

Zaburzenia odżywiania w ciąży – pregoreksja

Eating disorders in pregnancy – pregorexia

© GinPolMedProject 2 (24) 2012

Artykuł poglądowy/Review article

SYLWIA KUBASZEWSKA, URSZULA SIOMA-MARKOWSKA, MARIOLA MACHURA,
PATRYCJA KRAWCZYK, ANNA KANABROCKA

Katedra Ginekologii i Położnictwa, Zakład Pielęgniarstwa w Ginekologii
i Położnictwie w Tychach, Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach
Kierownik: prof. zw. dr hab. n. med. Ryszard Poręba

Adres do korespondencji/Address for correspondence:

Sylwia Kubaszewska

Katedra Ginekologii i Położnictwa, Zakład Pielęgniarstwa w Ginekologii
i Położnictwie w Tychach, SUM

ul. Edukacji 102, 43-100 Tychy

tel. +48 32 3254238, e-mail: sekretariat@ginekologia.tychy.pl

Statystyka/Statistic

Liczba słów/Word count 2429/2796

Tabele/Tables 3

Ryciny/Figures 0

Piśmiennictwo/References 28

Received: 13.03.2012

Accepted: 07.05.2012

Published: 15.06.2012

Streszczenie

W pracy zaprezentowano wybrane elementy zagadnienia dotyczącego zaburzeń odżywiania u kobiet ciężarnych w oparciu o dostępną literaturę. Omówiono kilka ważnych aspektów m.in. czynniki ryzyka rozwoju pregoreksji, kryteria diagnostyczne, które mogą być wykorzystane jako szybkie narzędzia oceny dostępne dla osób zaangażowanych w badania prenatalne kobiet ciężarnych. Przedstawiono podstawowe działania prewencyjne i lecznicze z zaznaczeniem okresu prenatalnego.

Słowa kluczowe: zaburzenia odżywiania w ciąży, pregoreksja, czynniki ryzyka, diagnostyka, leczenie

Summary

The study, based on available literature, presents selected problems of eating disorders in pregnancy. Several important aspects have been discussed, e.g. risk factors for the development of pregorexia, diagnostic criteria which may be used as quick evaluation tools in prenatal examinations of pregnant women. Basic preventive measures as well as treatment with an emphasis on the prenatal period have also been presented.

Key words: eating disorders in pregnancy, pregorexia, risk factors, diagnosing, treatment

WSTĘP

Zaburzenia odżywiania w międzynarodowej klasyfikacji *The International Statistical Classification of Diseases, and Related Health Problems, tenth revision* (ICD-10) zakwalifikowano do zaburzeń behawioralnych związanych z zaburzeniami fizjologicznymi i czynnikami fizycznymi [1]. Anoreksja i bulimia należące do grupy zaburzeń odżywiania, to choroby dotykające w głównej mierze sferę zdrowia psychicznego, lecz wpływają także na funkcjonowanie całego organizmu. Dostarczenie zbyt małej dawki węglowodanów, witamin i mikroelementów prowadzi do wyniszczenia organizmu. Przy drastycznej utracie masy ciała, co może też nastąpić przy stosowaniu restrykcyjnej diety, dochodzi do zaburzeń gospodarki hormonalnej. W przeciwieństwie do anoreksji, bulimia jest niewidocznym zaburzeniem odżywiania i może występować u kobiet, niezależnie od ich masy ciała. Powodem są epizody napadowego jedzenia (wyjątkowo dużej ilości pokarmu w ograniczonym okresie czasu i brak kontroli nad ilością spożywanego pożywienia), po których następuje niewłaściwe zachowanie kompensacyjne (prowokowanie wymiotów, nadużywanie środków przeczyszczających, moczopędnych, uprawianie forsownych ćwiczeń fizycznych, głodzenie się). Kobiety z rozpozną bulimią kontrolują swoją masę ciała i wygląd sylwetki, od których uzależniają również swoją samoocenę [2].

Współcześnie zaburzenia odżywiania zaczynają przybierać nowe, bardziej niepokojące formy. Jedną z nich jest pregoreksja, czyli forma zaburzeń odżywiania występująca u kobiet w ciąży [3]. Zainteresowanie zagadnieniem zaburzeń odżywiania w czasie ciąży rozpoczęło się w 2004 roku, kiedy opublikowano artykuł *The Perfect Little Bump* [4]. Mathieu w pracy z 2009 roku używa nowego terminu – pregoreksja [4]. Terminologia pregoreksja pochodzi od zestawienia angielskich słów *pregnancy* i *anorexia*. Termin stosowany jest jedynie w psychologii popularnej, gdyż nadal nie został wyodrębniony przez terminologię medyczną [5]. Powszechna presja dostosowania się do wychudzonego kanonu piękna jest wywierana również na kobiety ciężarne, które nie tylko koncentrują się na szybkim powrocie do masy ciała i sylwetki sprzed ciąży, ale coraz częściej dążą do utrzymania nienaganej sylwetki i możliwie minimalnym przyroście masy ciała już w czasie ciąży [6]. Jeżeli stwierdza się, że masa ciała ciężarnej kobiety jest mniejsza niż 85% masy zalecanej dla jej wieku i wzrostu oraz oczekiwanego przyrostu masy ciała w ciąży, można rozpoznać anoreksję ciążową. Natomiast, jeżeli kobieta waży więcej niż 85% spodziewanej masy ciała, lecz nadal znajduje się w przedziale niedowagi oraz występują u niej objawy zaburzeń jedzenia, można zdiagnozować inną formę zaburzeń jedzenia [7,8].

INTRODUCTION

In the International Statistical Classification of Diseases, and Related Health Problems, tenth revision (ICD-10), eating disorders have been classified as behavioural syndromes associated with physiological disturbances and physical factors [1]. Anorexia and bulimia, belonging to the group of eating disorders, are diseases that affect primarily the sphere of mental health but have an effect on the functioning of the whole system as well. Insufficient supply of carbohydrates, vitamins and microelements leads to body emaciation. A drastic weight loss that may be caused by a restrictive diet results in a disturbed hormone balance. Unlike anorexia, bulimia is an invisible eating disorder that may occur in women irrespective of their body mass. This is caused by episodes of binge eating (of extraordinarily large quantities of food within a limited period of time and without control over the amount of food consumed) followed by inappropriate compensatory behaviour (provoked vomiting, overdoses of laxatives or diuretics, strenuous physical exercise, starvation). Women with diagnosed bulimia control their body weight and shape, as their self-esteem depends on it [2].

