

LA NES: NIGHT EATING SYNDROME

Abstract

Revisione dalla letteratura

Introduzione

Incidenza

Diagnosi

Diagnosi differenziale

Quadro clinico:

- Alterazioni del comportamento alimentare
- Alterazioni del sonno
- Problemi emotivi
- Il cibo come droga

Decorso

Eziopatogenesi:

- Aspetti genetici
- Aspetti ormonali
- Esposizione alla luce
- Aspetti cognitivi
- Aspetti emozionali

Complicanze

Trattamento:

- Farmacologico
- Psicologico

Conclusioni parte prima

Bibliografia

ABSTRACT

La NES, acronimo di Night Eating Syndrome (Sindrome dell'Alimentazione Notturna), è stata descritta per la prima volta nel 1955 da Albert Stunkard, come un disturbo caratterizzato da anoressia mattutina, iperfagia serale ed insonnia. Si tratta di un'entità nosologica ancora poco conosciuta. Sia nel DSM IV che nel DSM IV TR, non viene menzionata. Verrà inserita nel DSM V, ma è ancora in corso il dibattito sulla sua classificazione. Non sono molti gli studi al riguardo e, al momento, non è ancora chiaramente e formalmente inquadrata come disturbo alimentare o come disturbo del sonno.

I criteri diagnostici provvisori per la Night Eating Syndrome sono i seguenti:

- anoressia mattutina anche se il soggetto consuma la prima colazione;
- iperfagia serale, in cui è consumato il 25% o più dell'introito energetico giornaliero dopo l'ultimo pasto serale;
- insonnia caratterizzata da almeno un risveglio per notte con consumo di snack durante i risvegli;
- ripetizione dei criteri sopra indicati per tre mesi o più;
- i soggetti non soddisfano i criteri per la bulimia nervosa o il disturbo da alimentazione incontrollata.

Incidenza: i dati sembrano indicare che circa il 2% della popolazione normale, il 9% dei pazienti obesi e il 27% dei pazienti severamente obesi ne siano affetti. Gli spuntini serali/notturni ricchi di carboidrati (circa il 70% delle calorie totali assunte) ed in modo particolare l'elevato rapporto carboidrati /proteine suggeriscono che l'alimentazione notturna è finalizzata a ristorare il sonno disturbato dei soggetti affetti da Night Eating Syndrome.

L'eziopatogenesi del disturbo non è ancora chiara. Sembrano implicati aspetti genetici, ormonali, l'esposizione alla luce, nonché componenti psicologiche cognitive ed emozionali.

Nella tesi vengono descritti i principali aspetti biochimici e neuro-endocrinologici che accompagnano la NES.

Stress, depressione e bassa autostima sono individuabili negli individui che presentano tale sindrome.

Revisione dalla letteratura

INTRODUZIONE

La NES, acronimo di Night Eating Syndrome (Sindrome dell'Alimentazione Notturna), è stata descritta per la prima volta nel 1955 da Albert Stunkard, come un disturbo caratterizzato da anoressia mattutina, iperfagia serale ed insonnia. (*Stunkard AJ- 1955*).

La NES resta un'entità nosologica ancora poco conosciuta (*Godini L- 2011*). Sia nel DSM IV che nel DSM IV TR, non viene menzionata. Verrà inserita nel DSM V, ma è ancora in corso il dibattito sulla sua classificazione (*Striegel-Moore RH - 2009, Stunkard A - 2008, Striegel-Moore RH - 2006*). Non sono molti gli studi al riguardo e, al momento, non è ancora chiaramente e formalmente inquadrata come disturbo alimentare o come disturbo del sonno.

Gli individui che ne sono affetti si svegliano più volte durante la notte e sono incapaci di riprendere sonno se non mangiano qualcosa.

Stunkard nel 1959 descrisse il Binge Eating Disorder. Quest'ultimo è diventato il disordine alimentare più frequentemente diagnosticato (circa il 75% delle alterazioni del comportamento alimentare) ed è inserito nel DSM-IV (Manuale diagnostico e statistico per i disturbi mentali) sotto la voce "Disturbi Alimentari non altrimenti specificati", ossia EDNOS (Eating disorder not otherwise specified).

