

Uczyć (się) o niepełnosprawności i wspieraniu

Księga Katedry
Pedagogiki Specjalnej KUL
w czterdziestolecie
powstania Katedry

Redakcja

**Ewa Domagała-Zyśk
Aleksandra Borowicz**

Lublin 2024

Recenzenci

dr hab. Stanisława Byra, prof. UMCS

dr hab. Katarzyna Ita Bieńkowska, APS

Realizacja procesu wydawniczego **atonce.pl**

Redaktorka prowadząca **Ewa Ankiersztejn**

Redakcja językowa i korekta **Magdalena Czarnecka, Justyna Salata**

Layout **Tomasz Smółka**

Skład i łamanie **Wiaczesław Kryształ**

Projekt okładki **Marta Turska**

© Copyright by Ewa Domagała-Zyśk, Aleksandra Borowicz oraz Autorzy poszczególnych rozdziałów, 2024

© Copyright by Wydawnictwo Naukowe Episteme, 2024

ISBN 978-83-67843-30-0

DOI 10.54253/E2024.06.Uczyc_sie

Wydawnictwo Naukowe Episteme

ul. Gabriela Narutowicza 57/4, 20-016 Lublin | 728 352 141 | wydawnictwoepisteme.pl

Druk „Ełpil” ul. Artyleryjska 11, 08-110 Siedlce

Pregoreksja: aspekty psychomedyczne, społeczno-kulturowe i zdrowotne

Abstrakt

Ciąża jest specyficznym okresem w życiu kobiety, kiedy dochodzi do ogromnych zmian biologiczno-fizjologicznych, psychicznych oraz zmian w relacjach społecznych. Najbardziej widoczna zmiana dotyczy wyglądu kobiety. W związku z tym u niektórych kobiet pojawia się zaburzenie jedzenia zwane pregoreksją (anoreksją ciążową). W obecnym rozdziale został scharakteryzowany okres oczekiwania na urodzenie dziecka przez kobietę jako okres zmian w jej obrazie siebie (fizycznym, psychicznym i społecznym), psychomedyczne aspekty pregoreksji, jej rozpowszechnienie w społeczeństwie, charakterystyczne dla pregoreksji zachowania kobiet i ich przeżycia, wielodyscyplinarne leczenie pregoreksji, jej rozpowszechnienie w społeczeństwie, społeczny i medialny kontekst zwiększania się liczby kobiet zmagających się z pregoreksją, konsekwencje pregoreksji dla przebiegu prokreacji oraz zdrowia i rozwoju dziecka. W zakończeniu artykułu zostały omówione zagadnienia profilaktyczne i naprawcze odnoszące się do działań profesjonalistów, przedstawicieli mediów, różnych grup społecznych, rodziców i samych kobiet, aby podjąć wspólny trud odpowiedzialności za zdrowie matek oraz poczętego dziecka.

Słowa kluczowe: pregoreksja, anoreksja ciążowa, zaburzenia odżywiania, ciąża, zachowania zdrowotne w ciąży, zdrowie psychiczne.

142 **Pregorexia as a risk to health and development of the child in the prenatal period of life**

Abstract

Pregnancy is a peculiar period in a woman's life, when there are huge changes in biological and physiological, psychological and social relations. The most noticeable change is in a woman's appearance. As a result, some women develop an eating disorder called pregorexia (anorexia of pregnancy). The current chapter will characterize the period of waiting for a woman's waiting to have a child as a period of changes in her self-image (physical, mental and social), psychomedical aspects of pregorexia, its prevalence in society, women's behavior and experiences characteristic of pregorexia, multidisciplinary treatment of pregorexia, its prevalence in society, the social and media context of the increasing number of women struggling with pregorexia, the consequences of pregorexia for the course of procreation and the health and development of the child. The article concludes with a discussion of preventive and remedial issues relating to the actions of professionals, media representatives, various social groups, parents and women themselves to make a concerted effort to take responsibility for the health of women and the conceived child.

Keywords: pregorexia, gestational anorexia, eating disorders, pregnancy, health behavior during pregnancy, mental health.

Okres oczekiwania na urodzenie dziecka jest czasem ogromnych zmian biologiczno-fizjologicznych, psychicznych oraz w relacjach społecznych. Zmienione funkcjonowanie może występować od samego początku do końca ciąży. Najbardziej widoczna zmiana dotyczy wyglądu ciała, ale zmiany obejmują również sferę kobiecości, uczuć, seksualności, pozycji i roli społecznej. Każda kobieta

w mniejszym lub większym stopniu doświadczają ambiwalencji psychicznej, częstych zmian nastroju od wyczerpania do uniesienia, niepokoju, lęków, napięć i smutku (Bjelica, Cetkovic, Trinic-Pjevic, Mladenovic-Segedi, 2018).

Okres ciąży jest szczególnie wyjątkowy, gdy jest to pierwsza ciąża i wszystko co z nią związane jest nieznane, budzące zarówno podekscytowanie, jak i niepokój. Psychiczny dobrostan kobiety w ciąży, jej styl życia oraz konkretne decyzje i zachowania zależą m.in. od postaw społecznych wobec kobiecości i macierzyństwa, wobec kobiety w ciąży i karmiącej, wobec zmieniającego się w tym czasie jej wyglądu. Cieleśny aspekt kobiecości związany z tzw. „ja fizycznym” (z obrazem własnego ciała¹, odczuciami, jakich ono dostarcza) odgrywa dużą rolę w tym czasie, gdyż w zakresie „ja” fizycznego, duchowego (psychicznego) i społecznego (James, 2002, s. 121; Oleś, 2009, s. 241)² dokonują się wtedy duże zmiany. Reakcją niektórych kobiet na problemy związane z adaptacją do charakterystycznych dla ciąży zmian wyglądu jest zaburzenie jedzenia o charakterze anoreksji ciążowej – zwanej pregoreksją.

Ciąża jako okres zmiany obrazu siebie

Najbardziej charakterystyczną zmianą w okresie ciąży, widoczną również dla otoczenia, jest powiększająca się obszerność ciała kobiety. Zmiana wyglądu, zwłaszcza dotycząca powiększenia się piersi oraz okolicy brzucha może wywołać odmienne uczucia w zależności od stosunku kobiety do ciąży i dziecka, jej cech osobowości, obrazu siebie, a zwłaszcza obrazu własnego ciała („ja fizycznego”), oraz stosunku innych do niej jako kobiety

¹ Problematyka dotycząca „obrazu własnego ciała” jest bardzo rozległa. Pojęcie to jest różnie rozumiane. Jedną z definicji przybliżającą jego rozumienie sformułowała Alicja Głębocka – obraz ciała jest to „umysłowa reprezentacja cielesności, która nie tylko ulega wpływom emocji, lecz także aktywnie oddziałuje na zachowanie i samoocenę człowieka oraz nierzadko prowadzi do psychopatologii” (Głębocka, 2009, s. 19).

² William James (1842–1910), twórca koncepcji self („ja”). Wyróżnił „ja fizyczne” (nasze ciało, ubranie, najbliżsi, których śmierć odebraliśmy jako utratę części siebie, oraz nasz dom), „ja społeczne” (uznawanie człowieka przez innych ludzi) oraz „ja duchowe” (myśli, pragnienia, dylematy sumienia) (James, 2002, s. 120–121; Oleś, 2009, s. 241).

144 w ciąży, w tym szczególnie ojca dziecka, osób jej bliskich i dla niej znaczących.

Pierwszy trymestr ciąży to okres intensywnych zmian neurohormonalnych w organizmie kobiety, dzięki którym następuje jego przystosowanie się do obecności „obcego ciała” i podtrzymywania go przy życiu. Te przeobrażenia są fizjologiczną przyczyną tzw. dolegliwości ciążowych charakterystycznych dla pierwszego trymestru ciąży, zmian nastroju, ambiwalentnych stanów emocjonalnych. Wskutek gwałtownych przemian fizycznych może pojawić się u kobiety lęk przed utratą wpływu na własne ciało. Lęk ten może wywołać objawy patologiczne, takie jak długo utrzymujące się wymioty, poronienie (Kornas-Biela, 2002, s. 46–47, 54; Lichtenberg-Kokoszka, 2008, s. 116–117). Zmianom fizycznym towarzyszą również zmiany psychiczne oraz zmiany w sytuacji społecznej kobiety. Nowa sytuacja życiowa może być przeżywana jako trudna i stanowić przyczynę pojawienia się kryzysu psychicznego.

Drugi trymestr ciąży jest okresem tzw. „miesiąca miodowego”, który charakteryzuje się lepszą kondycją fizyczną i psychiczną matki, przeniesieniem uwagi z siebie na dziecko. Cięża staje się wtedy bardziej widoczna. Niektóre kobiety już od samego początku ciąży noszą szersze ubrania lub bardzo obciste, by podkreślić zmiany swojego ciała, inne natomiast boją się zmian fizycznych, powiększenia się brzucha, zwiększonej masy ciała (Kornas-Biela, 2002, s. 46–47, 54; Lichtenberg-Kokoszka, 2008, s. 116–117).

Kobiety, które przywiązują dużą wagę do obowiązujących kanonów dotyczących damskiej sylwetki, dbające o płaski brzuch, szczupłą talię, wąskie biodra oraz niską wagę, czują się w tym stanie źle, bo obraz własnego ciała ulega w ich przekonaniu znacznemu upośledzeniu (Kornas-Biela, 2002, s. 55).

Trzeci trymestr ciąży to okres „zakładania gniazda”, w którym kobieta koncentruje się na dziecku oraz porodzie. Jest to jednak również okres, w którym następują dalsze zmiany wyglądu kobiety – zwiększają się jej brzuch i piersi, zmienia się postawa ciała (bardziej pochylona), giętkość kręgosłupa, sposób i tempo chodzenia, zmniejsza się ruchliwość, gibkość i zwinność. U niektórych kobiet mogą wystąpić wtedy dolegliwości fizyczne, takie jak: trudności z oddechem, zwiększona męczliwość, bóle krzyża, zylaki,

hemoroidy, zaparcia, skurcze macicy i łydek (Kornas-Biela, 2002, s. 60–63).

Dolegliwości, które pojawiają się jako pierwsze oznaki ciąży, takie jak silne nudności i wymioty, oprócz fizycznej przyczyny mają również podłoże psychiczne i częściej występują u kobiet, które mają problem z akceptacją nowej sytuacji życiowej. Podobnie inne dolegliwości fizyczne pojawiające się w trakcie ciąży mogą mieć również swoje psychogenne przyczyny. Brak akceptacji stanu ciąży oraz samego dziecka może spowodować nasilenie dolegliwości oraz większą wrażliwość na ich odczuwanie. Cięża rzeczywiście wtedy kobiecie „ciąży”.

