

Gece Yeme Sendromunun Psikopatoloji Çerçevesinde İncelenmesi

Investigation of Night Eating Syndrome within the Framework of Psychopathology

Gizem AKCAN *

Öz: Gece yeme sendromu (GYS) ilk kez Stunkard (1955) tarafından tedaviye dirençli obezite hastalarında tanımlanmıştır. Tanı ölçütleri incelendiğinde, sabahları ortaya çıkan anoreksinin; kahvaltının atlanması veya oldukça az miktarda yenmesinin (örneğin kahve veya meyve suyu), akşam hiperfajisinin; günlük toplam kalorisinin en az %25'inin akşam yemeğinden sonra alınmasının, insomnia veya uykusuzluğun ise haftada 3 veya daha fazla olmasının hakim olduğu bir klinik tablo görülmektedir. GYS bulunan bireylerde psikososyal stres faktörlerine sıkça rastlandığı bilinmekte ve bu stresörlerin yeme atakları ile ilişkili olduğu savunulmaktadır. Genellikle bireyler kendilerini üzgün hissettiklerinde ve negatif duygu durumlarına sahip olduklarında besin alımını, sorunla başa çıkma aracı olarak kullanmaktadırlar. Birçok araştırmacı, stresle baş etme veya problem çözme hususundaki yetersizliklerin yeme bozukluklarına sebep olabileceğini belirtmektedir. Bu doğrultuda, yeme bozukluklarının problemlerle baş etmede zorluk çekme ile bağlantılı olduğu düşünülebilir. Her birey yaşadığı sıkıntılar karşısında farklı tepkiler vermektedir. Birçok kişinin üzgün olduğunda veya kendini mutsuz hissettiğinde rahatlatmak için yemek yemeye başvurduğu dikkat çekmektedir. Yeme bozukluğuna sahip olan kişilerin birçoğu depresif belirtiler göstermektedir. Hissedilen mutsuzlukla başa çıkmaya ve stres düzeyini azaltmaya yönelik çabalar, kontrolsüzce ve aşırı miktarda yemek yemeye başlamanın nedenleri arasında yer almaktadır. Bu çalışmada, gece yeme sendromunun psikopatoloji çerçevesinde incelenmesi amaçlanmıştır.

Anahtar sözcükler: Gece Yeme Sendromu, Kaygı, Depresyon, Stresle Başa Çıkma, Problem çözme, Psikopatoloji

Abstract: Night eating syndrome (NES) was first described by Stunkard (1955) in treatment-resistant obesity patients. When diagnostic criteria are examined, there is a clinical picture that is characterized by anorexia in the morning; skipping breakfast or eating negligible amounts (eg coffee or juice), evening hyperphagia; consuming at least 25% of total daily calories after dinner and, three or more bouts of insomnia or sleeplessness during a week. Psychosocial stress factors are very common in people with NES and these are associated with eating attacks. Generally, when individuals feel sad themselves and have negative emotions, they use their food intake as a means of coping with problems. Many researchers suggest that inadequacy in coping with stress or in problem solving can lead to eating disorders. Consequently, it can be thought that eating disorders are associated with difficulty in coping with problems. Each individual reacts differently to the problems he / she experiences. It is noteworthy that many people resort to eating when they feel sad or unhappy. Many people with eating disorders show depressive symptoms. Efforts to cope with unhappiness and to reduce stress are among the reasons for beginning uncontrolled and excessive eating. The aim of this study was to investigate night eating syndrome within the framework of psychopathology

Keywords: Night Eating Syndrome, Anxiety, Depression, Coping with Stress and Problem Solving, Psychopathology

* Dr. Öğr. Üyesi, Bartın Üniversitesi, Edebiyat Fakültesi, Psikoloji Bölümü, Bartın. gakcan@bartin.edu.tr, <https://orcid.org/0000-0003-1997-9178>

Giriş

Bireylerin fizyolojik koşullarda yaklaşık olarak günün yarı zamanında besin tüketmediği ve uykunun, açlık döneminin en önemli ve uzun kısmını oluşturduğu bilinmektedir. Genellikle, bireylerin yedikleri son yemekten 1- 4 saat sonra uykuya başladıkları ve ortalama 7- 9 saat uyudukları görülmektedir. Açlığın uyanıklık ile ilişkili biyolojik bir dürtü olduğu söylenebilir. Açlık ile uyku arasındaki ilişkinin, homeostatik ve sirkadiyen ritimlerin kontrolü ile düzenlendiği savunulmaktadır (Howell *et al.* 2009, 23-34). Orhan ve Tuncel (2009), yeme ve uykunun günlük ritimlerinin birbirleriyle senkronize olduğunu ve bu sebeple, geceleri besin tüketimi olmamasına rağmen, enerji homeostazının; glukoz ayarlanması ve iştah düzenlenmesindeki değişiklikler ile devam ettirildiğini vurgulamaktadır (Orhan & Tuncel 2009, 32-154).

Yeme Bozuklukları, yeme davranışı ve yemek ile ilişkili duyguların ve düşüncelerin bireylerde ciddi rahatsızlar yaratmasıyla ortaya çıkmaktadır. Amerikan Psikiyatri Birliği (APA: American Psychiatric Association) tarafından 2013 yılında yayınlanan tanı kriterlerine göre (DSM- V) Yeme Bozuklukları şu şekilde sınıflandırılmaktadır:

1. Pika
2. Geri Çıkarma (Geviş Getirme) Bozukluğu
3. Kaçınan/Kısıtlı Yiyecek Alımı Bozukluğu
4. Anoreksiya Nervoza
5. Bulimiya Nervoza
6. Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu
7. Tanımlanmış Diğer Bir Beslenme ve Yeme Bozukluğu
8. Tanımlanmamış Beslenme ve Yeme Bozukluğu

Gece Yeme Sendromu (GYS), ‘Tanımlanmış Diğer Bir Beslenme ve Yeme Bozukluğu’ tanı kategorisinde yer alan beş yeme bozukluğundan (atipik anoreksiya nervoza, bulimiya nervoza, tıkınırcasına yeme bozukluğu, çıkarma bozukluğu ve gece yemek yeme bozukluğu) birisidir (APA 2013).

GYS’nin, ilk olarak 1955 yılında Stunkard tarafından tanımlandığı bilinmektedir. Bu sendromun, o yıllarda çok fazla önemsenmemesine rağmen, 1990’lı yıllarda obezitenin giderek artan bir sorun olmaya başlaması ile birlikte araştırmacılar merak uyandırdığı ve bu konu üzerine başta obezite hastaları olmak üzere, normal kilolu kişilerde ve psikiyatri hastalarında çalışmalar düzenlendiği dikkat çekmektedir (Striegel *et al.* 2006, 139-47). Bu derlemede, GYS’nin tanımı, klinik özellikleri, tanı kriterleri, diğer bozukluklarla eş tanı oranı, ortaya çıkışında etkili olan etiyolojik faktörler ve tedavi yöntemleri özetlenmiştir.

Tanım ve Sınıflama

Sabah anoreksinin, akşam hiperfajinin ve insomnianın hakim olduğu klinik bir tabloya sahip olan gece yeme sendromu (GYS), ilk kez tedaviye direnç gösteren obezite hastalarında tanımlanmıştır (Stunkard *et al.* 1955, 78-86). Tanı ölçütleri incelendiğinde, sabah anoreksi; kahvaltının atlanması veya bu öğünde oldukça az miktarda besin tüketimi (örn. kahve ya da meyve suyu), akşam hiperfaji; bireylerin bir günde tükettikleri toplam kalori miktarının en az %25’ini akşam yemeğinden sonra karşılaması, insomni veya uykusuzluğun ise haftada 3 ya da daha çok olması ile karakterize bir psikopatoloji görülmektedir (Allison *et al.* 2010a, 91-106).

GYS’yi tanımlamak için farklı kriterlerin kullanıldığı; ancak yaygın olarak kullanılan iki tanımlamanın bulunduğu dikkat çekmektedir. Bunlar; Stunkard’ın 1955 yılında ve Birkedvedt’in 1999 yılında kullandığı tanı ölçütleridir (de Zwaan *et al.* 2006, 224-232) (bkz. Tablo 1.).