Ricordiamo che i Disturbi del Comportamento Alimentare, DCA, si possono raggruppare in quattro tipologie principali:

- anoressia nervosa;
- bulimia nervosa;
- disturbo da alimentazione incontrollata o BED (Binge Eating Disorder);
- disturbi del comportamento alimentare atipici (in italiano NAS, Non Altrimenti Specificati; in inglese EDNOS, Eating Disorder Not Otherwise Specified).

INCIDENZA

La NES interessa l'1,5 – 4% della popolazione. Per confronto ricordiamo che circa il 10% della popolazione generale soffre di insonnia cronica (*Shatzmiller RA - 2012*).

Uno studio epidemiologico del 1997 (*Rand CS*), condotto mediante somministrazione di un questionario, rivela un'incidenza della sindrome nella popolazione generale pari all'1,5 % (31 su 2.097 individui), contro il 27% di pazienti sottoposti a chirurgia bariatrica (chirurgia dell'obesità).

In una indagine di Striegel-Moore RH del 2005, l'incidenza nella popolazione generale, risulta dell'1,6%, su un campione di 1341 persone.

Secondo il Penn Study (2006), condotto da Stunkard A e Lundgren J, la Night Eating Syndrome è presente in circa l' 1.5% della popolazione, nell' 8.9% dei pazienti seguiti dai centri per obesità e nel 12.3% dei pazienti psichiatrici.

Nel 2009 Tholin pubblica i dati epidemiologici rilevati su un campione di ben 21.741 persone. L'incidenza della NES è pari al 4,6% negli uomini e al 3,4% nelle donne. Nelle persone obese di sesso maschile l'incidenza sale all'8,4%, di sesso femminile al 7,5%.

De Zwaan (2006) osserva che nel 40% degli obesi che mangiano di notte il disturbo iniziale era solo la NES, ad indicare che spesso la NES sfocia, dopo un certo numero di anni, nell'obesità.

Gallant, in una recente meta-analisi della letteratura (gennaio 2012), sottolinea come le indagini epidemiologiche rivelino il più delle volte una associazione tra NES ed incremento ponderale, ma non sempre (Tab.1).

Tab. 1- Incidenza della NES nella popolazione generale e in campioni di individui obesi - Da Gallant AR (2012)									
Population	n	BMI (kg m ⁻²)	Age (years)	Prevalence (%)	NES criteria				
					EH (%)	NI	MA	Ins.	NEQ
General community Colles SL 2007	158	24.8 ± 5.1	41.3 ± 13.5	5.7	50		X	X	
General community StriegelMoore RH 2005	1,341	-	~20-23	1.6	50	X	X		
General community Rand CS 1997	2,097	24.9 ± 4.9	52.8 ± 19.8	1.5	Unspecified		X	X	
General community Rand C 1986	232	NW ²	35.3 ± 10.0	0.5	Unspecified		X	X	
Weight loss Calugi S 2009	266	50.7	42.9	10.1	25	X			
Weight loss Colles SL 2007	93	32.7 ± 7.3	55.1 ± 12.4	4.3	50		X	X	
Weight loss Jarosz PA 2007	88	40.9 ± 7.1	40.6 ± 10.8	18.2	-				X
Weight loss Adami GF 2002	166	43.5 ± 9.9	-	15.7	25		X	X	
Weight loss Gluck ME 2001	76	36.7 ± 6.5	43.5 ± 9.5	14.0	50		X	X	
Weight loss Napolitano MA 2001	83	41.1 ± 10.7	47.5 ± 15.6	43.4	50		X		
Weight loss Stunkard A 1996	79	35.3 ± 4.0	39.2 ± 8.6	8.9	50		X	X	
Obesity-related clinic Ceru-Bjork C 2001	194	40 ± 5	44 ± 12	6	50		X	X	
Obesity-related clinic Aronoff NJ 2001	110	55 ± 14	48 ± 13	50.9	50		X	X	
Obesity-related clinic Stunkard AJ 1959	100	-	-	12	25		X	X	
Obesity-related clinic Stunkard A	25	35.6 ± 7.1	35 (18-56)	64	25		X	X	

