

Emilia Harasim-Piszczatowska¹, Elżbieta Krajewska-Kułak²

Pregoreksja – anoreksja kobiet ciężarnych

Pregorexia – anorexia of pregnant women

¹ Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku – studia doktoranckie, Białystok, Polska

² Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, Białystok, Polska. Kierownik Zakładu: prof. dr hab. n. med. Elżbieta Krajewska-Kułak

Adres do korespondencji: Emilia Harasim-Piszczatowska, Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, ul. Marii Skłodowskiej-Curie 7, 15-001 Białystok, tel.: +48 504 878 560, e-mail: emilia.harasim@gmail.com

¹ Department of Integrated Medical Care, Medical University of Białystok – PhD programme, Białystok, Poland

² Department of Integrated Medical Care, Medical University of Białystok, Poland. Head of Department: Professor Elżbieta Krajewska-Kułak, MD, PhD

Correspondence: Emilia Harasim-Piszczatowska, Department of Integrated Medical Care, Medical University of Białystok, Marii Skłodowskiej-Curie 7, 15-001 Białystok, Poland, tel.: +48 504 878 560, e-mail: emilia.harasim@gmail.com

Streszczenie

Zaburzenia odżywiania stanowią poważny i złożony problem zdrowotny oraz społeczny, z którym w swojej praktyce spotyka się wielu specjalistów medycyny, w tym lekarzy rodzinnych. Zaburzenia te dotyczą coraz większej liczby osób, a czynnikiem sprzyjającym ich rozwojowi są środki masowego przekazu, promujące szczupłą sylwetkę jako modną czy też idealną. Grupę szczególnie narażoną na powstanie zaburzeń odżywiania stanowią kobiety w ciąży. Ich ciało ulega dynamicznym zmianom, w efekcie których jest często dalekie od powszechnie lansowanego ideału. Niedożywienie kobiet planujących macierzyństwo i ciężarnych stwarza ryzyko nieprawidłowego przebiegu ciąży oraz gorszego stanu zdrowia nowo narodzonego dziecka. Ważne jest zatem, aby kobiety planujące ciążę zmieniły tryb życia i przestrzegały zasad prawidłowej, zbilansowanej diety. Celem pracy był przegląd dostępnych publikacji na temat pregoreksji, czyli zaburzenia odżywiania, którego istotą jest głodzenie się i/lub prowokowanie wymiotów w trakcie ciąży. W artykule przedstawiono aktualne rekomendacje odnośnie do masy ciała kobiety podczas ciąży, wskazano konsekwencje pregoreksji dotyczące matki i nienarodzonego dziecka, a także omówiono rolę specjalistów medycznych w zakresie tego niespecyficznego zaburzenia odżywiania. Na podstawie dostępnych źródeł można wywnioskować, że w przypadku grup zwiększonego ryzyka istnieje potrzeba prowadzenia przez specjalistów opieki zdrowotnej szerszej edukacji w zakresie diety i aktywności fizycznej. Wczesne podjęcie działań interdyscyplinarnego zespołu leczniczego sprzyja lepszym wynikom terapeutycznym, a kluczową rolę odgrywa tu prawidłowa edukacja zdrowotna.

Słowa kluczowe: pregoreksja, anoreksja, ciąża, zaburzenia odżywiania, żywienie

Abstract

Eating disorders represent a serious and complex health and social problem which is encountered by many medical professionals in their practice, including by family doctors. An increasing number of individuals are affected by these disorders. The media, which promote slim figure as fashionable or perfect, are a contributing factor. Pregnant women are a group which is especially vulnerable to eating disorders. Their bodies are subject to dynamic changes; as a result, these are often far from the widely promoted ideal. Malnutrition in women planning to conceive a child and in pregnant women is a risk factor for abnormal course of pregnancy and poor health status of the newborn child. Therefore, it is important for women who are planning pregnancy to change their lifestyle and follow the rules of appropriate, balanced diet. The aim of the paper was to review the available publications on pregorexia, i.e. an eating disorder which involves self-starvation and/or inducing vomiting during pregnancy. The article presents the current recommendations concerning body mass of a woman during pregnancy and the consequences of pregorexia for the mother and the unborn child as well as discussing the role of medical professionals regarding this non-specific eating disorder. Based on the available sources it may be concluded that there is a need for wider education concerning diet and physical activity provided by medical professionals to higher-risk groups. Early intervention by an interdisciplinary therapeutic team contributes to better treatment results with appropriate health education being of key importance.

