disease*, 6(1), 1-4, 44
- Coker, E., Matchell-Wong, L., Abraham, S. (2013). *Is pregnancy a trigger for recovery from an eating disorder?* *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 92, 1407-1412
- Downs, D., DiNallo, J., Kirner, T. (2008). *Determinants of Pregnancy and Postpartum Depression: Prospective Influences of Depressive Symptoms, Body Image Satisfaction, and Exercise Behavior*. *Annals of Behavioral Medicine*, 36 (1), 54-63
- Feig, D.S., Naylor, C.D. (1998). *Eating for two: are guidelines for weight gain during pregnancy too liberal?* *Lancet*, 351, 1054-1055
- Fraga, A., Caggianese, V., Carrera, O. i in. (2015). *Seasonal BMI differences between restrictive and purging anorexia nervosa subtypes*. *International Journal of Eating Disorders*, 48 (1), 35-41
- Głębocka, A. (2009). *Niezadowolone z wyglądu a rozpaczliwa kontrola wagi*. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls
- Harasim-Piszczatowska, E., Krajewska-Kułać, E. (2017). *Pregoreksja – anoreksja kobiet ciężarnych*. *Pediatrics i Medycyna Rodzinna*, 13 (3), 363-367
- Hoffman, E.R., Zerwas, S.C., Bulik, C.M. (2011). *Reproductive issues in anorexia nervosa*. *Expert Review of Obstetrics & Gynecology*, 6(4), 403-414
- Kanady, W. (2000). *Przyrost masy ciała w ciąży. Relacja z przedciążową masą ciała*. *Ginekolog Pol*, 71, 34, 680-683
- Kubaszewska, S., Sioma-Markowska, U., Machura, M. i in. (2012). *Zaburzenia odżywiania w ciąży – pregoreksja*. *Gin Pol Med Project*, 2, 25-35
- Kornas-Biela, D. (2001). *Dziecko prenatalne jako przedmiot zainteresowań psychologicznych organizacji i stowarzyszeń naukowych*. W: D. Kornas-Biela (red.). *Oblicza dzieciństwa* (s. 226). Lublin: Towarzystwo Naukowe KUL
- Kornas-Biela, D. (2004). *Okres prenatalny*. W: B. Harwas-Napierała, J. Trempała (red.), *Psychologia rozwoju człowieka*, t. 2 (ss. 17-46). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN
- Kornas-Biela, D. (2007). *Psychologia prenatalna człowieka*. *Medycyna Praktyczna – Ginekologia i Położnictwo*, 1, 14-23
- Kornas-Biela, D. (2009). *Pedagogika prenatalna*. Lublin: Wydawnictwo KUL
- Kornas-Biela, D. (2017). *The Beginnings of Prenatal Psychology in Poland*. *Roczniki Pedagogiczne*, 9(45), 3, 43-64
- Krauss, H. (red.). (2019). *Fizjologia żywienia*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL
- Łakoma, S. (2006). *O wieloznaczności pojęcia „dziecko”*. *Studia Prawno-Ekonomiczne*, 74, 51-76
- Lou, H.C., Hansen, D., Nordentoft, M., Pryds, O., Jensen, F., Nim J. (1994). *Prenatal stressors of human life affect fetal brain development*. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 36, 826-832



- Minuchin, S., Rosman, B.L., Baker, L. (2009). *Psychosomatic Families: Anorexia Nervosa in Context*. Cambridge: Harvard University Press
- Pilecki, M.W., Sałapa, K., Józefik, B. (2016). *Socio-cultural context of eating disorders in Poland*. *Journal of Eating Disorders*, 4, 11
- Raeuuri, A., Linna, M., Keski-Rahkonen, A. (2014). *Prenatal and Perinatal Factors in Eating Disorders: Descriptive Review*. *International Journal of Eating Disorders*, 47(7), 676-685
- Sebire, N.J., Jolly, M., Harris, J. i in. (2001). *Is maternal underweight really a risk factor for adverse pregnancy outcome? A population-based study in London*. *British Journal of Obstetrics and Gynecology*, 108, 61-66
- Shahrbanoo, D., Azadbakht, L., Firoozeh, M. (2013). *Relationship between body satisfaction with self esteem and unhealthy body weight management*. *Journal of Education and Health Promotion*, 31(2), 29
- Siega-Riz, A.M., Haugen, M., Meltzer, H.M. i in. (2008). *Nutrient and food group intakes of women with and without bulimia mercosa and binge eating disorder during pregnancy*. *American Journal of Clinical Nutrition*, 87(5), 1346-1355
- Smyczyński, T. (1991). *Pojęcie i status osobowy dziecka w świetle konwencji praw dziecka i prawa polskiego*, Państwowa Inspekcja Pracy, 4, 48
- Sochocka, L., Komenda-Kołecka, J. (2014). *Zaniedbanie – (nie)świadomą formą przemocy wobec dziecka*. *Medycyna Środowiskowa – Environmental Medicine*, 17, 1, 83-89
- Takimoto, H., Mitsuishi, C., Kato, N. (2011). *Attitudes toward pregnancy related changes and self-judged dieting behavior*. *Asia Pacific Journal of Clinical Nutrition*, 20, 212-219
- Trempała, J. (2011). *Psychologia rozwoju człowieka*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN
- Visser, G.H.A. (2003). *Fetal behaviour: a commentary*. *Neurobiology of Aging*, 24 (Suppl. 1), 47-49
- Ward, V.B. (2008). *Eating disorders in pregnancy*. *BMJ*, 336, 93-96
- Wdowiak, A., Kanadys, K., Lewicka, M. i in. (2011). *Przyrost masy ciała w ciąży a wybrane elementy oceny stanu noworodka*. *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 92(2), 281-285
- Wojtal, M., Żurawicka, D. (red.). (2013). *Wybrane aspekty opieki pielęgniarskiej i położniczej w różnych specjalnościach medycyny*. Opole: Instytut Śląski Wydawnictwo
- Wójcik, W. (2008). *Zaniedbanie prenatalne – wyzwanie dla edukacji zdrowotnej od chwili poczęcia*. *Chowanna*, 31(2), 95-106
- Żelichowski, M., *Embrion też dziecko*. „Rzeczpospolita”, 11 marca 2000, A3

