

РОЗЛАД харчової поведінки Піка: розуміння природи і методи втручання

Є.І. Суковський,
м. Львів

Представлений огляд присвячений одному з тяжких психіатричних станів — розладу харчової поведінки Піка (*Pica*, пікацизм, алотріофагія). Цей термін походить від латинської назви пташки з роду сорок (*Pica pica*), яка споживає як їстівні, так і неїстівні речовини (Barrett, 2008; Steigler, 2005; Shah and Nalder, 2011).

Розлад харчової поведінки Піка частіше вражає дітей. Його головною характеристикою є те, що людина, яка страждає, відчуває непереборне бажання або імпульс вживати речовини, які не є поживними, серед них земля, мурахи, бікарбонат, клей, комахи, папір, дрібні шматочки пластику або дерева. Серед різноманітних проблем, котрі можуть мати пацієнти з особливими потребами, цей розлад можна вважати одним із найнебезпечніших самошкодливих дій, оскільки навіть один його випадок може призвести до серйозних і незворотних наслідків (Williams et al., 2009; Stiegler, 2005).

Розлад харчової поведінки Піка має декілька основних характеристик. Дослідники описують його як проковтування неїстівних предметів, котре характеризується повторюваними випадками споживання неїстівних речовин щонайменше протягом місяця (Hagopian et al., 2011; Barrett 2008; Bell and Stein, 1990, 1992; Darling et al., 2011; Dozier and Carr, 2001; Hirsch and Myles, 1996; Paisey and Whitney, 1989; Piazza et al., 1998; Rojahn et al., 1987; Shah and Halder, 2011; Stiegler, 2005). Зокрема, важливо наголосити, що лише одного інциденту споживання неїстівних речовин недостатньо для того, аби вважати, що особа має зазначений розлад. Адаже у деяких випадках це трапляється навіть випадково.

К. Bell та D. Stein (1990) навели спеціальний опис синдрому Піка для дослідників, де зазначили, що до згаданої поведінки, крім проковтування, належать також ті моменти, коли такі неїстівні об'єкти знаходяться в роті, а також — у губах. J. Paisey та R. Whitney (1989) описували нехарчові речовини як специфічні та неспецифічні. Специфічні — це об'єкти, котрим особа надає перевагу і намагається споживати їх постійно, тоді як неспецифічні — різні предмети, які вона проковтує незалежно від їхніх індивідуальних особливостей.

Настанови з діагностики та статистики психічних розладів Американської психіатричної асоціації четвертого

перегляду (DSM–IV-TR; 2000) визначає такі критерії та описує розлад харчової поведінки Піка, як:

- стійке вживання неїстівних речовин щонайменше протягом місяця;
- вживання неїстівних предметів, що є невідповідним до рівня розвитку;
- харчову поведінку, що не є частиною культурно зумовлених ритуалів;
- харчову поведінку, котра трапляється виключно в разі перебігу інших ментальних розладів (наприклад, інтелектуальна недостатність, первазивні розлади розвитку, шизофренія) і є показанням до індивідуального клінічного нагляду.

Румінація (ремигання) як ознака синдрому Піка

Інформації про такий специфічний прояв розладу харчової поведінки, як румінація (ремигання), нині досить мало. На додаток до визначення та характеристик синдрому Піка описаної вище, румінацію вчені також пропонують вважати одним із видів цього розладу. Онлайн-довідник WebMD (Американської корпорації, відомої як онлайн-видавець новин та інформації, що стосується здоров'я і благополуччя людини) наводить визначення румінації як «повторне пережовування та заковтування частково перетравленої їжі, яка була відригнута». Відомо, що від 5 до 10 % осіб із тяжкими інтелектуальними вадами проявляють поведінку румінації (Darling et al., 2011).

Дані проведених численних досліджень підтверджують той факт, що регулярне вживання блювотиння може призвести до таких самих негативних наслідків, як і синдром Піка.

Об'єкти та наслідки синдрому Піка

Неїстівні об'єкти, котрі ковтають особи, які демонструють розлад харчової поведінки Піка, є дуже різноманітними. Існують специфічні терміни для позначення вживання певних предметів, наприклад, акуфагія — ковтання гострих предметів (Stiegler, 2005).