Zmiany funkcjonowania ciała mogą być postrzegane przez niektóre kobiety jako ważny atrybut kobiecości, np. powiększenie się piersi, u innych natomiast mogą wyzwolić uczucie zażenowania, a nawet wstydu ze względu na wyeksponowanie fizycznych cech własnej seksualności (Kornas-Biela, 2002, s. 44–46). Dla niektórych przyrost masy ciała może sprawić, że poczują się kobieco, dla innych może być zagrożeniem dla ich kobiecości. Reakcją na powiększenie się rozmiarów ciała może być zarówno akceptacja zmian, radość, duma, poczucie kobiecości, ciekawość i otwartość na zmiany, jak też nieakceptowanie zmian cielesnych, poczucie utraty atrakcyjności, uczucie smutku, zażenowania, a nawet wstydu i przerażenia (Kornas-Biela, 1992, 2004). Ciągłe negatywne uwagi kobiety na temat swojego wyglądu mogą wskazywać na jej trudności w radzeniu sobie ze zmianami sylwetki i są sygnałem ostrzegawczym dla otoczenia, że wymaga ona pomocy w akceptacji swojego zmieniającego się ciała. Postrzeganie przez nią zmian dokonujących się w jej organizmie oraz w wyglądzie ma duży wpływ na jej stosunek do dziecka, na jej styl życia i odżywiania oraz zachowania zdrowotne, a tym samym na rozwój poczętego dziecka.

Medyczne aspekty pregoreksji

Ważnym problemem w okresie ciąży jest utrzymanie właściwej masy ciała. Niestety, część kobiet rozpoczyna ciążę z nieprawidłową, tzn. zbyt wysoką lub niską wagą. Około 40% kobiet w okresie prokreacyjnym zgłasza podejmowanie prób, aby schudnąć. Ze względu na to, że wiele poczęć jest niezamierzonych, kobiety mogą odchudzać się, zanim dowiedzą się, że są w ciąży, a niektóre

146 z nich, skoncentrowane na kontroli wagi i odchudzaniu się, mogą kontynuować próby utraty wagi pomimo poczęcia dziecka (Cohen, Kim, 2009).

Część kobiet, które ciągle są nadmiernie skoncentrowane na monitorowaniu wzrostu wagi, w okresie ciąży przeżywa lęk o przytycie i zmianę w wyglądzie fizycznym. Zachowanie kobiet związane ze ścisłą kontrolą przybierania na wadze, zmierzającą do uniknięcia wpływu ciąży na sylwetkę poprzez ograniczenie jedzenia oraz intensywne ćwiczenia fizyczne, jest określane mianem pregoreksji. Termin ten pochodzi od połączenia dwóch angielskich słów: *pregnancy* (ciąża) oraz *anorexia* (z języka greckiego *an* – brak, pozbawienie oraz *orexis* – apetyt).

Pregoreksja jest uważana za termin z zakresu psychologii popularnej, który definiowany jest jako jadłowstręt o podłożu psychicznym u osób w ciąży. W języku polskim stosuje się również nazwy: ciążoreksja, anoreksja ciążowa, anoreksja w ciąży. Jednostka ta nie została wyodrębniona ani w kryteriach ICD-10, ani w klasyfikacji DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; Diagnostyczny i Statystyczny Podręcznik Zaburzeń Psychiczych) (Grajek, Grot, Kujawińska, Nigowski, Krysa, 2023, s. 1182). Kobiety przejawiające charakterystyczne dla pregoreksji zaburzenia były kwalifikowane do grupy pacjentów z zaburzeniami odżywiania, chore na jadłowstręt psychiczny. W sytuacji niespełniania wszystkich kryteriów tego zaburzenia – jako mające „inne określone zaburzenie jedzenia i odżywiania” (wg DSM-5) lub „jadłowstręt psychiczny atypowy” (wg ICD-10) (Cichecka-Wilk, 2021, s. 188).

Charakterystyczne zachowania kobiet

Kobiety z pregoreksją są obsesyjnie skoncentrowane na swojej wadze i swoim wyglądzie. Stosują ostry reżim dietetyczny (np. przestrzegają planów dietetycznych dostępnych w internecie), głodząc się ilościowo oraz niedożywiając jakościowo, spożywając jednorodne produkty. Podejmują także inne zachowania charakterystyczne dla zaburzeń jedzenia, np. prowokowanie wymiotów, stosowanie leków na odchudzanie lub zmniejszenie apetytu, leków moczopędnych oraz środków przeczyszczających, picie dużej ilości kawy i herbaty na odchudzanie, jedzenie tzw. produktów light. Bardzo dokładnie kontrolują kaloryczność posiłków oraz wagę

swojego ciała. Stosują również ostry reżim ćwiczeń fizycznych, monitorując pracę serca do granicy wytrzymałości i bezpieczeństwa, krępują brzuch ciasnym ubraniem, aby się nie powiększał. Starają się za wszelką cenę jak najdłużej utrzymać przedciążową wagę i wygląd fizyczny, jak najmniej przytyć, aby zaraz po porodzie wrócić do perfekcyjnej sylwetki. Zachowują się więc krańcowo przeciwnie, niż głosi, niesłuszne zresztą, zalecenie, by w okresie ciąży „jeść za dwoje” – głodują się za dwoje.

W celu ukrycia problemu kobiety z pregoreksją jedzą w samotności, unikają obecności starszych członków rodziny podczas posiłków, opuszczają posiłki, jedzą małe porcje lub bardzo powoli, udając zjadanie odpowiedniej porcji pożywienia, tłumaczą się niestrawnością, brakiem apetytu i brakiem uczucia głodu. Czasem udają na wszelkie sposoby, że nie są w ciąży. Niektóre domagają się cesarskiego cięcia w ósmym miesiącu ciąży, aby zapobiec dużemu przyrostowi masy ciała charakterystycznemu dla ostatnich tygodni ciąży.

Przyczyny pregoreksji i przeżycia kobiet z nią związane

Osobami szczególnie narażonymi na pregoreksję są kobiety cierpiące przed ciążą na anoreksję lub bulimię, gdyż związane z ciążą powiększanie się sylwetki oraz wzrost wagi ciała wzbudza lęk o niekorzystną zmianę swojej aparycji i nasila to zaburzenie (Ward, 2008). W grupie kobiet, które chorują na zaburzenia jedzenia, biologiczne przyczyny pregoreksji są takie same jak w anoreksji. Prawdopodobne jest w tym wypadku współdziałanie wielu genów. Stwierdzono rodzinną skłonność do pojawienia się zachowań anorektycznych, np. u bliźniąt jednojajowych jest większe ryzyko anoreksji niż u innego typu rodzeństwa, a prawdopodobieństwo wystąpienia anoreksji zwiększa się ośmiokrotnie, jeśli ktoś z krewnych choruje lub chorował na anoreksję (np. Kubaszewska, Sioma-Markowska, Machura, Krawczyk, Kanabrocka, 2012). Identyfikacja czynników biochemicznych odpowiedzialnych za anoreksję (enzymów, hormonów, np. kortyzolu, neuroprzekaźników, zwłaszcza dopaminy i serotoniny) nie jest prosta, gdyż trudno definitywnie ustalić, czy jakieś zmiany są przyczyną czy też skutkiem tej choroby (<http://anoreksja.mam-efke.pl/index.php?go=biologia> (29.04.2024)).

Zaburzenie anorektyczne jest często związane ze stylem wychowawczym w rodzinie. Kilka z postaw wychowawczych rodziców stanowi szczególne zagrożenie w tym zakresie, np. „usidlenie” – kiedy zatarte zostają granice między członkami rodziny i dominuje postawa nadmiernych wymagań, anoreksja jest polem osiągnięcia sukcesów i zdobycia kontroli nad własnym życiem; mocno nakreślona granica między rodziną a resztą świata – anoreksja może być wtedy wyrazem buntu lub kary; nadopiekuńczość przy braku bliskości – anoreksja daje poczucie niezależnienia się od rodziców; zaniedbanie – anoreksja jest sposobem na zwrócenie na siebie uwagi; akcentowanie konieczności poświęcania się dla dobra rodziny – anoreksja jest wyrazem poświęcenia się na jej rzecz; nieakceptowanie zmian związanych z dorastaniem i dojrzewaniem dziecka – anoreksja może być sposobem na radzenie sobie z emocjami; unikanie konfliktów w rodzinie za wszelką cenę – anoreksja jest wtedy bagatelizowana; nierozwiązywane problemy małżeńskie – anoreksja jest sposobem narzucenia tematu zastępczego w rodzinie (<http://anoreksja.mam-efke.pl/index.php?go=biologia> (29.04.2024)). Badania dziewcząt z jadłowstrętem psychicznym wykazały, że są one przywiązane do szczupłości traktowanej jako wyraz władzy i kontroli nad samą sobą. Mają one wieloaspektową negatywną ocenę własnej rodziny, a zwłaszcza pozycji kobiet w niej, relacjonują brak troski rodziców o wygląd i zasady żywienia, identyfikują się z innymi osobami o podobnych problemach (Pilecki, Sałapa, Józefik, 2016).

Zaburzenie o typie pregoreksji spotyka się częściej u kobiet, które miały trudne dzieciństwo. Ich wspomnienia są nasycone smutkiem, miały poczucie niedostatecznej opieki rodzicielskiej, niskiego poziomu wsparcia, doświadczyły odrzucenia, przemocy emocjonalnej, psychicznej i seksualnej. W rodzinie pochodzenia tych kobiet częściej występował alkoholizm, przemoc, depresja lub śmierć kogoś z członków rodziny oraz rozwód (Kubaszewska, Sioma-Markowska, Machura, Krawczyk, Kanabrocka, 2012).

Pregoreksja dotyczy jednak nie tylko kobiet przejawiających uprzednio zaburzenia jedzenia, ponieważ czasami objawy pregoreksji spotyka się u kobiet bez takich zaburzeń przed ciążą, ale zaabsorbowanych swoim wyglądem i starających się za wszelką cenę utrzymać szczupłą sylwetkę. Szczególnie narażoną na pregoreksję grupą są celebrytki, kobiety na wysokich stanowiskach państwowych, w firmach i korporacjach (Rodriguez, 2008), pracujące

w modelingu, a więc znane modelki, aktorki, tancerki, sportswomenki, gimnastyczki artystyczne, kobiety, od których wymaga się w pracy zawodowej dużej sprawności, wydajności i wytrzymałości fizycznej (Kubaszewska, Sioma-Markowska, Machura, Krawczyk, Kana-brocka, 2012, s. 30).

U niektórych kobiet dominującą przyczyną pregoreksji są zaburzenia w spostrzeganiu własnego ciała i trudności w akceptacji zmian w wyglądzie wynikających z przebiegu ciąży oraz kondycji fizycznej (niewykluczona jest również podświadoma niechęć do dziecka i podejmowanie zachowań zagrażających jego życiu). Obraz ciała formuje się przez całe dzieciństwo i okres dojrzewania pod wpływem bodźców płynących z ciała, na podstawie stosunku najbliższych do atrakcyjności fizycznej, do wyglądu dziecka i nadawanych mu etykietek oraz nakłaniania go do zmiany wyglądu, nawyków żywieniowych oraz dietetycznych, przykładu stosowania specjalnych diet lub zachowań wskazujących na zaburzenia jedzenia przez kogoś z rodziny, odnoszonych przez dziecko sukcesów i porażek przypisywanych znaczeniu, jakie ma w nich jego fizyczność oraz wsparcia, jakie dziecko otrzymuje, gdy przejawia negatywny wizerunek ciała lub ma zaburzenia odżywiania (np. Głębocka, 2009, s. 21, za: Ata, Ludden, Lally, 2007).

