

תסמונת אכילה לילית

אף על פי ששכיחותה גבוהה במיוחד, תסמונת האכילה הלילית זוכה לתשומת לב הקהילה המדעית רק בשנים האחרונות. היא אחראית להתקפי אכילה בלתי נשלטים, מקושרת למצבי עקה נפשית ודימוי עצמי נמוך, והחוקרים מתווכחים אם עליה להיחשב כהפרעה נפשית. המאמר לפניכם סוקר את המחקרים המעטים עד כה בתחום, מתאר את הקריטריונים לאבחון התסמונת ואת דרכי הטיפול

ד"ר שרון עירון שגב, דיאטנית קלינית

תסמונת אכילה לילית, או בשמה הלועזי NES night-eating syndrome), תוארה לראשונה בספרות המדעית בשנת 1955 ע"י סטנקארד ושותפיו למחקר מאוניברסיטת פנסילוניה, ארה"ב,¹ אולם הקהילה המדעית התעלמה מהתופעה ורק בשלהי שנות ה-90 החלו החוקרים השונים להתעניין שוב בתסמונת ולחקור אותה. שכיחותה של התסמונת גבוהה במיוחד בקרב אנשים הסובלים מעודף משקל, בקרב מועמדים לניתוחים בריאטריים ובקרב חולים פסיכיאטרים המטופלים במרפאות לחולי נפש. התסמונת לא נכללת במדריך הדיאגנוסטי והסטטיסטי להפרעות נפש (DSM-V), אולם קיים ויכוח סוער בין החוקרים השונים בשאלה אם נכון להוסיפה במהדורה החדשה של הספר.

שכיחות תסמונת NES בקרב האוכלוסייה

נערכו מעט מחקרים אפידמיולוגיים על שכיחותה של תסמונת NES, ומהם עולה כי שיעור ההימצאות (prevalence rate) של NES היא כ-1.5%, 1.6% ו-5.7% בקרב כלל האוכלוסייה.² השונות הגדולה בשיעור ההימצאות נובע ממיעוט המחקרים בנושא. שיעורי ההימצאות של NES על פי מחקרים אלה הם גבוהים משל הפרעות אכילה אחרות.*

שיעורי הימצאות גבוהים יותר של התסמונת נמצאו במחקרים בקרב אוכלוסיות מיוחדות, לדוגמה: כ-6%-16% בקרב אוכלוסיית המטופלים במרפאות לטיפול באנשים הסובלים מעודף משקל, 8%-42% בקרב אנשים המועמדים לניתוחים בריאטריים, וכ-12.3% בקרב חולים פסיכיאטרים המטופלים במרפאות לחולי נפש. נמצא קשר בין תסמונת NES לבין מצבים של סטרוס, דיכאון, דימוי עצמי נמוך, צריכת חומרים ממכרים וחוסר הצלחה בירידה במשקל.^{3 4 5 6}

קריטריונים לאבחון NES

התסמונת, כפי שהוגדרה במקור, אופיינה על ידי שלושה קריטריונים:

1. חוסר תיאבון בשעות הבוקר (אנורקסיה של שעות הבוקר – morning anorexia).
2. צריכת 25% או יותר מסך כמות המזון היומית (נתון זה מחושב כאחוז מצריכת הקלוריות היומית) נעשית אחרי ארוחת הערב.
3. בעיות קשות בהירדמות או בשינה ואכילה אחרי ההתעוררות מהשינה בלילה.

במשך שנים רבות היו הקריטריונים הללו מעורפלים ושיקפו שונות גדולה מאוד של סימפטומים, לדוגמה: הקריטריון השני מדבר על צריכת כמות קלוריות גבוהה אחרי ארוחת הערב, אולם בגין שונות תרבותית, יש אנשים האוכלים ארוחת ערב מוקדמת בסביבות השעה 18:00, כמו שנהוג בארה"ב, לעומת אנשים האוכלים ארוחת ערב מאוחרות, כמו שנהוג במדינות שונות באירופה ובאגן הים התיכון.⁵ כמו כן, למרות עלייה משמעותית מאוד בכמות המחקרים בנושא תסמונת אכילה לילית, לא הייתה אחידות בשאלונים, ולכן היה קשה להשוות בין תוצאות המחקרים.