Keywords: pregorexia, anorexia, pregnancy, eating disorders, nutrition

WSTĘP

Ciąża jest szczególnym czasem w życiu kobiety, ponieważ jej ciało ulega dynamicznym zmianom w związku z potrzebami rozwijającego się dziecka. Zmiany te mogą stanowić dla przyszłej matki obciążenie zarówno fizyczne, jak i psychiczne⁽¹⁾. Adaptacja kobiety do nowej roli odbywa się w sposób indywidualny oraz wywiera wpływ na percepcję i ocenę własnego ciała, zwłaszcza w ostatnich tygodniach ciąży. Wzrost masy ciała może być postrzegany jako akceleracja kobiecości lub przeciwnie – jako obniżenie poziomu atrakcyjności⁽²⁾. Obecnie środki masowego przekazu prezentują wiele komunikatów lansujących szczupłą sylwetkę, często znajdującą się poza zasięgiem możliwości większości kobiet. W konsekwencji satysfakcja z własnego ciała może ulec obniżeniu, mogą także rozwinąć się zaburzenia w zakresie zachowań zdrowotnych, szczególnie anoreksja w ciąży^(3,4).

Anoreksja ciążowa – pregoreksja (*pregnancy* – ciąża + *anorexia* – anoreksja) to pojęcie z zakresu psychologii popularnej^(5,6). Termin „pregoreksja” został po raz pierwszy użyty w 2008 roku w programie telewizyjnym „The Early Show” i w stacji Fox News, na potrzeby zdefiniowania zaburzeń żywienia występujących u kobiet ciężarnych, które nadmiernie zmniejszały liczbę kalorii w diecie i wykonywały intensywne ćwiczenia fizyczne⁽⁷⁾. Pregoreksja to swoisty jadłowstręt psychiczny, który po raz pierwszy wystąpił podczas ciąży, jednak należy zaznaczyć, że ciąża może stanowić niejako czynnik inicjujący powstanie tego zaburzenia. Pierwsze przypadki anoreksji ciążowej odnotowano w Stanach Zjednoczonych i Wielkiej Brytanii⁽⁶⁾.

MASA CIAŁA KOBIECY PODCZAS CIĄŻY

American Institute of Medicine przedstawił rekomendacje dotyczące optymalnego przyrostu masy ciała w trakcie ciąży w zależności od wskaźnika masy ciała (*body mass index*, BMI) przed ciążą. W przypadku pojedynczej ciąży waga w pierwszym trymestrze powinna wzrosnąć o około 2 kg u kobiety z niedowagą (BMI < 18,5), o około 1,6 kg u kobiety z prawidłową masą ciała (BMI 18,5–24,9) i o około 1 kg u kobiety z nadwagą (BMI 25,0–29,9)⁽⁸⁾. U kobiety z przedciążową niedowagą całkowity przyrost masy ciała w ciąży powinien mieścić się w granicach 12,5–18,0 kg^(9,10) (tab. 1). Zgodnie z rekomendacjami chilijskimi kobieta podczas ciąży powinna osiągnąć 120% swojej standardowej przedciążowej wagi. Z kolei w Wielkiej Brytanii zalecenia

INTRODUCTION

Pregnancy is a special time in the life of a woman since her body is subject to dynamic changes associated with the needs of the developing child. These changes may cause both physical and psychological strain for the future mother⁽¹⁾. The adaptation of the woman for the new role is an individual process and affects the perception and judgement of her own body, especially during the last weeks of pregnancy. Weight gain may be perceived as a boost to femininity or just the opposite – as compromised attractiveness⁽²⁾. These days the media present multiple messages promoting slim figure, which is often beyond the reach of the majority of women. In consequence, the satisfaction with one's body may decrease. In addition, a woman may develop abnormal health behaviour, particularly anorexia during pregnancy^(3,4).