W okresie ciąży, gdy wygląd ciała bardzo się zmienia, kobiety, które mają zaburzony obraz siebie i niskie poczucie własnej wartości, zwłaszcza w zakresie „ja fizycznego”, mogą mieć poczucie, że tracą kontrolę nad swoim ciałem, są bardzo zaniepokojone możliwym wzrostem wagi, mają trudności z zaakceptowaniem zmian obrazu ciała, obecnej sylwetki i kondycji, obawiają się braku atrakcyjności osobistej i spadku akceptacji społecznej, stają się więc jeszcze bardziej niż przed ciążą zaabsorbowane problemami swojej wagi i wyglądu. Racjonalizują swoje zachowania anorektyczne, są emocjonalnie „oderwane” od ciąży (Bannatyne, Hughes, Stapleton, Watt, MacKenzie-Shalders, 2018).

Z licznych badań wynika, że kobiety chorujące na pregoreksję częściej przejawiają pewne cechy osobowości, które powodują, ale też ułatwiają im zachowania anorektyczne w ciąży. Są to takie cechy, jak np.: wyższa inteligencja, przesadne ambicje, nadmierne przywiązywanie uwagi do zasad i reguł, skłonność do obsesyjności i perfekcjonizmu, brak elastyczności i otwartości, niechęć do zmian i nieumiejętność radzenia sobie w sytuacjach nowych, potrzeba kontroli, przedkładanie sumienności nad przyjemnością,

150 wytrwałość i upór w dążeniu do celu, uchylanie się od odpowiedzialności za własne decyzje, trudności w kontaktach społecznych, brak zaufania zarówno do siebie, jak i do ludzi, tolerowanie przemocy i psychicznego znęcania się ze strony najbliższych osób, podatność na krytykę innych ludzi, osamotnienie i strach przed nieakceptacją oraz opuszczeniem, przedkładanie potrzeb innych osób ponad własne, chłód emocjonalny i trudności w ekspresji uczuć, podatność na zaburzenia emocjonalne (stany lękowe, niepokój, depresja), niska samoocena, niskie poczucie własnej wartości i osiągnięć. Czasem, gdy poczęcie dziecka nie było planowane, pregoreksja może być formą skierowanej do dziecka agresji.

W okresie ciąży kobiety z pregoreksją doświadczają napięcia, poczucia winy i wstydu z powodu silnego wewnętrznego konfliktu między świadomością odpowiedzialności za zdrowie dziecka a potrzebą utrzymania bądź zredukowania masy ciała w okresie ciąży, między presją społeczną domagającą się troski o zdrowie dziecka a osobistym dążeniem do kontroli nad własnym ciałem, jego wyglądem i funkcjonowaniem (Cichecka-Wilk, 2021, s. 189).

Leczenie pregoreksji

Leczenie zaburzenia, jakim jest pregoreksja, wymaga interdyscyplinarnego podejścia oraz pomocy lekarza ginekologa położnika, dietetyka, psychologa, jak też wsparcia osób najbliższych. Lekarz ginekolog koncentruje się na monitorowaniu stanu zdrowia matki i nienarodzonego dziecka. Lekarz dietetyk ustala odpowiednio zbilansowaną i indywidualnie dostosowaną do kobiety dietę. Spotkania z psychologiem skupiają się na procesie akceptacji własnego ciała oraz adaptacji do ciążowych zmian fizycznych i radzeniu sobie z trudnościami. Wszyscy specjaliści oprócz wsparcia psychologicznego zajmują się również psychoedukacją dotyczącą długofalowego znaczenia prawidłowego odżywiania w ciąży dla matki i dziecka.

Zespół ze śląskich uczelni medycznych (Grajek, Grot, Kujawińska, Nigowski, Kryska, 2023, s. 1189–1191) wskazał, że brakuje międzynarodowych kryteriów przyjęcia do leczenia szpitalnego kobiet z pregoreksją. Żadne wytyczne nie wskazują jednej, najskuteczniejszej metody leczenia, dlatego bardzo ważne jest stworzenie spersonalizowanego planu leczenia, w tym indywidualnego planu

żywieniowego. Leczenie pregoreksji obejmuje wielomiesięczną opiekę medyczną, regularną terapię psychologiczną, poradnictwo żywieniowe, a u niektórych pacjentek również farmakoterapię lekami przeciwdepresyjnymi. Bardzo ważna jest pomoc psychologiczna w uwolnieniu się od destrukcyjnych myśli i zachowań, w wypracowaniu pozytywnego nastawienia do siebie, swojego wyglądu, do ciąży i dziecka, zachęceniu do zdrowego odżywiania i osiągnięcia prawidłowej masy ciała. Pacjentka z pregoreksją powinna być również poinformowana o konsekwencjach niedowagi i niedożywienia dziecka. Bardzo pomocne mogą okazać się również grupy wsparcia, jeśli są moderowane przez specjalistę do spraw zdrowia psychicznego. Zadaniem dietetyka jest wspomaganie odżywiania i normalizacja masy ciała (Ehmke vel Emczyńska, Bebelska, Czerwonogrodzka-Senczyna, 2012). Bardzo ważną rolę w leczeniu pregoreksji odgrywa rodzina, często przeżywająca poczucie winy, niepokój i złość, a więc też wymagająca pomocy.

„Wczesne podjęcie działań interdyscyplinarnego zespołu leczniczego sprzyja lepszym wynikom terapeutycznym, a kluczową rolę odgrywa tu prawidłowa edukacja zdrowotna” (Harasim-Piszczatowska, Krajewska-Kułak, 2017, s. 363). Wszyscy profesjonalści zajmujący się kobietą w ciąży powinni być świadomi jej stylu życia w zakresie odżywiania się przed ciążą i obecnie, jej obrazu ciała oraz przekonań na własny temat przed ciążą i w jej trakcie, aby udzielać porad na temat znaczenia odpowiedniego przyrostu masy ciała i monitorować jej zachowania w tym względzie (np. Kubaśewska, Sioma-Markowska, Machura, Krawczyk, Kanabrocka, 2012, s. 31–32; Takimoto, Mitsuishi, Kato, 2011; Shiraishi, Kurashima, Harada, 2024).

Podsumowując wyniki swoich badań uzyskanych na podstawie zorganizowanych paneli dyskusyjnych profesjonalistów Bannatyne, Hughes, Stapleton, Watt i MacKenzie-Shalders (2018) wysunęli postulat, aby praktycy pracujący z kobietami w ciąży byli świadomi tego, że sam brak objawów fizycznych lub behawioralnych anoreksji ciążyowej niekoniecznie oznacza, że kobieta nie jest dotknięta zaburzeniami odżywiania. Obserwowalne zachowania anorektyczne lub bulimiczne mogą zmniejszyć się w czasie ciąży, ale wysoki poziom obaw, chociaż nieujawnianych, a związanych z wagą i kształtem ciała, często utrzymuje się. Ponadto, zaburzenia odżywiania w ciąży odzwierciedlają spektrum zachowań, które niekoniecznie skutkują fizyczną zmianą masy ciała lub kształtu

152 (np. mogą wystąpić zachowania nietypowe, jak okresowe napady objadania się i głodzenia), mimo to kobieta jest zaabsorbowana kontrolą masy ciała, a jej funkcjonowanie jest często postrzegane przez otoczenie jako normatywne. Część kobiet i ich otoczenie może bagatelizować objawy pregoreksji, gdyż przekaz, czym są zaburzenia jedzenia w ciąży, był w popularnych przekazach medialnych nieścisły, mylący. Dlatego ważna jest psychoedukacja, aby zwiększyć wgląd zarówno kobiet, jak też ich otoczenia w kwestię zaburzeń odżywiania w ciąży. Prawdopodobnie jednym z najtrudniejszych aspektów identyfikacji zaburzeń odżywiania w ciąży jest odróżnienie cech klinicznych od normatywnych doświadczeń ciążowych.

Zasięg pregoreksji

Termin „pregoreksja” został po raz pierwszy użyty w 2008 roku w programie telewizyjnym *The Early Show* emitowanym na kanale CBS i w stacji Fox News na potrzeby zdefiniowania zaburzeń żywienia u kobiet w ciąży, które wykonywały intensywne ćwiczenia fizyczne i nadmiernie zmniejszały liczbę kalorii w diecie, rozpoczynając ją już często z niskim BMI (Takimoto, Mitsuishi, Kato, 2011). Jednak zainteresowanie wokół tego problemu rozpoczęło się wcześniej – w 2004 roku, kiedy w „New York” ukazał się felieton *The Perfect Little Bump* opisujący szczegółowo życie modnych nowojorskich kobiet, pragnących osiągnąć idealne ciało w ciąży poprzez wysiłek fizyczny kontrolowany monitorem pracy serca osiągającego maksimum bezpiecznego limitu tętna (Mathieu, 2009). Na przestrzeni lat kolorowa prasa nagłaśniała przypadki amerykańskich celebrytek (np. Ashlee Simpson, Nicole Kidman), które mimo ciąży nie traciły dawnej figury, a nawet wydawały się szczuplejsze, stosując dietę i specjalne ćwiczenia fizyczne pod okiem wynajętych trenerów (Kalocińska, 2009).

Moda na zachowania wskazujące na pregoreksję ciągle rozpowszechnia się w świecie, gdyż wzorce skrupulatnej kontroli ilości jedzenia w okresie ciąży są coraz częściej obecne internecie, w popularnych artykułach, zwłaszcza traktujących o dietach oraz o przebiegu ciąży u znanych medialnie osób, które pilnie kontrolują, co oraz ile jedzą, ale nie ze względu na zdrowie własne

i dziecka, lecz z powodu lęku przed przybraniem na wadze i utratą szczupłej sylwetki postrzeganej jako atrakcyjna.

Również w Polsce, zarówno w prasie, jak i w internecie zdarzają się doniesienia o „niewidocznych ciężach” celebrytek³, które stanowią model zachowania dla innych kobiet. Ich zachowania w ciąży są wzorcem dla coraz większej liczby kobiet, które upewniają się, że ciąża wpływa negatywnie na ich atrakcyjność, a problemy ze zbędnymi kilogramami pozostaną z nimi na dłużej. W związku z tym zasięg pregoreksji zwiększa się, ale częstotliwość jej występowania nie jest znana, gdyż brakuje badań populacyjnych. Ze względu na skrupulatne ukrywanie zachowań charakterystycznych dla anoreksji w ciąży (np. unikanie wspólnych posiłków, wymówki) nawet rodzina i lekarz prowadzący ciążę mogą nie zauważyć problemu, jeśli kobieta wcześniej nie leczyła się na anoreksję.

Zasięg pregoreksji wśród kobiet nie jest dokładnie znany. W ciągu ostatnich dwóch dekad badania prowadzone na świecie szacowały, że częstość występowania zaburzeń odżywiania w ciąży wynosi od 0,6% do 27,8%. Wskaźniki te jednak zaniżają lub zawyżają oszacowanie częstości występowania objawów pregoreksji z powodu klinicznego nakładania się objawów zaburzeń odżywiania się i doświadczenia ciąży oraz braku specyficznych dla ciąży narzędzi psychometrycznych (Bannatyne, Hughes, Stapleton, Watt, MacKenzie-Shalders, 2018). Pregoreksja niewątpliwie nie ma rozmiaru epidemicznego ani nie jest jeszcze problemem społecznym, ale jest związana z pewnymi grupami kobiet, które są bardziej niż inne narażone na zachorowanie, np. częściej spotyka się zachowania charakterystyczne dla pregoreksji w grupie kobiet młodszych niż starszych, częściej u kobiet wykonywujących zawody publiczne, w których wygląd zewnętrzny jest przedmiotem szczególnej oceny.

