

Gece Yeme Sendromu

Night Eating Syndrome

Ayşegül Çakmak¹, Aslıhan Demir²

¹ Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Beslenme ve Diyetetik Bölümü, Ankara, Türkiye

² Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul, Türkiye

ÖZET

Gece yeme sendromu sabah anoreksisi, akşam hiperfajisi ve insomnia ile karakterize bir klinik rahatsızlıktır. Farklı hasta gruplarında prevalansı değişimle birlikte genel toplumun %1.5'inde görülmektedir. Insomnia, obezite, yeme bozuklukları ve psikiyatrik hastalığı olanlar arasında daha yaygındır. Günlük yeme örüntüsü akşam ve gece anlamlı derecede artış gösterir; bireyler günlük enerjilerinin büyük kısmını akşam ve gece yemekleri ile alırlar. Bu durum obezite ve diyabet ile de ilişkilendirilmektedir. Tamam bu alanda çalışan uzmanlar tarafından 2008'de düzenlenen Uluslararası Gece Yeme Sempozyumu'nda geliştirilen tanı ölçütleri kullanılmaktadır. Tedavide farmakoterapi, gevşeme terapisi ve bilişsel davranış terapisinden bahsedilebilir. Bu derlemede Gece Yeme Sendromu'nun tanımı, klinik tablo, klinik önem, değerlendirme ve tedavi yaklaşımları ile ilgili bilgi verilmekte ve bilişsel davranış terapisinin bir parçası olan beslenme eğitimi ve beslenme çözümleri tartışılmaktadır.

Anahtar kelimeler: Gece yeme sendromu, yeme davranış bozuklukları, obezite, uyku bozuklukları

ABSTRACT

Night Eating Syndrome is a clinical condition which is characterized by morning anorexia, evening hyperphagia and insomnia. Although prevalence in population varies in different patient groups; 1.5% observed in general. Night Eating Syndrome is more common in insomnia, obesity, eating disorders and psychiatric diseases. Daily eating pattern presents a significant increase in the evening and/or during the night. Patients consume a great part of daily energy intake after the evening meal. This is also associated with obesity and diabetes. Diagnostic criteria developed by experts working in this field in 2008 at International Symposium on Night Eatings. Pharmacotherapy, cognitive behavioral therapy and relaxation therapy are reported in treatment. In this review; diagnosis, clinical presentation, clinical significance, evaluation, and treatment approaches, cognitive behavioral therapy in Night Eating Syndrome are revealed with information on nutrition education and nutrition as part of the solution are discussed.

Keywords: Night eating syndrome, eating disorders, obesity, sleep disorders

GİRİŞ

Gece yeme sendromu (GYS) ilk kez 1955 yılında Stunkard ve arkadaşları (1) tarafından, ağırlık kaybına dirençli obez hasta gruplarında, obeziteye neden olduğu ya da katkıda bulunduğu düşünüldükçe, sabah anoreksisi, akşam hiperfajisi ve insomnia ile karakterize bir klinik rahatsızlık olarak tanımlanmıştır. Bu ilk tanımlamadan sonraki 36 yıl boyunca literatürde gece yemekleriyle ilgili çok az sayıda makale yayınlanmış ve 1990'lı yılların sonuna kadar bu konu büyük oranda ihmal edilmiştir. Birkedvedt ve arkadaşlarının

(2) 1999 yılındaki çalışmasıyla GYS tanımlaması "yemek için uykudan uyanma durumu" da dahil edilerek genişletilmiştir. Bu tanımın ardından hastalık ile ilgili çalışmalar artmaya başlamış günümüze kadar konu ile ilgili birçok araştırma ve derleme yayınlanmıştır. Hastalık ile ilgili yayın ve çalışmaların artışına karşın gece yeme sendromunun belirlenmesi zordur ve tedavi yaklaşımları ile ilgili çalışmalar halen emekleme döneminde. Bu derlemenin amacı, gece yeme sendromunun tanı, klinik tablo, klinik önem, değerlendirme ve tedavi yaklaşımları ile ilgili bilgi vermek ve beslenme çözümlerini tartışmaktır.

İletişim/Correspondence:

Araş. Gör. Ayşegül Çakmak

Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Beslenme ve Diyetetik Bölümü, D Blokları, 06100 Sımanpazarı, Ankara, Türkiye