Nowadays eating disorders take up new, more disturbing forms. One of them is pregorexia, i.e. a form of eating disorders occurring in pregnant women [3]. The interest in eating disorders in pregnancy started in 2004, when an article entitled *The Perfect Little Bump* was published [4]. In a publication of 2009, Mathieu used a new term: *pregorexia* [4]. The term comes from a combination of English words: *pregnancy* and *anorexia*. It is used solely in popular psychiatry as it has not been yet specified in medical terminology [5]. The general pressure to adapt to the emaciated canon of beauty is also exerted on pregnant women who not only concentrate on regaining fast the body mass and shape they had before pregnancy but also ever more often strive to retain a perfect body figure and the slightest possible weight gain while still pregnant [6]. If a pregnant woman's body mass is found to be less than 85% of the mass recommended for her age, height and the expected weight gain in pregnancy, pregnancy anorexia may be diagnosed. If a woman weighs more than 85% of the expected body mass but still is in the underweight range and displays symptoms of eating disorders, other forms of eating disorder may be diagnosed [7,8].

ETIOLOGIA

Pregoreksja jest jedną z form zaburzeń odżywiania, dlatego etiologia choroby jest typowa dla tej grupy chorób. Choroba wyniszcza nie tylko organizm kobiety, ale również rozwijający się płód. Zaburzenia odżywiania to zespół chorobowy uwarunkowany wieloczynnikowo, w głównej mierze czynnikami społeczno-kulturowymi, rodzinnymi, osobowościowymi i biologicznymi [9].

CZYNNIKI GENETYCZNE

Trudności w badaniach genetycznego uwarunkowania zaburzeń odżywiania wynikają przede wszystkim z tego, że nie jest możliwe przeprowadzenie badań modelowych na zwierzętach w tym zakresie (niemożliwe jest odtworzenie typowych ludzkich zachowań u zwierząt). Wykazano, że prawdopodobieństwo wystąpienia anoreksji i/lub bulimii zwiększa się ośmiokrotnie, gdy wśród krewnych jest inna osoba chorująca na jedną z tych chorób. Badania wykazują także, że bliźnięta chorujące na zaburzenia odżywiania mają tendencję do zapadania na ten sam typ zaburzeń. Wiele cech jeszcze niedawno wiązanych z osobowością, nabytych przez wychowanie w określonych warunkach, okazuje się mieć podłoże genetyczne. Przykładem są związane z anoreksją/bulimią skłonności do zachowań emocjonalnych czy też nadmierne przywiązywanie wagi do popełnianych błędów.

Naukowcy wyodrębnili szereg cech determinowanych genetycznie, powiązanych z zaburzeniami odżywiania:

- BMI;
- wiek pojawienia się pierwszej miesiączki;
- skłonność do obsesyjności i perfekcjonizmu;
- obsesje związane z jedzeniem;
- podatność na stany lękowe;

Inne teorie wyjaśniające genetyczne podłoże anoreksji to między innymi:

- Hipoteza przystosowania do głodówki w okresie migracyjnym (AFFH – *adapter to flee famine hypothesis*) – anoreksja jako zaburzenie biologiczne mózgowego mechanizmu regulującego poczucie głodu, a nie choroba psychiczna i jest genetycznym dziedzictwem po naszych przodkach, którzy kilkanaście tysięcy lat temu prowadzili koczowniczy tryb życia. W sytuacjach wymuszających ograniczanie jedzenia, czyli np. poszukiwanie nowych miejsc do osiedlenia, organizm nadal potrafił funkcjonować intensywnie.
- Anoreksja jako zaburzenie określonej genetycznie homeostazy pomiędzy utrzymywaną dietą i masą ciała [10-12].

Wiele obserwacji wskazuje na dużą rolę genu 5HT2a (odpowiedzialnego za funkcjonowanie receptora serotoniny) w dziedziczeniu anoreksji, jednakże należy do nich podchodzić wyjątkowo ostrożnie z tego względu, że koncentrowały się one jedynie na molekularnych

ETIOLOGY

Pregorexia is a form of eating disorders, therefore its etiology is typical for that group of diseases. The disorder emaciates not only the woman's body but also the developing fetus. Eating disorders are syndromes conditioned by many factors, primarily by socio-cultural, family- and personality-related, and biological factors [9].

GENETIC FACTORS

Difficulties in the study of genetic conditioning of eating disorders are mostly due to the impossibility of model research on animals (as it is impossible to recreate typical human behaviour in animals). It has been demonstrated that the risk of anorexia and/or bulimia increased eightfold if another person suffering from one of the diseases was among relatives. Studies also indicate that twins suffering from eating disorders have a tendency to develop the same type of disease. Many traits, not long ago still considered to be associated with personality or acquired through certain conditions of upbringing, turned out to have a genetic background. This may refer to emotional behaviour linked with anorexia/bulimia or an excessive emphasis on committed errors.

Scientists have specified a number of genetically determined traits associated with eating disorders:

- BMI;
- Age of the first menstruation;
- Tendency to obsessiveness and perfectionism;
- Obsessions related to eating;
- Susceptibility to anxiety conditions.

Other theories explaining anorexia with a genetic background include:

- Adapted to flee famine hypothesis (AFFH) - anorexia as a biological disorder of the brain mechanism regulating the feeling of hunger, not a mental disease. It is believed to be a genetic heritage of our ancestors who led a nomadic way of life several thousand years ago. In circumstances which imposed eating restrictions, e.g. when new places of settlement were being sought, the body could still function with sufficient intensity.
- Anorexia as a disorder of genetically determined homeostasis between the diet and the body mass [10-12].