Так, Е. Т. Young et al. (2008) назвали землю (грунт), вугілля, неприготований рис, крохмаль і лід одними з найпоширеніших неїстівних об'єктів. J. Paisey та

Таблиця. Перелік термінів, що характеризують розлад харчової поведінки Піка

Термін	Об'єкти, які ковтають пацієнти
Акуфагія	Гострі предмети
Амілофагія	Крохмаль для прання
Каутопіреофагія	Спалені рештки
Копрофагія	Людські та тваринні фекалії
Фоліофагія	Листя, трава, жолуді, шишки тощо
Геомелофагія	Сира картопля
Геофагія	Ґрунт та глина
Лігнофагія	Дерево, кора, гілки
Літофагія	Каміння
Пагофагія	Лід, наморозь із холодильника
Плюмбофагія	Висохла фарба, що містить свинець
Табакіофагія	Недопалки
Тріхофагія	Волосся

Адаптовано згідно з Stiegler L. Understanding pica behavior: a review for clinical and education professionals. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*. 2005. Vol. 20. P. 27–38.

R. Whitney (1989) описували специфічні об'єкти, такі як мелена кава та недопалки. M.S. Barrett (2008) додав до цього списку глину, дерево, папір, попіл, монети, та олівці. Зокрема, H. Tateno et al. (2011) описували випадки споживання власних фекалій особами з легкими та середніми ознаками деменції. Перелік термінів, що характеризують розлад харчової поведінки Піка, наведено в таблиці.

Очевидним є той факт, що поглинання неїстівних предметів може призвести до негативних медичних наслідків. Найпоширенішими серед таких є:

- отруєння свинцем (Hagopian et al., 2011; Piazza et al., 1998; Rapp et al., 2001; Williams et al., 2009);
- ушкодження стінок різних відділів шлунково-кишкового тракту та обструкція кишок, яка може потребувати хірургічного втручання для видалення предметів (Hagopian et al., 2011; Williams et al., 2009; Rojahn et al., 1987);
- інвазія кишковими паразитами (Rojahn et al., 1987; Hagopian et al., 2011);
- закрепи та харчова анемія (Singh and Bakker, 1984);
- захворювання порожнини рота та зубів (Stiegler, 2005);
- інші ускладнення, наприклад агресивна поведінка під час пошуку предметів для проковтування, загальні ризики для здоров'я (Stiegler, 2005);

- смерть (Hagopian et al., 2011; Piazza et al., 1998; Williams and McAdams, 2012).

Більшість станів, наведених вище, є загрозою здоров'ю та життю. Як наслідок, поглинання неїстівних предметів може зумовити зниження якості життя особи загалом. До того ж практично всі перелічені вище неїстівні предмети не прийнято їсти на людях. Синдром Піка може мати серйозні соціальні та, ймовірно, культуральні наслідки, котрі можуть призвести навіть до соціальної ізоляції осіб, які демонструють таку поведінку.

Поширеність розладу харчової поведінки Піка

K. Bell та D. Stein (1992) зазначали, що здебільшого інциденти з поглинанням неїстівних предметів стосуються осіб із помірно або тяжкою інтелектуальною недостатністю. Проте дослідники нагадують, що синдром Піка також може траплятися у дітей і дорослих із нейротиповим розвитком. У цьому огляді не розглянуто культурально чи етнічно зумовлений розлад харчової поведінки Піка, що є історичною традицією в багатьох країнах і яку проявляли багато осіб із типовим розвитком (Stiegler, 2005).

Такий огляд стосується осіб із різними видами розладів. По-перше, важливо зауважити, що розлад харчової поведінки Піка частіше виникає у дітей і підлітків, аніж у дорослих (Shah and Halder, 2011). По-друге, існують специфічні медичні та особистісні стани, за яких підвищується ризик появи синдрому Піка:

- розлади аутистичного спектра (Shah and Halder, 2011);
- інтелектуальна недостатність (Williams et al., 2008);
- проблеми психічного здоров'я, зокрема obsesивно-компульсивний розлад, тривожність, емоційні розлади та депресія (Stiegler, 2005);
- генетичні розлади, наприклад синдром Прадера-Віллі (Dykens, 2000);
- різні медичні стани, як-от, недостатність заліза, анемія (Fuyuki et al., 2011; Stiegler, 2005; Young et al., 2008).

D. Williams et al. (2008) повідомляли про випадки розладу харчової поведінки Піка як у домашніх умовах, так і у великих центрах із наданням послуги підтриманого проживання або реабілітаційних установах. Такі центри вважають прийнятними для збору даних, а також проведення відповідних досліджень синдрому Піка, оскільки в них можливий чіткий контроль і швидка реакція в ургентних випадках.

