

Pika, geri çıkarma bozukluğu nedir? Tanı ve tedavi yaklaşımları

What is pica and rumination disorder? diagnosis and treatment approaches

Murat Kaçar¹, Çiçek Hoccoğlu²

¹Dr.Öğr. Üyesi, Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD, Rize, Türkiye
https://orcid.org/0000-0002-8887-2991

²Prof., Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD, Rize, Türkiye
https://orcid.org/0000-0001-6613-4317

ÖZET

Pika ve geri çıkarma bozukluğu (ruminasyon bozukluğu), Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı 5.baskısında beslenme ve yeme bozuklukları başlığı altında tanımlanmıştır. Çocuklarda ve ergenlerde her iki bozukluk için de sınırlı epidemiyolojik veriler vardır. Etiyolojide psikososyal ve biyokimyasal faktörler öne çıkmaktadır. Özellikle düşük sosyoekonomik düzey, ihmal, istismar, yetersiz anne-çocuk etkileşimi ile bozuklukların güçlü ilişkisi gösterilmiştir. Demir, kalsiyum ve çinko dahil olmak üzere pika ve mikrobesein eksiklikleri arasındaki ilişki iyi tanımlanmıştır. Gelişimsel engelli çocuklar birçok problem davranış biçimi için daha fazla risk altında olsa da pika özellikle yaşamı tehdit eden tıbbi sonuçlarla sonuçlanabilmesi nedeniyle önemlidir. Ruminasyon bozukluğunda kendiliğinden remisyon sık görülmesine rağmen ilerleyici beslenme bozukluğu, dehidratasyon, hastalıklara direncin düşmesi gibi sekonder komplikasyonlar da gelişebilir. Günümüzde pika ve ruminasyon bozukluğu için spesifik olarak kanıta dayalı tedavi protokolü bulunmamaktadır. Tedaviler psikososyal, çevresel, davranışsal ve aile rehberliği yaklaşımlarını öne çıkarmaktadır. Bu bozuklukların tedavisine yönelik güçlü klinik önerilerin geliştirilmesini sağlamak için randomize kontrollü çalışmaların yapılmasına ihtiyaç vardır. Gelecekteki araştırmalar için öneriler, beslenme ve yeme bozukluklarının erken belirleyicileri üzerinde odaklanmış, desteklenen tedavileri ve önleme programlarını tanımlamayı içermektedir. Son yıllardaki araştırmalar dikkate alınarak yapılan bu gözden geçirme, her iki bozukluk için tanı ölçütlerini, klinik özelliklerini ve tedavi seçeneklerini özetlemektedir.

Anahtar Sözcükler: Pika, geri çıkarma bozukluğu, tanı, tedavi

(*Klinik Psikiyatri Dergisi* 2019;22:347-354)

DOI: 10.5505/kpd.2019.50570

SUMMARY

Pica and rumination disorder are described under the heading of nutrition and eating disorders in Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5th ed. In children and adolescents there is limited epidemiological data for both disorders. Psychosocial and biochemical factors come to the forefront in etiology. Particularly low socioeconomic level, neglect, abuse, inadequate maternal-child interaction and strong association of disorders have been shown. The relationship between pica and micronutrient deficiencies, including iron, calcium and zinc, is well defined. Children with developmental disabilities are more at risk for many problem behaviors, but pica is especially important because it can result in life-threatening medical consequences. It is thought that oesophageal reflux may be a predisposition to ruminating behavior but is the main cause of psychosocial problems and / or impairment of operant conditioning. Even though spontaneous remission is frequent in rumination disorder, secondary complications such as progressive malnutrition, dehydration and resistance to diseases may develop. Currently, no evidence-based treatment protocol exists specifically for pica and rumination disorders. The treatments emphasize psychosocial, environmental, behavioral and family guidance approaches. There is a need for randomized controlled trials to develop strong clinical recommendations for the treatment of these disorders. Suggestions for future research include identifying supported therapies and prevention programs focused on early determinants of nutrition and eating disorders. This review, based on recent research, summarizes diagnostic criteria, clinical features and treatment options for both disorders.

Key Words: Pica, rumination disorder, diagnosis, treatment

GİRİŞ

Pika besleyici değeri olmayan veya besin olmayan maddelerin düzenli ve aşırı miktarda yenmesi ile karakterize bir yeme bozukluğudur. Pika terimi Latince'de 'saksağan' anlamına gelmekte olup saksağan gıda dışı ürünler ile benzer şekilde beslenmekle tanınan bir kuştur. Pika ilk olarak M.Ö. 400'de Hipokrat tarafından tanımlanmıştır (1). Pika DSM IV'te Genellikle İlk kez Bebeklik, Çocukluk ya da Ergenlik Döneminde Tanısı konan bozukluklar kategorisinin altında yer almaktaydı. Fakat pika, DSM-V'te bu kategorinin kaldırılması sonrası beslenme ve yeme bozuklukları bölümünde yerini aldı ve kriterleri daha açıklanır hale getirildi. Bununla birlikte bozukluğun her yaş grubunda kişilerde tanımlanabilmesine izin verildi (2).