Many observations point to an important role of 5HT2a gene (responsible for the functioning of the serotonin receptor) in inheriting anorexia; however, they should be treated with extreme caution as they concentrate solely on molecular mechanisms of satiety (transformations of leptin, proteins and neuropeptides), while numerous observations indicate that persons with anorexia experience not satiety but hunger which they oppose with persistence as if they were satiated. Also,

mechanizmach sytości (przemiany leptyny, protein oraz neuropeptydów), a wiele obserwacji wskazuje na to, że osoby z anoreksją nie doznają sytości, natomiast czują głód, któremu opierają się z uporem, jakby były syte. Również komplikacje okołoporodowe wraz z oddziaływaniem konkretnych czynników środowiskowych i cech indywidualnych, mogą wpływać na nieumiejętność identyfikowania odczuć głodu i sytości [10]. Wyniki innych badań podają, że bardziej prawdopodobna jest sytuacja, w której kilka genów warunkujących cechy związane ze skłonnością do tycia czy tracenia na wadze, oraz określone cechy osobowości, tworzą kombinacje predysponującą do wykształcenia się tego zaburzenia [10-12].

CZYNNIKI PSYCHICZNO-EMOCJONALNE I SPOŁECZNO-KULTUROWE

Uwarunkowania psychologiczne i emocjonalne zaburzeń odżywiania, dla zdecydowanej większości przypadków, są takie same. Jednak wyjątek stanowią kobiety ciężarne dla których sam okres ciąży jest dodatkowym obciążeniem psychicznym i emocjonalnym, niezależnie od stanu ich zdrowia psychicznego sprzed ciąży [9,13,14]. Najtrudniejszy dla kobiet z pregoreksją jest ciążowy przyrost masy ciała. Dla niektórych kobiet wzrost wagi to duży dylemat pomiędzy własnym atrakcyjnym wyglądem a dobrostanem płodu. Inne kobiety, z zaburzeniami odżywiania, uznają okres ciąży za jedyny czas, w którym akceptują przyrost masy ciała [2]. Anoreksja lub bulimia ciążowa dotyczy często kobiety, które stawiają sobie zbyt wysokie wymagania, zarówno w życiu zawodowym, jak i prywatnym. Niska samoocena przyczynia się niewątpliwie do wystąpienia choroby. Negatywny obraz własnego ciała, to z kolei jeden z najbardziej stałych czynników predysponujących do choroby. Dla zyskania poczucia własnej wartości i akceptacji, czują potrzebę dużych poświęceń a zachowanie idealnej figury dodatkowo przekłada się u nich na lepsze samopoczucie. Brak akceptacji siebie, swojej wagi może pogłębić niechęć na wiadomość, że może nastąpić nagły wzrost wagi ciała z powodu ciąży. Jeśli spojrzymy na to zaburzenie, jako chęć posiadania kontroli nad własnym życiem, teoria może mieć dwa kierunki, kobiety cierpiące na te rozpoznania za każdą porażkę zazwyczaj obwiniają siebie. Głodzenie się i wszelkie formy „oczyszczania organizmu” są sposobem wymierzania sobie kary [15].

Pregoreksja, podobnie jak anoreksja, bardzo często związana jest z nadmiernymi ambicjami. Kobiety często mają kłopot z ustaleniem hierarchii wartości. Jedną z przyczyn głodzenia się przez ciężarne może być również chęć podobania się partnerowi. Często też, kobiety przed lub bezpośrednio po ciąży, korzystają z zabiegów chirurgii kosmetycznej. Różne jej formy są coraz bardziej powszechne dla kobiet, ale kobiety z zaburzeniami odżywiania są bardziej skłonne do poddawania się tym zabiegom w celu udoskonalenia sylwetki ciała [16].

perinatal complications combined with the effect of specific environmental factors and individual traits may result in an inability to identify the feelings of hunger and satiety [10]. Results of other studies indicate that it is more probable that a combination predisposing for the disorder arises from several genes conditioning the traits associated with tendencies for gaining or losing weight and from certain features of personality [10-12].

PSYCHO-EMOTIONAL AND SOCIO-CULTURAL FACTORS

Psychological and emotional determinants of eating disorders are similar in most cases. Pregnant women, though, are an exception since for them the pregnancy itself is an additional psychic and emotional burden, irrespective of their mental health before pregnancy [9,13,14]. For women with pregorexia, the body weight gain in pregnancy is the most difficult circumstance. For some of them the weight gain is a serious conflict between their own attractive appearance and the welfare of the fetus. Other women with eating disorders consider pregnancy the only time in their life when they can accept weight gain [2]. Anorexia or bulimia in pregnancy often occur in women who set themselves excessively high standards, both in their professional and in private life. Undoubtedly, low self-esteem contributes to the occurrence of the disease. A negative image of a woman's own body is one of the most constant factors predisposing for the disorder. Women feel they have to make great sacrifices to gain self-esteem and acceptance, and retaining an ideal body shape is an additional source of their well-being. An inability to accept themselves and their weight may increase their aversion to the awareness that a sudden body weight gain may occur because of pregnancy. If we analyse the disorder as a wish to keep control over one's own life, the theory may have two directions; women who suffer from the disease usually blame themselves for every failure. Starvation and all forms of „body purification” are ways to punish themselves [15].

Pregorexia, like anorexia, is very often linked with excessive ambitions. Women often have problems with establishing their hierarchy of values. One of the reasons why pregnant women starve themselves may be their wish to be attractive to their partner. Often women undergo cosmetic surgery before or immediately after pregnancy. Its diverse forms are getting more generally accessible, but women with eating disorders are more prone to undergo this sort of treatment to improve their body shape [16].

Zauważono, że dziewczęta i kobiety z zaburzeniami odżywiania wyróżniają się pewnymi charakterystycznymi cechami osobowości, a samej choroby nie można wyjaśnić zaburzeniami łaknienia. Dynamika jadłowstrętu i bulimii psychicznej jest zbliżona do dynamiki zaburzeń osobowości, biorąc pod uwagę początek w adolescencji lub we wczesnych latach dorosłych, długotrwały przebieg oraz okresy zaostrzenia objawów w sytuacjach stresowych. Charakterystyczny wiek zachorowania to okres kształtowania autonomii i indywidualizacji młodej dziewczyny, która w tym czasie buduje nowe relacje w związkach z rówieśnikami, partnerami i rodzicami. Do głównych czynników zakłócających ten proces należą nieprawidłowe cechy osobowości, wcześniejsze przykre doświadczenia życiowe oraz występowanie zaburzeń psychicznych [1].