Tab. 1- Incidenza della NES nella popolazione generale e in campioni di individui obesi - Da Gallant AR (2012)

Population	n	BMI (kg m ⁻²)	Age (years)	Prevalence (%)	NES criteria				
					EH (%)	NI	MA	Ins.	NEQ
1955									
Bariatric surgery candidates Colles SL 2008	129	44.3 ± 6.8	45.2 ± 11.5	17.1	50		X	X	
Bariatric surgery candidates Colles SL 2007	180	44.5 ± 6.8	44.8 ± 11.2	19.4	50		X	X	
Bariatric surgery candidates Allison KC 2006	215	50.4 ± 8.1	44.4 ± 10.7	1.9	25	X			
Bariatric surgery candidates Adami GF 1999	63	46.9	37.6 (19-61)	7.9	50		X	X	
Bariatric surgery candidates Powers PS 1999	116	53.4 ± 10.9	39.6 ± 9.3	10	25		X	X	
Bariatric surgery candidates Kuldau JM 1986	174	-	36 (18-59)	15	Unspecified				

Abbreviazioni:

BMI, body mass index; EH, evening hyperphagia; Ins., insomnia; MA, morning anorexia; NEQ, night-eating questionnaire; NES, night-eating syndrome; NI, nocturnal ingestion.

Come confronto con altri disturbi alimentari, da una revisione di Hudson JI (2007), risulta la seguente incidenza nella popolazione generale:

- anoressia nervosa: 9% nelle donne e 3% negli uomini,
- bulimia nervosa 1,5% nelle donne e 3% negli uomini,
- binge eating disorder 3.5% nelle donne e 2.0% negli uomini.

E' stata segnalata una associazione significativa tra NES e RLS (Restless Syndrome: Sindrome delle gambe senza riposo). Secondo uno studio di Antelmi del 2011, nei pazienti affetti da questa patologia, l'incidenza della NES è risultata pari al 12%. Una maggiore difficoltà nel riconoscere e gestire le proprie emozioni è caratteristica sia dei pazienti affetti da RLS che dei pazienti affetti da NES.

DIAGNOSI

La NES è considerata oggi una combinazione di un disturbo dell'alimentazione (anoressia mattutina e iperfagia serale/notturna), di un disturbo del sonno (insonnia) e di un disturbo dell'umore.

I criteri diagnostici sono un po' variati nel corso degli anni, mano a mano che aumentavano le osservazioni cliniche.

Gluck, nel 2001, aveva definito i seguenti criteri diagnostici (tab. 1):

Tab. 2 - Criteri diagnostici provvisori della NES (Gluck ME – 2001)

1. Saltare la colazione quattro o più giorni la settimana.
2. Consumare più del 50% delle calorie dopo le 19:00.
3. Difficoltà ad addormentarsi o a rimanere addormentati quattro o più giorni la settimana.

Nel 2004 è stato proposto di inserire tra i criteri diagnostici anche la depressione e lo stress (Allison KC).

Attualmente viene seguito lo schema diagnostico pubblicato da Allison e c nel 2010.

Tab. 3- NES. Criteri diagnostici (Allison KC 2010)

- A) Iperfagia serale / notturna caratterizzata da uno o entrambi i seguenti aspetti:
- almeno il 25% delle calorie assunte dopo il pasto serale;
 - almeno due episodi di alimentazione notturna alla settimana
- B) Consapevolezza e ricordo degli episodi notturni
- C) Presenza di almeno tre dei seguenti elementi:
- anoressia al mattino e/o mancanza di colazione 4 o più mattine alla settimana.
 - necessità urgente di mangiare tra la cena e l'inizio del sonno e/o durante la notte
 - insonnia intesa come incapacità di addormentarsi e/o nel mantenere il sonno durante la notte 4 o più volte alla settimana
 - convinzione che si debba mangiare per potersi addormentare o riaddormentare
 - l'umore è frequentemente depresso e/o peggiora durante la sera
- D) Il disordine è associato a disagio/stress significativo e a una riduzione dell'efficienza nella vita quotidiana
- E) Il disordine è presente da almeno 3 mesi
- F) Il disordine non è secondario ad abuso di sostanze o dipendenza, malattie sistemiche, uso di farmaci, patologie psichiatriche

Per la diagnosi di NES è possibile utilizzare il questionario "Night Eating Questionnaire" e il "Night Eating Syndrome History and Inventory" (Allison KC-2004, Vander Wal JS- 2005).