Pika çocukluk yaş grubunda daha fazla olmak üzere tüm toplumlarda ve yaş gruplarında görülebilir. Kültürel pika, birçok ülkenin geleneklerinde bulunur ve tüm dünyada bazı toplumlarda ortak bir uygulama olarak devam etmektedir. Kültürel olarak pika davranışı (özellikle jeofajiler, toprak ya da kil yutulması) hamilelik, çocuk sahibi olma ve emzirme ile ilişkilidir (3,4,5). Tipik olarak, küçük çocuklar boya, sıva, iplik, saç ve kumaş parçaları yiyebilir, büyük çocuklar toprak, hayvan dışkısı, taş, silgi ve kağıt yiyebilirler (6). Günümüzde son bilgiler pikanın çok nedenli olduğunu göstermektedir. Çalışmamızda pikanın etiyojisi, tanısı ve tedavisi ile ilgili güncel bilgilerin gözden geçirilmesi amaçlanmıştır.

Epidemiyoloji

Pikanın potansiyel olarak ciddi tıbbi sonuçlarına rağmen, çocuklukta prevalansı ve diğer psikopatolojilerle ilişkisi hakkında çok az şey bilinmektedir. DSM-5 kriterlerini kullanan epidemiyolojik çalışmalar yetersizdir. İsviçre'de 7-13 yaş arası 1430 çocukla yapılan çalışmada, klinik olarak anlamlı pika davranışı % 3.8 oranında bulunmuştur (7). Almanya'da 7-14 yaş arası 804 çocukla yapılan toplum temelli bir çalışmada pika sıklığı % 4,98 olarak bulunmuştur. Aynı çalışmada erkeklerde sıklık anlamlı olarak kızlardan daha fazla bulunmuştur (8). Çalışmalar ayrıca, pikanın dünya genelinde heterojen olduğunu ve Afrika'da diğer

kıtalarla kıyasla daha yüksek bir prevalans olduğunu belirtmiştir (9).

Hamilelik sırasında pika davranışı dünya çapında bildirilmiştir ve en yaygın olarak kırsal ülkelerde ve düşük gelirli ailelerde bulunur (10). Hamile ve postpartum dönemde olan kadınların araştırıldığı bir meta analizde pika prevalansı %27.8 saptanmıştır. Aynı çalışmada Avrupa, Asya ve Amerika'da hamilelik ve postpartum sırasında pika davranışı sıklık oranları Afrika'ya kıyasla oldukça düşük bulunmuştur (11). Örneğin Danimarka'da yapılan bir çalışmada, gebe kadınlarda % 0.02 pika yaygınlık oranı tanımlanmıştır (12). Bir başka çalışmada kesitsel ve prospektif olarak yüksek riskli gebeliği olan 913 kadın araştırılmıştır. Hamilelerin % 5.7'sinde pika tanısı saptanmış olup pikanın en sık tipi % 57.7 oranla jeofaji bulunmuştur (13). Brezilya'da yapılan bir çalışmada, hamile kadınların % 14.4'ünde pika saptanmıştır (14). Mental retardasyonlu bireylerde pika prevalansı %5.7 ila %25.8 arasında değişmektedir (15). Pika, gelişimsel engelli bireylerde en sık gözlenen yeme bozukluklarından biri olmasına rağmen, kliniğe başvuru sık olmamaktadır (16).

Etiyoloji

Etiyolojisi yeterince anlaşılmamıştır ve muhtemelen çok faktörlüdür. Psikososyal ve biyokimyasal faktörler ön plandadır. Pikanın, özellikle uyaran azlığı ve ebeveyn ihmalinin olduğu ortamlardan öğrenilmiş bir davranışın sonucu olarak ortaya çıkabileceği öne sürülmektedir (17). Düşük sosyoekonomik düzey, ihmal, istismar, yetersiz anne-çocuk etkileşimi ile pikanın güçlü ilişkisi gösterilmiştir (6,18).

Pika olan çocuklar, eksik oldukları besin maddelerinden zengin maddeleri yiyebilir. Yeni bir meta-analizde anemi, mikrobesein eksiklikleri ve pika arasındaki ilişki ortaya konulmuştur. Toprak ve buz açlığı demir ve çinko eksikliği ile ilişkili bulunmuştur (19). Erişkinlerde pika özellikle demir eksikliğinin en fazla görüldüğü gebelik dönemi ile ilişkilidir. Gebelikteki pika, azalmış demir depoları ya da düşük hemoglobin değerleri ile ilişkili bulunmuştur (11).

Pika sıklıkla mental retardasyon ve gelişimsel sorunlarla ilişkilidir. Genel popülasyona nispeten zeka geriliği olan çocuklarda daha sık görülmekte olup zeka düzeyi düştükçe pikanın sıklığı da artmaktadır (6). Dünyada pikanın çok farklı tipleri görülmekte olup ülkemizde anemi ve primer hipotiroidi tanısı ile kömür yeme alışkanlığı olan farklı bir olgu bildirilmiştir (20).