E-posta: aysegul.cakmak@hacettepe.edu.tr

Geliş tarihi/received: 16.10.2012

Kabul tarihi/accepted: 29.11.2012

Gece Yeme Sendromu Prevelansı

GYS genel popülasyonun yaklaşık %1.5'inde görülmektedir (3,4). Ancak farklı hasta gruplarında prevelans daha fazla olabilir. Ağırlık kaybı tedavisi alan bir örneklemin %4.3-8.9'u, uyku bozuklukları merkezindeki hastaların %5.8'i, ayakta tedavi edilen psikiyatri hastalarının %12.3'ü, ikinci-üçüncü derece obez hastaların %10.1'i, morbid obez hastaların %15'i, son bir hafta içinde tıknırcasına yediğini belirten kadınların %37'si, tıknırcasına yeme bozukluğu olan hastaların %15'i, gastrik by-pass adaylarının %8-42'sinde GYS görülmektedir (4-10). GYS, insomnia, obezite, yeme bozuklukları ve psikiyatrik hastalığı olanlar arasında daha yaygındır (11). Yeme davranışlarını inceleyen pediatrik bir çalışmada ise, 5-6 yaş çocuklarının %1.1'inin gece yeme semptomları gösterdiği belirlenmiştir (12). GYS hem erkeklerde hem de kadınlarda görülmektedir. Yaşa ve cinsiyete göre sınıflandırılmış popülasyon çalışmalarında kadın ve erkeklerin benzer oranlarda yemek yemek için uyandıkları doğrulanmıştır (13).

Tanı

İlk Uluslararası Gece Yeme Sempozyumu 2008 yılında Minneapolis'te düzenlenmiş, bu alanda çalışan uzmanlar bir araya gelerek hastalık için geliştirilen tanı ölçütleri ile ilgili fikir birliğine varmışlardır (14). Gece yeme sendromu için önerilen tanı ölçütleri Tablo 1'de verilmiştir.

Tablo 1. Gece yeme sendromu için önerilen tanı ölçütleri (14)

A.	Günlük yeme düzeni akşam ve/veya gece anlamlı derecede artış göstermektedir. Aşağıdakilerden biri veya ikisiyle karakterizedir: <ol style="list-style-type: none"> 1. Günlük besin alımının en az %25'i akşam öğününden sonra gerçekleşmesi 2. Haftada en az iki kez gece beslenme gerçekleşmesi
B.	Akşam ve gece yeme durumlarına ilişkin farkındalık ve hatırlama söz konusudur.
C.	Kliniği aşağıdakilerden en az üçüyle karakterizedir: <ol style="list-style-type: none"> 1. Sabah yeme isteğinin olmaması ve/veya haftada 4 veya daha fazla sabah kahvaltının atlanması 2. Akşam yemeğinden uyku başlayıncaya kadar olan sürede ve/veya gece boyunca güçlü yeme arzusunun varlığı 3. Haftada 4 veya daha fazla gece uyku başlangıcında ve/veya sürdürülmesinde insomnianın olması 4. Uykuyu başlatabilmek veya tekrar uykuya dalmak için kişinin yemesinin gerektiği inancının olması 5. Duygu durum çoğunlukla depresedir ve/veya duygu durum akşamları kötüleşir
D.	Hastalık sıkıntı ve/veya işlevsellikteki bozulmayla ile anlamlı derecede ilişkilidir
E.	Bozulmuş yeme düzeni en az 3 aylık süre boyunca sürmelidir
F.	Hastalık madde veya ilaç bağımlılığı, ya da herhangi bir psikiyatrik bozukluklara sekonder olarak gelişmemelidir.

GYS için altı tanı ölçütü belirlenmiş ve kabul edilmiştir. Bunlardan ilki olan akşam hiperfajisi, günlük alınması gereken enerjinin %25'inden fazlasının akşam öğününden sonra alınıyor olması ve/veya haftada en az iki kez gece beslenmesinin gerçekleşmesidir. Bu tanımlamadaki akşam yemeğinden sonraki zaman dilimi kültürlerarası farklılık göstermekle birlikte, genel olarak saat 17.00'den sonraki zaman diliminde yenen ilk ana yemek sonrası yani akşam yemeği sonrası olarak düşünülmektedir. Eğer bu zaman diliminden sonra ana öğün tüketilmediyse tüketilen ilk ara öğün ya da atıştırma ana öğün sayılır ve bundan sonrası akşam öğünü sonrası olarak düşünülür. Eğer saat 20.00'ye kadar besin tüketimi gerçekleşmemişse, 20.00'den sonraki besin tüketimi akşam öğünü sonrası tüketim yerine geçmektedir (14). Tüm bunlara rağmen bazı durumlarda araştırmacı çalışmakta olduğu popülasyona göre yemek saatinin değerlendirilmesinde mantıklı ve objektif olarak insiyatif almak ve tanıya yönlendirmek durumunda da kalabilmektedir. Bu durumda besin tüketim kayıtları ve besin tüketim sıklığı kullanılarak değerlendirme yapılabilmektedir (2,14,15). GYS'li bireyler gece bilinçli ve istemli olarak besin tükettikleri için ertesi gün gece öğünlerini hatırlamaktadırlar (14).

GYS'de bireyler gündüz anoreksisi yaşamaktadır, genellikle sabah kahvaltılarını atlarlar, gün içerisinde de yeme istekleri düşüktür (6,16). Sabah öğününün atlanması gece yeme sendromunun tanınmasında kullanılır ancak yalnızca bu sendroma özgü değildir. Bu nedenle tanının konulmasında gereklidir fakat tek başına değerlendirilmez (17).