DIAGNOSI DIFFERENZIALE

La diagnosi differenziale della NES va posta con due disturbi del comportamento alimentare (Stunkard A-1996):

- 1) Binge Eating Disorder (BED, tr. It Disturbo da Alimentazione Incontrollata);
- 2) Nocturnal Sleep-Related Eating Disorder (NS-RED =. Disturbo Notturmo del Sonno associato al Disturbo dell'Alimentazione).

NES vs. BED

La NES differisce dal BED per tre motivi principali:

- presenta una maggiore frequenza di risvegli notturni;
- la quantità di cibo ingerita durante i risvegli notturni è minore;
- non è presente il disturbo dell'immagine corporea.

Tab. 4 - Principali differenze tra BED e NES (Stunkard A e c - 1996)		
	BED	NES
Elementi considerati		
Dimensione della quantità di cibo assunto	Grande (> 1.300 kcal)	Modesta (271 kcal)
Periodicità	No	Sì
Familiarità	No	Sì
Prevalenza		
Popolazione	1,8 - 3,4%	1,5%
Cliniche per l'obesità	8,9 - 18,8%	8,9 - 15%
Obesità morbigena	27 - 47%	7,9 - 42%
Depressione maggiore	37 - 51%	44%
Qualsiasi abuso di sostanze	12 - 72%	25%
Qualsiasi disturbo Asse I	28 - 60%	77%
Disturbi di personalità	20 - 35%	-
Trattamento		
Terapia cognitivo comportamentale	Sì	-
Terapia Interpersonale	Sì	-
Terapia comportamentale di perdita di peso	Sì	-
Terapia farmacologica	Sì	Sì
Chirurgia obesità	Sì	No

I due disturbi, comunque, sembrano condividere alti livelli di comorbilità con i disturbi dell'ASSE I del DSM IV, in particolare la depressione.

In uno studio su 23 soggetti obesi è stata osservata solo una minima sovrapposizione tra NES e BED (Stunkard A-1996).

La tabella 4 riporta le principali differenze tra BED e NES.

NES vs. NS-RED

Le persone affette da NS-RED mangiano la notte come quelle affette da NES. Il discriminante maggiore tra le due condizioni è il livello di coscienza durante l'assunzione notturna di cibo (Allison KC-2004).

Le persone con NS-RED hanno episodi di alimentazione notturna in uno stato di incoscienza totale o parziale durante le fasi 3-4 del sonno. Spesso si risvegliano la mattina non ricordando quello che hanno mangiato e con confezioni vuote del cibo, briciole o avanzi di cibo nel letto o con del cibo nelle mani o tra i capelli. A volte si tagliano o si bruciano durante la preparazione del cibo o sbattono contro le pareti o i mobili. Non sono presenti, infine, l'umore depresso e l'alimentazione serale.

Le persone affette da NES, invece, sono coscienti durante gli episodi di alimentazione notturna e si svegliano durante le fasi 1-2 non-REM del sonno (*Stunkard A – 1996*).

Inoltre, scelgono in genere il cibo da mangiare, sebbene abbiano occasionalmente degli episodi in cui non ricordano quello che hanno mangiato. La tabella 5 confronta le caratteristiche principali della NES e del NS-RED.

Tab. 5 - Principali differenze tra NES e del NS-RED (<i>Allison KC – 2004</i>)		
Caratteristiche	NES	NS-RED
Stato di coscienza	Sì	No
Amnesia su quello che è stato mangiato	No	Sì
Sonnambulismo associato	No	Sì
Assunzione di cibi inusuali o di non cibo	No	Sì
Umore depresso	Sì	No
Alimentazione serale	Sì	No

QUADRO CLINICO

Il quadro clinico delle persone affette da NES è dominato da tre problemi principali:

- **alterazioni del comportamento alimentare**
- **alterazioni del sonno**
- **problemi emotivi.**

Alterazioni del comportamento alimentare

Tipicamente le persone affette da NES si svegliano la mattina senza alcun appetito e tendono a saltare la colazione e a volte anche il pranzo.