³ Np. *Natalia Siwiec w ciąży kwitnie. Ale gdzie ten brzuch?! Nadal jest wyjątkowo szczupła* – to tytuł materiału w internecie, w którym fakt, że polska fotomodelka i aktorka, Natalia Siwiec, będąc w szóstym miesiącu, nie ma żadnych ciążowych krągłości, wywołuje uczucie akceptacji i podziwu. Jej płaski brzuch uznany jest za zachwycający, a sylwetka „nadal prezentuje się znakomicie”. Internautka pisze: „Przepiękna! Pamiętam, jak ja byłam w ciąży, też brzuszka nie miałam. Pięknie! Urodzisz i od razu płaska będziesz”, MM, 11.06.2017, <https://www.plotek.pl/plotek/7,78649,21944995,natalia-siwiec-w-ciazy-kwitnie-ale-gdzie-ten-brzuch-nadal.html> (27.03.2024).

Jennifer H. Cohen i Hyoshin Kim (2009) wykorzystali dane z lat 1996–2003 zagregowane przez Behavioral Risk Factor Surveillance System, aby ocenić częstość występowania prób odchudzania wśród kobiet w ciąży oraz stopień powiązania pregoreksji z cechami socjodemograficznymi. Uzyskane wyniki wskazały, że częstość odchudzania się wynosiła 8,1%. Próby odchudzania w czasie ciąży były związane z wyższym wiekiem (35–44 lata), latynoskim pochodzeniem etnicznym, otyłością, spożyciem alkoholu i cierpieniem psychicznym przeżywanym przez kobiety w miesiącu poprzedzającym badanie. W badaniach kwestionariuszowych prowadzonych w Irlandii na grupie 57 respondentek stwierdzono, że chociaż kobiety czują presję, aby nie przytyć za dużo w ciąży i szybko odzyskać przedciążową wagę, większość z nich nie przejawiała zachowań charakterystycznych dla pregoreksji (Sullivan, 2010).

W badaniach kwestionariuszowych przeprowadzonych w USA w 2013 roku, w których wzięło udział 700 kobiet w ciąży, okazało się, że 23% z nich deklarowało obawy związane z przyrostem masy ciała i zmieniającym się wyglądem, u 7,5% rozpoznano zaburzenia odżywiania, a u 0,5% pregoreksję. Natomiast w badaniu polskim z 2013 roku obejmującym grupę 45 kobiet w ciąży okazało się, że 38% z nich deklarowało odchudzanie się w czasie ciąży, co jest wynikiem bardzo niepokojącym (Pawełczyk-Jabłońska).

W celu oceny zachowań dietetycznych u kobiet w ciąży przeprowadzono również badanie ankietowe w klinice prenatalnej w Tokio w grupie 500 kobiet, a 248 z nich udzieliło odpowiedzi z kwalifikującymi się danymi. Okazało się w nich, że 13,7% kobiet stosowało dietę przed ciążą, a 35,5% zgłosiło stosowanie diety w ciąży, pięciokrotnie więcej kobiet stosowało ograniczenia na podstawie własnej oceny, a nie zaleceń dietetyka. Większość respondentek (69%) uważała, że mniejsze dzieci pomogłyby w sprawnym porodzie⁴. Wcześniejsze stosowanie diety oraz chęć rodzenia dziecka mniejszego celem sprawnego porodu były czynnikami ryzyka dla pregoreksji (Takimoto, Mitsuishi, Kato, 2011). W późniejszych badaniach prowadzonych w Tokio w grupie 266 kobiet 47 miało

⁴ Pragnienie kobiet, aby dziecko było małe lub drobne, wynika również z poznawczego przeszacowania wagi i kształtu potomstwa przez kobiety z pregoreksją (Bannatyne, Hughes, Stapleton, Watt, MacKenzie-Shalders, 2018).

niewystarczający przyrost masy ciała spowodowany stylem odżywiania się, na co miał wpływ obraz siebie u kobiet, a 100 respondentek miało nadmierny przyrost masy ciała w czasie ciąży (Shiraishi, Kurashima, Harada, 2024).

Interesujące wyniki otrzymali badacze z Pakistanu (Saleem, Saleem, Shoib, Shah, Ali 2022), gdzie od dekady obserwuje się ogromny wzrost koncentracji uwagi kobiet na ideałach ciała, szczupłości, a tym samym problem zaburzeń odżywiania w czasie ciąży. W badaniach o podejściu fenomenologicznym grupy 15 kobiet (w wieku 22–34 lat), pacjentek prywatnej kliniki w Islamabadzie, mających trudności z obrazem swojego ciała i przejawiającymi zachowania typowe dla pregoreksji okazało się, że 93,33% kobiet spełniało pełne kryteria jadłowstrętu psychicznego, a u 13,33% współistniał on z depresją. Wyniki wskazały na prawdopodobieństwo wystąpienia tendencji anorektycznych u 40% kobiet, a pozostałe 60% rozwinęło objawy tylko w czasie ciąży. Około 86% stwierdziło, że kontrolowanie wagi, spożycia kalorii i ćwiczenia sprawiły, że poczuły się lepiej.

W badaniach ankietowych przeprowadzonych pod moim kierunkiem przez Beatę Wolską (2011) w ramach pracy magisterskiej na grupie 80 kobiet z województwa lubelskiego i mazowieckiego, będących w II i III trymestrze ciąży, aktywnych fizycznie i uczęszczających na zajęcia do szkół rodzenia, do klubów fitness oraz samodzielnie wykonujących ćwiczenia w domu – okazało się, że większość badanych kobiet nie miała zwyczaju codziennej kontroli wagi przed ciążą (73,75%), jak również w ciąży (55%). Jednak więcej kobiet codziennie kontrolowało swoją wagę w ciąży (45%) w porównaniu z okresem przed ciążą (26,25%). Stan ciąży wpłynął więc na zwiększenie codziennej kontroli wagi przez prawie 1/5 badanych kobiet (18,75%). Z analizy motywów podjęcia aktywności fizycznej w okresie ciąży wynikało, że ponad połowa respondentek podjęła aktywność fizyczną z obawy przed zmianami w niektórych partiach ciała („zdecydowanie” oraz „raczej tak” – 55%); połowa kobiet rozpoczęła ćwiczenia fizyczne również z lęku przed przytyciem w czasie ciąży, a 35% zaczęła ćwiczyć, by pozbyć się niedoskonałości, takich jak fałdy na brzuchu i rozstęp. Zdecydowana większość badanych kobiet (96,25%) nie odchudzała się w czasie ciąży. Tylko trzy respondentki stosowały w ciąży różne formy odchudzania, takie jak: ćwiczenia fizyczne, pływanie na basenie, ograniczenie jedzenia tłustych potraw oraz potraw typu

156 fast-food. Wskazane formy odchudzania miały jednak charakter zdrowotny, co dobrze świadczyło o poziomie wiedzy prenatalnej oraz odpowiedzialności matek za zdrowie dziecka. Były to badania ankietowe prowadzone ponad 10 lat temu. Obecnie można przewidywać zwiększenie się tego procentu kobiet, które nadmiernie kontrolują swoją wagę w okresie ciąży i są narażone na zachowania charakterystyczne dla pregoreksji.

W badaniach prowadzonych przez lekarzy ze szpitala w Poznaniu i Kaliszu na grupie 45 kobiet w wieku 19–44 lat w okresie poporodowym, które zapytano o podejmowanie odchudzania w okresie ciąży, okazało się, że odchudzanie, w tym podejmowanie głódówek, deklarowało 38% badanych, z czego aż 65% stosowało okresowo nawet całodzienne powstrzymywanie się od jedzenia, a 21% takie zachowanie deklarowało regularnie raz w tygodniu. Autorzy przytoczyli wyniki niepublikowanych badań własnych, w których ponad 40% ciężarnych poniżej 30. roku życia deklarowało podejmowanie prób odchudzania w czasie ciąży, motywowane najczęściej lękiem przed utratą atrakcyjności (62%), ale również zapobieganiem chorobom związanym z ciążą, jak np. cukrzyca (48%). Niepokojący jest fakt, że wiele kobiet deklarowało stosowanie głódówek w czasie ciąży. Autorzy ci podkreślają, że pregoreksja jest związana z bardzo niebezpieczną tendencją kobiet w wieku reprodukcyjnym do podejmowania nawet restrykcyjnych form odchudzania – ponad 70% młodych kobiet odchudza się lub odchudzała, a połowa odchudzających się stosowała w tym celu głódówki. Około 20% młodych kobiet wykazuje tendencję do podejmowania zachowań o charakterze zaburzeń odżywiania, natomiast 1% kobiet cierpi na anoreksję, a z tej grupy około 5% umiera (Wójciak, Mojs, Michalska, Samulak, 2013).

Spółeczny kontekst pregoreksji

Od połowy lat dziewięćdziesiątych XX w. nastąpił niezwykle wzrost reprezentacji macierzyństwa w kulturze popularnej, sztuce, literaturze, polityce, kulturze konsumpcyjnej i w życiu codziennym. Macierzyństwo nie jest już tylko ograniczone do przestrzeni domu, przychodni czy szpitala, parku i placu zabaw, ale „wyszło” na ulicę. Kobiety w ciąży stają się coraz bardziej widoczne w miejscach publicznych z powodu noszenia obcisłego ubrania przylegającego

do ciała i uwypuklającego jego obszerność i okrągłość, a nawet odkrywania go. Rozwinęła się branża mody ciężowej, a nadruki na ubraniach (np. T-shirtach) podkreślają to, co dzieje się w brzuchu kobiety oraz jej stosunek do dziecka lub ciąży, np. „Na zawsze”, „Chcę Ciebie”, „Teraz serca mam dwa”, „Gotowa do wymiany pieluch”, „Dziecko w procesie produkcyjnym”, „Sexy Mama”, „Wychoďte latem”, „Lecę mam, będę w domu latem” (z nadrukiem bociana).

W środkach społecznej komunikacji coraz więcej miejsca poświęca się problematyce macierzyństwa nie tylko w formie audycji o charakterze poradnianym, świadectw kobiet w ciąży, po porodzie i karmiących dziecko piersią, ale również w sztukach wizualnych i performatywnych oraz typu reality (Tyler, 2011). Pojawił się również fenomen „cyfrowego macierzyństwa”. Kobiety prowadzą w okresie ciąży blogi, dzielą się w internecie zdjęciami ultrasonograficznymi swoich dzieci i zdjęciami ciążowymi, tworząc „galerie brzuszków”, oraz zdjęciami i filmami z porodów. Wymieniają się wskazówkami, wspierając się wzajemnie w sytuacji napotykanym trudności (Tyler, 2011, s. 22). Coraz częściej publikują swoje pamiętniki z tego okresu, częściej też uczestniczą w zajęciach szkół rodzenia (również online).