W piśmiennictwie polskim opartym na wnikliwej obserwacji klinicznej i psychoterapii pojawiły się doniesienia o trzech typach pacjentek z zaburzeniami jedzenia: typ borderline, typ neurotyczny oraz typ psychotyczny, którym autorzy przypisują różny stopień dezintegracji osobowości. U chorych z restrykcyjną postacią jadłowstrętu najczęściej opisywano osobowość z cechami lękowymi (unikająca, obsesyjno-kompulsyjna, zależna). Kobiety z bulimią i bulimicznym typem jadłowstrętu najczęściej prezentowały zaburzenia osobowości typu borderline [1]. Często schorzenie to pojawia się u osób z niską samooceną, skłonnościami do perfekcjonizmu, negatywnym obrazem własnej osoby, impulsywnych. Także niektóre choroby psychiczne, takie jak kleptomania i choroba afektywna łączone są z zaburzeniami odżywiania. Należy podkreślić, że także cukrzyca zwiększa ryzyko zachorowania [17].

Dowiedziano, że kobiety których wspomnienia własnych rodziców zawierają poczucie odrzucenia, brak zapewnienia miłości rodzicielskiej i poczucia własnej wartości reagują smutkiem i uczuciem bezradności uświadamiając sobie zbliżające się macierzyństwo [8,9,18]. Wśród kobiet z bulimią, odnotowuje się znacznie wyższy odsetek kobiet wykorzystywanych seksualnie w dzieciństwie i/lub doświadczających przemocy fizycznej bądź emocjonalnej. Zarówno rodzicielskie odrzucenie w dzieciństwie, jak i molestowanie seksualne mogą przyczynić się do wzrostu obaw w okresie ciąży, podjęcia restrykcyjnej diety, stosowania środków przeczyszczających lub kombinacji wszystkich tych zachowań [2]. Również nadużywanie alkoholu, depresja, śmierć rodziców, okrucieństwo i rozwód to istotne czynniki predysponujące dorosłe kobiety do kontrolowania swojej masy ciała w czasie ciąży. Szczególnie nasilone zjawisko prowokowania wymiotów i stosowania środków przeczyszczających w czasie ciąży zaobserwowano u kobiet, których matki cierpiały na depresję. Także kobiety pochodzące z nadopiekuńczych rodzin częściej wykazują epizody zaburzeń odżywiania. Warto zauważyć, że niski poziom poparcia społecznego jest istotnym wyznacznikiem ryzyka pojawienia się owych zaburzeń, nie tylko w czasie ciąży [18].

It was noted that girls and women with eating disorders are distinguished by certain characteristic personality traits, and the disease itself cannot be explained in terms of appetite disorders. The dynamics of anorexia and bulimia nervosa is similar to the dynamics of personality disorders, considering its beginnings in adolescence or in early adulthood, its long duration and periods of symptom aggravation in stress situations. The typical age of onset for the disease is the period of autonomy shaping and individualization of a young girl who builds then new relationships with her peers, partners and parents. The main factors disturbing the process include abnormal personality features, previous painful life experiences and mental disorders [1].

Polish literature based on detailed clinical observation and psychotherapy contains reports of three types of patients with eating disorders: a borderline type, a neurotic type, and a psychotic type, to which the authors ascribe different degrees of personality disintegration. In the case of patients with a restrictive form of anorexia, personality with anxiety traits (avoiding, obsessive-compulsive, dependent) was described most frequently. Women with bulimia and bulimic type of sitophobia usually represented personality disorders of the borderline type [1]. The disease often occurs in persons with low self-esteem, with tendencies to perfectionism, a negative self-image, impulsiveness. Certain mental diseases, such as kleptomania and affective disease, are also associated with eating disorders. It should be noted that diabetes, too, increases the risk of developing the disorder [17].

It has been proven that women whose memories of their own parents contain the feeling of rejection, a lack of assurance of parental love and of their own self-esteem react with sadness and helplessness when they become aware of the approaching maternity [8,9,18]. Among women with bulimia there is a much higher rate of victims of sexual abuse in childhood and/or experiencing physical or emotional violence. Both parental rejection in childhood and sexual abuse may contribute to increasing anxiety in pregnancy, to taking up a restrictive diet, using laxatives, or to a combination of all these behaviours [2]. Alcohol abuse, depression, death of parents, cruelty and divorce are also significant factors predisposing adult women to controlling their body mass during pregnancy. A particularly intense phenomenon of self-provoked vomiting and laxative use in pregnancy was observed in women whose mothers suffered from depression. Women brought up in overprotective families display eating disorders more frequently. It is worth noticing that a low level of social support is a significant indicator of the risk of developing the disorders, not only in pregnancy [18].

Istotną kwestię stanowi także postawa rodziców wobec żywienia. Dotyczy nadmiernej koncentracji rodziców na żywieniu, we wczesnym okresie życia dziecka, co jest niewątpliwie czynnikiem predysponującym do wystąpienia zaburzeń jedzenia oraz uzależnień w życiu dorosłym. Ponadto, niektóre zwyczaje żywieniowe dzieci, matek chorych na anoreksję, są podobne do wzorców żywienia, jakie prezentuje ich chora matka [16]. W grupie dziewcząt z anoreksją jedzenie jest postrzegane również, jako przyczyna powstawania emocji negatywnych, na przykład poczucie winy po przyjęciu pokarmu. To z kolei jest przyczyną podejmowania przez chorą na anoreksję zachowań mających na celu usunięcie pokarmu z organizmu. Potwierdzają to wyniki badań wskazujących na silny związek emocji z jedzeniem u chorych na anoreksję [19]. Nawet jeśli uzna się, że kobieta jest wolna od zaburzeń odżywiania, to nadal mogą utrzymywać się zachowania, takie jak ograniczenie spożywania posiłków lub nadużywanie środków przeczyszczających bądź moczopędnych, które zakłócają odżywianie płodu i mogą spowodować powikłania położnicze [2].

Należy wspomnieć o grupie ryzyka jaką stanowią kobiety wykonujące zawody takie jak aktorstwo, taniec, gimnastykę artystyczną oraz modeling. Karierę i uznanie zdobywają tu osoby o smukłych kształtach. Badania wykazały, że statystycznie częściej u kobiet związanych z wyżej wymienionymi profesjami występują zaburzenia odżywiania. Również w środowiskach, które przywiązują wielką wagę do sprawności fizycznej, wyjątkowej wytrzymałości i wydajności organizmu notuje się większy odsetek kobiet z tym rozpoznaniem [9, 20].