Klinik Özellikler

Klinik görünümü oldukça değişkendir. Pika davranışları sıklıkla 12-24 aylıkken başlamaktadır. Mevcut yeme sorununun şiddeti ve tüketilen maddenin doğasına göre sekonder zehirlenme, enfeksiyon, gastrointestinal bulgular ve dental sorunlar ortaya çıkmaktadır. Birçok olgu ciddi bir komplikasyon gelişene kadar tanı konamamaktadır (21,22). Gelişimsel engelli çocuklar birçok problem davranış biçimi için daha fazla risk altında olsa da pika özellikle yaşamı tehdit eden tıbbi sonuçlarla sonuçlanabilmesi nedeniyle önemlidir. Ciddi ve potansiyel olarak ölümcül olan tıbbi komplikasyonlar arasında barsak tıkanıklığı ve perforasyon, boğulma, paraziter enfeksiyonlar ve zehirlenme sayılabilir. Daha az tehlikeli tıbbi konular ise beslenme yetersizliği, ağız ve diş sağlığı sorunları, irritabl bağırsaklar, genişlemiş kolon ve kabızlıktır (23). Pika aynı zamanda sosyal damgalanmaya da yol açabilir, bunun ardından sosyal izolasyon potansiyel olarak pika maddelerini arama ve alma davranışını arttırabilir (6).

Tanısal Değerlendirme

Pika, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı 5.baskısında (DSM-5) gelişimsel düzey olarak uygun olmayan, kültürel ve toplumsal olarak normal olmayan, gıda dışı ve besleyici olmayan maddelerin 1 ay veya daha uzun süre boyunca sürekli tüketilmesi olarak tanımlanmıştır. Pika için DSM-5 tanı ölçütleri tablo-1'de verilmiştir (2). Tanı, DSM-5 kriterlerine dayanan

yapılandırılmamış klinik görüşmeler yoluyla veya standart bir değerlendirme kullanılarak konulabilir. DSM-5 için Yeme Bozukluğu Değerlendirmesi (EDA-5) klinisyenlerin veya araştırmacıların DSM-5 beslenme ve yeme bozukluklarını belirleme amaçlı, iyi psikometrik özellikleri olan kısa bir "uygulama" tabanlı görüşmedir (24). Pika, Kaçınan/Kısıtlı yiyecek alımı bozukluğu ve Ruminasyon Bozukluğu Görüşmesi (PARDI), pika tanısı için klinik olarak kullanılabilen ve 2 yaş ve üstü bireyler arasında şiddet ve ilgili bozukluğun daha ayrıntılı değerlendirildiği yarı yapılandırılmış bir görüşmedir (25). PARDI, pika ciddiyetinin sürekli bir ölçüsünü sağlayan tek standartlaştırılmış klinik değerlendirme aracıdır. Pika sıklıkla otizm spektrum bozukluğu ve mental retardasyonda ortaya çıkmakta olup klinik açıdan dikkat çekecek şiddete ise pika tanısı konulmaktadır. Kapsamlı gelişim öyküsü, yaşam çevresi, mevcut tıbbi durum, yenilen maddeler sorgulanmalıdır. Tam kan sayımı, demir düzeyi incelenmelidir. Pikası olan olgular değerlendirilirken çocuğun fiziksel ve zihinsel durumuyla birlikte aile işlevselliği de değerlendirilmelidir (23).

Pikanın ayırıcı tanısında diğer beslenme bozuklukları, demir eksikliği ya da çinko eksikliği akla gelmelidir. Pika eğer ciddi boyutta değilse ve otizm spektrum bozukluğu, mental retardasyon, erken başlangıçlı şizofreni ya da Kleine Levin Sendromu tanısını karşılıyorsa; pika tanısından uzak durmak gerekmektedir.

Tedavi

Günümüzde pika için spesifik olarak kanıta dayalı tedavi protokolü bulunmamaktadır. Tedavilerde psikososyal, çevresel, davranışsal ve aile rehberliği yaklaşımları öne çıkmaktadır. Çalışmalarda çeşitli davranışsal tedavi yöntemlerinin pikayı azalttığı ve tedavi başarısının %80'lere yaklaştığı gösterilmiştir (26). Bu yöntemlerden bazıları; pozitif ve negatif

Tablo 1. Pika için DSM-5 tanı kriterleri

- En az bir ay süreyle, sürekli olarak, besleyici değeri olmayan, besin olmayan maddeleri yeme.
- Besleyici değeri olmayan, besin olmayan maddeleri yeme tutumu, kişinin gelişimsel düzeyi ile uyumlu değildir.
- Bu yeme davranışı, kültürel dayanağı olan ya da toplumsal olarak olağan kabul edilebilecek bir uygulama değildir.
- Bu yeme davranışı, başka bir ruhsal bozukluk bağlamında ortaya çıkıyorsa (örn. entelektüel yeti-yitimi [entelektüel gelişimsel bozukluk], otizm açılımı kapsamında bozukluk, şizofreni), ayrıca klinik değerlendirilmeyi gerektirecek denli ağırdır.

pekiştirme, yenebilir olmayan maddelere erişimin fiziksel olarak kısıtlanması, alışkanlığı tersine çevirme, sistematik duyarsızlaştırma olarak sıralanabilir (21,23). Tedavide pikaya yönelik psikoeğitimin önemli yeri vardır. Çocuğa bakım verenler, pikanın kurşun zehirlenmesine varan komplikasyonları hakkında uyarılmalıdır. Ailenin olgunun ne yediğini denetlemesi, boya gibi kurşun içeren maddeleri yemesini önlemek açısından olguyu izlemeleri gerektiği aktarılmalıdır. Ailenin sosyal desteğinin artırılması, güçlüklerini gidermelerine yardımcı olunması ve böylelikle anne-çocuk ilişkisini iyileştirmek tedavinin önemli bir parçasıdır (27). Besin takviyeleri genellikle gelişimsel geriliği olan veya olmayan bireylerde pikayı azaltmak için kullanılır.