J. Paisey та R. Whitney (1989) стверджували, що розлад харчової поведінки Піка можна спостерігати майже у 25 % осіб з інтелектуальною недостатністю, які перебувають в інтернатах чи психоневрологічних диспансерах. Тобто практично кожна четверта особа потерпає від негативних наслідків поглинання неїстівних предметів.

K. Bell та D. Stein (1990) повідомляли про поширеність синдрому Піка в осіб з інтелектуальними вадами від 4 до 60 %. Показник поширеності розладу харчової поведінки Піка чітко не визначено, проте, за деякими даними, він може сягати від 10 до 32 % у дітей віком від 6 років (Rowland and Barrett, 2008).

Гіпотези стосовно природи синдрому Піка

Дослідники називають різноманітні поведінкові причини та функції розладу харчової поведінки Піка. Невкоректно стверджувати, що особи, у яких діагностовано розлади аутистичного спектра або інтелектуальну недостатність, однозначно матимуть синдром Піка. Це стосуватиметься лише певної частки осіб із розладами розвитку або іншими медичними розладами.

J. Cooper et al. (2007) та M. Durand (1990) визначили найпоширеніші причини проблемної поведінки (наприклад, синдром Піка, агресивна поведінка, аутоагресивна поведінка):

- позитивне підкріплення (зокрема, увага);
- матеріальне заохочення;
- автоматичне позитивне заохочення (наприклад, сенсорна стимуляція);
- негативне соціальне підкріплення (як-от втеча, самоушкоджувальна поведінка).

Так, загалом однією з найочевидніших причин розладу харчової поведінки Піка є втамування голоду, тобто автоматичне позитивне підкріплення (Young et al., 2008). В окремих випадках, наприклад в осіб із діагностованим синдромом Прадера–Віллі, спостерігаються порушення функціонування центру насичення, тому така особа може споживати все, що знаходиться в межах її доступу (Stiegler, 2005).

A. Rose et al. (2000) підтримували гіпотезу стосовно сенсорної функції розладу харчової поведінки Піка і вважали, що особи, які вживають неїстівні предмети, отримують задоволення від їхньої текстури, запаху чи смаку. Синдром Піка може також бути підкріплений автоматичними наслідками від поїдання неїстівних речовин (Piazza et al. 1998). Деякі предмети такі особи споживають винятково через бажання отримати той чи інший ефект, котрий вони спричиняють. Наприклад, недопалки можуть споживати через потребу отримати ефект нікотину, який міститься в них (Ali, 2001).

L. Nagopian et al. (2011) стверджували, що, на противагу іншим аутоагресивним ознакам поведінки, які провокуються переважно пошуком та отриманням уваги, синдром Піка здебільшого підтримується сенсорними або іншими наслідками, що автоматично супроводжують згадану поведінку. Крім того, слід пам'ятати, що у деяких випадках (не дуже часто) розлад харчової поведінки Піка може формуватися завдяки різним функціям: позитивному та негативному підкріпленню, матеріальним винагородам тощо. Втім, саме визначення функції поведінки є основоположним для складання відповідного плану втручання.

Терапія синдрому Піка

Як вважають дослідники, здебільшого успішна терапія синдрому Піка є доволі важким та скрупульозним процесом, який потребує багато часу та великих зусиль (Ali, 2001; Barrett, 2008; Bell and Stein, 1992; Nagopian et al., 2011; Hirsch and Myles, 1996; Paisey and Whitney, 1989; Piazza et al., 1998; Singh and Bakker, 1984; Williams and McAdams, 2012).

Зважаючи на потенційно небезпечні для життя наслідки розладу харчової поведінки Піка, фахівці мають

підходити до кожного такого інциденту з максимальною увагою та працювати дуже наполегливо. Перед плануванням втручання слід ретельно зібрати дані. Нині відомі різні практичні підходи, якими послуговуються при терапії синдрому Піка. Методи, що представлені нижче, були обрані завдяки їхній ефективності та співвідношенню докладених зусиль і досягнутого прогресу.