GYS'de bireylerin akşam yemeğinden uyku başlayıncaya kadar olan sürede ve/veya gece boyunca uykudan uyanacak kadar güçlü bir yeme arzusu bulunur (14). Gece uyku başlangıcında ve/veya sürdürülmesinde devam eden insomnianın olması da gece yeme sendromu tanı ölçütlerinden biri olarak kabul edilir. Özellikle uykuya dalmada zorluk tanıda anlamlı bir ölçüttür (17). Ancak her gece yeme sendromuna sahip bireyde uykuya dalmada zorluk olmayabilir fakat bu durumda birey gece 3-4 kez uykudan uyanarak yemek yemektedir

ya da akşam öğününden gece yatma saatine kadar olan dönemde aşırı besin tüketmektedir (14,18).

GYS'li bireyler uykuyu başlatabilmek veya tekrar uykuya dalabilmek için yemek yemelerinin gerektiğine inanırlar. Bu inanç ile GYS ve GYS'li bireylerin insomniaya bağlı anksiyeteleri arasında anlamlı bir ilişki belirlenmiştir (19). Deprese ruh halinin de GYS ile ilişkili olduğu birçok çalışmada gösterilmiştir(1,18,20,21), bu nedenle tanı ölçütleri arasında yer almaktadır. Deprese ruh hali daha çok akşam yeme isteğini kontrol edememekten kaynaklanır, bireyler gün içerisinde gece yemeleri nedeniyle suçluluk ve utanç hissederler. Bu depresye hallerinin yanında kendilerini yetersiz de (gün içerisinde sürekli yorgun ve uykusuz olmak, devamlı olarak ağırlık kazanımı kaygısını yaşadığından gün içerisinde enerji kısıtlamaya çalışmak gibi) hissedebilmektedir (2).

GYS tanısı için tüm bu bahsedilen sorunların en az 3 aylık süre boyunca devam ediyor olması ve gece yeme durumunun madde veya ilaç bağımlılığı, ya da herhangi bir psikiyatrik bozukluğa, sağlık sorununa ya da tedaviye bağlı olarak gelişmemesi gerekmektedir (14).

Sendromun tanımlanmasında sıklıkla gündüz anoreksisi, ilk besin alımı zamanı, önlenemez yeme isteği, yatmadan önce ve gece uyanmalarında aşırı yeme davranışının kontrolü, akşam yemeğinden sonraki besin alım durumu, akşam öğünü sonrasında alınan enerjinin günlük toplam alıma oranı, uykuya dalmama/uykusuzluk, gece uyanma sıklığı ve gece besin alım sıklığı, duygu durumu rahatsızlıkları ve gece yemenin bilinçliliği gibi alt başlıkları sorgulayan Gece Yeme Sendromu Anketi (Night Eating Syndrome Questionnaire, NEQ) kullanılmaktadır (22).

Klinik Özellikler

GYS, onlu yaşların sonlarından yirmili yaşların sonlarına kadar süren erken yetişkinlik döneminde başlar ve uzun süre devam eder (11), stresli olaylar ile sönme ve alevlenme periyotları yaşanabilir (23).

Son araştırmalar, genetik etkilerin GYS'nin ortaya çıkması üzerinde etkili olabileceğini göstermiştir. Bir çalışmada, kontrol grubuyla karşılaştırıldığında

GYS'li hastalarda 4.9 kat daha fazla birinci derece GYS'li akraba olduğu saptanmıştır. 5-6 yaşlarında çocuklarla yapılan bir çalışmada, gece yeme davranışı olan annelerin çocuklarının gece yeme davranışı olmayan annelerin çocuklarıyla kıyaslandığında GYS'na daha meyilli oldukları gösterilmiştir (24).

GYS'nin temel özellikleri, kahvaltayı atlama, akşamın geç saatleri ve geceleri daha çok besin tüketme ve uykuya geçişte zorluktur (6). Non-REM uyku sırasında ortaya çıkma eğilimindedir ve düşük uyku verimliliğiyle ilişkilidir (25).

Sağlıklı kontrol grubuna kıyasla, GYS'li bireyler aldıkları toplam enerjinin büyük çoğunluğunu akşam yemeğinden sonra alırlar, gece boyunca daha sık uyanırlar ve uyanık oldukları sürede yemeye daha çok eğilimlidirler (26). Pek çok besin belirtilmesine rağmen en yaygın besin seçimleri ekmekler, sandviçler ve şekerlemelerdir (21). Gece yemek yiyenlerle ilgili davranışsal bir çalışmada, akşamki besin alımının karbonhidrat içeriğinin (%70), gün içindekinden (%47) fazla olduğu bulunmuştur (2).