Tablo 1. Gece Yeme Sendromunun 1955 ve 1999 Tanı Kriterlerinin Karşılaştırılması (de Zwaan *et al.* 2006, 224-232)

	1955 Stunkard	1999 Birkevedt
Akşam hiperfaji	Akşam yemeğinden sonra günlük toplam kalorinin ¼'ünden fazlasının alınması	Son akşam yemeğinden sonra günlük enerji alımının >%50 olması
Sabahları anoreksi	Kahvaltıda az miktar yiyecek yenmesiyle birlikte sabahları anoreksi	Katılımcı kahvaltıda etse bile sabahları anoreksi
Uyku başlangıcı	Uykusuzluk en azından gece yarısına kadar	----
Uyanmalar	----	Gecede en az bir kez uyanma
Nokturnal yeme	----	Uykudan uyanma sırasında atıştırmalıkların yenmesi
Diğer	Opsiyonel: duyu durumun gece daha çökkün olması	Geçici ölçütlerin \geq 3ay sürmesi Katılımcıların *BED ve **BN ölçütlerini karşılamaması

*BED: Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu, **BN: Bulimia Nervosa

Orhan ve Tuncel (2009) tarafından düzenlenen çalışmada, GYS tanı ölçütlerine gece yeme kriteri de (yemek için uykudan uyanmak) eklenmiş ve toplam enerji alımının yüzdesi artırılmıştır (Orhan & Tuncel, 2009, 32-154). Buna göre, bireylerin bir günlük enerjilerinin %50'den fazlasını akşam yemeğinden sonra almaları tanı için yeterli görülmüştür (Birkevedt *et al.* 1999, 657-663).

Allison ve arkadaşları (2010a) ise, GYS tanısının standardize edilebilmesi için tanı ölçütlerini yeniden gözden geçirmiş ve gece yeme tanımını, akşam 7 ile 11'den daha genel bir ifade olan akşam yemeğinden sonraki süreç olarak değiştirmişlerdir (Allison *et al.* 2010a, 91-106). Yazarlar, besin tüketiminin %25'inden fazlasının akşam yemeğinden sonra olmasının ve/veya haftada en az iki gece uykudan uyanarak yemek yemenin yanı sıra, sabah yeme isteğinde azalma, akşam yemeği sonrası ya da gece güçlü yeme isteği, en az dört gece uykuya başlama veya sürdürme güçlüğü ve uyku bölünmelerinde yeme ihtiyacının duyulması kriterlerini de tanı ölçütlerine eklemişlerdir (Allison *et al.* 2010a, 91-106). Allison ve arkadaşlarının 2010 yılında geliştirdiği tanı ölçütleri Tablo 2'de verilmiştir:

Tablo 2. Allison ve Arkadaşlarının 2010 Yılında Geliştirdiği Tanı Ölçütleri

A. Aşağıda belirtilenlerin birisi ya da her ikisi şeklinde ortaya çıkan, günlük yeme düzeninde akşamları ve/veya geceleri belirgin artış olduğunun gösterilmesi
A.1. Gıda alımının en az %25'inin akşam yemeğinden sonra olması
A.2. Haftada en az iki gece uykudan uyanarak yeme olması
B. Akşam ve gece yeme episodlarının farkında olunması ve hatırlanıyor olunması
C. Aşağıdaki bulguların en az 3 tanesinin kliniğe eşlik etmesi
C.1. Sabahları yeme isteğinde azalma olması ve/veya haftada 4 ya da daha fazla kahvaltıda yapılmayan gün olması.
C.2. Akşam yemeği ile uyku başlangıcı arasında ve/veya geceleri güçlü yeme isteği varlığı
C.3. Haftada en az 4 ya da daha fazla uykuya başlama ve/veya uykuyu sürdürme insomniyası olması
C.4. Uykuya başlamak ya da geri dönebilmek için yeme gerekliliği inancının varlığı
C.5. Duygu durumunun sıklıkla depresif olması ve veya akşamları kötüleşmesi
D. Bozukluğun belirgin sıkıntı ve/veya işlevsellikte azalmaya yol açması
E. Yeme düzenindeki bozukluğun en az 3 aydır olması
F. Bu bozukluğun herhangi bir madde kötüye kullanımı ya da bağımlılığı, tıbbi hastalık, ilaç kullanımı veya diğer psikiyatrik hastalıklara ikincil olarak gelişmiş olmaması

Bu doğrultuda, GYS için belirlenen altı tanı kriterinden ilkinin; akşam hiperfajisi, günlük alınması gereken enerjinin %25'inden fazlasının akşam yemeğinden sonra alınıyor olması ve/veya haftada en az iki kez gece beslenmesinin gerçekleşmesi olduğu görülmektedir. Bu tanımlamada belirtilen akşam yemeğinden sonraki zaman diliminin, kültürel açılardan farklılık göstermesine rağmen genellikle saat 17.00'den sonraki zaman diliminde yenen ilk ana yemek sonrası, yani akşam yemeği sonrası olduğu düşünülmektedir (Çakmak& Demir, 2012, 259-265). Allison ve arkadaşları (2010a), eğer bu zaman diliminden sonra ana öğün tüketilmediyse tüketilen ilk ara öğün ya da atıştırma ana öğün sayıldığını ve bundan sonrası akşam öğünü sonrası olarak kabul edileceğini belirtmektedir (Allison *et al.* 2010a, 91-106). Ayrıca yazarlara göre, besin tüketiminin saat 20:00'a kadar gerçekleşmemesi durumunda, 20.00'dan sonraki besin tüketiminin akşam öğünü sonrası tüketim yerine geçmektedir.

Düzenlenen çalışmalar incelendiğinde, hem geçmiş hem de günümüzdeki çalışmalarda GYS tanı ölçütleri açısından büyük oranda değişkenlik olduğu dikkat çekmektedir. DSM IV'te (APA, 2000), 'Başka Türü Adlandırılmayan Yeme Bozukluğu' başlığı altında yer alan GYS'nin DSM V'te (APA 2013) 'Tanımlanmış Diğer Bir Beslenme ve Yeme Bozukluğu' tanı kategorisinde yer alan beş yeme bozukluğundan birisi olduğu görülmektedir.

1. Klinik Özellikler

GYS'nin, onlu yaşların sonlarından yirmili yaşların sonlarına kadar devam eden erken yetişkinlik döneminde başladığı ve uzun süre devam ettiği bilinmektedir (Vander Wal 2012, 49-59). GYS'nin temel özellikleri, kahvaltıyı atlama, akşamın geç saatleri ve geceleri daha çok besin tüketme ve uykuya geçişte zorluktur (Stunkard *et al.* 1996, 1-6). Rogers ve arkadaşları (2006) bu sendromun, NonREM uykusu sırasında ortaya çıkma eğiliminde olduğunu belirtmekte ve düşük uyku verimliliğiyle ilişkili olduğunu savunmaktadır (Rogers *et al.* 2006, 814-819). GYS hastalarının gece uykudan uyanma sıklıklarının daha fazla olduğu ve bu uyanma sürecinde gerçekleşen besin tüketiminin bilinçli olduğu görülmektedir (Allison *et al.* 2010a, 91-106). Aynı zamanda, stresli olaylar neticesinde sönme ve alevlenme periyotları gerçekleşebilmektedir. (Allison *et al.* 2004).

GYS'de, yeme ile uykunun biyolojik ritimlerinin ayrıldığı görülmektedir. O'Reardon ve arkadaşları (2004) tarafından düzenlenen çalışmada, GYS bulunan bireylerin kalori alımında gecikme yaşandığı tespit edilmiştir (O'Reardon *et al.* 2004, 1789-96). Enerji alımında meydana gelen gecikme neticesinde bireylerin sabah yemelerinin baskılandığı ve bireylerde iştahsızlık görüldüğü; ancak akşam ve gece ise iştahın arttığı ve yemek yemede artış görüldüğü dikkat çekmektedir (Küçüköncü *et al.* 2015, 751). Yeme ile uyku ritmi arasında ise yaklaşık 2 ile 6 saat gecikmenin olduğu; ancak uyku döngüsünün bozulmadığı bilinmektedir (Stunkard *et al.* 2005, 182-186).

GYS bulunan bireylerin aldıkları günlük enerji miktarının sağlıklı bireylerden farklı olmadığı; ancak bu bireylerin, geceleri daha fazla yiyecek tükettikleri dikkat çekmektedir (Allison *et al.* 2005, 55-67). GYS'yi ayıran temel kriterin ise yiyecek tüketimindeki anormal zamanlama olduğu düşünülmektedir (Colles *et al.* 2007, 1722; Arble *et al.* 2009, 2100-2102; Adami *et al.* 1997, 203-206). Akdeniz ülkelerinin yaşam şeklinde, bireylerin daha geç saatlerde akşam yemeği yedikleri bilinmektedir. Bu ülkelerdeki bireylerde de GYS tanısının görülmesinin, bu bozukluğun kültürlerarası bir sendrom olduğunu gösterdiği belirtilmektedir (Adami *et al.* 1997, 203-206). Orhan ve Tuncel (2009), yemek saatlerinin kültürlerarası farklılık göstermesine rağmen, bozuk yeme ritminin klinik olarak kendini açıkça gösterdiğini savunmaktadır (Orhan & Tuncel 2009, 32-154).