Pregnancy anorexia, or pregorexia is a popular psychology concept^(5,6). The term “pregorexia” was first used in 2008 in the television programme „The Early Show” and Fox News to define an eating disorder of pregnant women who reduced the number of calories in their diet excessively and performed intensive physical exercise⁽⁷⁾. Pregorexia is anorexia that occurs during pregnancy for the first time; however, it should be emphasised that pregnancy may be a trigger factor for this disorder. First cases of pregnancy anorexia were recorded in the United States and the United Kingdom⁽⁶⁾.

WOMAN'S BODY MASS DURING PREGNANCY

The American Institute of Medicine presented recommendations concerning the optimal weight gain during pregnancy depending on the body mass index (BMI) before pregnancy. In the case of a single foetus pregnancy, during the first trimester body weight should increase by approximately 2 kg in an underweight woman (BMI < 18.5), approximately 1.6 kg in a woman with normal weight (BMI 18.5–24.9) and approximately 1 kg in an overweight woman (BMI 25.0–29.9)⁽⁸⁾. In women who were underweight before pregnancy the total increase of body mass during pregnancy should be within the range 12.5–18.0 kg^(9,10) (Tab. 1). According to Chilean recommendations, during pregnancy a woman should reach 120% of her standard pre-pregnancy weight. However, in the United Kingdom recommendations advise against routine body mass measurement in order not

Wartość wskaźnika BMI przed ciążą [kg/m ²] <i>BMI before pregnancy [kg/m²]</i>	Ogólny przyrost masy ciała podczas ciąży [kg] <i>Total body mass gain during pregnancy [kg]</i>	Przyrost masy ciała w II i III trymestrze ciąży [kg/tydzień] <i>Body mass gain in the 2nd and 3rd trimester [kg/week]</i>
<18,5	12,5–18	0,5
18,5–24,9	11,5–16	0,4
25,0–29,9	7–11,5	0,3
>30	5–9	0,2

Tab. 1. Przyrost masy ciała kobiety w ciąży pojedynczej – z uwzględnieniem przedciążowej masy ciała⁽⁸⁾

Tab. 1. Woman's body mass increase during single-foetus pregnancy based on the pre-pregnancy body mass⁽⁸⁾

sprzeciwiają się rutynowemu pomiarowi masy ciała, aby nie wywoływać niepotrzebnego niepokoju u przyszłej matki. Powodem zróżnicowania zaleceń odnośnie do przyrostu masy ciała w trakcie ciąży mogą być trudności w określeniu optymalnej wartości, zapewniającej dobry rozwój płodu⁽⁷⁾. Badania prowadzone w Polsce i w innych krajach wykazują, że przyrost masy ciała w czasie ciąży nie mieści się w granicach amerykańskich rekomendacji^(9,10). Przeciętny przyrost masy ciała kobiet ciężarnych oscyluje wokół 15 kg⁽¹¹⁾. Zgodnie z wynikami badania Wierzejskiej i wsp. niedobór masy ciała w okresie przedkoncepcyjnym dotyczy około 10% kobiet, przy czym w Stanach Zjednoczonych niedowaga przed ciążą występuje dwukrotnie rzadziej. Ponadto wykazano, że u zaledwie 40% badanych przyrost masy ciała był zgodny z rekomendacjami, a około 15% uzyskało przyrost masy ciała poniżej norm^(9,12).

SYMPTOMY ORAZ KONSEKWENCJE PREGOREKSJI

Zachowania typowe dla pregoreksji są takie same jak w przypadku jadłowstrętu psychicznego. Kobieta ciężarna często kontroluje swoją wagę i podejmuje działania na rzecz jej obniżenia: stosuje restrykcyjną dietę, wykonuje intensywne ćwiczenia fizyczne, a także przyjmuje leki⁽¹³⁾.

Najpoważniejszym w skutkach zachowaniem kobiety z pregoreksją jest przyjmowanie leków moczopędnych i przeczyszczających, które wpływają niekorzystnie nie tylko na ciężarną, lecz przede wszystkim na rozwój płodu – powodują jego niedorozwój fizyczny i/lub umysłowy oraz mogą doprowadzić do poronienia. Wśród ciężarnych z niską masą ciała częściej niż wśród tych z prawidłową wagą dochodzi do zgonów okołoporodowych^(14,15).