GYS'de bildirilen nöroendokrin bulguların gece yemenin nedeni mi yoksa sonucu mu olduğu net değildir. GYS hastalarıyla yapılan klinik bir çalışmada, kontrol grubuyla karşılaştırıldığında glukoz, insülin ve ghrelinde değişiklikler olduğu bulunmuştur. Ancak bu bulgular net değildir. Ayrıca, GYS hastalarının ve kontrol grubunun melatonin ve leptin gibi beslenme ve uykuya ilişkili hormonları arasında belirgin bir fark yoktur (27).

Gece Yeme Sendromu ve Obezite

Gece yeme, normal ağırlıklı, hafif kilolu ve obez bireylerin hepsinde görülebilen kronik bir durumdur (7). Kendilerini gece yemek yiyen olarak tanımlayan 106 bireyin katılımıyla yapılan bir çalışmada, %77'si sürecin 5 yıldan fazla bir süredir devam ettiğini bildirmiştir. Bireylerin %20'sinde BKİ <25 kg/m² olmasına rağmen ortalama BKİ obezite aralığındadır (BKİ=31 kg/m²) (21). Obezite ve gece yeme arasındaki ilişkiyi inceleyen araştırmalar GYS ve BKİ arasında doğrudan bir ilişki göstermişlerdir.

Normal ağırlıktaki bireylerle yapılan bir çalışmada prevelans %0.4 iken, ağırlık kaybı tedavi sürecindeki hastalarda %6-14'tür (5,28).

Öğün başına en fazla enerji alımını belirlemek amacıyla düzenlenen laboratuvar koşulları altında, GYS hastaları geceleri tıknırcasına yeme sendromu olan obez hastalardan daha çok ve geceleri günün erken saatlerinden daha çok enerji almışlardır (16). Ayrıca GYS hastaları, obez kontrol grubuna göre daha çok uyanık kalmaktadırlar ve uyanık kaldıkları zamanda daha çok yemek yemekteler (2). Bu bulgular önemlidir çünkü gece uykudan uyanarak yemek yeme GYS'de yaygındır (28).

Hafif kilolu 46 bireyle yapılan bir çalışmada, GYS hastalarının hafif kilolu kontrol grubuyla beslenme ve uyku günlük zamanlamaları kıyaslanmıştır. Toplam enerji alımı ve uyku başlangıcı gruplar arasında fark yoktur, ancak GYS hastalarında öğün zamanları gecikmiştir (26). Ayrıca, GYS'li 15 yetişkin kadınla yapılan başka bir çalışma da, gece uykusunun başlangıç ya da bitim zamanının kontrol grubundan farklı olmadığını gösterilmiştir (25). Gece yemek yiyen bireylerin bir kısmı normal ağırlıkta olup yeme davranışlarını sorun olarak görmüyor olabilirler (28).

Gece Yeme Sendromu ve Diyabet

Diyabetik bireyler içindeki prevelansı %3.4'tür. Bu, akşam yemeğinden sonra insülinin salınması ile artmış iştah ile ve/veya gece hipoglisemiye girme korkusu ile ilişkili olduğu düşünülmektedir (29).

Gece Yeme Sendromu ve Psikiyatrik Hastalıklar

GYS, akşamları kötüleşen depresif ruh hali ile ilişkilidir (1,20,21). Depresif 162 hasta ve 172 sağlıklı bireyle yapılan bir çalışmada, depresyonlu hastalarda gece yemek yeme durumunun (%35.2), sağlıklı katılımcılara göre (%19.2) daha fazla olduğu bulunmuştur (30).

Şizofrenili veya şizofektif bozukluğu olan 175 hasta gece yeme sendromu anketini doldurmuş, gece yeme sendromunun artan insomnia ve depresyonla ilişkili olduğu bulunmuştur (31).

Psikiyatrik ayaktan hasta popülasyonunda GYS'nin nokta yaygınlığını belirlemek ve diğer psikiyatrik bozukluklarla birlikteliğini araştırmak amacıyla yapılan bir çalışmada ise, 384 hastada gece yeme sendromu yaygınlığı %19.8 olarak bulunmuştur. GYS varlığı ve herhangi bir psikiyatrik bozukluk arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (32).

Tedavi

Araştırmalarda GYS için farmakolojik ve farmakolojik olmayan tedavi seçenekleri sunulmuştur. Bunlar, serotonin gerialım inhibitörleri (SSGI), topiramet, bilişsel davranış terapisi, gevşeme terapisi ve ışık terapisi olarak örneklendirilebilir (11,23,28,33-37).

Farmakoterapi

GYS'nin farmakoterapisinde serotonin gerialım inhibitörleri (SSRI) veya topiramet kullanılmaktadır. GYS beyin serotonin taşıyıcılarının (SERT) görüntülenmesi ile saptanabilmekte ve seçici serotonin geri emilim inhibitörleri (SSRIs) ile tedavi edilebilmektedir. SSRIs etkisini, SERT aktivitesindeki azalma ile postsinaptik serotonin iletimini düşürerek GYS'de gerileme sağlama şeklinde göstermektedir (35).