Szczególnie zmiany można zaobserwować w odniesieniu kobiet do przeobrażeń w swoim wyglądzie fizycznym w okresie ciąży. W miarę jak ich ciała stały się przedmiotem kontroli estetycznej przez otoczenie, nastąpiła jakościowa zmiana znaczenia samej ciąży oraz w intensywności (samo)nadzoru w tym zakresie i presji co do dbałości o wygląd (np. Tyler, 2011, s. 21). Od połowy lat dziewięćdziesiątych stało się popularne i niemal obowiązkowe fotografowanie się w czasie ciąży z ekspozycją zmienionego wyglądu. Popularne są również sesje zdjęciowe w profesjonalnym atelier fotograficznym oraz sprawienie sobie gipsowego odlewu ciążowego brzuszka ozdabianego artystycznym malunkiem, nadrukiem, czasem ze specjalnymi dodatkowymi ozdobami i biżuterią, malowanie samego brzucha, nierzadko z dodatkowymi sentencjami.

Założycielka firmy 40 Weeks, zapewniającej doradztwo i budowanie marki firmom skierowanym na rynek kobiet w ciąży i młodych rodziców, Julia Becks, twierdzi, że „ciąża nie jest już tylko środkiem do celu”, jakim jest urodzenie dziecka, ale chodzi również o utrzymanie „idealnego brzuszka” podkreślającego atrakcyjność fizyczną kobiety (Tyler, 2011, s. 21). Idealny brzuszek to

158 taki, który jak najmniej odbiega od wyglądu brzuszka nieciążowego. Lekko wypuklony, ale nie obszerny, a po porodzie jak najszybciej powinien wrócić do swego przedciążowego wyglądu.

Standardy „ciążowego piękna” są wyraźnie związane z „projektem ekonomicznym” kobiecości – kobieta ma być ekonomicznie niezależna, zatrudniona, produktywna, aktywna konsumpcyjnie, a jednocześnie zadbana i spełniająca społecznie ustalone wymogi estetyczne co do piękna kobiecego ciała, również tego w okresie prokreacji. Model „ciążarnej piękności” (Tyler, 2011, s. 20) stoi często w sprzeczności z zaawansowanym wiekiem kobiet, dla których praca zawodowa była przez lata priorytetem, a obecnie, zbliżając się do okresu premenopauzalnego, powinny nie tylko pięknie i młodo wyglądać w ciąży i po porodzie, ale też być aktywne zawodowo oraz w krótkim czasie po urodzeniu dziecka wrócić na rynek pracy.

Współczesna kobieta musi zmierzyć się z rozwiązaniem sprzeczności, jaką jest jednoczesne spełnianie obowiązków i oczekiwań związanych z tradycyjną rolą kobiety w ciąży i matki, a lansowaną poprzez media rolą kobiety sukcesu: wykształconej i niezależnej życiowo, aktywnej w sferze publicznej, a z drugiej strony skoncentrowanej na spełnianiu ściśle określonego wzorca kobiecej urody i sylwetki ciała, który narzuca im umartwianie się poprzez stosowanie różnych diet, zabiegów kosmetycznych, ćwiczeń fizycznych, aby spełnić ideał piękna (Izydorczyk, Rybicka-Klimczyk, 2009, s. 21).

Nacisk otoczenia (lub wyobrażenie o oczekiwaniach społecznych dotyczących wyglądu w ciąży) wymusza nadmierną koncentrację kobiety w ciąży na wyglądzie zewnętrznym i jeśli nałożą się do tego, jak wspomniano wyżej, inne czynniki, np. negatywny obraz siebie, krytyczny stosunek do swojego ciała, brak akceptacji siebie, niskie poczucie własnej wartości i bezpieczeństwa, nie jest trudno o wystąpienie zaburzenia zwanego pregoreksją⁵.

Przyczyna pregoreksji może być również związana z procesem wychowania, gdyż na kształtowanie stosunku kobiety do własnego ciała mają wpływ zarówno rodzice, jak i najbliższe otoczenie

⁵ Badania kwestionariuszowe prowadzone w Polsce na grupie 372 kobiet w wieku 18–27 lat wykazały, że 63,9% z nich jest niezadowolonych ze swojej figury, a 33,5% już przynajmniej raz stosowało jakiś rodzaj konkretnej diety (Przybyłowicz, Jesiołowska, Obara-Gołębiowska, Antoniak, 2014).

rówieśnicze oraz szkolne w okresie dzieciństwa i młodości. Szczególne znaczenie w kształtowaniu się obrazu siebie i własnego ciała mają bodźce płynące z ciała i ich akceptacja (m.in. związane z menstruacją), etykietyki nadawane dziewczynce przez otoczenie (np. gruba, chuda, smukła, zgrabna, piękna, urodziwa, kobieca) oraz odnoszone sukcesy i porażki w relacjach z innymi, zwłaszcza z płcią przeciwną.

Ponadto, szczególnie w rodzinie dziecko przyswaja wzór nawyków żywieniowych, kształtuje postawy wobec atrakcyjności fizycznej, zdobywa akceptację swojej fizyczności lub przyswaja jej pozytywny lub negatywny obraz, krytyczny stosunek do swoich cech fizycznych, niezadowolenie z siebie i poczucie wstydu w tym zakresie. Negatywne opinie najbliższych o wyglądzie swojego dziecka, nakłanianie go do zmiany wyglądu, brak pomocy, gdy przejawia negatywny stosunek do własnego ciała, i pierwsze oznaki zaburzeń odżywiania sprzyjają pojawieniu się objawów anoreksji, a w okresie ciąży – pregoreksji (por. Ata, Ludden, Lally, 2007).

Rola mediów w upowszechnianiu „ciężarnej piękności”

Kobieta w okresie ciąży, porodu i po urodzeniu dziecka nie egzystuje w pustce społecznej, jej otoczenie społeczne ma znaczący wpływ na jej stosunek do siebie samej (Kornas-Biela, 2009, s. 109).

Badania prowadzone na gruncie psychologii społecznej wykazały istotne znaczenie czynników społeczno-kulturowych dla procesu rozwoju i kształtowania się obrazu ciała. Czynniki kulturowe dostarczają norm, które wyznaczają standardy atrakcyjności oraz określają, jakie cechy fizyczne są społecznie cenione, a także jakie konsekwencje wiążą się z ich posiadaniem lub brakiem (Izydorczyk, Rybicka-Klimczyk, 2009, s. 21).

Środki masowego przekazu bombardują kobiety komunikatami na billboardach, w gazetach, telewizji, internecie wyznaczającymi standardy atrakcyjności kobiecego ciała oraz informacjami o dietach, zabiegach kosmetycznych, ćwiczeniach fizycznych, sposobach modelowania różnych partii ciała (Brytek-Matera, 2008, s. 25), możliwej chirurgii kosmetycznej i plastycznej (Bąk-Sosnowska, 2009, s. 80). Doniesienia medialne oraz zdjęcia i filmy dotyczące operacji plastycznych, modyfikacji ciała, rzeźbienia ciała, zaleceń,

160 jak dobrze wyglądać nago, prezentacje kostiumów plażowych i bielizny promują społecznie pożądaną ideą sylwetki szczupłego kobiecego ciała (Brytek-Matera, 2010). W niektórych z tych przekazów występują modelki lub celebrytki w ciąży, które lansują kult młodego, pięknego i szczupłego kobiecego ciała i ono jest traktowane jako symbol atrakcyjności fizycznej, nowoczesności, samokontroli i szeroko pojętego sukcesu (Pilecki, Sałapa, Józefik, 2016).

Przed kobietą stoi trudne zadanie, gdyż już w dzieciństwie był do niej kierowany model bardzo szczupłej kobiety w postaci lalki Barbie⁶. Do dojrzewającej dziewczynki oraz kobiety kierowane są artykuły, reklamy, programy nakłaniające do zakupu dóbr konsumpcyjnych, gotowania i pieczenia różnych smacznosci, jedzenia produktów, które są wysokokaloryczne, a jednocześnie wymagane jest perfekcyjnie szczupłe ciało, idealna sylwetka, pełna kontrola nad swoim ciałem. Kobieta musi nieustannie walczyć, pokonywać wiele przeszkód wywołanych medialną atmosferą wokół własnego wyglądu.

Garner przeprowadził badania na czterech tysiącach czytelników „Psychology Today”, z których wynika, iż „modele i modelki prezentowani w kolorowych pismach powodują, że kobiety i mężczyźni są niezadowoleni z siebie, czują się niepewni, bardziej winni, zaniepokojeni i przygnębieni po obejrzeniu szczupłych modelek” (Brytek-Matera, 2008, s. 25, 31). Szczupłość, atrakcyjność fizyczna decyduje o ocenie własnej wartości, daje poczucie kontroli nad życiem, powodzenia i sukcesu (Izydorczyk, Rybicka-Klimczyk, 2009, s. 22).

Wizerunek idealnego ciała kreowany w mass mediach stanowi bardzo ważny czynnik ryzyka zaburzeń obrazu własnego

⁶ Warto wspomnieć również o dyskusjach, jakie pojawiły się wraz z ekspansją lalki Barbie. Kobieta, która posiadałaby kształty lalki Barbie, nie byłaby w stanie normalnie funkcjonować, np. nie mogłaby stać. Pomimo to Barbie jest jednym z pierwszych wizerunków ciała, które rodzice podsuwają własnym córkom. Co ciekawe, aż 90% dziewczynek w wieku od trzech do jedenastu lat ma lalkę Barbie – dziecięcą idolkę o figurze nieosiągalnej z fizycznego i medycznego punktu widzenia. Podobnie wyglądają lalki wampirów (np. w komiksach) eksponujące ciało anorektyczki. Ciekawą analizę psychopedagogicznego i społecznego kontekstu związanego z postacią lalki Barbie dokonała Agnieszka Gromkowska-Melosik (2015), wskazując na rolę Barbie jako ikony oraz idolki popkultury będącej modelem dla kształtowania się u dziewczynek obrazu ich cielesności, stosunku do własnej fizyczności oraz tożsamości.

ciała, a tym samym powstania zaburzeń jedzenia. Nieustanna konfrontacja siebie z ideałami piękna prowadzi do rozczarowania swoim wyglądem, odrzucenia własnego ciała, własnej fizyczności (Papadopoulos, 2005, s. 42–43). Wpływ mediów i wzorca zachowań innych kobiet to najważniejsze czynniki modelujące stosunek kobiet do swojego wyglądu w okresie ciąży i powodujące pojawienie się pregoreksji. Wśród tych kobiet oprócz celebrytek ważną rolę w zachowaniu szczupłej sylwetki w trakcie ciąży i po porodzie odgrywają rówieśniczki niebędące w ciąży, następnie przyjaciółki, rówieśniczki w ciąży, matki i siostry (Sullivan, 2010).

Kobieta musi nieustannie walczyć, pokonywać wiele przeszkód wywołanych medialną atmosferą wokół wyglądu. Jest ona niejako nieustannie zmuszona do konfrontacji siebie z ideałami piękna oraz wiecznej młodości. W konsekwencji doprowadzić to może do rozczarowania i odrzucenia własnego ciała, własnej fizyczności (Papadopoulos, 2005, s. 42–43). Nie wszystkie bowiem kobiety są odporne na wpływ wyidealizowanego obrazu kobiecego ciała, który jest prezentowany przez środki masowego przekazu. Wizerunek jednej kobiety w reklamie telewizyjnej czy prasowej może przyczynić się do pogorszenia samopoczucia innej kobiety oraz podważyć akceptację jej kobiecości. W interakcji z innymi czynnikami, takimi jak oddziaływanie otoczenia rodzinnego oraz społecznego, może wywołać zaburzenie percepcji własnego ciała oraz prowadzić do zaburzeń odżywiania się (Izdydorczyk, Rybicka-Klimczyk, 2009, s. 22).