Verso sera ritorna il loro interesse per il cibo e tendono a mangiare in eccesso a cena e dopo cena. Inoltre, hanno episodi di alimentazione durante i risvegli notturni.

È stato calcolato che essi consumano in media 2930 kcal al giorno, in confronto alle 2334 kcal al giorno assunte dai soggetti obesi di controllo (*Birketvedt G – 1999*).

In genere gli episodi di alimentazione notturna non sono delle abbuffate, ma degli spuntini (contenuto calorico medio 271 kcal) ad alto contenuto di carboidrati e grassi (70% delle calorie ingerite). Le persone affette da NES mangiano circa l'80% delle volte che hanno risvegli notturni e tale comportamento notturno si verifica anche in posti inusuali come in una camera d'ospedale, in vacanza o in casa di amici (*Allison KC – 2004*). Tipicamente riferiscono non solo la necessità di mangiare la sera o durante i risvegli notturni, ma anche di non riuscire a dormire a meno che non assumano del cibo. Il mangiare prima di andare a dormire li rende più rilassati e calmi e li aiuta ad addormentarsi. Alcuni associano al cibo l'assunzione di alcolici; in tal caso si parla di Night Eating/Drinking Syndrome, ossia NEDS (*Stunkard A 1996*).

Alterazioni del sonno

I soggetti affetti da NES hanno caratteristiche alterazioni del sonno che si possono riassumere nel modo seguente:

1) Risvegli notturni con uscite dal letto

In media chi soffre di NES si sveglia e si alza dal letto 1,7 volte per notte o circa 12 volte la settimana e mangia 1,4 volte per notte o 9,5 volte la settimana. (*Allison KC-2004*). Nella maggior parte dei casi il primo risveglio avviene in media alle 1:20, meno di due ore dopo l'addormentamento. Poi si verifica un secondo risveglio intorno alle 2:45.

2) Ora di andare a letto e ora del risveglio

L'ora di andare a letto si aggira tra le 23:30 e le 24:00, il risveglio tra le 7:00 e le 7:30. Questa osservazione ha messo in dubbio l'ipotesi che la NES sia un disturbo del ritmo biologico che governa il sonno e la veglia.

3) Insonnia

Alcuni soggetti con NES hanno difficoltà ad addormentarsi, mentre per altri l'addormentarsi non è un problema.

Sembra che gli individui depressi con NES abbiano disturbi del sonno maggiori rispetto agli individui depressi senza NES o con NES senza depressione.

Secondo alcuni autori, la mancanza di sonno è statisticamente collegata all'acquisizione di peso (*Chaput J – 2006*). I possibili meccanismi potrebbero essere i seguenti:

- maggiore "opportunità" di mangiare (*Sivak M – 2006*)
- aumentata sensazione di fame e di appetito (*Spiegel K – 2004*)
- ridotta attività fisica (*Schmid SM – 2009*)
- ridotto controllo metabolico (*Spiegel K – 2009*).

Problemi emotivi

Le persone affette da NES soffrono di vari problemi emotivi.

1) Depressione

Il 45% dei soggetti affetti da NES sperimenta un episodio di depressione maggiore nel corso della sua vita ed un altro 30% soffre di altre forme di depressione.

Vari autori hanno evidenziato la frequente associazione tra NES e depressione (*Gallant AR – 2012, Orhan FO -2011, Thompson SH – 2009, Calugi S – 2009, de Zwaan M – 2006, Gluck ME – 2002, Birketvedt GS – 1999*).

Dalla meta-analisi di Vinai P (2008), risulta che i sintomi depressivi valutati tramite il test Beck Depression Inventory (BDI) corrispondevano ad uno score complessivo medio di 16.2, che equivale ad una depressione lieve-moderata ai limiti alti (score di riferimento 10-18).