DIAGNOSTYKA

Spostrzeżenie, że kobieta nie przybiera na wadze może być najbardziej oczywiste. Istnieje kilka kryteriów diagnostycznych, które mogą być wykorzystane, jako szybkie narzędzia oceny i powinny być dostępne dla osób zaangażowanych w badania prenatalne ciężarnych kobiet (tab.1,2,3). Jednak nie powinno się ich stosować bez uprzednio dokładnie zebranego wywiadu. Czasami wystarczy taktownie i empatycznie przeprowadzony wywiad, aby wywołać efekt terapeutyczny. Pytania powinny być stawiane rozważnie, delikatnie i bez osądzania (tab.2,3). Zachęcanie do szczerych wypowiedzi, potwierdzanie objawów i zapewnienie, że nawet w chorobie możliwe jest zadbanie o siebie i dziecko może być wyjątkową okazją dla lekarza/położnej, aby rozpocząć proces korygowania błędnych wyobrażeń i zaprzeczania chorobie. Tym bardziej, że klinicznie, zaburzenia żywienia są jednym z najbardziej frustrujących oraz trudnych w leczeniu problemów zdrowia psychicznego [21].

W rozpoznaniu pregoreksji zasadniczą rolę mogłyby odgrywać badania przesiewowe w kierunku zaburzeń odżywiania. Edukacja na temat zwiększenia masy ciała i prawidłowego odżywiania w czasie ciąży powinna być

Parents' attitude to eating is also an important issue. This applies to the parents' excessive concentration on food at an early stage of the child's life, which is undoubtedly a predisposing factor for developing eating disorders and addictions in adulthood. Moreover, certain eating habits of children whose mothers suffer from anorexia are similar to the eating standards represented by the sick mothers [16]. In the group of girls with anorexia, food is also perceived as a source of negative emotions, e.g. the feeling of guilt after eating. This, consequently, is the reason why an anorectic patient engages in behaviour aimed at getting rid of the food from her body. This has been confirmed by study results which point to a strong association between emotions and food in anorectic patients [19]. Even if a woman is presumed to be free from eating disorders, she may still retain behaviours, such as restricting food intake or overdosing laxatives, which may disturb the nutrition of the fetus and cause obstetrical complications [2].

It should be noted that a risk group includes women of such professions as acting, dance, artistic gymnastics and modelling. Only slender persons make a career and win recognition in these areas. Studies have revealed that women of the above-mentioned professions statistically more frequently display eating disorders. Also, in environments where physical fitness, stamina and performance is highly valued, a higher rate of women with diagnosed eating disorders is reported [9,20].

DIAGNOSING

An observation that a woman is not gaining weight may be the most obvious sign. There are several diagnostic criteria that may be used as quick evaluation tools and should be accessible for professionals engaged in prenatal examination of pregnant women (Table 1, 2, 3). They should not be used, though, before the patient's detailed history has been taken. Sometimes, a tactful and empathic history-taking conversation is sufficient to achieve a therapeutic effect. Questions should be thoughtful, delicate and should not contain judgement (Table 2, 3). Encouraging candid answers, confirming symptoms and assuring the patient that care for the baby and for herself is possible even despite the disease may be an exceptional opportunity for a physician/midwife to begin the process of correcting misconceptions and putting an end to the denial of disorders. The more so that, clinically, eating disorders belong to the most frustrating and therapeutically difficult problems of mental health [21].

Screening tests for eating disorders could play a vital role in diagnosing pregorexia. Education on gaining weight and adequate nutrition in pregnancy should be a standard procedure in the management of pregnant

standardem w prowadzeniu ciąży. Należy ustalić czy pacjentka zażywa leki, takie jak środki przeczyszczające, leki moczopędne, tabletki odchudzające, insulinę, leki stosowane w chorobach tarczycy w celu kontroli

women. It should be determined whether a patient is taking medication, such as laxatives, diuretics, slimming pills, insulin or drugs used in thyroid treatment to control her body weight. She should also be asked how

Tab. 1. Kryteria diagnostyczne zaburzeń odżywiania [21]

Anoreksja nervosa	Bulimia nervosa	Niespecyficzny typ zaburzeń odżywiania
<p>Odmowa przyrostu masy ciała, utrzymywanie jej na stałym poziomie lub powyżej prawidłowej masy ciała zależnej od wieku i wzrostu.</p> <p>Intensywny lęk przed przybraniem na wadze lub nadmiarem tkanki tłuszczowej, nawet u kobiet z niedowagą</p> <p>Nieprawidłowe postrzeganie własnego ciała tj. wagi i sylwetki, zaprzeczanie niskiej masy ciała, ocena własnej wartości uzależniona od masy ciała.</p> <p>U kobiet miesiączkujących regularnie – brak miesiączki, tj. brak co najmniej trzech kolejnych cykli menstruacyjnych.</p>	<p>Powtarzające się epizody napadowego spożycia nadmiernej ilości pożywienia.</p> <p>Napadowe spożywanie nadmiernej ilości pożywienia charakteryzuje:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Spożywanie dużej ilości pożywienia. 2. Poczucie braku kontroli nad spożywaniem w czasie epizodu 3. Spożywanie pożywienia dyskretnie – w samotności, w nocy. <p>Powtarzające się niewłaściwe zachowania kompensacyjne, aby zapobiec przyrostowi masy ciała, takie jak prowokowanie wymiotów; nadużywanie środków przeczyszczających, moczopędnych, lewatywy lub innych leków.</p> <p>Napadowe jedzenie i niewłaściwe zachowania kompensacyjne występują co najmniej dwa razy w tygodniu przez 3 miesiące</p> <p>Samooocena uzależniona od masy ciała i wyglądu zewnętrznego. Zaburzenie nie występuje u chorych na anoreksję.</p>	<p>Wszystkie kryteria anoreksji są spełnione, lecz kobieta regularnie miesiączkuje.</p> <p>Wszystkie kryteria anoreksji są spełnione; waga w granicach normy, pomimo znacznej redukcji masy ciała.</p> <p>Regularne stosowanie nieodpowiednich zachowań kompensacyjnych przez kobiety z normalną masą ciała, po zjedzeniu małej ilości pokarmu.</p> <p>Powtarzanie żucia i wypluwanie jedzenia, bez połknięcia dużych ilości żywności.</p> <p>Nawracające epizody napadowego spożycia pokarmów przy braku regularnego korzystania z zachowań wyrównawczych charakterystycznych dla bulimii</p>