Оцінювання синдрому Піка

Під час оцінювання ознак синдрому Піка (частоти проявів або об'єктів розладу харчової поведінки Піка) завжди постають етичні питання. Для об'єктивного збору даних дослідники не мають права втручатися в поведінку під час спостережень. Зважаючи на можливі негативні наслідки вказаного розладу для пацієнтів, K. Bell та D. Stein (1990) розробили такі рекомендації:

- прояви синдрому Піка не можна вважати такими, що мали місце чи не трапилися під час специфічного проміжку часу; усі спроби вжити/з'їсти неїстівні предмети мають бути перервані/припинені;
- ознаки розладу харчової поведінки Піка можна вважати такими, що трапилися чи не трапилися впродовж певного часового проміжку без втручання в поведінку, проте всі об'єкти цього синдрому мають бути заміщені на безпечні предмети, що візуально нагадують їх (наприклад, зроблені з тіста).

Запобігання синдрому Піка

Незаперечним є те, що превенція розладу харчової поведінки Піка сприятиме зменшенню ризиків для здоров'я, зниженню кількості професійного та поведінкового супроводу та поліпшенню якості життя пацієнта. D. Williams та D. McAdams (2012) запропонували такі кроки для запобігання синдрому Піка в клінічних умовах:

1. Початковий скринінг розладу харчової поведінки Піка (пряме спостереження, перевірка випорожнень, аналіз медичної історії).
2. Інтерв'ю з опікунами, які обізнані щодо розладу харчової поведінки Піка та використовують різні поведінкові скринінги.
3. Оцінювання потенційного ризику (перегляд медичних записів і складання попереднього списку предметів синдрому Піка; рентгенографія шлунка для визначення здуття/розтягнення шлунка; в окремих випадках — хірургічні операції для видалення певних предметів).
4. Упорядкування належного безпечного середовища з практично нульовою можливістю проковтування неїстівного предмета.
5. Звернення до вузького спеціаліста (наприклад, поведінкового терапевта або іншого ліцензованого фахівця, який має досвід роботи з пацієнтами, що страждають на розлад харчової поведінки Піка).

Надмірна корекція

Надмірна корекція зарекомендувала себе як найефективніше втручання під час роботи з пацієнтами, які страждають на розлад харчової поведінки Піка (Singh and Bakker, 1984). Під час проведення цієї процедури від особи, яка продемонструвала синдром Піка, вимагають негайно виплюнути неїстівний предмет, почистити зуби

протягом певного часу (5 або 10 хв), помити рот, губи та анус (якщо необхідно) і після цього виконати додаткове завдання, наприклад, вимити підлогу шваброю (Singh and Bakker, 1984; Williams and McAdams, 2012; Stiegler, 2005). У разі потреби під час процедури можна звернутися за фізичною допомогою/підтримкою.

М. Foxx та D. Martin (1975) вдалося зменшити кількість інцидентів синдрому Піка практично до нульової позначки протягом усього чотирьох днів, застосовуючи саме методи надмірної корекції.

Обираючи метод для втручання при розладі харчової поведінки Піка, слід зважати на індивідуальні чинники:

- стать;
- вік пацієнта;
- увага з боку опікунів або тих, хто виконуватиме процедуру надмірної корекції.

Засоби самозахисту та обмежувальні заходи

Обмежувальні засоби та заходи самозахисту використовують для того, щоб фізично запобігти можливості прояву розладу харчової поведінки Піка. Зазвичай такі прийоми застосовують лише у найскладніших випадках, коли є загроза життю пацієнта (Paisey and White, 1979). У попередніх оглядах літератури описували використання таких засобів із фізичним обмеженням для осіб, які мали глибоку інтелектуальну недостатність або інші грубі порушення особистості (Bell and Stein, 1990; Siegler, 2005).

Для часткового або повного обмеження доступу особи до власного рота застосовували різноманітні засоби/пристрої: сітки з тканини, маски, гамівні сорочки, слинявчики поверх рота, капюшони та одяг, що обмежує рухи рук (Ausman et al., 1974).

Найчастіше під час процедур із залученням засобів фізичного обмеження, які описують дослідники, такі пристрої/засоби використовували після спроби синдрому Піка протягом певного, заздалегідь визначеного часу — від 30 с до 15 хв (Foxx and Martin, 1975; Rojahn et al., 1987; Stiegler, 2005; Bell and Stein, 1990).

Фізичне обмеження також поєднують зі словесними зауваженнями, такими як «Стоп! Не їж це!», а також похвалою і/або матеріальними підкріпленнями. Попри те, що методи та засоби фізичного обмеження були ефективними для лікування розладу харчової поведінки Піка, вони викликали етичні суперечки через труднощі з дотриманням принципів такого втручання з людською гідністю та використанням методів із заподіянням найменшої можливої шкоди (Gast, 2010).