בשנת 2006 התכנסו במיניאפוליס, ארה"ב, מיטב חוקרי ה-NES לסימפוזיון בינלאומי (The International NES Working Group) והציעו רשימת קריטריונים מעודכנת לתסמונת האכילה הלילית. להלן הקריטריונים שהוצעו:

1. צורת האכילה מאופיינת על ידי עלייה משמעותית באכילה בשעות הערב והלילה, כאשר לפחות אחד משני התנאים מתקיימים:
 - א. לפחות 25% מצריכת המזון נאכלת אחרי ארוחת הערב (בלי להביא בחשבון שינויים על רקע תרבותי בשעות אכילת ארוחת ערב).
 - ב. מתקיימות לפחות שתי אפיזודות בשבוע של התעוררות בלילה ואכילת מזון.
2. קיימת מודעות להתעוררות בלילה והאכילה הלילית (קיימת היכולת לזכור את האפיזודות ביום למחרת).
3. שלושה מתוך הסעיפים הבאים חייבים להתקיים:
 - א. חוסר תיאבון בבוקר (morning anorexia) ו/או דילוג על ארוחת הבוקר לפחות ארבע פעמים בשבוע.
 - ב. צורך עז לאכול בין ארוחת הערב לשינה ו/או במהלך הלילה.
 - ג. הפרעות בשינה (insomnia) לפני ההירדמות או במהלך השינה לפחות ארבע פעמים בשבוע.
 - ד. האמונה שאדם חייב לאכול על מנת לחזור ולהירדם.
 - ה. מצב רוח דיכאוני או החמרה במצב הרוח במהלך הערב.
4. התסמונת קשורה במצב מצוקה או תפקוד ירוד (פחד ומצוקה בגין עלייה במשקל, בושע בעקבות האכילה, עייפות וישנוניות במהלך היום ועוד).
5. התסמונת נמצאת לפחות שלושה חודשים ברצף.
6. התסמונת אינה משנית לשימוש בחומרים ממכרים, הימצאות מחלה גופנית, שימוש בתרופות או הפרעה פסיכיאטרית אחרת, אבל יכולה להיות משנית להפרעות אכילה נוספות כמו בולימיה נרוזה (BN) או תסמונת אכילה זללנית (BED).⁷

האם תסמונת NES שונה במהותה מתסמונת SRED?

במשך שנים לא היה ברור אם NES היא תסמונת נפרדת ושונה במהותה מתסמונת אחרת שתוארה על ידי חוקרי שינה ונקראת "תסמונת הקשורה להפרעות ראשוניות בהירדמות ושינה" (sleep-related eating disorder – SRED). בשנת 2006 פרסם וינקלמן מאמר שתיאר שישה סימפטומים משותפים לשתי התסמונות:

1. התקפי זלילה כתוצאה מהתעוררות בשעות הלילה המאופיינים בחוסר שליטה בזמן ההתקף.
2. השכיחות של שתי התסמונות היא 1%–5% בקרב האוכלוסייה הבוגרת ויש להן מהלך כרוני.
3. בשתייהן יש לרוב משקל גוף גבוה, הפרעות בשינה, רגשות אשמה, בושח וחוסר שליטה בזמן ההתקף.
4. לעתים נדירות ההתקפים מלווים בהקאות או פעולות מפצות אחרות.
5. קיימת שכיחות גבוהה של קומורבידיות נפשיות, בעיקר דיכאון והפרעות אכילה במשך היום.
6. שתייהן מגיבות לטיפול תרופתי דומה.

במאמר צוין כי ההבדל המשמעותי בין שתי התסמונות הוא שאנשים הסובלים מתסמונת NES מדווחים על אכילה רק אחרי שהם ערים לחלוטין. לעומתם, אלה הסובלים מתסמונת SRED מדווחים על אכילה בזמן שהם חצי ערים/חצי ישנים או כשהם ממש ישנים, ולכן הם מתקשים מאוד לדווח על התקפי האכילה הלילית שלהם. מחקר נוסף בעתיד יעזור לאבחן אם מדובר בשתי תסמונות נפרדות או בתסמונת זרה המקבלת שמות שונים על פי המאבחינים השונים (מומחים לטיפול בהפרעות אכילה או מומחים לטיפול בהפרעות שינה).⁸