Tab. 1. Diagnostic criteria of eating disorders [21]

Anorexia nervosa	Bulimia nervosa	Non-specific type of eating disorders
<p>Refusal to gain body weight, to keep it at a constant level or above the adequate body mass depending on the age and height</p> <p>Intense fear of gaining weight or of an excess of fatty tissue, even in underweight women.</p> <p>Inadequate perception of one's own body, i.e. weight and shape, denying low body mass; self-evaluation depending on body mass.</p> <p>In menstruating women - no menstruation, i.e. at least three consecutive menstrual cycles lacking.</p>	<p>Recurring episodes of binge eating of excessive amounts of food.</p> <p>Binge eating of excessive amounts of food is characterized by:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Eating large quantity of food. 2. Sense of lack of control over eating during an episode. 3. Eating discreetly, in solitude, at night. <p>Repeated inappropriate compensatory behaviour to prevent gaining body weight, such as self-provoked vomiting, overdosing laxatives, diuretics, enema or other medication.</p> <p>Binge eating and inappropriate compensatory behaviour occurs at least twice a week for 3 months.</p> <p>Self-esteem depending on body weight and appearance. The disorder does not occur in patients with anorexia.</p>	<p>All the criteria of anorexia are met but the woman menstruates regularly.</p> <p>All the criteria of anorexia are met, weight within the norm, in spite of a considerable reduction of body mass.</p> <p>Regular use of inappropriate compensatory behaviour by women with normal body mass after eating small amounts of food.</p> <p>Repeated chewing and spitting out of food, without swallowing it in larger quantities.</p> <p>Recurring episodes of binge eating without a regular use of compensatory behaviour characteristic for bulimia.</p>

masy ciała. Warto zapytać również pacjentkę ile filiżanek kawy wypija dziennie, ponieważ kofeina powoduje brak łaknienia. Kobiety nadużywające kofeiny i dodatkowo uprawiające regularnie sport powinny także zostać podane diagnostyce [22].

Bansil i wsp. zaprezentowali dwa przykładowe kwestionariusze służące do wykrywania zaburzeń odżywiania, składające się z kilku prostych pytań (tab. 2, 3) [23].

LECZENIE – OPIEKA PRENATALNA

Podstawowe znaczenie w leczeniu tego typu zaburzeń odżywiania odgrywa zespół terapeutyczny, składający się z położnika, psychologa, psychiatry, dietetyka i położnej. Regularna komunikacja z innymi członkami zespołu terapeutycznego ma zasadnicze znaczenie w ogólnej opiece położniczej nad pacjentkami z zaburzeniami odżywiania [24]. Leczenie zwykle koncentruje się na zmianie nawyków żywieniowych i wizerunku własnego ciała. Oczywiście staje się, że kobiety z zaburzeniami odżywiania mogą wyrażać pozytywne uczucia wobec jednego ze swoich lekarzy, a dyskredytować resztę zespołu, próbując osłabić efekty leczenia. Współpraca między członkami zespołu terapeutycznego w ważnych kwestiach, takich jak na przykład przedział niezbędne przyrostu masy ciała, jest pomocna w terapii tego rodzaju zaburzeń odżywiania [25].

many cups of coffee she drinks every day since caffeine causes a lack of appetite. Women using caffeine in excess and additionally regularly practising sports should also be diagnosed [22].

Bansil et al. presented two sample questionnaires for detecting eating disorders, consisting of several simple questions (Table 2, 3) [23].

TREATMENT – PRENATAL CARE

The essential role in the treatment of that type of disorders is fulfilled by the therapeutic team, consisting of an obstetrician, a psychologist, a psychiatrist, a dietician and a midwife. Regular communication with other members of the therapeutic team is of fundamental importance in the general obstetrical care of patients with eating disorders [24]. The treatment usually concentrates on changing the woman's eating habits and her perception of her own body. It becomes obvious that women with eating disorders may display positive feelings towards one of their doctors, discrediting the rest of the team so as to diminish the results of the treatment. Co-operation between the team members with regard to important issues, such as the range of the necessary weight gain, is helpful in the therapy of disorders of that sort [25].

Tab. 2. Zestaw pytań badania przesiewowego wykrywającego zaburzenia odżywiania [23]

Pytania obrazujące kształtowanie się wskaźnika BMI u pacjentki	Pytania obrazujące historię zaburzeń odżywiania pacjentki
1. Jaka jest najmniejsza masa ciała jaką kiedykolwiek osiągnęłaś dla twojego obecnego wzrostu? 2. Jaka jest najwyższa masa ciała jaką kiedykolwiek osiągnęłaś dla twojego obecnego wzrostu?	1. Jakiego rodzaju działań pozwalających kontrolować masę ciała wykorzystywałaś w przeszłości? 2. Czy kiedykolwiek prowokowałaś wymioty lub używałaś środków przeczyszczających w celu kontroli wagi?

Tab. 2. A set of questions for a screening test for eating disorders [23]

Questions illustrating the patient's BMI evolution	Questions illustrating the history of the patient's eating disorders
1. What was the lowest body weight that you have ever had with your present height? 2. What was the highest body weight that you have ever had with your present height?	1. What sort of actions to control your body weight did you use in the past? 2. Have you ever provoked vomiting or used laxatives in order to control you weight?

Tab. 3. Zestaw pytań SCOFF służących badaniu przesiewowemu zaburzeń odżywiania [10]

Pytania SCOFF
1. Czy kiedykolwiek prowokowałaś wymioty, bo czułaś się niekomfortowo pełna? 2. Czy pomyślałaś kiedykolwiek, że straciłaś kontrolę nad ilością spożywanego pokarmu? 3. Czy czujesz się otyła mimo, że osoby z twojego otoczenia powtarzają, że jesteś zbyt szczupła? 4. Czy mogłabyś powiedzieć, że jedzenie zdominowało twoje życie?

* Za każdą odpowiedź „tak” przyznaje się 1 punkt; wynik 2 punkty i więcej wskazuje na prawdopodobieństwo wystąpienia anoreksji lub bulimii

Tab. 3. SCOFF questions for a screening test for eating disorders [10]

SCOFF questions
1. Have you ever provoked vomiting because you felt uncomfortably full? 2. Have you ever thought that you had lost control over how much you eat? 3. Do you feel fat although people around you keep saying you are too thin? 4. Would you say that food has dominated your life?