Важливо, щоб перед початком проведення цих заходів із використанням суперечливих методів батьки чи офіційні представники особи надали офіційну згоду на їх застосування.

Методи аверсивного втручання

У сучасному світі психології та психіатрії методи аверсивної терапії, спрямованої на те, щоб викликати в особи зі згубною залежністю неприємні відчуття від шкідливої звички, не дуже популярні, а радше навіть спірні (Hagopian et al., 2011; Williams and McAdams, 2012).

Якщо йдеться про осіб, які проявляють поведінку, котра загрожує їхньому життю, клініцисти мають бути готовими використовувати різні методи, зокрема проблемні з погляду етичності.

J. Rojahn et al. (1987), J. Paisey та R. Whitney (1989) описали такі методи з використанням аверсивних стимулів, а саме:

- розпилювання води в обличчя (бризкання водою кімнатної температури в обличчя особи після того, як вона проявляла поведінку Піка);
- піднесення капсул із нашатирним спиртом до носа (утримування капсул біля носа особи впродовж 3–5 с після того, як вона проявляла поведінку Піка);
- крапання лимонного соку або гострої приправи на язик (нанесення декількох крапель лимонного соку або гострого соусу на язик чи в рот особи після того, як вона проявляла поведінку Піка).

Попри те, що описані процедури сприймаються неоднозначно, вони не мають суттєвого потенційного ризику під час використання, а також їх достатньо легко застосовувати.

Методи та процедури диференційного підкріплення

J. Cooper et al. (2007) описували такі процедури вибіркового/диференційного підкріплення:

- диференційне підкріплення поведінки з низьким рівнем (DRL);
- диференційне підкріплення поведінки із високою частотою (DRH);
- диференційне підкріплення іншої поведінки (DRO);
- диференційне підкріплення несумісної/невідповідної поведінки (DRI);
- диференційне підкріплення альтернативної поведінки (DRA).

L. Hagopian et al. (2011) ефективно застосовували процедуру диференційного підкріплення альтернативної поведінки для зниження інцидентів синдрому Піка у підлітків.

M. Smith (1997), D.R. Donnelly та P.V. Olczak (1990) успішно використовували процедури диференційного підкріплення іншої та альтернативної поведінки для зменшення кількості ознак розладу харчової поведінки Піка (ковтання сигаретних недопалків) у підлітків із інтелектуальною недостатністю. Комбіноване застосування процедур диференційного підкріплення та інших методів лікування згаданого розладу може сприяти кращому та швидшому прогресу.

Звичайно, вибір паралельних методів втручання залишається на розсуд дослідників або терапевтів, проте він завжди має здійснюватись за принципом ощадливості — принцип прикладного аналізу поведінки, що наголошує на виборі простих методів втручання перед використанням складних чи спірних процедур (Cooper et al., 2007).

Серед згаданих стратегій процедури диференційного підкріплення могли б стати методами першого вибору, тоді як надмірна корекція, фізичне обмеження та аверсивна терапія — методами другого і третього виборів відповідно.

Коробка Піка

Більшість дослідників синдрому Піка не згадує про коробку Піка як метод втручання при вказаній проблемі (Siegler, 2005; Bell and Stein, 1992; Williams and McAdams, 2012). Хоча N. Hirsh та B. Myles (1996) застосовували коробку Піка в роботі з пацієнткою шкільного віку із розладами аутистичного спектра. Ці втручання були ефективними і дали змогу знизити кількість інцидентів розладу харчової поведінки Піка з 25 під час збору вихідних даних до 2–4 випадків на день на момент завершення дослідження — це 30–31-й дні втручання.

Коробку Піка описують як прозорий пластиковий контейнер (завдовжки 30 см, завширшки 20 см і заввишки 10 см) із кришкою. Така коробка мала 13 відділень і містила істивні та неістивні (безпечні для жування чи проковтування) об'єкти. Неістивні предмети були схожими на об'єкти синдрому Піка, котрим така особа надавала перевагу. Процедура застосування коробки Піка полягала у заміщенні предмета Піка на інший, більш відповідний предмет із коробки. Як правило, пропонують коробку Піка тоді, коли особа намагається спожити неістивний предмет.

Дослідники намагалися замінити сенсорний вплив неістивних об'єктів на істивні з коробки Піка. Цей метод є продовженням ідеї, що розлад харчової поведінки Піка підтримується через автоматичне сенсорне підкріплення. Деякі автори назвали б коробку Піка сенсорним підходом або таким, що базується на сенсорній функції поведінки (Piazza et al., 1998; Stiegler, 2005).