Pika diğer hastalıklara sekonder ise, altta yatan hastalığın tedavisi gereklidir. Demir eksikliği olan olgularda demir tedavisi sıklıkla önerilmekte olup bir çok olguda pikayı azalttığı gösterilmiştir (28). Tedavide nadiren acil cerrahi girişime ihtiyaç duyulur.

Pikanın farmakoterapisine yönelik şimdiye kadar yapılan çalışmalarda, impulsif ya da obsesif-kompulsif davranışlarla karakterize olan diğer psikiyatrik bozuklukların pika ile ortak özellikler gösterdiği öne sürülmüştür. Bazı çalışmalarda obsesif kompulsif bozuklukta olduğu gibi pikanın da seçici serotonin gerilim inhibitörleri (SSGİ) tedavisine yanıt verebileceği öne sürülmektedir (18,29). Ayrıca komorbid dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğunun stimulanla tedavi edildiği olgularda pikanın da azaldığı saptanmıştır (30).

Ruminasyon bozukluğu (Geri çıkarma bozukluğu)

Giriş ve tarihçe

Ruminasyon bozukluğu (Geri çıkarma bozukluğu) sıklıkla istem dışı veya alışkanlık olarak tanımlanan yineleyici tekrarlayan gıda regürjitasyonu ile karakterize bir yeme bozukluğudur. “Ruminasyon” kelimesi, “geviş getirmek” anlamına gelen Latince “ruminare” sözcüğünden türetilmiştir. Ruminasyon bozukluğu (Geri çıkarma bozukluğu) DSM IV’te Genellikle İlk kez Bebeklik, Çocukluk ya da Ergenlik Döneminde Tanısı konan bozukluklar ka-

tegorisinin altında yer almaktaydı. Ruminasyon bozukluğu (Geri çıkarma bozukluğu), DSM-5’te bu kategorinin kaldırılması sonrası beslenme ve yeme bozuklukları bölümünde yerini aldı. Kriterler daha açıklanır hale getirildi ve bu bozuklukların her yaş grubunda tanımlanabilmesine izin verildi (2).

Ruminasyon, sindirilen gıdaların sindirilebilirliğinin arttırılmasına yardımcı olan sığır, koyun ve keçiler gibi geviş getiren hayvanlar tarafından gerçekleştirilen normal fizyolojik bir süreçtir. Ancak, ruminasyon insanlarda tekrarlı olarak meydana gelirse patolojik olarak kabul edilir ve bu durum ruminasyon bozukluğu olarak bilinir. Tarihsel olarak ruminasyon bozukluğunun, özellikle çocuklarda ve bebeklerde ve gelişim geriliği olan hastalarda ortaya çıkan bir durum olduğu düşünülmüştür. Bununla birlikte ruminasyon, sağlıklı ergenlerde ve yetişkinlerde ortaya çıkabilen bir bozukluk olarak da bilinmektedir. Çalışmamızda Ruminasyon bozukluğunun etiyolojisi, tanısı ve tedavisi ile ilgili güncel bilgilerin gözden geçirilmesi amaçlanmıştır.

Epidemiyoloji

Ruminasyon nadiren görülmektedir. İnsidans ve prevalansa ilişkin epidemiyolojik veriler çok sınırlıdır (31). Ruminasyon gelişim geriliği olanlarda herhangi bir yaşta görülebilirken gelişimi normal olan çocuklarda başlangıç zamanı 3-12 ay arasındadır. Erkeklerde daha sık olduğu bildirilmiştir (32). Kolombiya’da 0-48 aylık 1231 çocuktan oluşan kesitsel bir çalışmada, ruminasyon prevalansı % 4.7 olarak bulundu (33). Ruminasyon bozukluğunun mental retarde küçük çocuklarda %6 -%10 sıklığında olduğu bildirilmiştir (34).

Ruminasyon bozukluğu sadece Bebeklik veya Erken Çocukluk Dönemi Beslenme Bozukluğu değildir; yetişkinler de bu tanıyı DSM-5 altında alabilirler ve yetişkin vakaları literatürde bildirilmiştir (35). Avustralya ve Meksika’da yapılan popülasyona dayalı iki çalışmada, erişkinlerde prevalansı sırasıyla % 0.8 ve % 0.9 olarak bulunmuştur (36,37). Erişkinlerin bir çoğunda diğer yeme bozuklukları ile birliktelik gösterir (38). Yeme bozukluğu ve fibromiyalji gibi özel popülasyonlarda, ruminasyon bozukluğu hastaların % 7 ila % 8’i gibi daha yüksek

bir sıklıkta olduğu bildirilmiştir (39). Kadınlarda daha sık görülme sebebi, kadınların fonksiyonel gastrointestinal bozukluklar için sağlık hizmeti arama olasılıklarının daha yüksek olması ile ilgili olabilir (40).