* 1 point for every „yes”; a score of 2 or more points indicates a likely case of anorexia or bulimia

Znajomość zachowań kobiet z zaburzeniami odżywiania może być pomocna w rozpoznaniu i leczeniu zaburzenia. Warto pamiętać, że te kobiety mają z reguły znaczne obawy o zwiększenie masy ciała, mogą starać się ukryć niedowagę poprzez warstwowe nakładanie odzieży lub noszenie ciężkich przedmiotów w kieszeniach, dlatego podczas każdej wizyty kontrolnej należy dokonywać pomiaru masy ciała w białiznie [24]. Ocena wskaźnika masy ciała (BMI) powinna być włączona do wstępnego badania fizykalnego. Jeżeli wskaźnik BMI wynosi 19 lub poniżej, lekarz/położna powinni ukierunkować wywiad na pytania dotyczące zachowań żywieniowych i postrzegania własnego ciała. Jeżeli zostaną rozpoznane wstępne objawy charakterystyczne dla aktywnej choroby, należy podjąć współpracę ze specjalistą w leczeniu anoreksji i bulimii [7].

U kobiet w ciąży z rozpoznąną anoreksją/bulimią oprócz standardowych badań laboratoryjnych, wykonuje się szereg dodatkowych badań:

- stężenie elektrolitów w surowicy;
- stężenie azotu mocznikowego we krwi;
- stężenie kreatyniny w surowicy;
- EKG;
- poziom hormonów tarczycy: T4 (zwykle w dolnej granicy normy); T3 (zwykle zaniżony) i TSH (na granicy normy).

Jeżeli utrata masy ciała wynosi ponad 25% i/lub stężenie potasu poniżej 2,5 mmol/l oraz towarzyszą zmiany w EKG pacjentki kwalifikują się do leczenia szpitalnego. Natychmiastowej pomocy należy udzielić tym pacjentkom, u których stwierdza się objawy otrzewnowe lub zmiany wartości enzymów sercowych. Ogólna większość pacjentek hospitalizowanych wymaga także nawodnienia i wyrównania metabolizmu [2].

PODSUMOWANIE

Pregoreksja, jako forma zaburzeń odżywiania występująca u kobiet w ciąży, ze względu na pewne wzorce kulturowe młodych kobiet może stanowić istotny problem współczesnego położnictwa. Omawiając zaburzenia odżywiania z kobietą ciężarną, warto uzyskać informacje na temat wzorców żywieniowych, stosunku do swojego ciała i seksualności [26]. Zaburzenia odżywiania są często utrzymywane w tajemnicy tak, że nawet najbliżsi nie są świadomi tego problemu. Kobieta ciężarna powinna wiedzieć, że nie musi ukrywać się ze swoją chorobą [27]. Jeżeli kobieta odważy się ujawnić swoją historię należy przede wszystkim pomóc jej poprzez omówienie z nią obaw przed przyrostem masy ciała w ciąży i uzasadnić konieczność przyrostu masy ciała dla prawidłowego rozwoju płodu [28]. Badanie USG jest kluczowym elementem oceny dobrostanu płodu i dostarcza bodźców motywujących matkę do zachowania zdrowia [2]. Przedstawienie anatomicznego rozwoju i wielkości płodu w zależności od wieku ciążowego może być pomocne w zrozumieniu zasad prawidłowego odżywiania. Ponadto koncentracja uwa-

Knowledge of behaviour patterns of women with eating disorders may be useful in the diagnosis and treatment of the disorder. It is worth remembering that those women are, as a rule, greatly concerned about weight gain, so they may try to hide their being underweight by wearing several layers of clothing or carrying heavy objects in their pockets; therefore, they should strip to the underwear for body weight measurements [24]. The body mass index (BMI) should be included in the preliminary physical examination. If the BMI is 19 or less, a doctor/midwife should direct the history-taking conversation towards questions concerning eating habits and perception of the woman's own body. If initial symptoms, characteristic for an active disease, have been recognized, co-operation with a specialist in the treatment of anorexia and bulimia is necessary [7].

Pregnant women with diagnosed anorexia/bulimia require, apart from the standard laboratory assays, a number of additional tests:

- serum electrolytes,
- blood urea nitrogen,
- serum creatinine,
- ECG,
- thyroid hormone level: T4 (usually at the lower norm limit), T3 (usually lowered) and TSH (at the norm limit).

If the body weight loss exceeds 25% and/or potassium level is lower than 2.5 mmol/l and accompanied by changes in the ECG, a patient qualifies for hospital treatment. Patients who display peritoneal symptoms or changes of the cardiac enzyme level require immediate help. A general majority of hospitalized patients also require hydration and metabolism compensation [2].

SUMMARY

Pregorexia as a form of eating disorders occurring in pregnant women may become a significant problem of modern obstetrics due to certain cultural patterns followed by young women. When discussing eating disorders with a pregnant woman, it is advisable to collect information on her eating habits as well as her attitude towards her body and sexuality [26]. Eating disorders are often kept secret so that even the closest persons are unaware of the problem. A pregnant woman should know that she does not need to hide her disease [27]. If she dares to reveal her story, the help should involve first of all discussing her fears of gaining weight in pregnancy and explaining the necessity of weight gain for a normal fetal development [28]. Ultrasonographic examination is the key element of an assessment of fetal welfare and a source of stimuli motivating the mother to stay healthy [2]. A presentation of anatomical development and size of the fetus depending on the gestational age may help in understanding the principles of proper nutrition. Moreover, concentrating attention on the health of the developing child reduces the woman's

gi na zdrowiu rozwijającego się dziecka zmniejszy zainteresowanie przyrostem masy ciała [27]. Szczególną opieką powinny zostać otoczone kobiety, które w pierwszym trymestrze ciąży doświadczyły uporczywych nudności i wymiotów. Ciężarnym, które w przeszłości doświadczyły jednej z form zaburzeń odżywiania należy pomóc w odróżnieniu wczesnych dolegliwości związanych z rozwojem ciąży (tj. nudności, wymioty) od mechanizmów kompensacyjnych wykorzystywanych w przebiegu pregoreksji. Natomiast kobietom, które na wiadomość o ciąży radykalnie zredukowały bądź zaprzęstały szkodliwych zachowań związanych z odżywianiem, dolegliwości pierwszego trymestru mogą wydawać się nawrotem choroby [7]. Stąd, jeśli tylko ustalono jakikolwiek epizod zaburzeń odżywiania, to pierwszy trymestr ciąży powinien zostać objęty uważną obserwacją, a każdy wstępnie rozpoznany przypadek należy skierować do konsultacji z psychologiem i dietetykiem [14]. W wywiadzie należy zwrócić uwagę na niewyjaśnione spontaniczne poronienia, wewnątrzmaciczne obumarcia płodu lub śmierć noworodka, rozważając ryzyko występowania pregoreksji obecnie lub w przeszłości [2].