Si tratta, in genere, di una forma depressiva con caratteristiche distintive sia dalla depressione atipica, sia da quella melanconica. Negli individui con la NES, infatti, il tono dell'umore continua a peggiorare nel corso della giornata. Sebbene questo andamento sia simile alla depressione atipica, in quest'ultima l'alimentazione in eccesso si verifica durante l'intera giornata e le persone che ne sono affette dormono in eccesso durante il giorno (cosa che non accade nella NES). Rispetto alla depressione melanconica, oltre al diverso andamento del tono dell'umore (in questo disturbo è più basso al risveglio), i soggetti con NES non presentano insonnia terminale e cioè risvegli mattutini due-tre ore prima della norma.

Frequente sembra essere l'associazione tra NES e una bassa autostima (*Inoue Y – 2010, Allison KC – 2008, Colles L – 2007, Gluck ME – 2001, Birketvedt GS – 1999*).

Al di là dei confini specifici della NES, molte evidenze epidemiologiche e cliniche mostrano la correlazione tra obesità e depressione, perché quest'ultima può interferire con i comportamenti adeguati per un corretto controllo dell'alimentazione e quindi del peso corporeo. Lo dimostra chiaramente la meta-analisi di Luppino FS del 2010, che evidenzia la bidirezionalità del legame depressione/obesità: la depressione è un importante fattore di rischio per lo sviluppo di una sindrome depressiva e la depressione, a sua volta, può condurre all'obesità.

2) Sensi di colpa

La maggior parte delle persone con NES si sente in colpa per quello che ha mangiato la sera e la notte precedente. I sensi di colpa spesso si associano a sentimenti di vergogna per la scarsa capacità di autocontrollo e ad un profondo senso di inadeguatezza.

3) Ansia

L'ansia è un'emozione che spesso è placata dall'assunzione di cibo serale e notturna nei soggetti con NES. Alcuni pensieri, come vedremo più avanti, ad esempio l'impossibilità di dormire se non si mangia qualcosa, possono accentuare l'intensità dell'ansia e favorire l'assunzione di cibo.

In un recente studio (*Swinbourne J – febbraio 2012*), condotto su 100 donne con disordine alimentare, il 65% presentava anche un disturbo d'ansia e nella maggior parte di esse tale disturbo era precedente all'alterazione del comportamento alimentare. Il disturbo d'ansia più frequentemente associato è la fobia sociale (42%), seguito dal disturbo post-traumatico da stress (26%), disturbo d'ansia generalizzato (23%), disturbo ossessivo-compulsivo (5%), disturbo di panico/agorafobia (3%) e fobia specifica (2%). Per contro, il 13,5% delle donne con richiesta di trattamento per disturbo d'ansia presentano anche un disordine del comportamento alimentare.

Brewerton TD (2011) sottolinea l'associazione tra Disturbo Post-Traumatico da Stress e disordini alimentari, il BED in particolare, parlando addirittura di "food addiction", ossia di dipendenza da cibo, considerando che in genere i mangiatori

compulsivi preferiscono cibi ricchi di carboidrati e zuccheri. Si tratterebbe di una sorta di auto-medicazione, a portata di mano, non costosa, legale, che offre un certo conforto, sollievo, anche se transitorio: la ingestione di cibo serve a questi individui per stordirsi (l'autore usa il verbo "to numb"= intorpidirsi), distogliendosi da uno stato emozionale sgradevole e da ricordi infelici.

Sassaroli S (2009) evidenzia la presenza di ansia notturna negli individui con NES e ansia diurna nelle persone con BED (Binge Eating Disorder).

Malagoli Togliatti M (2007) riporta l'associazione della NES con traumi psichici ripetuti.

Nel 2011 Hirth JM ha pubblicato una ricerca effettuata su 3181 donne di età compresa tra 16 e 24 anni con Disturbo Post-Traumatico da Stress, dimostrando l'alta associazione con comportamenti alimentari disturbati, prevalentemente caratterizzati da eccessiva ingestione di "fast food" e bevande con caffeina. Tali comportamenti sarebbero utilizzati per ridurre i sintomi spiacevoli e controllare i ricordi dolorosi. La persistente valutazione dolorosa del trauma porta le vittime a non occuparsi della loro salute, dal momento che chi ha vissuto un evento traumatico vede se stesso sotto una luce negativa. L'impiego di caffeina le aiuta ad aumentare il controllo e la ipervigilanza.