GYS olan bireylerin gece tükettikleri besinlerin genellikle karbonhidratlardan oluştuğu (%70), sabahları ise karbonhidrat tüketiminin daha düşük olduğu (%47) (Colles *et al.* 2007,

1722; Morgenthaler & Silber 2002, 323-327; Birketvedt *et al.* 1999, 657-663) tespit edilmiştir. Bu durumun karbonhidratların uyku, iştah, dürtü kontrolü ve duygu durum üzerinde iyileştirici rol oynayan serotonin sentezini arttırma özeliğinin bulunması ile ilişkili olduğu düşünülmektedir (Özenoğlu 2018, Hopf 2013). Stresi azaltan yiyeceklerin kültüre göre farklılık göstermesine rağmen, genellikle yüksek karbonhidrat oranına sahip ve hazırlaması kolay olan besinler oldukları belirtilmektedir (Özenoğlu 2018). Hopf (2013), depresif semptomları olan kişiler de dahil, mevsimsel duygulanım bozukluğu, adet öncesi stres sendromu veya nikotin yoksunluğu vb. bulunan pek çok bireyin karbonhidrat açısından zengin besin tüketimine bağlı olarak ruh hallerinin olumlu yönde değiştiğini belirtmektedir. Protein açısından zengin bir beslenme şeklinin beyinde serotonin sentezini azalttığı; ancak karbonhidrat bakımından zengin/proteinden fakir bir beslenme tarzının ise serotonin sentezini arttırdığı savunulmaktadır (Prasad 1998, 1517-27). Yokogoshi ve Wurtman (1986), karbonhidrat ağırlıklı beslenme biçiminin triptofanın beyne geçişini ve serotonine dönüşümünü kolaylaştırdığını belirtmektedir (Yokogoshi & Wurtman, 1986, 637- 642). Beyindeki serotonin sentezinin, triptofan varlığına bağlı olduğu bilinmektedir. Nörotransmitter serotonin (5-hidroksitriptamin, 5-HT) üretimindeki prekürsör rolüne sahip olması açısından triptofan varlığının hem duygudurum hem de bilişsel fonksiyonların işleyişi açısından büyük önem taşıdığı savunulmaktadır (Strasser *et al.* 2016, 55-61). Bu bulgulardan yola çıkarak, GYS'li bireylerin beslenme tarzının triptofanın beyne geçişini ve dolayısıyla bunun serotonine dönüşümünü arttırdığı görülmektedir. Bu bireylerin akşamları karbonhidrat ağırlıklı beslenmeyi seçmelerinin nedeninin de, bozulmuş olan uyku düzenlerini ve duygu durumlarını düzeltmek istemeleri olduğu söylenebilir.

2. Epidemiyolojisi

GYS'ye ilişkin farklı tanı kriterlerinin bulunmasının, bu bozukluğun prevalansını tespit etmeyi zorlaştırdığı düşünülmektedir (Orhan & Tuncel 2009, 32-154). GYS'nin yetişkin bireylerde görülme oranı %1.5 olmakla birlikte (de Zwaan *et al.* 2015, 426-434), zayıflama programlarına başvuran obez bireylerde, obez olmayan bireylere oranla bu duruma daha fazla rastlandığı belirtilmektedir (Küçükgöncü *et al.* 2015, 751). Ancak düzenlenen çalışmalarda, GYS ile obezite arasında anlamlı bir ilişkinin varlığı tespit edilememiştir (Howell *et al.* 2009,23-34; Colles *et al.* 2008, 615-622). Ayrıca, GYS'nin psikiyatri hastalarında da görülme prevalansının oldukça yüksek olduğu ve bu hastaların yaklaşık %12.3'ünde GYS görüldüğü belirtilmiştir (Saraçlı *et al.* 2015,79-84).

Cinsiyet değişkeni açısından GYS ele alındığında, genellikle kadınlarda bu sendromun daha fazla görüldüğü belirtilmektedir (O'Reardon *et al.* 2005, 997-1008). Ancak bu bulgunun aksine Aronoff, Geliebter ve Zammit (2001) tarafından düzenlenen çalışmada, erkeklerde GYS'nin daha fazla olduğu bulunmuş ve erkek olmanın GYS için yatkınlık oluşturduğu ileri sürülmüştür (Aronoff *et al.* 2001, 102-104). Rand ve Kuldau (1986) ise normal kiloya sahip erişkin bireyler ile yürüttükleri bir çalışmada, cinsiyet değişkeni açısından GYS prevalansının benzerlik gösterdiğini tespit etmişlerdir (Rand & Kuldau, 1986, 75-84). Klinik örneklemelerden elde edilen verilerden ve epidemiyolojik çalışmaların bulgularından elde edilen sonuçlar, GYS ile cinsiyet değişkeni arasında anlamlı bir ilişki olmadığını göstermektedir (Striegel-Moore *et al.* 2006, 139-147). Bu doğrultuda, cinsiyet değişkeni ile GYS ilişkisinin tam olarak belirlenemediği ve oldukça tartışmalı bir husus olduğu söylenebilir.

3. Psikopatolojilerle Eş Tanı Oranı

GYS'nin başta majör depresyon olmak üzere diğer psikiyatrik rahatsızlıklarla birlikte görülme oranının oldukça yüksek olduğu görülmektedir (Lundgren *et al.* 2006,156-158; Birketvedt *et al.* 1999, 657-663). Allison ve arkadaşları (2008) da, GYS bulunan bireylerin majör depresyon,

anksiyete bozukluğu ve madde kötüye kullanımı tanılarında daha yatkın olduklarını belirtmektedir (Allison *et al.* 2008, 62-72). Benzer şekilde düzenlenen kesitsel çalışmalarda, GYS bulunan bireylerin GYS bulunmayan bireylerden daha fazla depresyon ve anksiyete semptomuna sahip oldukları görülmüştür (Küçükgöncü 2011).

GYS olan bireylerde yaşam boyu major depresif bozukluk öyküsünün (%56) ve anksiyete bozukluğu öyküsünün (%17,5 yaygın anksiyete bozukluğu ve %18 travma sonrası stres bozukluğu) daha fazla olduğu belirtilmektedir (Birketvedt *et al.* 1999, 657-663). Ayrıca, Lundgren ve arkadaşları (2010), GYS olan obez bireylerin depresyon tanı kriterlerini karşılama oranlarının daha yüksek ve öz saygılarının ise daha düşük olduğunu bulmuşlardır (Lundgren *et al.* 2010, 233-236). GYS'nin şizofreni hastalarında görülme prevalansının ise %12 olduğu tespit edilmiştir (Palmese *et al.* 2013, 276-281).

4. Etiyolojik Modeller

Depresif duygu durumu, anksiyete, stres ve problem çözme becerilerindeki yetersizliklerin bu bozukluğun ortaya çıkmasında etkili olan psikolojik risk unsurları olduğu düşünülmektedir. GYS üzerinde etkili olan etiyolojik faktörler incelendiğinde, psikostresör faktörlerin yeme davranışı ile ilişkili olduğu ve GYS'nin meydana gelmesinde önemli rol oynadığı görülmektedir (Allison *et al.* 2004).

GYS, obez hastalarda tanımlanmasına rağmen, obez olmayan bireylerde de bu tablonun sıkça görüldüğü dikkat çekmektedir. Küçükgöncü ve Beştepe (2014) de, GYS'nin ortaya çıkışında, psikiyatrik hastalıkların, depresyonun, obezitenin, çocukluk çağı obezitesinin, yeme bozukluklarının ve diyabet gibi faktörlerin tetikleyici rol oynadığını savunmaktadır (Küçükgöncü & Beştepe, 2014, 368).

Kültürel faktörler ile GYS ilişkisini gözlemlemek amacıyla Striegel-Moore ve arkadaşları (2004) tarafından Amerika'da adolesan kızlar ile yürütülen çalışmada, siyah kızların beyaz kızlara oranla gece yeme davranışının daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Bu bulguyu destekler şekilde Striegel-Moore ve arkadaşlarının (2006) erişkin bireyler ile gerçekleştirdikleri çalışmada da, siyah bireylerde GYS'ye daha fazla rastlandığı görülmüştür. Bu bulgulardan yola çıkarak, genetiğin GYS üzerinde etkili olduğu düşünülebilir.

Düzenlenen bir aile çalışmasında, GYS'li bireylerin birinci derece akrabalarının da bu sendroma sahip olma olasılıklarının kontrol grubuna oranla 4.9 kat fazla olduğu bulunmuştur (Lundgren *et al.* 2006, 156-158). Rasmussen, Tholin, ve Tynelius (2007) da ikizlerle yaptıkları çalışmada, benzer şekilde genetiğin GYS üzerinde etkili rol oynadığını tespit etmişlerdir. Genetik faktörlerin strese yatkınlığı arttırdığı ve stresin de yeme davranışına yol açtığı bilinmektedir (Gülsün *et al.* 2012, 14-36).

4.1. GYS'nin Stres ile İlişkisi

GYS etiyolojisi açısından stresin büyük önem taşıdığı söylenebilir. GYS ilk tanımlandığında, GYS'li bireylerin yaşamlarında psikososyal stres faktörlerinin oldukça fazla olduğu ve stres unsurlarının yeme atakları ile oldukça ilişkili olduğu belirtilmiştir (Stunkard *et al.* 1955, 78-86). Özellikle, GYS'nin hastaların stresli dönemlerinde başladığı ve GYS olan bireylerin ise stres seviyelerinin daha da arttığı dikkat çekmektedir (Allison *et al.* 2010; Lundgren *et al.* 2010; Birketvedt *et al.* 1999).