GYS tedavisinde farmakolojik olarak ilk önce SSGI'lar düşünülmelidir. Daha dirençli vakalarda tedavi için antikonvülsan bir ilaç olan topiramet düşünülebilir. GYS'deki anormal beslenme özelliklerinin düzenlenmesinde etkili bir tedavi olabileceği ileri sürülmüştür. Birçok istenmeyen yan etkiye de neden olabilmektedir. GYS tedavisinde kullanılabilen ilaçların etkinliğinin görülebilmesi için gereken süre, klinik araştırmalara göre ortalama en az 1 yıl olarak belirlenmiştir (35,38-40).

Gevşeme Terapisi

Progresif kas gevşetme terapisi (PKG) (Abbreviated Progressive Muscle Relaxation Therapy, APRT), 1920'li yılların başında Edmund Jacobson tarafından geliştirilmiştir. Psikolojik gerilimin kaslardaki gerilimle birlikte olduğu fikrine dayalıdır. Hastaların önemli kas gruplarını öncelikle bilinçli germek, sonrasında da gevşetmeyi öğrenmeleri sağlanır (39).

Yapılan çalışmalarda, gevşeme terapisi uygulanan GYS hastalarının stres düzeylerinde önemli derece düşüş, ağırlık kaybetmede başarı, sabah iştahında artma, gece iştahında azalma sonuçları elde edilmiştir (38,39)

Fototerapi (Işık Tedavisi)

Yapılan bir çalışmada 14 seanslık ışık terapisinden sonra GYS semptomları ve depresif semptomlar düzelmiştir (41,42). Başka bir çalışmada ise GYS semptomlarında azalma görülmüştür ancak terapinin bırakılmasıyla semptomlar geri dönmüştür (43). Fototerapi yönteminin gece yeme sendromu üzerine etkisi konusunda daha fazla çalışmaya gereksinim vardır.

Bilişsel Davranış Terapisi ve Beslenme Yaklaşımı

Bilişsel davranış terapisi (BDT), bireyin uygun olmayan/uyumsuz biliş ve davranışını tanımlamaya, bireyin bilişsel olarak yeniden yapılanmasını sağlamaya yardımcı olmayı amaçlayan bir psikoterapi yöntemidir (44), yedi temel alana (Tablo 2) odaklanmıştır (23).

Bir yeme davranış bozukluğu olarak GYS'de beslenme durumu dikkatle incelenmelidir. Normal ağırlıklı, hafif kilolu ve obez bireylerin hepsinde görülebilen kronik bir durum olmasına rağmen BKİ ile doğrudan ilişkili olduğu gösterilmiştir. Normal ağırlıktaki bireylerle yapılan bir çalışmada GYS prevalansı %0.4 iken, ağırlık kaybı tedavi sürecindeki hastalarda %6-14 olarak belirlenmiştir (5,7,28).

GYs hastalarının uykudan uyanmaları ile ilişkili yemek yemeleri bilinçlidir (2). Beslenme ile ilgili klinik özellikler arasında, günlük besin alımının en az %25'inin akşam öğününden sonra gerçekleşmesi, sabah yeme isteğinin olmaması ve/veya haftada 4 veya daha fazla sabah kahvaltısının atlanması ve akşam yemeğinden uyku başlayınca kadar olan sürede ve/veya gece boyunca güçlü yeme arzusunun varlığı bulunmaktadır (14).

Sağlıklı beslenme alışkanlıklarının kazandırılması GYS'ye yön vermesi açısından oldukça önemlidir. Bu nedenle süreç mutlaka bir beslenme uzmanı tarafından planlanmalıdır (45). Gece yemek yeme ile ilgili davranışsal bir çalışmada, akşam

öğünü sonrasındaki dönemde alınan besinlerin karbonhidrat içeriğinin (%70), gün içerisinde alınan besinlerin karbonhidrat içeriğinden (%47) anlamlı olarak fazla olduğu bulunmuş, (21) diğer bir çalışmada ise pek çok besin seçeneği sunulmasına karşın rağmen en yaygın besin seçimlerinin ekmekler, sandviçler türleri ve şekerlemeler olduğu belirlenmiştir (2). Bu nedenle tedavi sürecinde besin tüketim kaydı tutup beslenme günlüğü oluşturarak hastanın kendi kendini izlemesini sağlamak ve bireye özgü planlanmış bir beslenme programı uygulamak oldukça önemlidir (23).