בסימפוזיון הבינלאומי ל-NES (2006) סוכם כי ההבדל המשמעותי בין NES לבין SRED היא באלמנט המודעות ויכולת הזכירה של אפיזודות ההתעוררות והאכילה. ב-SRED לרוב האכילה נעשית תוך כדי שינה. לעתים החולים סובלים מהפרעות שינה נוספות כמו הליכה תוך כדי שינה (sleep-walking state), דום נשימה תוך כדי שינה (sleep apnea) ועוד. לעתים נאכלים מוצרים שאינם נחשבים כמזון, כמו סיגריות, מזון חיות מחמד ועוד. לעתים יש סיכון בהכנת מזון ובישול תוך כדי שינה. לרוב אין יכולת לזכור את האפיזודות או לשחזרן. לעומת זאת, בתסמונת NES קיימת לרוב מודעות ויכולת לשחזר את התקפי האכילה הליליים. חשוב לציין שלעתים שתי התסמונות קיימות במקביל.⁶

סטנקארד ושותפיו למחקר מדגישים כי ההבדל המשמעותי בין שתי התסמונות הוא ברמת המודעות לאכילה בלילה, אולם הם מציינים הבדלים נוספים בין שתי התסמונות, והן: אכילת מוצרים שאינם מזונות בתסמונת SRED היא שכיחה אך אינה מאפיינת תסמונת NES, הפרעות שינה שונות כמו הליכה מתוך שינה מדווחות בתסמונת SRED אך נדירות מאוד בתסמונת NES, השכיחות של תסמונת NES באוכלוסייה כנראה גבוהה בהרבה מזו של SRED, חולים בתסמונת SRED אינם מדווחים על אכילת כמויות גדולות של מזון אחרי ארוחת הערב, המנגנון האנדוקריני המזוהה עם NES אינו מאפיין אנשים הסובלים מתסמונת SRED, הטיפול התרופתי בתרופות ממשפחת SSRI שנמצא יעיל במחקרים על NES לא נבדק על מטופלים בתסמונת SRED.²

אבחון NES וטיפול

שאלון לאבחון תסמונת אכילה לילית (night-eating questionnaire – NEQ) פותח על ידי סטנקארד ושותפיו ועבר מחקרי תיקוף. השאלון מכיל 14 שאלות המאפשרות להעריך את חומרת הסימפטומים של התסמונת.⁹

עד היום פורסמו מעט מאוד מחקרים על הטיפול בתסמונת NES. בשנת 1976 פרסם סטנקארד מחקר שתיאר תוצאות פסיכותרפיה דינמית ארוכת טווח ששמה את הדגש בהורדת סטרס במטופלים בודדים שהתסמונת אובחנה אצלם. הטיפול השיג הקלה בסימפטומים של אכילה לילית וירידה במשקל בקרב אלו שהצליחו להוריד את רמת הסטרס. בשנים שלאחר מכן התרכז המחקר בעיקר בטיפול תרופתי. בין השנים 2003–2006 פורסמו מחקרים אחדים ודווחו הצלחות בטיפול בתרופות ממשפחת מעכבי ספיגת סרוטונין ברנניים (selective serotonin reuptake inhibitors – SSRI).

במחקר שבחן טיפול קוגניטיבי התנהגותי (cognitive behavioral therapy – CBT) נמצא כי בעשר פגישות פרטניות במשך 12 שבועות טיפול הושגו הישגים מרשימים בקרב חולים בתסמונת NES. עם ההישגים שנמצאו נמנו צמצום משמעותי באכילה הלילית (70%) וכתוצאה מכך צמצום משמעותי בכמות הקלוריות הנאכלת בין ההליכה לישון בלילה ליקיצה בבוקר (67%). אולם, צריכת הקלוריות בין ארוחת הערב לזמן ההליכה לישון לא השתנתה. יומני אכילה הראו ירידה בכמות הקלוריות שנאכלה במשך היום (29%), כנראה כתוצאה מההמלצה לאכול במשך היום שלוש ארוחות עיקריות קטנות ושלוש ארוחות ביניים. במחקר הייתה שונות בין המשתתפים שסבלו מעודף משקל לאלו שהיו במשקל תקין. אלו שהיו במשקל תקין הצליחו ליישם טוב יותר את ההנחיות התזונתיות באשר לאכילה במשך היום. תוצאות הטיפול הקוגניטיבי התנהגותי במחקר זה תאמו את תוצאות הטיפול התרופתי בתרופה הנקראת סטרלין ממשפחת SSRI.¹⁰