Niedowaga w ciąży sprzyja rozwojowi anemii; wykazano związek między niedokrwistością z niedoboru żelaza a stanem zdrowia psychicznego matki⁽¹⁶⁾. Deficyt tego składnika może powodować u kobiety nie tylko anemię, lecz także depresję poporodową, a u dziecka – zaburzenia rozwoju funkcji poznawczych^(16,17). Niedowaga ciężarnej może też prowadzić do odwapnienia kości i rozwoju nadciśnienia. Częściej obserwuje się również gorszy rozwój łożyska, jego odklejenie się i uszkodzenie. Kobiety z niedowagą mają większą skłonność do infekcji płynu owodniowego i przedwczesnego pęknięcia błon płodowych, co z kolei może nieść za sobą ryzyko przedwczesnego porodu, a nawet poronienia. Dziecko pregorektyczki jest bardziej narażone na wady rozwojowe, niedorozwój układów i narządów, a szczególnie na powstanie wad cewy nerwowej wynikających z niedoboru mikroskładników^(14,18).

Konsekwencją niedożywienia matki podczas ciąży jest ponadto niska masa urodzeniowa dziecka, mniejsza niż 2500 g⁽¹⁵⁾. Przyrost masy ciała kobiety poniżej wartości rekomendowanych wiąże się z dwukrotnie wyższym ryzykiem niskiej masy urodzeniowej dziecka⁽¹⁹⁾. Co ważne, niska masa urodzeniowa wynikająca z niedożywienia ciężarnej predysponuje dziecko do rozwoju chorób przewlekłych

to cause unnecessary anxiety in the future mother. The reason for the differences in recommendations concerning body mass increase during pregnancy may be the difficulty in determining the optimal value that ensures good foetal development⁽⁷⁾.

Research in Poland and other countries demonstrates that body mass increase during pregnancy does not fit the American recommendation^(9,10). The mean body mass gain of pregnant women is approximately 15 kg⁽¹¹⁾. According to the results of a study by Wierzejska et al. approximately 10% of women are underweight during the preconception period. In the United States pre-pregnancy weight deficiency is two times less frequent. In addition, it was demonstrated that body mass increase was in line with the recommendations in only 40% of the subjects and approximately 15% of them gained weight below the norms^(9,12).

SYMPTOMS AND CONSEQUENCES OF PREGOREXIA

Behaviour typical for pregorexia is the same as in anorexia. The pregnant woman frequently checks her weight and undertakes action to reduce it: uses a strict diet, performs intensive physical exercise and takes medicines⁽¹³⁾.

The most dangerous behaviour of a woman with pregorexia is taking diuretics and laxatives, which have an adverse effect not only on the pregnant woman, but primarily on the developing foetus – they impair its physical and mental development and may lead to spontaneous abortion. Perinatal deaths are more frequent among pregnant women with low body weight than those with normal weight^(14,15).

Being underweight during pregnancy contributes to the development of anaemia; a relationship between iron-deficiency anaemia and the mental health status of a mother has been demonstrated⁽¹⁶⁾. The deficiency of this compound may cause not only anaemia, but also postpartum depression in the woman and impaired cognitive development in the child^(16,17). Weight deficiency in the woman may also lead to bone calcium loss and the development of hypertension. Poorer development of the placenta, its abruption and damage are also observed more frequently. Underweight women are more prone to amniotic fluid infection and premature rupture of membranes, which in turn may lead to premature labour and even abortion. A child of a pregorexic woman is more susceptible to developmental defects, underdevelopment of body systems and organs and, in particular, to neural tube defects associated with microelement deficiencies^(14,18). Another consequence of the mother's malnutrition during pregnancy is low birth weight of the child, lower than 2,500 g⁽¹⁵⁾. Body mass gain of the woman below the recommended values is associated with twice-as-high risk of low birth weight of the child⁽¹⁹⁾. Importantly, low birth weight associated with the malnutrition of the pregnant woman predisposes the child to the development of chronic diseases at a later age – this is particularly applicable to diabetes and cardiovascular diseases⁽¹⁵⁾.

w późniejszym wieku – odnosi się to w szczególności do cukrzycy i chorób układu sercowo-naczyniowego⁽¹⁵⁾.