Etiyoloji

Ruminasyon bozukluğunun etiyojisi multifaktöriyeldir. Kültürel, sosyoekonomik, organik ve psikodinamik faktörler ön plandadır. Özellikle olumsuz psikososyal çevre ve stresli yaşam olaylarının ruminasyon bozukluğu ile ilişkisi gösterilmiştir (41). Anne-çocuk ilişkisindeki yetersizlik, uyarıcı eksikliği ve ihmal çocuğun kendini rahatlatma davranışına gitmesine neden olabilir (42). Mide içeriğini tekrar ağza getiren çocuk yeme sürecini tekrar başlatır ve kendini yatıştırarak gerginlikten kurtulmaya çalışır.

Ruminasyon bozukluğu sıklıkla zeka geriliği ile beraber görülmektedir. Ruminasyonun bebeklerde ve gelişimsel geriliği olan bireylerde kendiliğinden yatıştırıcı bir davranış olarak işlev görebileceği düşünülmektedir (43). Ruminasyonda medikal/fiziksel faktörlerin rolü henüz çok iyi bilinmemektedir. Gastroözefageal reflü hastalığı ile ruminasyonun başlangıcı arasında bir ilişki bulunmasına rağmen, mide bulantısı ve kusma gibi belirtilerin diğer bir çok mide rahatsızlıklarında ruminasyondan önce gelebileceği veya eşlik edebileceği düşünülmektedir. Özafageal reflünün ruminasyon davranış için bir yatkınlık oluşturabileceği ancak psikososyal sorunların ve/veya edimsel koşullanmanın bozukluğun ortaya çıkmasına temel neden olduğu düşünülmektedir (44).

Klinik Özellikleri

Bu bozukluğun en önemli özelliği yeme fonksiyonları normal iken yineleyen regürjitasyon ve yiyeceklerinin tekrar çiğnenmesidir. Ruminasyon sırasında; bebek, dil ile emme hareketleri yaparken kafasını geriye yaslar, sırtını gererek pozisyon alır ve kendi kendini yatıştırıyor ya da uyarıyor gibi görünür. Ruminasyon bozukluğunda kusma, öğürme veya yiyecekten hoşlanmama davranışları olmaz. Öğünler arasında

bebek aç ve huzursuz olabilir.

Ruminasyonun ana semptomu, mide bulantısı olmadan kusma olarak tarif edilmesine rağmen, ağızdan alınan yutulan gıda ve sıvının tekrarlayan yetersizliğidir. Regürjitasyon tipik olarak bir yemekten 10 ila 15 dakika sonra ortaya çıkabilir fakat 1 ila 2 saate kadar sürebilir. Gıdalar tekrar yutulabilir veya ağza çıkarılabilir. Bazı hastalarda semptomlar aralıklı olabilir veya yemeğin büyüklüğüne ve içeriğine bağlı olarak değişebilir. Ancak, hastaların çoğunda, ruminasyon, yemek türünden bağımsız olarak, yemeklerden sonra her zaman meydana gelir. Ruminasyon sadece sıvı yutulduktan sonra bile gerçekleşebilir. Karakteristik olarak, sıvıların yutulması katı gıdaların ruminasyonunu kolaylaştırır. Regürjitasyon genellikle ekşi ve acı bir tada sahip değildir ve sıklıkla yeni alınan yemeğe benzer bir tat olarak tanımlanmaktadır (45).

Kendiliğinden remisyon sık görülmesine rağmen ilerleyici beslenme bozukluğu, dehidratasyon, hastalıklara direncin düşmesi gibi sekonder komplikasyonlar da gelişebilir. Ruminasyon kilo kaybı, malnütrisyon, özefajit, elektrolit dengesizliği ve dış minesinde erozyon gibi durumlara neden olabilmektedir (38). Ruminasyon bozukluğunun klinik özelliklerinin bilinmemesi bireylerin sıklıkla yanlış tanı almasına veya geniş, maliyetli, invaziv tıbbi tedavilerin uygulanmasına neden olabilmektedir.

Tanısal Değerlendirme

Ruminasyon bozukluğunun için DSM-5 tanı ölçütleri tablo-2'de verilmiştir (2). DSM-5 için Yeme Bozukluğu Değerlendirmesi (EDA-5) klinisyenlerin veya araştırmacıların DSM-5 beslenme ve yeme bozukluklarını belirleme amaçlı kullandığı kısa bir ölçektir (24). Pika, Kaçınan/Kısıtlı yiyecek alımı bozukluğu ve Ruminasyon Bozukluğu Görüşmesi (PARDI), ruminasyon bozukluğunun tanısı için klinik olarak kullanılabilen yarı yapılandırılmış bir görüşmedir (25). Klinisyenin gastrointestinal anomalileri, enfeksiyonları ve başka tıbbi rahatsızlıkları dışlaması gerekir. Ruminasyon davranışının, kusma veya asit reflüsünden ayırt edilmesi gereklidir. Tanı için gastrointestinal bir durum dışlama olarak kabul edilse