Tablo 2. GYS tedavisinde bilişsel davranış terapisinin temel bileşenleri (23)

Psikoeğitim

Gece yeme sendromu
Sağlıklı beslenme
Uyku hijyeni

Beslenmenin düzenlenmesi

Besin tüketim kaydı tutarak beslenme günlüğü oluşturmak, kendi kendini izlemek
Bireye özgü planlanmış bir beslenme programı uygulamak
Planlanmış öğünler ve ara öğünler/atıştırma türleri tüketmek
Uyaran ve çevre kontrolünü sağlamak
Aşamalı olarak sabah saatlerinde besin alımını arttırmak, akşam saatlerinde azaltmak
İhtiyaç hissediliyorsa uykuyu devam ettirebilmek için minimum miktarda besin alınmalı
Gece besin alımlarınızda yatağınızdan/yatak odanızdan ayrılmak durumunda kalın, yattığınız odada yiyecek bulundurmamalı
Fazla arzu ettiğiniz besinlerin alımını önlemek için etki-tepki kullanın

Rahatlama yöntemleri

Derin nefes alma
Gevşeme terapisi

Uyku hijyeni

Yeni bilişsel yapılanma

Beslenme ve besinin anlamı
Uyku ve uykusuzluk
Depresif belirtiler

Fiziksel aktivite

Sosyal destek talebi

Değişim için maddi destek
Değişim ve semptomlar için manevi destek

İlaça yönlendirme

Tanı konulma aşamasında besin tüketim kayıtlarını değerlendiren beslenme uzmanı, sağlıklı beslenme alışkanlıklarının yanlış inanış ve alışkanlıklarla yer değiştirebilmesi için bireye özgü planlama yapmaktadır. Bireye besin tüketim kaydı tutarak beslenme günlüğü oluşturması için besin tüketim kaydını öğretir, bireyin kendi beslenmesini izleyebilmesine yardımcı olur. Bireye uygun ara öğünler ve atıştırma türleri planlayarak, besin ve çevre uyaranları ile ilgili kontrolün sağlanmasına

destek verir. Beslenme planını sürekli olarak günceller, bireyin tüketimine göre düzenlemeler yapar ve aşamalı olarak sağlıklı beslenmede kabul edilebilir sınırlara ulaşana dek gün içerisinde alınan enerjiyi artırıp, akşam ve gece alınan enerjiyi azaltıcı uygulama yapar (11,44,45).

Bireyin beslenme planı hazırlanırken çok katı olmamak gerekmektedir, kişi uyumak için yemek yeme ihtiyacı hissediyorsa, ilk aşamada az miktarda ve uygun besin alımına izin verilebilir. Uygun olmayan davranışın tamamen yasaklanmasının yerine, uygun davranışa yönlendirme yapılarak pekiştirilmesi önemlidir (11,45).

SONUÇ VE ÖNERİLER

GYS, yeni yeni tanınmaya başlamış, üzerindeki araştırmalar arttıkça önemi kavranmakta olan bir yeme bozukluğudur. Bu yeme bozukluğu hakkındaki epidemiyolojik çalışmaların yetersiz olması ve sendromla ilgili birden çok tanı ölçütünün kullanılmakta olması, araştırma sonuçlarını topluma genellemeyi ve çalışmalar arası karşılaştırma yapmayı engellemektedir. GYS, obezite ile ilişkisi dolayısıyla gündeme gelmiştir ancak GYS'nin obeziteye neden olmasa bile prognozu kötü seyreden bir davranış biçimi olduğu ortaya konulmuştur. GYS'de gece yemeleri bilinçlidir bu nedenle beslenme tutumu dikkatle izlenmeli ve bireyin doğru olmayan beslenme alışkanlıkları besin kayıtları ile oluşturulan bireysel beslenme günlükleri ile belirlenmeli ve izlenmelidir. GYS'li bireylerde besin alımı daha çok akşam öğününden sonra ve/veya gece yemeleri şeklinde gerçekleştiğinden bu saatlerde alınan enerjinin besin kayıtları yardımıyla belirlenmesi günlük enerji alımı ile karşılaştırılması açısından önemlidir. Bilişsel davranış terapisinin bir parçası olan beslenme eğitiminde, bireye sağlıklı beslenme alışkanlıklarının kazandırılması hedeflenir. Bireyin beslenme günlüğü ile belirlenen hatalı inanış ve davranışlarının yerine sağlıklı beslenme davranışlarının ve alışkanlıklarının yerleştirilmesine destek olunur. Bireye sağlıklı besin seçimi ve sağlıklı beslenmenin önemi anlatılarak, gece yemeleri ile aldığı enerjinin kademeli olarak düşürülmesi ve gün içerisinde

aldığı enerjinin gereksinimi ölçüsünde kademeli olarak arttırılması sağlanır.

Gece yeme sendromunun daha net tanımlanabilmesi, toplumda, özellikle sağlık çalışanları arasında daha iyi tanınabilmesi, riskin ortaya konabilmesi, tedavi yöntemlerinin geliştirilebilmesi, var olan tedavilerin etkinliğinin arttırılması için yapılan çalışmalar ve araştırmalar arttırılmalı, konu hakkında gerekli bilgilendirmeler yapılmalıdır.

Çıkar çatışması/Conflict of interest: Yazarlar ya da yazı ile ilgili bildirilen herhangi bir çıkar çatışması yoktur.