Stresin, GYS'li bireylerin semptomlarının kötüleşmesinde oldukça etkili olduğu ve bireylerin stresli ortamdan uzaklaştıklarında semptomlarının azaldığı tespit edilmiştir (Stunkard *et al.* 1955, 78-86). Stres ile birlikte kortizol ve insülin düzeyleri artmaktadır. Kortizol ve insülin ilişkisinin enerji dengesi için önemli olduğu ve bu ilişkinin kronik stres ile bozulabileceği bilinmektedir (Adam & Epel 2007, 449-458). Ancak fazla kortizol salınımının, leptin

konsantrasyonlarını arttırmasına rağmen, aşırı yeme ve dolayısıyla obeziteye yol açtığı görülmektedir (Zakrzewska *et al.* 1997, 717-719). Strese bağlı yeme davranışı olan bireylerin aşırı yeme davranışlarını etkileyen ve yemek yemenin altında yatan temel unsur yüksek stres reaktivitesidir. Allison, Stunkard ve Their (2004) düzenledikleri çalışmada, GYS'li hastalarda tükürük kortizol düzeylerinin kontrol grubundan daha yüksek; insülin düzeylerinin ise geceleri yüksek, gündüzleri düşük olduğunu tespit etmişlerdir. Birketvedt ve arkadaşları (1999) da, sabah 08:00 ile sabah 02:00 arasındaki kortizol düzeylerinin GYS'li hastalarda, kontrol grubundan anlamlı olarak yüksek olduğunu gözlemlemişlerdir. GYS'li hastaların gece yemelerinin stresli bir dönemde başlamış olmasının, GYS ile stresör faktörler arasındaki ilişkiyi desteklediği görülmektedir.

Stres faktörlerinin GYS üzerindeki etkisinin incelendiği bir çalışmada, katılımcıların %75'inde GYS'nin yaşamlarının stresli bir döneminde başladığı ve gece yemeleri olanların kontrol grubuna oranla daha fazla stres yaşadıkları görülmüştür (Geliebter 2002,1-3). Benzer şekilde Stunkard, Grace ve Wolff (1955) da, GYS bulunan bireyler ile yürüttükleri yoğun ve uzun süreli psikoterapi sonucunda, stresli yaşam dönemlerinde GYS'nin meydana geldiğini, stresin azalmasıyla birlikte semptomların hafiflediğini tespit etmişlerdir.

Birketvedt ve arkadaşları (1999), hem davranışsal hem de nöroendokrin özellikler açısından GYS gösteren aşırı kilolu ve obez yetişkinler ile GYS bulunmayan yetişkinleri karşılaştırmışlar ve çalışmalarının sonucunda, GYS bulunmayan grupla karşılaştırıldığında, GYS bulunan grubun duygu durum puanlarının gün boyunca anlamlı derecede daha düşük olduğunu; saat 16:00'dan sonra, GYS olan grubunun duygu durum puanlarında düşüş gözlenirken kontrol grubundakilerin puanlarının değişmeden kaldığını tespit etmişlerdir. Ayrıca, GYS bulunan grubunun kortizol (stres hormonu) seviyesinin anlamlı derecede daha yüksek olduğu, vücudun stresli zamanlarda glukokortikoid salgıladığı, günün büyük çoğunluğunda (8:00- 2:00) ve stres ile birlikte artış gösteren kortikotropin salgılama faktörü (CRF) tarafından baskılanan melatoninin gece yükselişinin zayıfladığı görülmüştür (Birketvedt *et al.* 1999, 657-663). Melatonin eksikliğinin de, uyku kalitesini, miktarını ve organizasyonunu olumsuz yönde etkilediği bilinmektedir (Öztürk & Darıyerli, 2000, 104-109).

Pawlow, O'Neil ve Malcolm (2003), GYS bulunan bireylerde stresin azaltılmasının birçok nedenden dolayı oldukça önemli olduğunu belirtmektedir. İlk olarak, stresin azalmasına eşlik eden CRF salgılanmasının azalması, GYS' de melatonin inhibisyonunu hafifletebilir ve muhtemelen daha az uyku ile ilgili sorunlara yol açabilir. İkinci olarak, Stunkard ve arkadaşları (1955) tarafından düzenlenen araştırmada, stres düzeyini düşürmeye yönelik düzenlenen uzun süreli psikoterapinin GYS'yi azalttığına dair klinik kanıtlar saptanmıştır. Son olarak, stresin sadece yüksek tansiyona, hasarlı kas dokusuna ve büyüme inhibisyonuna yol açmadığı, ayrıca strese bağlı yüksek kortizol seviyelerinin de B hücrelerinin antikor/immünoglobulin üretmesine yardımcı olan bağışıklık sisteminin T hücrelerinin de tahrip olmasına yol açtığı bilinmektedir (Hall *et al.* 1996). Bu bağlamda, stresin azaltılmasının hem GYS hastaları hem de tüm popülasyon için oldukça gerekli olduğu söylenebilir.

4.2. GYS'nin Depresyon ile İlişkisi

Depresyon, GYS'nin ortaya çıkışında oldukça etkili olduğu düşünülen bir diğer değişkendir. Bireylerin yaşamlarında karşılaştıkları olumsuz durumlar karşısında farklı tepkiler sergiledikleri bilinmektedir. Pek çok kişi, üzgün olduğunda ya da canı sıkıldığında kendini rahatlatmak için yemek yemeyi tercih eder. Yeme bozukluğu bulunan birçok bireyde depresif belirtilere rastlanmaktadır. Kontrolsüz ve aşırı düzeyde yemek yemeye başlamanın altında yatan dürtünün, mutsuzlukla başa çıkma ve yaşanan stres düzeyini azaltma çabası olduğu düşünülmektedir. Depresyon, anksiyete, yeme bozuklukları gibi psikolojik sorunları olan bireyler besin tüketim

kontrolü, yeterli besin miktarını belirleme ve vücut ağırlığını koruma açısından sağlıklı kişilere göre daha fazla zorluk yaşamaktadırlar (Güzey 2014). Evers, Adriaanse, de Ridder ve de Witt Huberts (2013), özellikle üzgün olma durumu gibi birçok negatif duygu durum karşısında bireylerin besin tüketimini sorunla başa çıkma aracı olarak kullandıklarını savunmaktadır.

Stres faktörlerinin yanı sıra, GYS'li kişilerin daha sık depresif duygu durum bildirdikleri görülmektedir (Gluck *et al.* 2001, 264-267). Ancak ilginç bir şekilde, GYS olan bireylerin duygu durumlarında saat 16:00'dan sonra sirkadiyen olarak düşüş görüldüğü tespit edilmiştir (Birketvedt *et al.* 1999, 657-663). Yani, bu hastaların gece daha depresif oldukları görülmekte ve bu durumun, endojen depresyonda gözlenen, gece depresif duygu durumundaki azalmanın tam tersi bir bulgu olduğu dikkat çekmektedir.

Zwaan, Roerig, Crosby, Karaz ve Mitchell (2006) de, GYS'nin akşamları kötüleşen depresif ruh hali ile ilişkili olduğunu belirtmektedir. Orhan, Özer, Özer, Altunören ve Çelik'in (2011) yürüttükleri bir araştırmada, depresyonlu hastalarda gece yemek yeme durumunun (%35. 2), sağlıklı bireylere oranla (%19.2) daha fazla olduğu bulunmuştur.

GYS'nin, yaşam stresi (Stunkard 2002), nevroz (Rand & Kuldau, 1986), depresyon (Kuldau & Rand, 1986), düşük ruh hali (Birketvedt *et al.* 1999), ve kilo kaybına karşı olumsuz tepkiler (Stunkard *et al.* 2001) ile ilişkili olduğu belirtilmektedir. Gluck, Geliebter ve Satov'un (2001) çalışmasının bulguları da, GYS'nin yoğun depresyon, düşük benlik saygısı, ve günün ilerleyen saatlerinde öğün alımında artış gibi farklı özelliklere sahip bir sendrom olduğunu desteklemektedir.

Küçükgöncü (2011), GYS tanısı alan ve almayan katılımcıları klinik özellikleri açısından karşılaştırmış ve majör depresyon tanısı alan hastalarda GYS sıklığının anlamlı derecede daha yüksek olduğunu gözlemlemiştir. Bunlara ek olarak yine bu çalışmada, GYS olan kişilerde sigara kullanımının, geçmişte özkıyım girişiminin varlığının, antipsikotik kullanım oranlarının ve beden kitle indeksi (BKİ) ortalamasının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Aynı zamanda, bu hastaların depresyon, ruminasyon ve anksiyete düzeylerinin daha yüksek; uyku kalitelerinin ise genel olarak daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Bunların yanı sıra, depresyon düzeyinin, BKİ'nin, sigara kullanımının ve uyku kalitesinin GYS'nin belirleyicileri arasında yer aldığı savunulmaktadır (Küçükgöncü 2011).