Tablo 2. Ruminasyon bozukluğu için DSM-5 tanı kriterleri

- A. En az bir ay süreyle, sık sık yediği yiyeceği geri çıkarma. Çıkanlan yiyecek yeniden çiğnenebilir, yeniden yutulabilir ya da dışarı tükürülebilir.
- B. Sık sık geri çıkarma, eşlik eden bir mide-bağırsak hastalığına ya da başka bir sağlık durumuna (örn. gastroözefageal reflü, pilor stenozu) bağlanamaz.
- C. Bu yeme bozukluğu, yalnızca anoreksiya nervoza, bulimiya nervoza, tokmırcasına yeme bozukluğu ya da kaçınan/kısıtlı yiyecek alımı bozukluğunun gidişi sırasında ortaya çıkmamaktadır.
- D. Bu belirtiler, başka bir ruhsal bozukluk bağlamında ortaya çıkıyorsa (örn. entelektüel yeti-yitimi [entelektüel gelişimsel bozukluk] ya da başka bir nörogelişimsel bozukluk) ayrıca klinik değerlendirilmeyi gerektirecek denli ağırdır

de özafageal reflü ile ruminasyon bozukluğu arasında yüksek bir birliktelik vardır.

Tedavi

Ruminasyon bozukluğu büyük oranda kendiliğinden iyileşen bir sorundur. Erişkinlerde genelde daha kronik bir gidiş vardır (46). Günümüzde, randomize kontrollü çalışmalar ruminasyon bozukluğu için tercih edilen tedavileri belirlememiştir. Tedavide öncelikli olarak ruminasyon davranışına neden olan altta yatan mekanizmaları kapsamlı bir şekilde araştırmak gerekmektedir (32). Gerek düşük prevalans oranları gerek klinikte heterojen bir görünüm sergilemesinden dolayı tedavi seçeneğine yönelik bilgiler olgu serileriyle sınırlı kalmıştır. Genellikle tedavi seçeneği komorbid durumlar ve bozukluğun şiddetine göre değişiklik göstermektedir (21).

Davranışçı tedaviler yeme davranışının farkındalığını arttırmak amaçlı kendi kendini gözlemlene, fizyolojik uyarınları azaltmak için gevşeme egzersizleri, dikkati farklı yöne çekme, sistematik duyarsızlaştırma ve alışkanlığı tersine çevirme protokollerini içerir (47). Bununla birlikte birkaç vaka raporu, diyafragma solunumu kullanılarak semptomların azaldığını göstermiştir (35). Diyafragmatik solunum egzersizlerinin ruminasyonu başlatan abdominal basınç artışını sağlayan dürtüyle yarıştığı ve ruminasyon davranışının tersine dönmesine katkıda bulunduğu düşünülmektedir (46). Ruminasyon bozukluğu olan bireyler arasında ruminasyon, yemeğin başlaması veya sonlanması veya yemek yerken doluluk hissi gibi dış ipuçlarına cevap olarak öğrenilmiş bir alışkanlık olarak hizmet edebilir. Bireyler, bu davranışın öğrenilmiş bir cevap olduğunun farkında olmayabilir. Bu gibi durumlar-

da, regürjitasyon davranışının sürdürülmesinde bireyin kendi rolüne dair bakış açısı geliştirmek genellikle tedavinin önemli bir bileşenidir. Ergenler ile yapılan davranışsal tedavinin uzun dönem sonuçlarının araştırıldığı bir çalışmada davranışçı tedavinin, ruminasyonda, somatik semptomlarda ve yaşam kalitesi de dahil olmak üzere diğer ilgili faktörlerde uzun vadeli iyileşmeye yol açtığı saptanmıştır (48).

Prokinetik aktiviteye sahip selektif bir dopamin D2-reseptör antagonisti olan antipsikotik levosulpirid, 8 aylık bir süre boyunca destekleyici psikoterapi ile kombine edilerek ruminasyon bozukluğu olan 21 erişkinde incelenmiştir. Bu çalışmada, tedavi edilen hastaların % 38'i semptomlarda bir iyileşme bildirirken, % 48'i değişiklik olmadığını ve % 14'ü semptomların kötüleştiğini bildirmiştir (49).

Erişkinlerle yapılan plasebo kontrollü randomize çift kör bir çalışmada Baklofenin alt özofagus sfinkteri basıncı üzerindeki etkisiyle ruminasyon sendromu olan hastalar için etkili bir tedavi seçeneği olduğu gösterilmiştir (50).

Bununla birlikte, kanıtların sınırlı olması nedeniyle medikasyonun, ruminasyon bozukluğunda yalnızca davranış terapisine yanıt vermeyen hastalar için geçerli olduğu düşünülebilir. Son olarak, literatürde medikal ve davranışsal tedaviye cevap vermeyen vakalarda cerrahi tedavinin de bir seçenek olarak uygulanabileceği öne sürülmüştür.