KAYNAKLAR

1. Stunkard AJ, Grace WJ, Wolff HG. The night-eating syndrome; a pattern of food intake among certain obese patients. *Am J Med* 1955;19(1):78-86.
2. Birketvedt GS, Florholmen J, Sundsfjord J, Osterud B, Dinges D, Bilker W, et al. Behavioral and neuroendocrine characteristics of the night-eating syndrome. *JAMA* 1999;282(7):657-663.
3. Striegel-Moore RH, Dohm FA, Hook JM, Schreiber GB, Crawford PB, Daniels SR. Night eating syndrome in young adult women: prevalence and correlates. *Int J Eat Disord* 2005;37(3):200-206.
4. Rand CS, Macgregor AM, Stunkard AJ. The night eating syndrome in the general population and among postoperative obesity surgery patients. *Int J Eat Disord* 1997;22(1):65-69.
5. Kulda JM, Rand CSW. The night eating syndrome and bulimia in the morbidly obese. *Int J Eat Disord* 1986;5(1):143-148.
6. Stunkard A, Berkowitz R, Wadden T, Tanrikut C, Reiss E, Young L. Binge eating disorder and the night-eating syndrome. *Int J Obesity* 1996;20(1):1-6.
7. Manni R, Ratti MT, Tartara A. Nocturnal eating: prevalence and features in 120 insomniac referrals. *Sleep* 1997;20(9):734-738.
8. Lundgren JD, Allison KC, Crow S, O'Reardon JP, Berg KC, Galbraith J, et al. Prevalence of the night eating syndrome in a psychiatric population. *Am J Psychiatry* 2006;163(1):156-158.
9. Colles SL, Dixon JB, O'Brien PE. Night eating syndrome and nocturnal snacking: association with obesity, binge eating and psychological distress. *Int J Obes* 2007;31(11):1722-1730.
10. Calugi S, Dalle Grave R, Marchesini G. Night eating syndrome in class II-III obesity: metabolic and psychopathological features. *Int J Obes (Lond)* 2009;33(8):899-904.
11. Vander Wal JS. Night eating syndrome: A critical review of the literature. *Clin Psychol Rev* 2012;32(1):49-59.
12. Lamerz A, Kuepper-Nybelen J, Bruning N, Wehle C, Trost-Brinkhues G, Brenner H, et al. Prevalence of obesity, binge eating, and night eating in a cross-sectional field survey of 6-year-old children and their parents in a German urban population. *J Child Psychol Psychiatry* 2005;46(4):385-393.