Bazı etiyolojik faktörlerin depresyon ve GYS'nin birlikte görülme oranını arttırdığı dikkat çekmektedir. Melatonin, hem depresyon hem de GYS etiyolojisinde önemli rol oynamaktadır. Melatoninin, uykuyu tetiklediği ve sürdürdüğü bilinmektedir (Zhdanova *et al.* 1996, 423-431). Azalan melatonin seviyelerinin de, uyku bozukluğu ile ilişkili olduğu (Hansen *et al.* 1987) ve depresyonu olan kişilerde bu durum ile sıkça karşılaşıldığı tespit edilmiştir (Kennedy *et al.* 1989, 73-78). Bu doğrultuda, hipomelatonineminin nedensel zincirde bozulmuş uykuya yol açabileceği öne sürülmüştür (Haimov *et al.* 1994, 167). Depresif bireylere benzer şekilde GYS bulunan bireylerde de görülen melatonindeki gece artışının zayıflamasının, gece uyanmalarında etkili bir rol oynadığı görülmektedir.

Depresif bireyler ile GYS bulunan bireylerin semptomları üzerinde stres faktörünün benzer rol oynadığı görülmektedir. GYS'nin hipotalamic-pitüiter-adrenal eksen (HPA eksen) ile ilişkisini incelemek amacıyla düzenlenen çalışmada, kortikotropin releasing hormon (CRH) ile uyarılan ACTH ve kortizol yanıtlarının, GYS'li kişilerde kontrol grubuna oranla anlamlı derecede düşük olduğu görülmüştür (Birketvedt *et al.* 1999, 657-663). Bu bulgudan yola çıkarak yazarlar, GYS'li kişilerde HPA ekseninde tükenme olduğunu savunmakta ve stresin GYS üzerinde uyarıcı işlevi bulunduğunu savunmaktadırlar. Ayrıca HPA eksenin, GYS'nin en önemli bileşenleri olan insomnia ve depresyon ile de ilişkili olduğu bilinmekte ve bu durumun stresle ilişkili olduğu düşünülmektedir (Chrousos &

Gold 1992, 1244-1252).

Serotoninin iletimindeki bozuklukların majör depresyona yol açtığı ve bu durumun GYS'den de sorumlu olabileceği düşünülmektedir (Stunkard et al.2009, 69-77). Gıda alımının kontrolü üzerinde etkili rol oynayan serotoninin de GYS patofizyolojisi üzerinde etkili olan bir diğer hormon olduğu bulunmuştur (O'Reardon *et al.* 2006, 893-898). Stunkard, Allison, Lundgren ve O'Reardon (2009), serotonerjik sistemdeki bozulmanın GYS'de görülen akşam aşırı yeme davranışının nedenlerinden biri olduğunu belirtmektedir. Serotoninin, serotonin taşıyıcısına (SERT) bağlanmasındaki artışın post-sinaptik serotonin iletiminde bozulmalara neden olduğu (Frazer 1997) ve bu durumun GYS'ye yol açtığı düşünülmektedir (Stunkard *et al.* 2009, 69-77). SERT genindeki bir polimorfizm ve çevresel faktörlerin (stres vb.) etkileşiminin majör depresyona yol açtığı bilinmekte ve benzeri bir etkileşimin GYS'de de görülebileceği savunulmaktadır (Caspi *et al.* 2003, 386-389). Depresyon ile GYS'nin etiyolojik olarak benzerlikler gösterdiği dikkat çekmektedir. GYS'li kişilerde görülen depresyon bulgularını ortadan kaldırılmaya yönelik düzenlenecek olan müdahalelerin bu bozukluğa tedavisi açısından da büyük önem taşıdığı söylenebilir.

4.3. GYS'nin Anksiyete ile İlişkisi

GYS semptomları üzerinde etkili olduğu düşünülen bir diğer değişken de anksiyetedir. Stunkard ve arkadaşları (1955), GYS'yi obez hastalarda ilk kez tanımladıklarında, GYS'li hastaların anksiyete düzeylerinin diğerlerine oranla daha yüksek olduğunu belirtmişlerdir. Napolitano ve arkadaşlarının (2001) GYS, Tıkanırçasına Yeme Bozukluğu (TYB) ve kontrol grubu ile yürüttükleri çalışmada, anksiyete düzeyleri açısından GYS ile kontrol grubu veya TYB arasında farklılık olmadığı tespit edilmiştir. Sassoroli ve arkadaşları (2009) tarafından TYB, GYS ve her ikisinin birlikte olduğu katılımcılardan oluşan çalışmada, GYS'li hastalarda görülen gece yemelerinin gece artan anksiyete düzeyi ile ilişkili olduğu ve GYS ve TYB'nin birlikte olduğu hastalarda anksiyete düzeyinin anlamlı olarak daha yüksek olduğu görülmüştür.

Küçüköncü (2011), GYS olan bireylerin anksiyete düzeyinin anlamlı olarak daha yüksek olduğunu, GYS'nin görülme oranının depresyon düzeyleri yüksek olan hastalarda daha fazla olduğunu ve dahası, bireylerin anksiyete düzeyinin GYS belirtilerini arttırdığını savunmaktadır. Diğer yandan, TYB ve GYS'nin birlikte görülmesinin hem depresyon hem de anksiyete düzeyini arttırdığı savunulmaktadır. Bireylerin kaygı ile başa çıkma becerilerinin güçlendirilmesinin GYS'nin önlenmesi açısından önem taşıdığı görülmektedir; çünkü bireylerin kaygı ile başa çıkma yöntemi olarak besin tüketimine yöneldikleri bilinmektedir.

4.4. GYS'nin ile Problem Çözme- Başa Çıkma Stratejileri İlişkisi

Bireylerin problem çözme becerilerinin gelişmemiş olmasının GYS'nin ortaya çıkması açısından risk oluşturduğu düşünülmektedir. Duyguların yemek yeme davranışını etkilediği bilinmekte ve duygusal yemek yemenin olumsuz duygu durum ile başa çıkmada besin kullanımı ile karakterize olan psikolojik bir destek mekanizması olduğu belirtilmektedir (Serin & Şanlıer 2018, 135-146). Düzenlenen araştırmalarda, stresle baş etme yeteneğinde ya da problem çözme stratejilerindeki yetersizliklerin yeme bozuklukları üzerinde etkili olduğu görülmüştür (Soukup *et al.*1990, 592-599). GYS de bir yeme bozukluğu türü olduğundan bu etiyolojik faktörlerin GYS'ye de zemin hazırladığı söylenebilir. Bu bağlamda, GYS'nin karşılaşılan sorunlar karşısında işlevsel olmayan baş etme becerilerinin kullanımı ile ilişkili olduğu ve bir tür duygusal yeme bozukluğu olduğu düşünülmektedir.

Sorunlarla baş edememenin, sorunlardan kaçma veya stresle ilişkili düşüncelerden kaçınma ile karakterize olduğu belirtilmektedir (Karaköse 2012). Ergen bireyler ile gerçekleştirilen araştırmalarda, duygusal odaklı başa çıkma ve kaçınmacı başa çıkma stratejilerinin kullanımının

yeme bozukluklarıyla ilişkili olduğu bulunmuştur (Ghaderi & Scott, 2001, 122-130). Bu doğrultuda, yeme bozukluğu bulunan kişilerin problem çözme hedefli baş etme stratejilerini daha az, duygusal odaklı ve kaçınmacı baş etme yöntemlerini ise daha çok kullandıkları görülmektedir (Dorothy *et al.* 2000, 271- 295).

Yeme bozukluğunun problemler karşısında kullanılan bir tür işlevsel olmayan baş etme yöntemi olduğu düşünülmektedir (Soukup *et al.* 1990, 592-599). Ghaderi ve Scott (2000) tarafından klinik olmayan bir örneklem grubu ile yapılan başka bir çalışmada, yeme bozukluklarının gelişiminde kaçınan tarzdaki başa çıkma stillerinin kullanımının etkili olabileceği gözlemlenmiştir. Bu bulguyu destekler şekilde MacNeil (2012) de, kaçınan başa çıkma stratejilerinin kullanımının yeme bozukluklarının oluşumu açısından bir risk faktörü niteliği taşıdığını gözlemlemiştir.