אטיולוגיה של NES

הגורם הגנטי

האטיולוגיה של תסמונת NES אינה ידועה וכנראה יש לה גורמים רבים, כמו בהפרעות אכילה אחרות. המחקר האטיולוגי של תסמונת NES נמצא בתחילת דרכו, ומעט מאוד מחקרים פורסמו עד כה בנושא. קיימות סיבות להניח כי לתסמונת מרכיב גנטי, לדוגמה: התגובה הטובה של הלוקים בתסמונת NES לטיפול בסטרלין יכולה להעיד על כך שיש מעורבות של הגן האחראי לרגולציה של סרוטונין. נוסף על כך, מחקר בעכברים בעלי מוטציה בגן הנקרא clock מצא כי עכברים אלה צרכו כמויות גדולות של מזון בשעות האור והפכו לשמנים, לעומת עכברי שדה ללא המוטציה (בשעות האור עכברים בדרך כלל ישנים ואוכלים מעט, יחסית לשעות הלילה). כמו כן, נמצא כי במשפחות של נבדקים הלוקים בתסמונת NES היה סיכון רב יותר להימצאות בני משפחה מדרגה ראשונה הלוקים בתסמונת, לעומת קבוצת הביקורת של נבדקים בריאים. במחקר שבחן ילדים בני 5–6 שנים לאימהות הסובלות מתסמונת NES נמצא כי ילדים אלה היו בסיכון גבוה של פי 7.8 לפתח סימנים של התסמונת לעומת ילדים שאימותיהם אינן לוקות בתסמונת NES.¹¹

סטרס מתמשך כגורם סיכון

מצב של סטרס מתמשך נמצא כגורם סיכון לתסמונת NES. במחקר שבחן מדגם קטן מאוד של נבדקות (חמש נשים הסובלות מתסמונת NES וחמש נשים בריאות ללא התסמונת) נמצא כי בנבדקות הסובלות מתסמונת NES קיימת הפרעה בציר היפותלמוס-היפופיזה-אדרנל (HPA – hypothalamus-hypophysis-adrenal). זהו ציר בעל תפקיד משמעותי מאוד במצבי סטרס אולם יש לו השפעה רבה גם על מערכת העיכול, המערכת החיסונית ועוד. במחקר נמצא כי ההפרעה בציר

HPA בסובלות מתסמונת NES גורמת להאטה בהפרשת ACTH וקורטיזול בפלזמה, כתגובה למתן CRH – corticotrophin-releasing hormone. כלומר, לאנשים הסובלים מתסמונת NES יש האטה אנדוקרינית בתגובה למצבי סטרס, לעומת אנשים בריאים, תופעה מוכרת באנשים שחשופים באופן מתמיד למצבי סטרס¹¹ אחת הסיבות להפרעה בציר HPA יכולה להיות מיעוט הפרשת מלטונין, שגם היא נצפתה באנשים הסובלים מתסמונת NES,¹² אולם המכניזם עדיין לא ברור.

סיכום

NES אובחנה בשנת 1955 אך זכתה להכרה ולמחקר מקיף רק בשנים האחרונות. היא עדיין לא נכללת בספר הדיאגנוסטיקה של מחלות פסיכיאטריות (DSM – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), אולם הקריטריונים לתסמונת גובשו לאחרונה (2006). עדיין יש לחקור ולגבש אבחנה מبدלת בין שתי התסמונות NES ו-SRED ובין NES להפרעות האכילה האחרות המוגדרות ב-DSM (AN, BN, BED). המחקר בנושא תסמונת NES הוא בתחילת דרכו, ובינתיים הוא מתאפיין במיעוט מחקרים, שחלקם בעלי מדגם נבדקים קטן מאוד. בעתיד יש לפתח שיטות מחקר לתסמונת, הכוללות שאלונים, שכלול יכולת הערכה תזונתית מפורטת של אכילת הלילה ועוד. כמו כן, יש להרחיב את המחקר הנוגע לאטיולוגיה, לשכיחות התסמונת באוכלוסייה הגילה ובקבוצות סיכון שונות וכן לדרכים לטיפול יעיל בתסמונת.