Interesujące wydają się obserwacje dotyczące płci dzieci pregorektyczek: kobiety niedożywione częściej rodzą dziewczynki. Brakuje jednoznacznych danych, które wyjaśniałyby, czy wynika to z diety matki, stresu, warunków hormonalnych, czy też z innych czynników powiązanych z zaburzeniami odżywiania. Omawiane zjawisko może być związane ze zwiększoną utratą płodów płci męskiej ze względu na ich wyższą podatność na złe odżywianie lub wewnątrzmaciczne stresory⁽²⁰⁾.

ROLA PROFESJONALISTÓW W ZAPOBIEGANIU PREGOREKSJI

Leczenie zaburzeń odżywiania jest procesem długotrwałym i trudnym. Brak jednoznacznych czynników ryzyka wywołujących chorobę uniemożliwia podjęcie leczenia przyczynowego, zasadnicze znaczenie przypisuje się jednak współpracy zespołu terapeutycznego. W przypadku zaburzeń odżywiania występujących u kobiet ciężarnych zespół powinien składać się z położnika, psychologa, psychiatry, położnej oraz dietetyka. Kluczowym elementem terapii pregoreksji jest współpraca wszystkich członków zespołu terapeutycznego^(5,14).

W opiece nad przyszłą matką standardem powinna być edukacja dotycząca prawidłowego odżywiania i zasad zwiększania masy ciała. Trzeba zadbać o to, by kobiety otrzymywały wytyczne odnośnie do prawidłowego przyrostu masy ciała w trakcie ciąży⁽²¹⁾. Należy również zwrócić szczególną uwagę na leki zażywane przez ciężarną, przede wszystkim na środki przeczyszczające i moczopędne, insulinę, leki stosowane w chorobach tarczycy czy tabletki odchudzające. Warto też się dowiedzieć, czy w diecie pacjentki znajduje się kofeina, która powoduje zmniejszenie łaknienia⁽⁵⁾.

Zaleca się także, by lekarze prowadzili kontrolę masy ciała podczas wizyt prenatalnych, ponieważ rejestrowana waga może stanowić podstawę oceny ciążowego przyrostu masy ciała; jest to zarazem okazja do indywidualnego doradztwa lub wydania przez lekarza skierowania do odpowiedniego specjalisty. Ponadto lekarze powinni zachęcać kobiety do karmienia piersią, gdyż pomaga to matce w normalizacji jej wagi⁽²¹⁾.

Konflikt interesów

Autorki nie zgłaszają żadnych finansowych ani osobistych powiązań z innymi osobami lub organizacjami, które mogłyby negatywnie wpłynąć na treść publikacji oraz rościć sobie prawo do tej publikacji.

Observations regarding the sex of the children of pregorexics are interesting: malnourished women give birth more often to girls than to boys. There are no clear data that would explain whether this is due to the mother's diet, stress, hormonal status or other factors associated with eating disorders. This phenomenon may be associated with a higher rate of loss of male foetuses due to their higher sensitivity to poor nutrition or intrauterine stressors⁽²⁰⁾.

ROLE OF PROFESSIONALS IN PREGOREXIA PREVENTION

The treatment of eating disorders is a long and difficult process. The lack of clear risk factors for the disease precludes causal treatment; however, the cooperation of a therapeutic team is considered to be of chief importance. For eating disorders in pregnant women the team should consist of an obstetrician, psychologist, psychiatrist, midwife and dietician. The key element of pregorexia therapy is the cooperation of all members of the therapeutic team^(5,14).

Education on appropriate nutrition and the rules of body mass gain should be the standard of care over the future mother. It should be ensured that women receive guidelines regarding appropriate weight gain during pregnancy⁽²¹⁾. Special attention should also be paid to the medicines taken by the pregnant woman, particularly laxatives, diuretics, insulin, medicines for thyroid diseases and slimming tablets. It is also worth determining whether the patient's diet includes caffeine, which reduces appetite⁽⁵⁾.

It is also recommended that physicians check the patients' body mass during antenatal appointments since weight measurements may be the basis for the assessment of body mass increase during pregnancy; it is also an opportunity for individual advice or issuing a referral to a suitable specialist. In addition, doctors should encourage women to breastfeed since it helps to normalise the mother's weight⁽²¹⁾.