### Źródła internetowe

- Bannatyne, A.J., Hughes, R., Stapleton, P., Watt, B., MacKenzie-Shalders, K. (2018). *Signs and symptoms of disordered eating in pregnancy: a Delphi consensus study*. *BMC Pregnancy Childbirth*, 18:262; pobrane 19 lipca 2021 z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6019208/>
- Bąk-Sosnowska, M. (2018). *Pregoreksja – objawy, uwarunkowania, konsekwencje*; pobrane 06 lipca 2021 z: <https://www.forumginekologii.pl/artukul/pregoreksja-objawy-uwarunkowania-konsekwencje>
- Chruścińska-Dragan, M. (2018). *Anoreksja w ciąży. Niebezpieczna moda wśród młodych mam. W skrajnych przypadkach może doprowadzić do śmierci*; pobrane 16 lipca 2021 z: <https://dziennikzachodni.pl/anoreksja-w-ciazy-niebezpieczna-moda-wsrod-mlodych-mam-w-skrajnych-przypadkach-moze-doprowadzic-do-smierci/ar/c1-15432551>
- Cieplak, W. (2018). *Nietypowe zaburzenia odżywiania – pregoreksja*; pobrane 16 lipca 2021 z: <https://www.akademiadietetyki.pl/dietetyka/nietypowe-zaburzenia-odzywiania-pregoreksja/>

- Dąbska, O. (2019). *Co to jest pregoreksja? Przyczyny, konsekwencje i sposoby leczenia ciężoreksji*; pobrane 10 lipca 2021 z: <https://zdrowie.tvn.pl/a/co-to-jest-pregoreksja-przyczyny-konsekwencje-i-sposoby-leczenia-ciazoreksji>
- Kaczyńska, M.J. (2017). *Pregoreksja*; pobrane 14 lipca 2021 z: <https://www.wspolczesnadietetyka.pl/psychodietetyka/pregoreksja>
- Lavan, G. (2017). *Pregorexia*; pobrane 16 lipca 2021 z: <https://bodymatters.com.au/pregorexia/>
- Lindberg, S. (2020). *Could You Be Experiencing 'Pregorexia'? Here's How to Break the Cycle*; pobrane 8 lipca 2021 z: <https://www.healthline.com/health/pregnancy/pregorexia>
- Palczak, R., Mańdziuk, M., Cyganik, W. (2018). *Program wsparcia psychoprofilaktycznego i pielęgnacyjnego kobiet w ciąży i młodych matek oraz rodziców zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym*; pobrane 30 sierpnia 2021 z: [https://rpo.podkarpackie.pl/images/dok/2019/wup/nabory/8.3\\_39\\_28.06.2018/Za%C5%82\\_21\\_Program\\_wsparcia\\_psychoprofilaktycznego\\_i\\_piel%C4%99gnacyjnego\\_kobiet\\_w\\_ci%C4%85%C5%Bcy.docx](https://rpo.podkarpackie.pl/images/dok/2019/wup/nabory/8.3_39_28.06.2018/Za%C5%82_21_Program_wsparcia_psychoprofilaktycznego_i_piel%C4%99gnacyjnego_kobiet_w_ci%C4%85%C5%Bcy.docx)
- promisesbehavioralhealth.com (2013). *What is pregorexia?* pobrane 10 lipca 2021 z: <https://www.promisesbehavioralhealth.com/addiction-recovery-blog/what-is-pregorexia/>
- Stachowicz, J. (2021). *Zaburzenia odżywiania w ciąży – pregoreksja*; pobrane 13 lipca 2021 z: <http://zobaczjestem.pl/zaburzenia-odzywiania-w-ciazy-pregoreksja/>
- Topór-Pamuła, M. (2013). *W jednym ciele – analiza obrazu ciała i jego związków z reprezentacjami partnera, rodzica i dziecka u kobiet w pierwszej ciąży*; pobrane 18 lipca 2021 z: <http://depotuw.ceon.pl/handle/item/186>