Sonuç

Yetişkinlere göre, çocuk ve ergenlerde beslenme ve yeme bozukluklarının epidemiyolojisi, etiolojisi, komorbiditeleri, önlenmesi ve tedavisini inceleyen

araştırmalar sınırlıdır. Davranışsal, psikiyatrik ve tıbbi bakış açılarını birleştirmek için bireysel ihtiyaçların değerlendirilmesi önerilmektedir. Tedavilerin belirlenmesine ek olarak, klinik araştırmacıların beslenme ve yeme bozukluklarının erken belirteçleri üzerine odaklamaları önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Hippocrates. Oeuvres Complètes d'Hippocrate, Vol. 8, Littré E, transl. Paris: Baillière. 1839.
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing; 2013.
3. Abrahams, P. W., & Parsons, J. A. Geophagy in the tropics: A literature review. *The Geographical Journal* 1996; 162(1) 63–72.
4. Edwards CH, Johnson AA, Knight EM, Oyemade UJ, Cole OJ, Westney OE, Jones S, Laryea H, Westney LS.. Pica in an urban environment. *Journal of Nutrition* 1994; 124, 954S–962S.
5. Grigsby, R. K., Thyer, B. A., Waller, R. J., & Johnston, G. A. Chalk eating in middle Georgia: A culture-bound syndrome of pica? *Southern Medical Journal* 1999; 92(2), 190–192.
6. Stiegler, L.N. Understanding pica behavior: A review for clinical and education professionals. *Focus on Autism and other Developmental Disabilities* 2005; 20, 27–38.
7. Murray, H. B., Thomas, J. J., Hinz, A., Munsch, S., & Hilbert, A. Prevalence in primary school youth of pica and rumination behavior: The understudied feeding disorders. *International Journal of Eating Disorders* 2018.
8. Hartmann, A. S., Poulain, T., Vogel, M., Hiemisch, A., Kiess, W., & Hilbert, A. Prevalence of pica and rumination behaviors in German children aged 7–14 and their associations with feeding, eating, and general psychopathology: A population-based study. *European Child and Adolescent Psychiatry* 2018; 1–10.
9. Young SL, Sherman PW, Lucks JB, Pelto GH. Why on earth?: Evaluating hypotheses about the physiological functions of human geophagy. *Q Rev Biol.* 2011 Jun; 86:97-120.
10. Boatın, A., Wylie, B., Singh, M. P., Singh, N., Yeboah-Antwi, K., & Hamer, D. Prevalence of and risk factors for pica among pregnant women in Chhattisgarh, India. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 2012; 206: S299.
11. E.J. Fawcett, J.M. Fawcett, D. Mazmanian A meta-analysis of the worldwide prevalence of pica during pregnancy and the postpartum period *Int. J. Gynecol. Obstet.* 2016;133:277–83
12. Mikkelsen TB, Andersen AMN, Olsen SF. Pica in pregnancy in a privileged population: myth or reality. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2006; 85:1265–1266.
13. Santos AM, Benute GRG, Nomura RMY, Santos NO, Lucia MCSD, Francisco RPV. Pica and Eating Attitudes: A Study of High-Risk Pregnancies. *Matern Child Health J* 2016; 20: 577–582
14. Saunders, C., Padilha, P. C., L'bera, B. D., Nogueira, J. L., Oliveira, L. M., & Astulla, A. Pica: Epidemiology and association with pregnancy complications. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia* 2009; 31: 440–446.
15. Ashworth M, Hirdes JP, Martin L. The social and recreational characteristics of adults with intellectual disability and pica living in institutions. *Res. Dev. Disabil.*; 2009; 30: 512–520
16. Ali, Z. Pica in people with intellectual disability: A literature review of aetiology, epidemiology and complications. *Journal of Intellectual and Developmental Disability* 2001; 26: 205–215.
17. Rose, E. A., Porcerelli, J. H., & Neale, A. V. Pica: Common but commonly missed. *Journal of the American Board of Family Practice* 2000; 13: 353–358.
18. Matson, J. L., Hattier, M. A., Belva, B., & Matson, M. L. Pica in persons with developmental disabilities: Approaches to treatment. *Research in Developmental Disabilities* 2013; 34: 2564–2571
19. Miao D, Young SL, Golden CD. A meta-analysis of pica and micronutrient status. *Am J Hum Biol* 2014; 27: 84–93.
20. Cadırcı, K. Anemi ve Primer Hipotiroidi Birlikteliği Olan İğınç Bir Pika Sendromu Odu Tıp Derg 2015; ek:32-35
21. Kelly NR, Shank LM, Bakalar JL, Tanofsky-Kraff M. Pediatric feeding and eating disorders: Current state of diagnosis and treatment. *Curr Psychiatry Rep* 2014;16:446.
22. Tucker MH, Holmes J, Harley S, Garcia MR, Custodio H. Fever and Ataxia in a Toddler with Pica. *Pediatr Rev.* 2017 Sep; 38:435-436
23. Williams, D. E., & McAdam, D. Assessment, behavioral treatment, and prevention of pica: Clinical guidelines and recommendations for practitioners. *Research in Developmental Disabilities*, 2012; 33: 2050–2057
24. Sysko R, Glasofer DR, Hildebrandt T, Klimek P, Mitchell JE, Berg KC, Peterson CB, Wonderlich SA, Walsh BT. The eating disorder assessment for DSM-5 (EDA-5): development and validation of a structured interview for feeding and eating disorders. *Int J Eat Disord* 2015; 48:452–463.
25. Bryant-Waugh R, Cooke L. Development of the pardi (pica, arfid, rumination disorder interview): a structured assessment measure and diagnostic tool for feeding disorders *Archives of Disease Childhood* 2017;102:A29
26. Hagopian, L. P., Rooker, G. W., & Rolider, N. U. Identifying empirically supported treatments for pica in individuals with intellectual disabilities. *Research in Developmental Disabilities* 2011; 32, 2114–2120
27. Blinder B., Salama C. An update on pica: prevalence, contributing causes, and treatment. *Psychiatric Times* 2008; 25: 66, 72–73
28. Asma S, Erdoğan FA, Abacı K. Demir eksikliği anemisi ve

farklı bir pika maddesi: Olgu sunumu. *Türk Aile Hekimliği Dergisi*. 2009; 13: 159-6