Головна ідея цього методу — задоволення потреби особи, яка демонструє розлад харчової поведінки Піка, через надання безпечних предметів чи матеріалів із подібними до об'єктів синдрому Піка властивостями (наприклад, текстура, консистенція, запах).

Хоча теоретичне підґрунтя та дані досліджень щодо ефективності підходу сенсорної інтеграції в лікуванні розладу харчової поведінки Піка мають обмежений характер (Sandler and McLane, 2007). Тобто при цьому захворюванні вказаний підхід можна використовувати як терапевтичний (Hirsh and Myles, 1996).

Процедура додаткового годування мучними виробами в разі румінації

Ще на початку огляду ми припустили, що румінація теж може належати до ознак синдрому Піка. Зокрема, M. Darling et al. (2011) застосовували процедуру додаткового годування мучними продуктами (наприклад, хлібом) для зниження ознак румінації у 27-річного пацієнта з тяжкою інтелектуальною недостатністю. Кількість випадків румінації за такої стратегії була суттєво знижена, а результат утримувався щонайменше впродовж 90 днів.

Процедура догодування мучними продуктами полягає у пропозиції пацієнтові шматочка хліба що 30–45 с протягом 20 хв. Дослідники використовували чотири шматочки хліба, розділені на 10–12 частин (це близько 320 кКал або 120 г хліба на кожну сесію). Водночас із процедурою догодування мучним продуктом що 15 хвилин приділяли пацієнту соціальну увагу як безумовне підкріплення.

Такий метод можна рекомендувати у певних випадках при розладі харчової поведінки Піка. Щоб уникнути вторинних наслідків, таких як збільшення ваги чи ожиріння, слід також контролювати кількість калорій, що може отримати учасник цього втручання під час кожної терапевтичної сесії.

Висновок

Підсумовуючи, слід зазначити, що розлад харчової поведінки Піка та поведінкові методи його лікування дослідники вивчали протягом багатьох років (перші дані досліджень опубліковано 1970 року).

Як свідчить практика, доволі різні види втручань були ефективними під час лікування синдрому Піка, а саме: надмірна корекція, фізичне обмеження, процедури диференційного підкріплення, коробка Піка, додаткове годування мучним продуктом тощо. Хоча деякі зі згаданих процедур торкаються етичних принципів, таких як дотримання гідності та лікування з найменшою можливою шкодою. Натомість окремі методи можна вважати навіть суперечливими (фізичне обмеження або терапія методами сенсорної інтеграції).

Кількість досліджень і дискусії навколо згаданої теми підтверджують її актуальність та важливість. Передусім це зумовлено можливими наслідками розладу харчової поведінки Піка, які в окремих випадках можуть вартувати життя. Адже навіть одне споживання неістивного предмета може призвести до летального наслідку. До того ж нині для більшості випадків синдрому Піка не існує простого та адекватного способу втручання, який допоміг би розв'язати згадану проблему на 100 %.

Вибір методу втручання при розладі харчової поведінки Піка є скрупульозною процедурою, що має базуватися на принципах втручання від простішого до складнішого, а також на засадах здорового глузду та клінічної інтуїції. Зрештою, якість життя особи може значно погіршуватися, якщо в неї виникає синдром Піка, що є неприйнятним у більшості соціальних середовищ, а може навіть шокувати оточуючих. В осіб, які демонструють такі ознаки, як правило, порушується соціальна взаємодія (обмін діяльністю, інформацією, досвідом, здібностями, уміннями, навичками та ін.). Часто навіть фахівці, які працюють із такими пацієнтами, можуть відчувати шок чи фрустрацію через те, що більшість випадків синдрому Піка дуже важко виправити.

Саме важливість і серйозність наслідків у пацієнтів, які потерпають внаслідок розладу харчової поведінки Піка, потребують проведення подальших досліджень у цьому напрямі. Обираючи теми досліджень, які стосуються цього захворювання, вчені/дослідники мають пам'ятати, що автоматичне сенсорне підкріплення — одна з найвірогідніших гіпотез стосовно ймовірної функції синдрому Піка. А також і далі продовжувати огляди наукової літератури за цією темою та поновлювати інформацію стосовно нових досліджень щодо психіатричних розладів харчової поведінки для підтвердження належної доказовості відповідних методів втручання для лікування цієї патології.