* הערת המחברת

לשם השוואה, שיעור ההימצאות של אנורקסיה נרוזה בקרב נערות ונשים בגילאים 11–35 שנים בארצות המערביות הוא 0.3%. שיעור ההימצאות של בולימיה נרוזה בקרב נשים בגילאים 11–44 הוא 1%, ורק 0.1% בקרב גברים בגילאים 15–65 שנים.¹³ שיעור ההימצאות של אכילת יתר כפייתית BED הוא לפחות 1%.¹⁴

ד"ר שרון עירון שגב היא דיאטנית קלינית מוסמכת בעלת תואר דוקטורט בתחום בריאות הציבור מאוניברסיטת הרווארד, מרצה בפקולטה למדעי החקלאות, המזון ואיכות הסביבה באוניברסיטה העברית בירושלים, חוקרת בתחום מניעת השמנת יתר והפרעות אכילה בקרב מתבגרים, מייסדת ומנהלת את ISIS – המרכז לאיזון גופני, נפשי ותזונתי – מרכז בין-תחומי לטיפול בהפרעות אכילה והשמנת יתר.

¹ Stunkard AJ, Grace WJ, Wolf HG: The Night-eating Syndrome. Am J Med 1955; 19: 78–86.

² Stunkard AJ, Allison KC, Geliebter A, Lundgren JD, Gluck ME, O'Reardon JP. Development of Criteria for a Diagnosis: Lessons from the Night-eating Syndrome. Compr Psychiatry. 2009 Sep-Oct; 50 (5): 391-9.

³ Lundgren JD: Prevalence of the Night-eating Syndrome in a Psychiatric Population. Am J Psychiatry 2006; 163: 156–158;

⁴ Pawlow LA, O'Neil PM, Malcolm RJ: Night-eating Syndrome: Effects of Brief Relaxation Training on Stress, Mood, Hunger, and Eating Patterns. Intl J of Obesity (2003) 27: 970–978.

⁵ 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.

-
- ⁶ Stunkard A, Allison K, Lundgren J: Issues for DSM-V: Night-eating Syndrome. *Am J Psychiatry* 2008; 165 (4): 424.
- ⁷ Allison KC, Lundgren JD, O'Reardon JP, Geliebter A, Gluck ME, Vinai P, Mitchell JE, Schenck CH, Howell MJ, Crow SJ, Engel S, Latzer Y, Tzischinsky O, Mahowald MW, Stunkard AJ. Proposed Diagnostic Criteria for Night-eating Syndrome. *Intl J Eat Disord*. 2010 Apr; 43 (3): 241-7.
- ⁸ Winkelman JW: Sleep-related Eating Disorder and Night-eating Syndrome: Sleep Disorders, Eating Disorders, or Both? *SLEEP* 2006; 29 (7): 949-954.
- ⁹ Allison KC, Lundgren JD, O'Reardon JP, Martino NS, Sarwer DB, Wadden TA, Crosby RD, Engel SG, Stunkard AJ. The Night-eating Questionnaire (NEQ): Psychometric Properties of a Measure of Severity of the Night-eating Syndrome. *Eat Behav*. 2008 Jan; 9 (1): 62–72.
- ¹⁰ 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.
- ¹¹ Lundgren JD, Allison KC, Stunkard AJ. Familial Aggregation in the Night-eating Syndrome. *Int J Eat Disord*. 2006 Sep; 39 (6): 516–8.
- ¹² Birketvedt GS, Sundsfjord J, Florholmen JR. Hypothalamic-pituitary-adrenal Axis in the Night-eating Syndrome. *Am J Physiol Endocrinol Metab*. 2002 Feb; 282 (2): E366–9.
- ¹³ Hoek HW, van Hoeken D. Review of the Prevalence and Incidence of Eating Disorders. *Int J Eat Disord*. Dec 2003; 34 (4): 383–396.
- ¹⁴ Fairburn CG, Bohn K. Eating Disorder NOS (EDNOS): An Example of the Troublesome "Not Otherwise Specified" (NOS) Category in DSM-IV. *Behav Res Ther*. Jun 2005; 43 (6): 691–701.