29. Hergüner S, Ozyildirim I, Tanidir C. Is Pica an eating disorder or an obsessive compulsive spectrum disorder?. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2008; 32: 2010-2011

30. Hergüner S, Hergüner AS. Pica in a child with attention deficit hyperactivity disorder and successful treatment with methylphenidate. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 2010; 34:1155-6

31. Halland M, Pandolfino J, Barba E. Diagnosis and treatment of rumination syndrome. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2018;16:1549-55.

32. Tack J, Blondeau K, Boecxstaens V, Rommel N. Review article: The pathophysiology, differential diagnosis and management of rumination syndrome. *Aliment Pharmacol Ther* 2011; 33:782-788.

33. Chogle A, Velasco-Benitez CA, Koppen IJ, Moreno JE, Ramirez Hernández CR, Saps M. A populationbased study on the epidemiology of functional gastrointestinal disorders in young children. *J Pediatr* 2016; 179:139-143.e1

34. Olden KW. Rumination. *Curr Treat Options Gastroenterol* 2001;4: 351-8.

35. Thomas JJ, Murray HB. Cognitive-behavioral treatment of adult rumination behavior in the setting of disordered eating: A single case experimental design. *Int J Eat Disord*. 2016; Oct;49:967-972.

36. Koloski NA, Talley NJ, Boyce PM. Epidemiology and health care seeking in the functional GI disorders: a population-based study. *Am J Gastroenterol* 2002; 97:2290-2299.

37. López-Colombo A, Morgan D, Bravo-González D, Montiel-Jarquín A, Méndez-Martínez S, Schmulson M.. The epidemiology of functional gastrointestinal disorders in Mexico: a population-based study. *Gastroenterol Res Pract* 2012; 2012:606174

38. Delaney CB, Eddy KT, Hartmann AS, Becker AE, Murray HB, Thomas JJ. Pica and rumination behavior among individuals seeking treatment for eating disorders or obesity. *Int. J. Eat. Disord*. 2015; 48: 238-248.

39. Almansa C, Rey E, Sánchez RG, Sánchez AA, Díaz-Rubio M. Prevalence of functional gastrointestinal disorders in patients with fibromyalgia and the role of psychologic distress. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2009; 7:438-445.

40. Absah I, Rishi A, Talley NJ, Katzka D, Halland M. Rumination syndrome: pathophysiology, diagnosis, and treatment. *Neurogastroenterol Motil* 2017; 29

41. Kessing BF, Smout AJ, Bredenoord AJ. Current diagnosis and management of the rumination syndrome. *J Clin Gastroenterol*. 2014; 48:478-83.

42. Hergüner S. Bebeklerde ve küçük çocuklarda beslenme ve yeme sorunları. Çetin-Çuhadaroğlu F, Pehlivan Türk B, Ünal F, İşeri E, Miral S, Uslu R, Motovalli N (editör). *Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı*, Ankara: Hekimler Yayın Birliği 2008, s.394-406.

43. Hartmann AS, Becker AE, Hampton C, Bryant-Waugh R. Pica and rumination disorder in DSM-5. *Psychiatr Ann* 2012;42:426-430.

44. Chatoor, I., Getson, P., Menvielle, E., Brasseaux, C., O'Donnel, R., Rivera, Y., Mrazek DA. A feeding scale for research and clinical practice to assess mother-infant interactions in the first three years of life. *Infant Ment. Health J*. 1997; 18, 76-91.

45. Barba E, Accarino A, Soldevilla A, Malagelada JR, Azpiroz F. Randomized, placebo controlled trial of biofeedback for the treatment of rumination. *Am J Gastroenterol* 2016;111:1007-1013.

46. Hejazi RA, McCallum RW. Rumination syndrome: a review of current concepts and treatments. *Am J Med Sci*. 2014; 348:324-9.

47. Green AD, Alioto A, Mousa H, Di Lorenzo C. Severe pediatric rumination syndrome: successful interdisciplinary inpatient management. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2011; 52:414-8.

48. Alioto A, Di Lorenzo C. Long-term Follow-up of Adolescents Treated for Rumination Syndrome in an Inpatient Setting. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2018; 66:21.

49. Lee H, Rhee PL, Park EH, Kim JH, Son HJ, Kim JJ, Rhee JC. Clinical outcome of rumination syndrome in adults without psychiatric illness: a prospective study. *J Gastroenterol Hepatol* 2007;22:1741-1747.

50. Pawels A, Broers C, Van Houtte B, Rommel N, Vanuytsel T, Tack J. A randomized double-blind, placebo-controlled, cross-over study using baclofen in the treatment of rumination syndrome. *Am J Gastroenterol*. 2018;113:97-104.