Nie sposób pominąć tu również znaczenia środowiska rówieśniczego w okresie dorastania i wczesnej młodości, gdy u dziewczynki tworzy się obraz siebie jako kobiety, swojej fizyczności i związane z nim bardzo głęboko poczucie własnej wartości. Niestety, niesprzyjające kształtowaniu się „zdrowej” akceptacji siebie są popkultura młodzieżowa, kierowane do młodzieży przekazy medialne i prasowe, oceniająca postawa rówieśników w codziennych sytuacjach (Melosik, 2001). Współczesna kultura popularna zorientowana przede wszystkim na cielesności i seksualności opiera się na redukcjonistycznej wizji człowieka i postrzega go głównie w kategoriach pięknego, młodego i szczupłego ciała, które jest także atrakcyjnie przystrojone. Już od dziewczęcych lat przyswajane są wzorce superidoli i następuje długi proces porównywania się do nich, co nieuchronnie prowadzi do problemów z własną

162 tożsamością, akceptacją siebie i „zdrowym” obrazem siebie (Melosik, 2015).

Można zauważyć wzajemną interakcję między akceptacją swego ciała i wyglądu a podatnością na medialne wzorce szczupłej sylwetki. Kobiety, które nie są zadowolone ze swojego wyglądu, są bardziej podatne na oddziaływanie przekazów medialnych dotyczących konieczności posiadania bardzo szczupłej sylwetki (Brytek-Matera, 2008, s. 25). Im bardziej kobieta jest skupiona na kreowaniu swojego idealnego wyglądu ze względu na brak akceptacji siebie, tym bardziej jest podatna na medialne inspiracje w tym zakresie, a one jeszcze bardziej pogłębiają jej zaburzenie w percepcji siebie i zwiększają podatność na odchudzanie się (Papadopoulos, 2005, s. 37, 43).

Kobiety za największe źródło presji bycia szczupłą uważają środki masowego przekazu, a zwłaszcza eksponowane w nich wzorce wyglądu celebrytek (Brytek-Matera, 2008, s. 25), które same są pod presją, aby pozostać w ciąży szczupłymi (O'Neill-White, 2009, za: Sullivan, 2010). Lansują one model kobiety, której ciąża minimalnie zmienia wygląd zewnętrzny i która natychmiast wraca do poprzedniej wagi po urodzeniu dziecka. Wiele kobiet fascynuje się ciążą i macierzyństwem celebrytek i pragną przeżyć ten okres w „stylu celebrytek”, podobnie do nich wyglądać, pomimo tego, że odchudzanie się w czasie ciąży jest bardzo niebezpieczne dla nich i ich dziecka.

Konsekwencje pregoreksji dla przebiegu prokreacji oraz zdrowia i rozwoju dziecka

Konsekwencje pregoreksji są bardzo rozległe i dotyczą przebiegu ciąży, porodu i karmienia piersią oraz przebiegu rozwoju dziecka zarówno przed urodzeniem, jak i po urodzeniu, jego zdrowia fizycznego i psychicznego na całe życie. Zagadnienie to zostało już obszernie omówione, m.in. w dwóch autorskich opracowaniach, które traktowały o niedożywieniu w ciąży (Kornas-Biela, 2009, s. 48–50; 2011), dlatego poniżej zostaną jedynie wymienione skutki pregoreksji dla przebiegu prokreacji i rozwoju dziecka bez zamieszczonych we wcześniejszych publikacjach licznych odniesień bibliograficznych.

Zachowania będące przejawem pregoreksji doprowadzają do ryzyka niepowodzeń w prokreacji. Pregoreksja prowadzi do głodzenia dziecka prenatalnego, czasem zaś do zagłodzenia go na śmierć, stąd większe ryzyko poronienia i wyższego współczynnika umieralności niemowląt. Znacząco częściej u tych kobiet odnotowuje się niedokrwiistość, odwapnienie kości, nadciśnienie tętnicze, arytmie serca, zawroty głowy oraz krwawienia z dróg rodnych, co również zagraża pomyślnemu zakończeniu ciąży. Odnotowuje się częstszy kompensacyjny rozrost łożyska i jego upośledzoną czynność, konieczność hospitalizacji w okresie ciąży i odżywiania pozajelitowego, częstsze zabiegowe kończenie ciąży (cesarskim cięciem), a po urodzeniu dziecka matki częściej napotykać na trudności w karmieniu piersią oraz chorują na depresję poporodową. W cięższych przypadkach kobiety muszą być hospitalizowane i odżywiane pozajelitowo. Dotyczy ich większe prawdopodobieństwo przedwczesnego porodu, przedwczesnego pęknięcia błon płodowych, doświadczenia śmierci dziecka na różnych etapach ciąży i zgonu poporodowego, a także depresji poporodowej.

Anorektyczne zachowania matki mają nie tylko bardzo negatywne skutki dla przebiegu procesu ciąży, porodu, połogu i karmienia piersią, ale szczególnie są one rozległe dla dziecka przed narodzeniem, zależnie od stopnia jego niedożywienia, dodatkowo od skutków długotrwałego stresu przeżywanego przez matkę. Mamy w tym wypadku takie problemy zdrowotne, jak częściej występujące wcześniactwo, wewnątrzmaciczny niedorozwój płodu, niższa masa urodzeniowa dziecka, niższa punktacja w skali Apgar, mniejszy odsetek noworodków płci męskiej⁷, zwiększona umieralność noworodków i niemowląt, niedorozwój narządów dziecka i zaburzenia ich funkcji, deformacje ciała, mniejszy obwód głowy, nieprawidłowy rozwój ośrodkowego układu nerwowego (zmniejszenie masy mózgu, liczby neuronów i połączeń, jak też kwasu DNA i RNA oraz lipidów), minimalne uszkodzenia mózgu (przejawiające się m.in. w nieprawidłowym płaczu dziecka), parcjalne deficyty rozwojowe, zaburzenia neurologiczne, opóźniony rozwój fizyczny, upośledzenie odporności, chorowitość i hospitalizacje,

⁷ Może to być związane ze zwiększoną utratą dzieci płci męskiej ze względu na ich wyższą podatność na złe odżywianie lub wewnątrzmaciczne stresory (Harasim-Piszczałowska, Krajewska-Kulań, 2017, s. 370; Bulik, 2008).

164 trudności z oddychaniem i jedzeniem oraz mniejsze łaknienie, co skutkuje m.in. słabym wzrostem ciała.

W miarę rozwoju dziecka uwidacznia się zahamowanie jego zaprogramowanych genetycznie możliwości. Na podstawie wyników norweskiego badania kohortowego matki i dziecka przeprowadzonego na grupie około 36 000 ciężarnych z zaburzeniami odżywiania – wśród kobiet z pregoreksją zaobserwowano znaczny przyrost martwych urodzeń, porodów zakończonych cesarskim cięciem, ich noworodki częściej miały rozszczep podniebienia oraz wargi (Grajek, Grot, Kujawińska, Nigowski, Kryska, 2023, s. 1188). Dziecko niedożywione przed urodzeniem częściej uzyskuje po urodzeniu obniżone wyniki w skali Brazeltona, w skalach rozwoju psychomotorycznego oraz w testach badających zdolności poznawcze. Częściej też przejawia trudności w nauce, dysleksję, dysgrafię, dyskalkulię, nieprawidłowe radzenie sobie ze stresem, zaburzenia emocjonalne, skłonność do depresji, nadreaktywność, nadpobudliwość ruchową i emocjonalną, ADHD⁸. „Model matczyny” łatwiej wyjaśnia poziom inteligencji dzieci niż „model środowiskowy”, tzn. co najmniej 20% zdolności intelektualnych nie zależy od genów ani wychowania, ale od warunków środowiska łonowego, w tym od ilości i rodzaju docierających do dziecka składników odżywczych.

Doświadczenia pre- i perinatalne są bardzo istotne dla fizycznego i psychicznego zdrowia oraz funkcjonowania człowieka po urodzeniu, pozostawiając skutki na całe życie. Mogą być one źródłem zaburzeń osobowości, nerwic, psychoz, patologii seksualnej i społecznej oraz wielu chorób przewlekłych. Kobiety urodzone z niską wagą urodzeniową częściej rodzą również dzieci z niską wagą, co jest skłonnością przekazywaną pokoleniowo. Nauką, która wyjaśnia to pozagenowe dziedziczenie, a więc powiązania między genami, środowiskiem prenatalnym, rozwojem wewnątrzmacicznym oraz narażeniem na choroby w wieku dorosłym i przekazywaniem ich potomstwu przez kilka pokoleń, jest epigenetyka (Waddington, 1939).

⁸ Również, np. L.A. Goldstein, Pregorexia. When women strive to be super thin during pregnancy. <http://www.pregnancytoday.com/articles/healthy-safe-pregnancy/pregorexia-6285/> (5.03.2010); J. Fretté, Pregorexia on the rise: How pregnant women can be anorexic too. <http://www.examiner.com/x-5063-Womens-Issues-Examiner~y2009m6d9> (5.03.2010).

Procesy epigenetyczne polegają na zmianach w aktywności i ekspresji genów pod wpływem niekorzystnych warunków w rozwoju prenatalnym i mogą być dziedziczne, Niezmieniona podstawowa sekwencja DNA jest dziedziczona wraz z programem ekspresji genów ukształtowanym przez mechanizmy epigenetyczne rodziców (regulowane przez białka), które oddziałują na siebie. Ukierunkowanie postnatalnego rozwoju i zdrowia pod wpływem czynników działających przed urodzeniem określa się również jako programowanie prenatalne, programowanie metaboliczne, pamięć biologiczną, pamięć fizyczną. Czynniki te wpływają na proces programowania macicznego, szczególnie w krytycznej fazie rozwoju dziecka, a więc organogenezy. Programowanie prenatalne powoduje „pojawienie się, brak lub zaburzenie rozwoju somatycznych struktur organizmu/jego funkcjonowania jako skutek działania bodźca lub jego braku” (Davies and Norman, 2002, s. 386). Dotyczy subtelnych zmian w metabolizmie, w funkcjach autonomicznego układu nerwowego i hormonalnego, czego rezultatem jest zwiększona wrażliwość na zachorowanie w dzieciństwie lub w dorosłości.

Niedobory żywieniowe uruchamiają mechanizm procesu programowania metabolicznego/płodowego w odpowiedzi na adaptację do zaburzonej homeostazy komórek, tkanek, układów narządów wobec destrukcyjnego oddziaływania warunków egzogennych (Grajek, Grot, Kujawińska, Nigowski, Kryska, 2023, s. 1183). Dzieci matek niedożywionych w okresie ciąży mają w późniejszym życiu skłonność do otyłości, osteoporozy, nadciśnienia, cukrzycy typu 2, insulinoodporności, dyslipidemii, podwyższonego poziomu cholesterolu, problemów z układem krążenia wskutek nieprawidłowości w jego budowie, udarów mózgu. Ponadto nieprawidłowości obserwuje się również w zakresie struktury i funkcjonowania organów wewnętrznych, np. wątroby, nerek, trzustki, grasicy. Przy deficycie pokarmowym środowiska łonowego organizm dziecka uruchamia mechanizmy adaptacyjne, dzięki którym substancje budulcowe i odżywcze są kierowane przede wszystkim do najważniejszych organów, w tym mózgu, kosztem innych, a jednocześnie organizm jest programowany na funkcjonowanie w podobnych deficytowych warunkach żywieniowych.