interest in her own weight gain [27]. Women who suffer from persistent nausea and vomiting in the first three months of pregnancy should receive special care. Those pregnant women who had experienced some form of eating disorders in the past should be helped to distinguish early complaints associated with pregnancy (i.e. nausea, vomiting) from the compensatory mechanisms used in pregorexia. To women who - at the news of pregnancy - radically reduced or stopped harmful behaviour related to eating the complaints of the first trimester may appear to be a recurrence of the disease [7]. Therefore, if any episode of eating disorders has been identified in the patient's history, the first trimester of pregnancy should be carefully monitored and each initially diagnosed case should be consulted with a psychologist and a dietician [14]. In history-taking, attention should be paid to unexplained spontaneous miscarriages, intrauterine fetal death or neonatal death, as they may be related to the risk of present or past pregorexia [2].

Piśmiennictwo / References:

1. **Mikołajczyk E, Samochowiec J.** Cechy osobowości u pacjentek z zaburzeniami odżywiania. *Psychiatria* 2004;1(2):91-5.
2. **Mitchell-bielegghem A, Mittelstaedt M, Bulik CM.** Eating Disorders and Childbearing: Concealment and Consequences *Birth* 2002;29(3):182-191.
3. www.psychologowie.info, 13.05.2012
4. **Mathieu J.** What is Pregorexia? *Journal of the American Dietetic Association* 2009;109(6):976
5. **Torgersen L, Von Holle A, Richborn-Kjennerud T et al.** Nausea and vomiting of pregnancy in women with bulimia nervosa and eating disorders not otherwise specified. *International Journal of Eating Disorders* 2008;41 (8):722-727.
6. **Waugh E, Bulik CM.** Offspring of women with eating disorders. *International Journal of Eating Disorders* 1999;25(2):123-133.
7. **Newton Ms, Chizawsky LL.** Treating vulnerable populations: the case of eating disorders during pregnancy. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology* 2006;27(1):5-7.
8. www.odchudzanie.medigo.pl 10.05.2012
9. **Schmidt U.** Epidemiology and etiology of eating disorders *Psychiatri* 2005; 4(4):5-9.
10. **Bień AM.** Opieka nad kobietą ciężarną. Wydawnictwo PZWL, Warszawa 2009.
11. **Józefik B.** Anoreksja i bulimia psychiczna: rozumienie i leczenie zaburzeń odżywiania się. Wyd. 2 zmien. I uzup. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego Kraków 1999.
12. www.prenatal-health.com 07.05.2012
13. **Franko DL, Blais MA, Becker AE et al.** Pregnancy complications and neonatal outcomes in women with eating disorders. *American Journal of Psychiatry* 2001;158 (9):1461-1466.
14. **Mazer-Poline C, Fornari V.** Anorexia nervosa and pregnancy: having a baby when you are dying to this-case report and proposed treatment guidelines. *International Journal of Eating Disorders* 2009;42(4):382-384.
15. www.baby-shower.pl 07.05.2012
16. **Nowakowska K, Borkowska A.** zwyczaje żywieniowe dziewcząt z rozpoznaniem anoreksji i ich matek. *Psychiatria* 2006;3(3):133-137.
17. **Mitchell AM, Bulik CM.** Eating Disorders and Women's Health: *An Update Journal of Midwifery & Women's Health* 2006 May-Jun;51(3):193-201.
18. **Senior R, Barnes J, Emberson JR, Golding J.** AL-SPAC Study Team. Early experiences and their relationship to maternal eating disorder symptoms, both lifetime and during pregnancy. *British Journal of Psychiatry* 2005;187:268-273.
19. **Resch M, Szendei G.** Gynecologic and obstetric complications in eating disorders. *Orvosi Hetilap* 2002 Jun 23;143(25):1529-1532.
20. **Blais MA, Becker AE, Burwell RA et al.** Pregnancy: outcome and impact on symptomatology in a cohort of eating-disordered women. *International Journal of Eating Disorders* 2000;27(2):140-149.
21. **Balanda A, Makra-Studzińska M, Iwanowicz-Palus G.** Psychologia w położnictwie i ginekologii, Wydawnictwo PZWL, Warszawa 2009.
22. **Siega-Riz AM, Haugen M, Meltzer HM et al.** Nutrient and food group intakes of women with and without bulimia nervosa and binge eating disorder during pregnancy. *American Journal of Clinical Nutrition* 2008; 87(5):1346-1355.
23. **Bansil P, Kuklina EV, Whiteman MK et al.** Eating disorders among delivery hospitalizations: prevalence and outcomes. *Journal of Women's Health* 2008;17(9):1523-1528.
24. **Koubaa S, Hallstrom T, Lindholm C, Hirschberg AL.** Pregnancy and neonatal outcomes in women with eating disorders. *Obstetrics & Gynecology* 2005; 105(2):255-260.
25. **Franco DL, Spurrell EB.** Detection and management of eating disorders during pregnancy. *Obstetrics & Gynecology* 2000; 95(6 Pt 1): 942-946.
26. **Madsen IR, Horder K, Stoving RK.** Remission of eating disorder during pregnancy: five cases and brief clinical review. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology* 2009;30(2):122-126.
27. **James SC.** Eating disorders, fertility, and pregnancy: relationships and complications. *Journal of Perinatal & Neonatal Nursing* 2001;15(2):36-48.
28. **Little L, Lowkes E.** Critical issues in the care of pregnant women with eating disorders and the impact on their children. *Journal of Midwifery & Women's Health* 2000;45(4):301-307.