13. Andersen GS, Stunkard AJ, Sorensen TI, Petersen L, Heitmann BL. Night eating and weight change in middle-aged men and women. *Int J Obes Relat Metab Disord* 2004;28(10):1338-1343.
14. Allison KC, Lundgren JD, O'Reardon JP, Geliebter A, Gluck ME, Vinai P, et al. Proposed diagnostic criteria for night eating syndrome. *Int J Eat Disord* 2010;43(3):241-247.
15. Stunkard AJ, Allison KC, Lundgren JD, Martino NS, Heo M, Etamad B, et al. A paradigm for facilitating pharmacotherapy at a distance: sertraline treatment of the night eating syndrome. *J Clin Psychiatry* 2006;67(10):1568-1572.
16. Gluck ME, Geliebter A, Satov T. Night eating syndrome is associated with depression, low self-esteem, reduced daytime hunger, and less weight loss in obese outpatients. *Obes Res* 2001;9(4):264-267.
17. Allison KC, Engel SG, Crosby RD, de Zwaan M, O'Reardon JP, Wonderlich SA, et al. Evaluation of diagnostic criteria for night eating syndrome using item response theory analysis. *Eat Behav* 2008;9(4):398-407.
18. Tzischinsky O, Latzer Y. Nocturnal eating: prevalence, features and night sleep among binge eating disorder and bulimia nervosa patients in Israel. *Eur Eat Disord Rev* 2004;12(2):101-109.
19. Vinai P, Cardetti S, Carpegna G, Ferrato N, Vallauri P, Masante D, et al. "If I don't eat I cannot asleep." Does this dysfunctional belief sustain night eating syndrome? .Seattle: Workshop presented at the International Conference on Eating Disorders. 2008.
20. Allison KC, Grilo CM, Masheb RM, Stunkard AJ. Binge eating disorder and night eating syndrome: a comparative study of disordered eating. *J Consult Clin Psychol* 2005;73(6):1107-1115.
21. Zwaan M, Roerig DB, Crosby RD, Karaz S, Mitchell JE. Nighttime eating: a descriptive study. *Int J Eat Disord* 2006;39(3):224-232.
22. Allison KC, Lundgren JD, O'Reardon JP, Martino NS, Sarwer DB, Wadden TA, et al. The night eating questionnaire (NEQ): Psychometric properties of a measure of severity of the night eating syndrome. *Eat Behav* 2008;9(1):62-72.
23. Allison KC, Stunkard AJ, Thier SL. Overcoming Night Eating Syndrome: A Step-by-step Guide to Breaking the Cycle. Oakland: New Harbinger Publication; 2004.
24. Lundgren JD, Allison KC, Stunkard AJ. Familial aggregation in the night eating syndrome. *Int J Eat Disord* 2006;39(6):516-518.
25. Rogers NL, Dinges DF, Allison KC, Maislin G, Martino N, O'Reardon JP, et al. Assessment of sleep in women with night eating syndrome. *Sleep* 2006;29(6):814-819.
26. O'Reardon JP, Ringel BL, Dinges DF, Allison KC, Rogers NL, Martino NS, et al. Circadian eating and sleeping patterns in the night eating syndrome. *Obes Res* 2004;12(11):1789-1796.
27. Allison KC, Ahima RS, O'Reardon JP, Dinges DF, Sharma V, Cummings DE, et al. Neuroendocrine profiles associated with energy intake, sleep, and stress in the night eating syndrome. *J Clin Endocrinol Metab* 2005;90(11):6214-6217.
28. Howell MJ, Schenck CH, Crow SJ. A review of nighttime eating disorders. *Sleep Med Rev* 2009;13(1):23-34.
29. Allison KC, Crow SJ, Reeves RR, West DS, Foreyt JP, DiLillo VG, et al. Binge eating disorder and night eating syndrome in adults with type 2 diabetes. *Obesity* 2007;15(5):1287-1293.
30. Orhan FO, Ozer UG, Ozer A, Altunoren O, Celik M, Karaaslan MF. Night eating syndrome among patients with depression. *Isr J Psychiatry Relat Sci* 2011;48(3):212-217.
31. Palmese LB, DeGeorge PC, Ratliff JC, Srihari VH, Wexler BE, Krystal AD, et al. Insomnia is frequent in schizophrenia and associated with night eating and obesity. *Schizophr Res* 2011;133(1-3):238-243.
32. Gönenli S CY, Karamustafaloğlu O, Bakım B, Özçelik B. Psikiyatrik Ayaktan Hasta Popülasyonunda Gece Yeme Sendromunun Yaygınlığı ve Diğer Psikiyatrik Bozukluklarla Birlikteliği. *Yeni Symposium* 2011;49(2):83-88.
33. Stunkard AJ, Allison KC, O'Reardon JP. The night eating syndrome: a progress report. *Appetite*. 2005;45(2):182-186.
34. O'Reardon JP, Allison KC, Martino NS, Lundgren JD, Heo M, Stunkard AJ. A randomized, placebo-controlled trial of sertraline in the treatment of night eating syndrome. *Am J Psychiatry* 2006;163(5):893-898.
35. Miyaoka T, Yasukawa R, Tsubouchi K, Miura S, Shimizu Y, Sukegawa T, et al. Successful treatment of nocturnal eating/drinking syndrome with selective serotonin reuptake inhibitors. *Int Clin Psychopharmacol* 2003;18(3):175-177.
36. Allison KC, Lundgren JD, Moore RH, O'Reardon JP, Stunkard AJ. Cognitive Behavior therapy for night eating syndrome: A pilot study. *Am J Psychother* 2010;64(1):91-106.
37. Pawlow LA, O'Neil PM, Malcolm RJ. Night eating syndrome: effects of brief relaxation training on stress, mood, hunger, and eating patterns. *Int J Obes Relat Metab Disord* 2003;27(8):970-978.
38. Lundgren JD, Stunkard AJ. Night Eating Syndrome: Research, Assessment, and Treatment. New York: A division of Guilford Publications. 2012.
39. Grilo CM., Mitchell JE. Treatment of Eating Disorders: A Clinical Handbook. New York: A Division of Guilford Publications. 2010.
40. Winkelman JW. Treatment of nocturnal eating syndrome and sleep-related eating disorder with topiramate. *Sleep Med* 2003;4(3):243-246.
41. Friedman S, Even C, Dardennes R, Guelfi JD. Light therapy, nonseasonal depression, and night eating syndrome. *Can J Psychiat* 2004;49(11):790.
42. Friedman S, Even C, Thuile J, Rouillon F, Guelfi JD. Night eating syndrome and winter seasonal affective disorder. *Appetite* 2006;47(1):119-122.
43. Friedman S, Even C, Dardennes R, Guelfi JD. Light therapy, obesity, and night-eating syndrome. *Am J Psychiatry* 2002;159:875-876.
44. Ozier AD, Henry BW. Position of the American Dietetic Association: nutrition intervention in the treatment of eating disorders. *J Am Diet Assoc* 2011;111(8):1236-1241.
45. Sim LA, McAlpine DE, Grothe KB, Himes SM, Cockerill RG, Clark MM. Identification and treatment of eating disorders in the primary care setting. *Mayo Clin Proc* 2010;85(8):746-751.