Ghaderi ve Scott'un (2000), üniversite öğrencilerinin kaygı ve depresyon düzeylerinin, stresle başa çıkma ve problem çözme becerilerinin gece yeme tutumları ile ilişkisini ele alan araştırmasında, depresif belirtilerin, stres faktörlerinin ve kaygı düzeyinin gece yeme sendromu üzerinde tetikleyici rol oynadığı ve problem çözme becerileri zayıf olan bireylerde stresle başa çıkma yöntemi olarak kullanılan gece yemek yeme davranışının daha fazla olduğu görülmüştür. Üniversite öğrencilerinin gece yeme tutumunun, karşılaştıkları psikososyal stres faktörleri karşısında bir kaçınma yöntemi işlevi gördüğü anlaşılmaktadır. Literatürde yer alan çalışmalar incelendiğinde, problemlerle baş etme becerileri düşük olan bireylerin yeme bozukluğu eğiliminin daha fazla olduğu görülmektedir. Pasif ve kaçınan tarzdaki başa çıkma yöntemlerinin kullanımının, yeme bozukluğu patolojisiyle oldukça ilişkili olduğu ve aktif ve problem çözme odaklı başa çıkma yollarının kullanılmasının yeme bozukluğu belirtilerinin azalması açısından yararlı olabileceği söylenebilir.

5. Tedavi

Yürütülen çalışmalar, GYS için serotonin geri alım inhibitörleri (SSGI), topiramet, bilişsel davranışçı terapi, relaksasyon eğitimi ve ışık terapisi gibi farmakolojik ve farmakolojik olmayan tedavi seçenekleri bulunduğunu göstermektedir (Trojian & Jow, 2009, 182-185). Psikolojik tedavi yöntemleri incelendiğinde, bilişsel davranışçı terapi yönelimli uygulamaların bu bozukluğun semptomlarının azaltılmasında oldukça etkili olduğu görülmektedir. O'Reardon, Peshek ve Allison (2005), GYS'li bireylerde depresyon, stres ve anksiyete belirtilerine daha fazla rastlandığını ve bu nedenle GYS'li bireylerde psikolojik müdahalelerin etkili olabileceğini savunmaktadır.

Pawlow, O'Neil ve Malcolm (2003), GYS hastalarının stres artışı (kortizol ve CRH artışı) ve stresle başa çıkma becerileri üzerinde gevşeme eğitiminin etkilerini değerlendirmek amacıyla düzenledikleri çalışmada, kısa progresif kas gevşeme tekniğinin (APRT) uygulandığı gruptaki katılımcıların seanstan hemen sonraki anksiyete ve stres düzeylerinin kontrol grubuna göre daha düşük, rahatlama düzeylerinin ise daha yüksek olduğunu ve bu durumun da, gevşeme egzersizleri neticesinde kortizol seviyesinin düşmesi ile ilişkili olduğunu bulmuşlardır. Ayrıca araştırmacılar, yedi günlük ev uygulaması sonrasında deney grubunda (APRT uygulanan) yer alan bireylerde anksiyete ve stres düzeyindeki düşüşün devam ettiğini, sabah iştahında artma, gece iştahında azalma olduğunu, ancak yatma sonrası yemelerdeki azalmanın ise belirgin olmadığını tespit etmişlerdir (Pawlow *et al.* 2003, 970-978).

Bilişsel Davranışçı Terapinin (BDT), depresyon, yeme bozuklukları ve uykusuzluk gibi birçok psikiyatrik bozukluk açısından oldukça etkili bir tedavi yöntemi olduğu bilinmektedir (Beck *et al.* 1979). GYS bulunan hastalardaki anekdotlar ve deneyler GYS'nin, bireylerin öncesinde yemek yemedikçe uyuyamayacağı, belirli yiyecekleri aşereceği ve endişeli veya tedirgin olacağına inanma gibi bazı bilişsel çarpıtmalarla ilişkili olduğunu ortaya koymuştur (Allison 2012).

Allison ve arkadaşları (2010a), BDT protokollerini tıknırcasına yeme bozukluğu (TYB) ve davranışsal kilo kaybı için uyarlayarak bilişsel davranışçı bir tedavi modeli oluşturmuşlardır.

BDT'nin GYS bağlamındaki birincil amacı, sirkadiyen yeme ritimlerindeki gecikmeyi düzeltmek, aynı zamanda hatalı bilişler ile gece yeme ve uyku arasındaki ilişkiyi kesmektir (Allison & Tarves 2011, 785–796).

BDT'nin temel bileşenleri aşağıdaki şekilde özetlenebilir (Vander Wal 2012, 49-59):

GYS ve sağlıklı yemek yeme hakkında psiko-eğitim,

- 1) yeme modifikasyonu,
- 2) gevşeme stratejileri,
- 3) uyku hijyenini sağlamak,
- 4) bilişsel yeniden yapılandırma,
- 5) fiziksel aktivitenin iyileştirilmesi ve
- 6) sosyal destek oluşturmak

Allison ve arkadaşlarının (2010b) GYS'li bireylerle gerçekleştirdikleri BDT uygulamasındaki gıda kayıtları, toplam günlük enerji alımında yaklaşık %26, akşam ve gece alımında ise % 29 oranında azalma olduğunu göstermiştir. Katılımcılar, gün boyunca üç küçük öğün ve iki atıştırma ile yapılandırılmış bir şekilde yemek yemeye teşvik edilmiştir. Böylece, katılımcıların çoğunluğunun toplam kalori alımı ile birlikte gece içeriklerini de eş zamanlı olarak azaltabildikleri gözlemlenmiştir. Gün içerisinde yapılandırılmış ve daha kontrollü bir şekilde yemek yemenin, kalorilerdeki azalmaya rağmen geceleri yemek yeme isteğinin azaltılmasına yardımcı olduğu savunulmaktadır (Allison *et al.* 2010b, 241-247).

GYS bulunan bireylerin, bir kez yemek yediklerinde rahatladıklarını ve tatmin olduklarını ve en önemlisi uyuyabildiklerini belirttikleri görülmektedir. BDT, GYS bulunan bireylere bilişlerinin altında yatan anlamları ve otomatik düşünceleriyle ve engellenmemiş davranışlarıyla ilişkili duygularını anlamalarına yardımcı olacak farklı teknikler önermektedir. Böylece, bireylerin hatalı bilişler ile gece yeme ve uyku arasındaki ilişkiyi keserek GYS'den kurtulabilecekleri düşünülebilir.

Sonuç

GYS'li bireylerin büyük bir kısmının gece yeme davranışlarının stresör bir etken sonrasında ortaya çıktığı görülmektedir. Aynı zamanda, GYS'nin başta depresyon ve anksiyete olmak üzere birçok psikiyatrik hastalık ile ilişkili olduğu dikkat çekmektedir. Psikopatoloji ile ilişkili olduğu düşünülen GYS'nin, birçok faktörden etkilenen bir yeme bozukluğu olması nedeniyle tedavisinin de farklı açılardan düzenlenmesi gerektiği söylenebilir. Öncelikle, sorunun kaynağının tespit edilmesinin bozukluğun tedavisi açısından büyük önem taşıdığı aşikardır. Lissau ve Sorensen (1994), çocukluk çağı travmalarının da yetişkinlikte görülen GYS ile yakından ilişkili olduğunu belirtmektedir. Johnson, Cohen, Kasen ve Brook (2002) tarafından düzenlenen araştırmada, fiziksel ihmal yaşayan çocuklarda ergenlikte ve erken yetişkinlikte obezite görülme riskinin ihmal ile karşılaşmayan çocuklara oranla 4.7 kat, yeme bozukluğu görülme olasılığının ise 4.8 kat daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Walker ve arkadaşları (1999) tarafından yürütülen bir başka çalışmada da, çocukluk çağı istismarı bulunan bireylerde diğer bireylere oranla daha fazla GYS bulunduğu gözlemlenmiştir. Ayrıca, çocukluk çağı travmalarının depresyonun başlangıcı ve seyri üzerinde de oldukça etkili rol oynadığı düşünüldüğünde (Bernet & Stein 1999), hasta öyküsü alınırken çocukluk çağı travmalarının sorgulanmasının GYS'de tedavi planı açısından büyük önem taşıdığı söylenebilir.

Stres, kaygı ve olumsuz duygu durum karşısında bireylerin sergiledikleri işlevsel olmayan bir problem çözme yöntemi olan GYS tedavisinde, bireylerin çarpıtılmış bilişlerinin düzeltilerek alternatif düşünme becerilerinin kazandırılmasının, bireylere yeni başa çıkma stratejilerinin öğretilmesinin, gece geç saatte yenilen karbonhidratlar yerine bireylerin sağlıklı dengeli alternatifler yemesi konusunda bilinçlendirilmesinin bu bozukluğun tedavisinde etkili olabileceği söylenebilir.