Conflict of interest

The authors do not report any financial or personal affiliations to persons or organisations that could negatively affect the content of or claim to have rights to this publication.

Piśmiennictwo / References

1. Lepiarz A: Zmiany psychiczne doświadczane przez kobiety oczekujące narodzin dziecka. *Ginekol Prakt* 2010; 1: 54–57.
2. Łepecka-Klusek C, Syty K, Pilewska-Kozak AB et al.: Sense of own attractiveness among women in advanced pregnancy. *Prog Health Sci* 2015; 5: 7–13.
3. Grabe S, Ward ML, Hyde JS: The role of the media in body image concerns among women: a meta-analysis of experimental and correlational studies. *Psychol Bull* 2008; 134: 460–476.
4. Strzelecki W, Cybulski M, Strzelecka M et al.: Zmiana wizerunku medialnego kobiety a zaburzenia odżywiania we współczesnym świecie. *Nowiny Lek* 2007; 76: 173–181.
5. Kubaszewska S, Sioma-Markowska U, Machura M et al.: Zaburzenia odżywiania w ciąży – pregoreksja. *Gin Pol Med Project* 2012; 2: 25–35.
6. Mathieu J: What is pregorexia? *J Am Diet Assoc* 2009; 109: 976–979.
7. Takimoto H, Mitsuishi C, Kato N: Attitudes toward pregnancy related changes and self-judged dieting behavior. *Asia Pac J Clin Nutr* 2011; 20: 212–219.
8. Rasmussen KM, Yaktine AL (eds.): *Weight Gain During Pregnancy: Reexamining the Guidelines*. National Academies Press, Washington 2009.
9. Wierzejska R, Jarosz M, Stelmachów J et al.: Gestational weight gain by pre-pregnancy BMI. *Postępy Nauk Med* 2011; 24: 718–723.
10. Sui Z, Moran LJ, Dodd JM: Physical activity levels during pregnancy and gestational weight gain among women who are overweight or obese. *Health Promot J Austr* 2013; 24: 206–213.
11. Kaim I, Sochacka-Tatara E, Pac A et al.: Stan odżywiania kobiet ciężarnych a cechy rozwoju somatycznego noworodków. *Przegl Lek* 2009; 66: 176–180.
12. Bodnar LM, Siega-Riz AM, Simhan HN et al.: Severe obesity, gestational weight gain, and adverse birth outcomes. *Am J Clin Nutr* 2010; 91: 1642–1648.
13. Mirghani HM, Hamud OA: The effect of maternal diet restriction on pregnancy outcome. *Am J Perinatol* 2006; 23: 21–24.
14. Bator E, Bronkowska M, Ślepecki D et al.: Anoreksja – przyczyny, przebieg, leczenie. *Nowiny Lek* 2011; 80: 184–191.
15. Kapka-Skrzypczak L, Niedźwiecka J, Skrzypczak M et al.: Dieta ciężarnej a ryzyko wad wrodzonych dziecka. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu* 2011; 17: 218–223.
16. Etebary S, Nikseresh S, Sadeghipour HR et al.: Postpartum depression and role of serum trace elements. *Iran J Psychiatry* 2010; 5: 40–46.
17. Wójciak RW, Mojs E, Michalska MM et al.: Podejmowanie odchudzania w okresie ciąży a poporodowe surowicze stężenia żelaza u kobiet – badanie wstępne. *Probl Hig Epidemiol* 2013; 94: 893–896.
18. Ehmke vel Emczyńska E, Bebelska K, Czerwonogrodzka-Senczyńska A: Znaczenie poradnictwa dietetycznego w prewencji powikłań ciąży. *Nowiny Lek* 2012; 81: 273–280.
19. Frederick IO, Williams MA, Sales AE et al.: Pre-pregnancy body mass index, gestational weight gain, and other maternal characteristics in relation to infant birth weight. *Matern Child Health J* 2008; 12: 557–567.
20. Bulik CM, Holle AV, Gendall K et al.: Maternal eating disorders influence sex ratio at birth. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2008; 87: 979–981.
21. Rasmussen KM, Abrams B, Bodnar LM et al.: Recommendations for weight gain during pregnancy in the context of the obesity epidemic. *Obstet Gynecol* 2010; 116: 1191–1195.