Uszkodzający wpływ pregoreksji dla rozwoju i zdrowia dziecka nierzadko wiąże się z doświadczaniem przez matkę chronicznego stresu, sięganiem po alkohol i papierosy, brakiem troski

166 o wypoczynek, niesprzyjającym mu stylem jej życia. Negatywne działanie czynników rozwojowych ma charakter skumulowany i wynika ze wzajemnej interakcji między nimi oraz współgrania ze wszystkimi innymi zmiennymi o charakterze psychologicznym i społecznym (Kornas-Biela, 2009, s. 43–73; 2011, s. 67–68).

Zakończenie

Znaczna część kobiet, pomimo bardzo negatywnych dla zdrowia matki i dziecka prenatalnego skutków niedożywienia, próbuje schudnąć w okresie ciąży, dlatego opieka prekoncepcyjna i prenatalna powinna obejmować doradztwo dla kobiet w celu osiągnięcia prawidłowej masy ciała przed poczęciem dziecka, utrzymania prawidłowej masy ciała w czasie ciąży i niepodejmowania prób odchudzania w czasie jej trwania (Cohen, Kim, 2009). Kobieta potrzebuje wiedzy na temat właściwego odżywiania jeszcze przed ciążą, a po poczęciu dziecka jej wiedza co do potrzeb żywieniowych dziecka musi być systematycznie poszerzana (np. Szostak-Węgierek, Cichocka, 2005; Szostak-Węgierek, 2021).

W zmniejszeniu ryzyka preeklampsji może również pomóc świadomość lekarzy, np. rodzinnych, którzy zwrócą uwagę na stwierdzenia kobiety o potrzebie schudnięcia w sytuacji jej prawidłowej wagi ciała. Uchwycenie problemu braku akceptacji wizerunku własnego ciała przed ciążą oraz ryzyka anorektycznego myślenia i przeżywania obrazu ciała w ciąży może być impulsem do skierowania kobiety do psychologa.

Niespecyficzne zaburzenia odżywiania, których przykładem jest preeklampsja mogą współistnieć z innymi zaburzeniami i chorobami na tle psychicznym, np. depresją, schizofrenią czy zaburzeniami lękowymi. Z tego powodu podejście do pacjentów zmagających się z nietypowymi zaburzeniami odżywiania powinno być holistyczne. Najlepiej, aby w zależności od potrzeb pacjenta obejmowało współpracę z lekarzem, dietetykiem, pielęgniarką, psychologiem oraz fizjoterapeutą (Mróz, Korek, 2020).

W planowaniu postępowania terapeutycznego istotne jest uwzględnienie poznawczego i emocjonalnego postrzegania przez kobietę siebie, jej samoświadomości, relacji rodzinnych oraz szerszych relacji społecznych (Pilecki, Sałapa Józefik, 2014). Ważna jest też zmiana roli mediów z promotorów niezdrowych wzorców

w kierunku promowania zdrowych modeli kobiecego ciała (Strzelecki, Cybulski, Strzelecka, Dolczewska-Samela, 2007).

Celem zmniejszenia ryzyka preeklampsji u kobiet trzeba jednak rozpocząć oddziaływanie na ich wiedzę i postawy już w procesie edukacji szkolnej, aby uzmysłowić młodzieży nie tylko konieczność prawidłowego odżywiania w okresie ciąży ze względu na jego całkowite znaczenie, ale przede wszystkim zwrócić uwagę na ważny w tym okresie ich rozwoju wpływ środków masowego przekazu na kształtowanie się wizerunku własnego ciała i poczucie wartości jako osoby.

Rola rodziców i ich otoczenia w zapobieganiu szkodliwym czynnikom zdrowotnym, we wczesnym rozpoznawaniu i leczeniu jego zaburzeń, w zapewnianiu optymalnego rozwoju dziecka przed urodzeniem, we wczesnym podjęciu oddziaływań wychowawczych jest nie do przecenienia. Dlatego tak ważna jest edukacja prenatalna społeczeństwa, tym bardziej, że jej koszty ekonomiczne są nieporównywalnie mniejsze niż wydatki związane z ratowaniem zdrowia populacji z powodu niedożywienia, jak też innych problemów, np. wcześniactwa, wad rozwojowych, skutków stosowania używek, chorób matki. Troska o zdrowie, optymalny rozwój psychiczny i zaspokojenie potrzeb matki i dziecka w okresie pre- i perinatalnym jest opłacalną inwestycją dla rodziny i społeczeństwa.

Dzięki formalnej i nieformalnej edukacji możliwe jest podniesienie poziomu wiedzy prenatalnej u szerokiego grona odbiorców, formowanie prozdrowotnych postaw w tym zakresie, a tym samym przyczynianie się do zmniejszenia niepowodzeń w prokreacji i rodzenia zdrowych, dobrze rozwijających się dzieci. Szczególnie istotna ze względu na ważne konsekwencje dla zdrowia fizycznego i psychicznego wcześniactwa oraz jego stosunkowo dużą częstotliwość jest profilaktyka przedwczesnych porodów (częstszych w przypadku preeklampsji) poprzez wdrożenie programów edukacyjnych oraz oddziaływania edukacyjno-terapeutyczne wobec rodziców z ryzykiem w tym zakresie, w tym również kobiet nieprawidłowo odżywiających się w okresie ciąży lub kobiet ze zbyt niską lub nadmierną masą ciała.

Potrzebna jest również większa uwaga badaczy, aby poprzez badania empiryczne prowadzone zarówno w paradygmacie badań ilościowych, jak i jakościowych starali się lepiej zrozumieć zachowania zdrowotne kobiet w okresie ciąży, ich motywacje, czynniki ryzyka i potencjalne czynniki wspierające zmianę nieprawidłowych

168 przekonani i postaw powodujących zaburzenia jedzenia w okresie ciąży.

Istnieje ogromna potrzeba współdziałania różnych podmiotów społecznych, instytucji, środowisk edukacyjnych i rodzin, każdego z nas z osobna na rzecz ochrony życia, zwłaszcza na pierwszym etapie rozwoju, podjęcia trudu odpowiedzialności za każde poczęte życie, a nie uchylania się od niej pod różnymi pretekstami. Dzieci są przyszłością każdego społeczeństwa, a dzieciństwo zaczyna się od poczęcia i jego bardzo dynamiczny okres przypada właśnie w symbiozie z organizmem matki i w zależności od jej zdrowia oraz postawy wobec dziecka (Wolska, 2016).

Odpowiedzialność społeczna za życie poczęte wiąże się z zaangażowaniem ojca dziecka, najbliższego otoczenia osobowego (rodziny, przyjaciół, osób znaczących), otoczenia instytucjonalnego (miejsce pracy), społeczeństwa (instytucji pomagających kobietom w ciąży, władz państwa, stowarzyszeń, mass mediów, służby zdrowia, instytucji medycznych). Kultura poszanowania życia musi być budowana przez każdego z nas tak, aby troska matki o zdrowie dziecka nienarodzonego wynikała z ogólnie obowiązującej społecznie postawy chronienia każdego zaistniałego życia. Każde rozpoczęte życie jest bowiem warte przeżycia na miarę swoich maksymalnych możliwości, dlatego troska o nie od poczęcia do naturalnej śmierci jest imperatywem moralnym, który nie może być przedmiotem dyskusji.

Bibliografia

- Ata, R.N., Ludden, A.B., Lally, M.M. (2007). The effect of gender and family, friend and media influences on eating behaviors and body image during adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 36(8), 1024–1037. DOI: 10.1007/s10964-006-9159-x.
- 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). DOI: 10.1186/s12884-018-1849-3.
- Bąk-Sosnowska, M. (2009). *Między ciałem a umysłem. Otyłość i odchudzanie się w ujęciu integracyjnym*. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.

- Bjelica, A., Cetkovic, N., Trninic-Pjevic, A., Mladenovic-Segedi, L. (2018). The phenomenon of pregnancy – a psychological view. *Ginekologia Polska*, 89(2), 102–106. DOI: 10.5603/GP.a2018.0017.
- Brytek-Matera, A. (red.) (2008). *Obraz ciała – obraz siebie. Wizerunek własnego ciała w ujęciu psychospołecznym*. Warszawa: Wydawnictwo Difin.
- Brytek-Matera, A. (2010). *Ciało w dobie współczesności. Wybrane zagadnienia z problematyki obrazu własnego ciała*. Warszawa: Wydawnictwo Difin.
- Bulik, C.M., Holle, A.V., Gendall, K., Lie, K.K., Hoffman, E., Mo, X., Torgersen, L., Reichborn-Kjennerud, T. (2008). Maternal eating disorders influence sex ratio at birth. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, 87(9), 979–981. DOI: 10.1080/00016340802334385.
- Cichecka-Wilk, M. (2021). Pregoreksja – jadłowstręt psychiczny kobiet w ciąży. *Studia Edukacyjne*, 62, 187–204. DOI: 10.14746/se.2021.62.11.
- Chruścińska-Dragan, M. (2021). Anoreksja w ciąży. Niebezpieczna moda wśród młodych mam. W skrajnych przypadkach może doprowadzić do śmierci. 9 lutego 2021. <https://dziennikzachodni.pl/anoreksja-w-ciazy-niebezpieczna-moda-wsrod-mlodych-mam-w-skrajnych-przypadkach-moze-doprowadzic-do-smierci/ar/c1-15432551> (2.04.2024).
- Cohen, J.H., Kim, H. (2009). Sociodemographic and health characteristics associated with attempting weight loss during pregnancy. *Preventing Chronic Disease*, 6(1), A07.
- Davies, M.J., Norman, R.J. (2002). Programming and reproductive functioning. *Trends in Endocrinology and Metabolism*, 13(9), 386–392. DOI: 10.1016/s1043-2760(02)00691-4.
- Ehmke vel Emczyńska, E., Bebelska, K., Czerwonogrodzka-Senczyna, A. (2012). Znaczenie poradnictwa dietetycznego w prewencji powikłań ciąży. *Nowiny Lekarskie*, 81(3), 273–280.
- Głębocka, A. (2009). *Niezadowolone z wyglądu a rozpaczliwa kontrola wagi*. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Grajek, M.K., Grot, M., Kujawińska, M., Nigowski, M., Kryśka, S. (2023). Pregoreksja i jej znaczenie dla procesów fizjologicznych zachodzących u płodu – przegląd aktualnej wiedzy. *Psychiatria Polska*, 57(6), 1181–1194. DOI: <https://doi.org/10.12740/PP/OnlineFirst/150421>.