KAYNAKÇA

- Adam T. C. & Epel E. S. (2007). "Stress, Eating and the Reward System". *Physiol Behav* 91 (2007) 449-458.
- Adami G. E., Meneghelli A. & Scopinaro N. (1997). "Night Eating Syndrome in Individuals with Mediterranean Eating-Style". *Eat Weight Disord* 2 (1997) 203-206.
- Allison K. C. (2012). "Cognitive-Behavioral Therapy Manual for Night Eating Syndrome". *Night Eating Syndrome: Research, Assessment, and Treatment* (2012) 246-265. New York.
- Allison K. C., Stunkard A. J. & Thier S. L. (2004). *Overcoming Night Eating Syndrome: A Step-by-step Guide to Breaking the Cycle*. Oakland 2004.
- Allison K. C, Stunkard A. J. (2005). "Obesity and Eating Disorders". *Psychiatr Clin N Am* 28 (2005) 55-67.
- Allison K. C., Lundgren J. D., Moore R. H., O'Reardon J. P. & Stunkard A. J. (2010a). Cognitive Behavior Therapy for Night Eating Syndrome: A Pilot Study . *American Journal of Psychotherapy* 64/1 (2010) 91-106.
- Allison K. C., Lundgren J.D., O'Reardon J. P., Geliebter A., Gluck M. E., Vinai P. *et al.* (2010b). "Proposed Diagnostic Criteria for Night Eating Syndrome". *Int J Eat Disord*. 43 (2010) 241-247.
- Allison K. C., Lundgren J. D., O'Reardon J. P., Martino N. S., Sarwer D. B., Wadden T. A., ... & Stunkard A. J. (2008). "The Night Eating Questionnaire (NEQ): Psychometric Properties of a Measure of Severity of The Night Eating Syndrome". *Eating Behaviors* 9/1 (2008) 62-72.
- Allison K. C, Stunkard A. J. (Eds.) (2012). *Night Eating Syndrome Research, Assessment, and Treatment*. New York 2012.
- Allison K. C. & Tarves E. P. (2011). "Treatment of Night Eating Syndrome". *Psychiatr Clin North Am* 34/4 (2011) 785-796.
- American Psychiatric Association. (2013). "Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5®)". *American Psychiatric Pub* (2013) 171-179.
- Arble D. M., Bass J., Laposky A. D., Vitaterna M. H. & Turek F. W. (2009). "Circadian Timing of Food Intake Contributes to Weight Gain". *Obesity* 17/11 (2009) 2100-2102.
- Aronoff N. J., Geliebter A. & Zammit G. (2001). "Gender and Body Mass Index as Related to the Night Eating Syndrome in Obese Outpatients". *J Am Diet Assoc* 101(2001) 102-104.
- Beck A. T., Rush A. J., Shaw B. F. & Emery G. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. New York 1979.
- Bilgiç O. (2015). Afektif Bozukluklarda Gece Yeme Sendromunun Sıklığı ve İlişkili Klinik Özellikleri. İstanbul Üniversitesi, İstanbul 2015.
- Birketvedt G. S., Florholmen J. R., Sundsfjord J., Osterud B., Dinges D., Bilker W., *et al.* (1999). "Behavioral and Neuroendocrine Characteristics of the Night-Eating Syndrome". *JAMA* 282 (1999) 657-663.
- Caspi A., Sugden K., Moffitt T. E., Taylor A., Craig IW, Harrington H., McClay J., Mill J., Martin J., Braithwaite A. & Poulton R. (2003). "Influence of Life Stress on Depression: Moderation by a Polymorphism in the 5-HTT Gene". *Science* 301(2003) 386-389.
- Ceru-Bjork C., Andersson I. & Rossner S. (2001). "Night Eating and Nocturnal Eating-Two Different or Similar Syndromes Among Obese Patients?". *Int J Obes Relat Metab Disord* 25 (2001) 365-372.
- Chrousos G. P. & Gold P. W. (1992). "The Concepts of Stress and Stress System Disorders. Overview of Physical and Behavioral Homeostasis". *Jama* 267 (1992) 1244-1252.
- Colles S. L., Dixon, J. B. & O'Brien P. E. (2007). "Night Eating Syndrome and Nocturnal Snacking: Association with Obesity, Binge Eating and Psychological Distress". *International Journal of Obesity* 31/11 (2007) 1722.
- Colles S. L., Dixon J. B. & O'Brien P. E. (2008). "Grazing and Loss of Control Related to Eating: Two High Risk Factors Following Bariatric Surgery". *Obesity (Silver Spring)* 16/3 (2008) 615-622.
- Çakmak A., & Demir A. (2012). "Gece Yeme Sendromu". *Beslenme ve Diyet Dergisi* 40/3 (2012) 259-265.
- Dorothy L., Espelage D. L, Quittner A. L, Sherman R. & Thompson R. (2000). "Assessment of Problematic Situations and Coping Strategies in Women with Eating Disorders: Initial Validation of a Situation-Specific Problem Inventory". *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment* 22/3 (2000) 271-295.
- Evers C., Adriaanse M., de Ridder D. T. & de Witt Huberts J. C. (2013). "Good Mood Food. Positive Emotion as a Neglected Trigger for Food Intake". *Appetite* 68 (2013) 1-7.

- Frazer A. (1997). "Pharmacology of Antidepressants". *J Clin Psychopharmacol* 17 (Suppl 1) (1997) 2-18.
- Geliebter A. (2002). "New Developments in Binge Eating Disorder and the Night Eating Syndrome". *Appetite* 38 (2002) 1-3.
- Ghaderi A. & Scott B. (2001). "Prevalence, Incidence and Prospective Risk Factors for Eating Disorders". *Acta Psychiatrica Scandinavica* 104/2 (2001) 122-130.
- Gluck M. E., Geliebter A. & Satov T. (2001). "Night Eating Syndrome is Associated with Depression, Low Self-Esteem, Reduced Daytime Hunger, and Less Weight Loss in Obese Outpatients". *Obesity Research* 9/4 (2001) 264-267.
- Gülsün M., Tamam L. & Özçelik F. (2012). "Nöropeptid Y ve Stres İlişkisi". *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 4/1 (2012) 14-36.
- Güzey M. (2014). *Kadınlarda Ağırılık Yönteminin Yeme Tutum Davranışı Üzerine Etkisinin Değerlendirilmesi*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Başkent Üniversitesi, Ankara 2014.
- Haimov I., Laudon M., Zisapel N., et al. (1994). "Sleep Disorders and Melatonin Rhythms in Elderly People". *BMJ* 309 (1994) 167.
- Hall N., Altman F. & Blumenthal S. (1996). *Mind-Body Interactions and Disease and Psychoneuroimmunological Aspects of Health and Disease*. New York 1996.
- Hansen T., Bratlid T., Lingjarde O. & Brenn T. (1987). "Mid-Winter Insomnia in the Subarctic Region: Evening Levels of Serum Melatonin and Cortisol Before and After Treatment with Bright Artificial Light". *Acta Psychiatr Scand.* 75 (1987) 428-434.
- Hopf SM. (2013). "You Are What You Eat: How Food Affects Your Mood". *Dartmouth Undergraduate Journal of Science* (2013). Retrieved from <http://Dujs.Dartmouth.Edu/2011/02/You-Are-What-You-Ea-How-Food-Affects-your-Mood/#.V3pahdKltiu>.
- Howell M. J., Schenck C. H. & Crow S. J. (2009). "A Review of Nighttime Eating Disorders". *Sleep Medicine Reviews* 13 (2009) 23-34.
- Karaköse S. (2012). *Yeme Bozukluğu Semptomolojisini Yordamada Başetme Stratejilerinin ve Olumsuz Temel İnançların Rolü*. Yüksek Lisans Tezi. Maltepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul 2012.
- Kennedy S. H., Garfinkel P. E., Parienti V., Costa D., Brown G. M. (1989). "Changes in Melatonin Levels But not Cortisol Levels are Associated with Depression in Patients with Eating Disorders". *Arch Gen Psychiatry* 46 (1989) 73-78.
- Kuldau J. M., Rand C. S. (1986). "The Night Eating Syndrome And Bulimia in the Morbidly Obese". *Int J Eat Disord* 5 (1986) 143-8.
- Küçükgöncü S. (2011). *Gece Yeme Sendromunun Depresyon ve Anksiyete Bozuklukları ile İlişkisi*. Tıpta Uzmanlık Tezi. Sağlık Bakanlığı/İstanbul Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Has. Eğt. ve Arş. Hastanesi / Psikiyatri Anabilim Dalı, İstanbul 2011.
- Küçükgöncü S. & Beştepe E. (2014). "Night Eating Syndrome in Major Depression and Anxiety Disorders". *Nöro Psikiyatri Arşivi* 51/4 (2014) 368.
- Küçükgöncü S., Midura M. & Tek C. (2015). "Optimal Management of Night Eating Syndrome: Challenges and Solutions". *Neuropsychiatric Disease And Treatment* 11 (2015) 751.
- Lundgren J. D., Allison K. C., Crow S., O'Reardon J. P., Berg K. C., Galbraith J., Martino N. S. & Stunkard A. J. (2006). "Prevalence of the Night Eating Syndrome in a Psychiatric Population". *Am J Psychiatry* 163 (2006) 156-158.
- Lundgren J. D., Allison K. C., O'Reardon J. P. & Stunkard A. J. (2008). "A Descriptive Study of Non Obese Persons with Night Eating Syndrome and a Weight-Matched Comparison Group". *Eat Behav* 9/3 (2008) 343-351.
- Lundgren J. D., Rempfer M. V., Brown C. E., Goetz J. & Hamera E. (2010). "The Prevalence of Night Eating Syndrome and Binge Eating Disorder Among Overweight and Obese Individuals with Serious Mental Illness". *Psychiatry Res* 175/3 (2010) 233-236.
- Macneil L., Esposito-Smythers C., Mehlenbeck R., Weismore J. (2012). "The Effects of Avoidance Coping and Coping Self-Efficacy on Eating Disorder Attitudes and Behaviors: A Stress Diathesis Model". *Eat Behav* 13/4 (2012) 293-6.
- Morgenthaler T. I, Silber M. H. (2002). "Amnesic Sleep-Related Eating Disorder Associated with Zolpidem". *Sleep Medicine* 3 (2002) 323-327.
- Napolitano M. A., Head S., Babyak M. A. & Blumenthal J. A. (2001). "Binge Eating Disorder and Night