- 170 Gromkowska-Melosik, A. (2015). *Ikony i idole popkultury. Taylor Swift i Barbie jako wzory ciała i tożsamości młodzieży*. W: J. Pyżalski (red.), *Wychowawcze i społeczno-kulturowe kompetencje współczesnych nauczycieli. Wybrane konteksty* (s. 43–52). Łódź: theQ studio.
- Harasim-Piszczatowska, E., Krajewska-Kułak, E. (2017). Pregoreksja – anoreksja kobiet ciężarnych. *Pediatrics i Medycyna Rodzinna*, 13(3), 363–367. DOI: 10.15557/PiMR.2017.0038. <http://anoreksja.mam-efke.pl/index.php?go=biologia> (7.03.2016).
- Izydorczyk, B., Rybicka-Klimczyk, A. (2009). Środki masowego przekazu i ich rola w kształtowaniu wizerunku ciała u zróżnicowanych wiekiem kobiet polskich (analiza badań własnych). *Problemy Medycyny Rodzinnej*, 11(3), 20–32.
- James, W. (2002). *Psychologia: kurs skrócony*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Kalocińska, A. (2009). *Głodzą się kosztem nienarodzonego dziecka*. 28 września 2009. <https://wiadomosci.wp.pl/glodza-sie-kosztem-nienarodzonego-dziecka-6031677078570113a> (5.03.2010).
- Kornas-Biela, D. (1992). *Obraz siebie i poczucie wsparcia społecznego u rodziców oczekujących narodzenia dziecka*. W: E. Bielawska-Batorowicz, D. Kornas-Biela (red.), *Z zagadnień psychologii prokreacyjnej* (s. 91–98). Lublin: Wydawnictwo KUL.
- Kornas-Biela, D. (2002/2004). *Wokół początku życia ludzkiego*. Warszawa: IW PAX.
- Kornas-Biela, D. (2009). *Pedagogika prenatalna. Nowy obszar nauk o wychowaniu*. Lublin: Wydawnictwo KUL.
- Kornas-Biela, D. (2011). *Psychopedagogiczne aspekty niedożywienia dziecka w prenatalnym okresie rozwoju*. W: Cz. Kępski (red.), *Głodne dzieci w Polsce* (s. 53–73). Lublin: Wydawnictwo KUL.
- Kubaszewska, S., Sioma-Markowska, U., Machura, M., Krawczyk, P., Kanabrocka, A. (2012). Zaburzenia odżywiania w ciąży – pregoreksja. *Ginekologia i Położnictwo – Medical Project*, 2(24), 25–35.
- Mathieu, J. (2009). What is pregorexia? *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 109(6), 976–979. DOI: 10.1016/j.jada.2009.04.021.
- Melosik, Z. (2001). *Młdzież i styl życia: paradoksy pop-tożsamości*. W: Z. Melosik (red.), *Młdzież, styl życia i zdrowie. Konteksty i kontrowersje* (s. 11–59). Poznań: Wydawnictwo WOLUMIN.
- Melosik, Z. (2015). *Kultura popularna, pedagogika i młodzież*. W: J. Pyżalski (red.), *Wychowawcze i społeczno-kulturowe*

- kompetencje współczesnych nauczycieli. Wybrane konteksty (s. 31–42). Łódź: theQ studio.
- MM. (2017). *Natalia Siwiec w ciąży kwitnie. Ale gdzie ten brzuch?! Nadal jest wyjątkowo szczupła*. 11.06.2017. <https://www.plotek.pl/plotek/7,78649,21944995,natalia-siwiec-w-ciazy-kwitnie-ale-gdzie-ten-brzuch-nadal.html> (27.03.2024).
- Mróz, M.W., Korek, E. (2020). Przegląd niespecyficznego zaburzenia odżywiania. *Neuropsychiatria i Neuropsychologia*, 15(1–2), 42–50. DOI: 10.5114/nan.2020.97400.
- Oleś, P.K. (2009). *Wprowadzenie do psychologii osobowości*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- O'Neill-White, S. (2009, June 25). I knew 'Pregorexia' could harm my baby but I still starved myself. *Irish Independent Newspaper*. June 25.
- Papadopoulos, L. (2005). *Lustreczko, powiedz przecie... Rewolucja w myśleniu o własnym wyglądzie*. Kraków: Wydawnictwo Znak.
- Pawetczyk-Jabłońska, P. *Pregoreksja jako jedno z zaburzeń odżywiania w ciąży – jak wygląda w teorii?* <https://ncez.pzh.gov.pl/abc-zywienia/pregoreksja-jako-jedno-z-zaburzen-odzywiania-w-ciazy-jak-wyglada-w-teorii/> (27.03.2024).
- Pilecki, M.W., Sałapa, K., Józefik, B. (2014). Zaburzenia odżywiania – dylematy diagnozy. *Psychiatria i Psychologia Kliniczna*, 14(2), 77–83. DOI: 10.15557/PiPK.2014.0009.
- Pilecki, M.W., Sałapa, K., Józefik, B. (2016). Socio-cultural context of eating disorders in Poland. *Journal of Eating Disorders*, 18(4), 11. DOI: 10.1186/s40337-016-0093-3.
- Przybyłowicz, K.E., Jesiołowska, D., Obara-Gołębiowska, M., Antoniak, L. (2014). A subjective dissatisfaction with body weight in young women: Do eating behaviours play a role? *Rocznik Państwowego Zakładu Higieny*, 65(3), 243–249.
- Rodriguez, M. (2008). *Pregorexia" Inspired by thin celebs? Moms-to-be, obsessing over weight, diet, exercise so much they put baby's health in some jeopardy*. Maggie Rodriguez Interview with Dr. Holly Phillips. CBS News, 11 August, 2008. <https://www.cbsnews.com/news> (27.03.2024).
- Saleem, T., Saleem, S., Shoib, S., Shah, J., Ali, S.A. (2022). A rare phenomenon of pregorexia in Pakistani women: need to understand the related behaviors. *Journal of Eating Disorders*, 10(1), 74. DOI: 10.1186/s40337-022-00589-8.

- 172 Shiraishi, M., Kurashima, Y., Harada, R. (2024). Association between body image before and during pregnancy and gestational weight gain in Japanese women: A prospective cohort study. *Maternal and Child Health Journal*, 28(4), 708–718. DOI: 10.1007/s10995-023-03854-7.
- Strzelecki, W., Cybulski, M., Strzelecka, M., Dolczewska-Samela, A. (2007). Zmiana wizerunku medialnego kobiety a zaburzenia odżywiania we współczesnym świecie. *Nowiny Lekarskie*, 2(76), 173–181.
- Sullivan, S. (2010). *I'm not fat, I'm pregnant: An examination of the prevalence and causation of pregorexia in Ireland*. Praca dyplomowa, nr 1121867, Supervisor: Siobáin O'Donnell. Dublin: Education Institution: Dublin Business School.
- Szostak-Węgierek, D. (red.) (2021). *Żywnienie w czasie ciąży i karmienia piersią*. Warszawa: PZWL Wydawnictwo Lekarskie.
- Szostak-Węgierek, D., Cichocka, A. (2005). *Żywnienie kobiet w ciąży*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Takimoto, H., Mitsuishi, C., Kato, N. (2011). Attitudes toward pregnancy related changes and self-judged dieting behavior. *Asia Pacific Journal of Clinical Nutrition*, 20(2), 212–219.
- Tyler, I. (2011). Pregnant beauty: Maternal femininities under neoliberalism. W: R. Gill, Ch. Scharff (red.), *New Femininities, Post-feminism, Neoliberalism and Subjectivity* (s. 21–33). London: Palgrave Macmillan.
- Waddington, C.H. (1939). *Introduction to modern genetics*. London: Allen and Unwin.
- Ward, V.B. (2008). Eating disorders in pregnancy. *British Medical Journal*, 336(7635), 93–96. DOI: 10.1136/bmj.39393.689595.BE.
- Wolska, B. (2011). *Obraz własnego ciała u kobiet aktywnych fizycznie w czasie ciąży*. Praca magisterska. Lublin: KUL.
- Wolska, B. (2016). *Odpowiedzialność społeczna w kreowaniu kultury poszanowania życia poczętego w opinii kobiet w ciąży*. Rozprawa doktorska, promotor: D. Kornas-Biela. Lublin: KUL.
- Wójciak, R.W., Mojs, E., Michalska, M.M., Samulak, D. (2013). Podejmowanie odchudzania w okresie ciąży a poporodowe surowicze stężenia żelaza u kobiet – badanie wstępne. *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 94(4), 893–896.

Dorota Kornas-Biela

Pregoreksja: aspekty psychomedyczne, społeczno-kulturowe i zdrowotne

Każdy z nas był kiedyś bardzo mały i rozwijał się w brzuchu u mamy.

Tam człowiek rośnie przez dziewięć miesięcy.

Najpierw jest taki mały, że nie można go zobaczyć, gdyby dać na paluszek, ale potem rośnie i rozwijają się jego główka i tułów, rączki i nóżki.

Gdy ma dziewięć miesięcy i zwykle waży już ponad trzy kilo, dla mamy zaczyna się poród i rodzi swoje kochane dziecko.

Te dziewięć miesięcy nazywamy ciążą.

Wtedy mama przybiera na wadze i zwykle pod koniec ciąży waży około dziesięć kilogramów więcej, bo waży nie tylko dziecko, ale cały worek, w którym ono mieszka, a więc błony, które tworzą ten worek, i wody, w których dziecko pływa.

W tym czasie mama musi się bardzo dobrze odżywiać, jeść dużo warzyw i owoców, kasze, jaja, mięso, ryby, sery i pić dużo wody i mleka.

Nie trzeba jeść za dwie osoby, ale też nie wolno się głodzić.

Kobietę w ciąży poznajemy po tym, że ma duży brzuch, coraz większy, gdy zbliża się do urodzenia dziecka.

Niestety, niektóre mamy w czasie ciąży boją się przytyć i nie chcą mieć dużego brzucha, pomimo tego, że noszą w nim swoje dziecko.

Chcą wyglądać tak, jakby nie były w ciąży – chcą być szczupłe, wysportowane.

Wydaje się im, że wtedy wszystkim się podobają.

Chcą być modne i naśladować panie z telewizji, Internetu lub gazet, które są chude i mają płaski brzuch.

Zachowanie tych matek świadczy o tym, że chorują na pregoreksję.

174 Tak się nazywa ta choroba, kiedy mama ciągle myśli się, że jest za gruba i chce koniecznie schudnąć pomimo ciąży, a więc noszenia w sobie dziecka, które musi być dobrze odżywione.

Kobiety, które chorują w ciąży na pregoreksję, jedzą bardzo mało, a czasem nawet próbują wymiotować to, co zjadły.

Połykają tabletki na schudnięcie i bardzo dużo ćwiczą fizycznie.

Niestety, ich dziecko jest wtedy niedożywione.

Nie dostaje tego, co powinno, aby rosnąć i aby rozwijał się jego mózg.

Dlatego dzieci tych matek są niedożywione, rodzą się wcześniej, są mniejsze i chudsze.

Mają słabe zdrowie i często chorują.

Później niż inne dzieci zaczynają chodzić, biegać, mówić, a potem mają kłopoty w szkole.

Trudno im współpracować w grupie.

Pregoreksja musi być leczona przez lekarza, czasem kobieta potrzebuje pomocy psychologa i dietetyka, który nauczy ją, co i ile ma jeść, aby dziecko było zdrowe.

Najważniejsze jest, aby wszyscy wspierali ją w tym, aby mogła być dobrą mamą dla swojego dziecka, które się w niej rozwija.

Bardzo ważny jest ojciec tego dziecka, aby chwalił mamę, jak ładnie wygląda z rosnącym brzuszkiem, bo tam przecież rozwija się jego dziecko.

Trzeba troszczyć się o to, aby każda kobieta w ciąży dbała o zdrowie dziecka i odżywiała się prawidłowo przez cały okres ciąży i w czasie karmienia dziecka piersią po jego urodzeniu.

<-wróć do
spisu treści