- Eating Syndrome: Psychological and Behavioral Characteristics". *Int J Eat Disord* 30 (2001) 193-203.
- Orhan F. O., Ozer U. G., Ozer A., Altunoren O., Celik M., Karaaslan M. F. (2011). "Night Eating Syndrome Among Patients with Depression". *Isr J Psychiatry Relat Sci* 48/3 (2011) 212-217.
- Orhan F. O. & Tuncel D. (2009). "Gece Yeme Bozuklukları." *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 1 (2009) 132-154.
- O'Reardon J. P., Allison K. C., Martino N. S., Lundgren J. D., Heo M. & Stunkard A. J. (2006). "A Randomized, Placebo-Controlled Trial of Sertraline in the Treatment of Night Eating Syndrome". *Am J Psychiatry* 163 (2006) 893-898.
- O'Reardon J. P., Peshek A. & Allison K. C. (2005). "Night Eating Syndrome: Diagnosis, Epidemiology and Management". *CNS Drugs* 19 (2005) 997-1008.
- O'Reardon J. P., Ringel B. L., Dinges D. F., *et al.* (2004). "Circadian Eating And Sleeping Patterns in the Night Eating Syndrome". *Obes Res* 12(2004) 1789-96.
- Özenoğlu A. (2018). "Relationship Between Mood, Food and Nutrition". *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 9/4 (2018) 357-358.
- Öztürk L. & Darıyerli N. (2000). "Melatoninin Hipnotik Etkileri". *Türkiye Tıp Dergisi* 7/2 (2000) 104-109.
- Palmese L. B., Ratliff J. C., Reutenauer E. L., Tonizzo K. M., Grilo C.M. & Tek C. (2013). "Prevalence of Night Eating in Obese Individuals with Schizophrenia and Schizoaffective Disorder". *Compr Psychiatry* 54/3 (2013) 276-281.
- Prasad C. (1998). "Food, Mood and Health: A Neurobiological Outlook". *Brazilian Journal of Medical and Biological Research* 31(1998) 1517-27.
- Pawlow L. A., O'Neil P. M. & Malcolm R. J. (2003). "Night Eating Syndrome: Effects of Brief Relaxation Training on Stress, Mood, Hunger, and Eating Patterns". *Int J Obesity* 27(2003) 970-978.
- Rand C. S. & Kuldau J. M. (1986). "Eating Patterns in Normal Weight Individuals: Bulimia, Restrained Eating and the Night Eating Syndrome". *Int J Eat Disord* 5 (1986) 75-84.
- Rasmussen F., Tholin F. & Tynelius P. O. (2007). "Importance of Genes and Environmental Factors for Symptoms of Night Eating Among 5209 Pairs of Twins from Sweden". *Int J Obes* (2007) 49.
- Rogers N. L., Dinges D. F., Allison K. C., Maislin G., Martino N., O'Reardon J. P., *et al.* (2006). "Assessment of Sleep in Women with Night Eating Syndrome". *Sleep* 29/6 (2006) 814-819.
- Saracli O., Atasoy N., Akdemir A., *et al.* (2015). "The Prevalence and Clinical Features of the Night Eating Syndrome in Psychiatric Out-Patient Population". *Compr Psychiatry* 57 (2015) 79-84.
- Sassaroli S., Ruggiero G. M., Vinai P., Cardetti S., Carpegna G., Ferrato N., Vallauri P., Masante D., Scarone S., Bertelli S., Bidone R., Busetto L. & Sampietro S. (2009). "Daily and Nightly Anxiety Among Patients Affected by Night Eating Syndrome and Binge Eating Disorder". *Eat Disord* 17 (2009) 140-145.
- Serin Y. & Şanlıer N. (2018). "Duygusal Yeme, Besin Alımını Etkileyen Faktörler ve Temel Hemşirelik Yaklaşımları". *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi* 9/2 (2018) 135-146.
- Soukup V. M., Beiler M. E. & Terrell F. (1990). "Stress, Coping Style, and Problem Solving Ability Among Eating-Disordered Inpatients". *J Clin Psychol* 46/5 (1990) 592-599.
- Strasser B., Gostner J. M. & Fuchs D. (2016). "Mood, Food, and Cognition: Role of Tryptophan and Serotonin". *Curr Opin Clin Nutr Metab Care* 19 (2016) 55-61.
- Striegel-Moore R. H., Thompson D., Franko D. L., Barton B. A., Affenito S., Schreiber G. B., *et al.* (2004). "Definitions of Night Eating in Adolescent Girls". *Obes Res* 12 (2004) 1311-1321.
- Striegel-Moore R. H., Dohm F. A., Hook J. M., Schreiber G. B., Crawford P. B., Daniels S. R. (2005). "Night Eating Syndrome in Young Adult Women: Prevalence and Correlates". *Int J Eat Disord* 37 (2005) 200-206.
- Striegel-Moore R. H., Franko D. L., Thompson D., Affenito S., Kraemer H. (2006). "Night Eating: Prevalence and Demographic Correlates". *Obesity* 14 (2006) 139-147.
- Striegel-Moore R. H., Franko D. L., Thompson D., Affenito S., May A., Kraemer H. C. (2008). "Exploring the Typology of Night Eating Syndrome". *Int J Eat Disord* 41/5 (2008) 411-418.
- Stunkard A., Berkowitz R., Wadden T., Tanrikut C., Reiss E. & Young L. (1996). "Binge Eating Disorder and the Night Eating Syndrome". *Int J Obes Relat Metab Disord* 20 (1996) 1-6.
- Stunkard A. J. (2002). *Eating Disorders and Obesity: A Comprehensive Handbook*. New York 2002².
- Stunkard A. J., Allison K. C. Lundgren J. D. & O'Reardon J. P. (2009). "A Biobehavioural Model of the Night Eating Syndrome". *Obes Rev* 10 (Suppl 2) (2009) 69-77.

- Stunkard A. J., Allison K. C., O'Reardon J. P. (2005). "The Night Eating Syndrome: A Progress Report". *Appetite* 45 (2005) 182-186.
- Stunkard A. J., Grace W. J. & Wolff H. G. (1955). "The Night-Eating Syndrome: A Pattern of Food Intake Among Certain Obese Patients". *Am J Med* 19 (1955) 78-86.
- Trojian T. H. & Jow V. (2009). "Night Eating Syndrome Presenting as Anorexia in an Athlete: Case Report and Review". *Curr Sports Med Rep* 8 (2009) 182-185.
- Vander Wal J. S. (2012). "Night Eating Syndrome: A Critical Review of the Literature". *Clin Psychol Rev* 32/1 (2012) 49-59.
- Yokogoshi H., Wurtman R. J. (1986). "Meal Composition and Plasma Amino Acid Ratios: Effects of Various Proteins or Carbohydrates, and of Various Protein Concentrations". *Metab Clin Exp* 35 (1986) 637-642.
- De Zwaan M., Burgard M. A., Schenck C. H. & Mitchell J. E. (2003). "Night Time Eating: A Review of the Literature". *Eur Eat Disord Rev* 11 (2003) 7-24.
- De Zwaan M., Marschollek M. & Allison K. C. (2015). "The Night Eating Syndrome (nes) in Bariatric Surgery Patients". *European Eating Disorders Review* 23/6 (2015) 426-434. <http://doi.org/10.1002/erv.2405>.
- De Zwaan M., Roerig D., Crosby R., Karaz S., Mitchell J. (2006). "Nighttime Eating: A Descriptive Study". *Int J Eat Disord* 39 (2006) 224-232.
- Zakrzewska K. E., Cusin I., Sainsbury A., Rohner-Jeanrenaud F. & Jeanrenaud B. (1997). "Glucocorticoids as Counterregulatory Hormones of Leptin: Toward an Understanding of Leptin Resistance". *Diabetes* 46 (1997) 717-719.
- Zhdanova I.V., Wurtman R. J., Morabito C., Piotrovska V. R. & Lynch H. J. (1996). "Effects of Low Oral Doses of Melatonin, Given 2-4 Hours Before Habitual Bedtime, on Sleep in Normal Young Humans". *Sleep* 19 (1996) 423-431.