Ricordiamo che il *Disturbo Post Traumatico da Stress* induce l'individuo a vivere in uno stato emotivo di forte allarme, appunto stress, che si manifesta con (vedi DSM IV R):

- paura intensa,
- il sentirsi inerme o il provare orrore (oppure, nei bambini, la risposta deve comprendere comportamento disorganizzato o agitazione),
- il continuo rivivere l'evento traumatico, che ha causato il disturbo da stress, frequenti immagini e pensieri intrusivi, flashbacks o incubi ricorrenti che fanno rivivere l'evento traumatico;
- comportamenti persistenti di evitamento di circostanze associabili al trauma (ad esempio, luoghi, attività o persone che fanno ricordare l'evento traumatico);
- sintomi costanti di aumento dell'arousal: irritabilità, preoccupazione, ansia, depressione, insonnia, difficoltà di concentrazione, ecc.
- l'ottundimento della reattività generale

4) Ossessioni e compulsioni

La maggior parte delle persone con NES non ha un disturbo ossessivo compulsivo, ma può presentare qualche tratto di tipo ossessivo, che può favorire l'alimentazione serale e notturna. Ad esempio, il pensiero che il cibo può calmare l'ansia e favorire l'addormentamento può essere ripetitivo. Con questo tipo di pensiero il cercare di non mangiare può aumentare l'ansia e così l'atto del mangiare può diventare una forma compulsiva.

5)Rabbia nei confronti di se stessi

La maggior parte delle persone con NES è arrabbiata con se stessa perché sente di aver perso totalmente il controllo sulla sua alimentazione durante la notte.

6) Imbarazzo

Spesso le persone con NES si sentono imbarazzate per il loro comportamento. L'imbarazzo può derivare dall'aumento di peso, dal giudizio dei familiari e degli amici, dall'assunzione del cibo di altri durante la notte e dalla valutazione negativa della propria capacità di autocontrollo.

7) Stress

In circa il 75% dei casi gli episodi di alimentazione notturna iniziano o peggiorano nei periodi di forte stress (*Colles SL – 2007, Stunkard AJ – 1955*).

8) Cibo come droga

Tra gli aspetti emotivi, possiamo inserire il problema del consumo non controllabile del cibo (*Reas DL – 2012, Meule A – 2011, Gearhardt AN – 2009, Avena NM - 2011*).

La dipendenza da cibo è una “nuova” patologia, di definizione recente, che tuttavia risponde al modello generale di una dipendenza, analogamente ad una dipendenza da fumo o da sostanze chimiche. Il cibo diventa valvola di sfogo, rifugio, sostanza che allevia le sofferenze vissute durante la giornata.

Il consumo intermittente di cibi ricchi di grassi e zuccheri modifica il cervello in modo simile a quanto avviene nel caso di una dipendenza da sostanze stupefacenti (*Murdaugh DL – 2012*).

Dipendere dal cibo può comprendere episodi di vere e proprie abbuffate, con consumo di grandi quantità di cibo, come nella classica bulimia, ma non necessariamente. L’alterato rapporto con il cibo, vissuto in maniera eccessivamente urgente e intensa, si può esprimere, infatti, in vari modi:

- mangiare più velocemente del normale, con il risultato di gustare di meno il cibo stesso
- mangiare anche quando ci si sente pieni; alcuni usano magari bevande o alcol o caffè per favorire un rilassamento o uno svuotamento dello stomaco in maniera da poter introdurre ancora cibo, o, al limite, il vomito autoindotto
- mangiare senza avere più la capacità di distinguere tra fame e sazietà (mangiare senza fame)
- compiacersi nell’immaginarsi mentre si consuma cibo, pensare mentre si compiono altre attività a quando si andrà “finalmente” a mangiare
- accorgersi che le proprie spese per il cibo e anche il tempo dedicato al mangiare stanno aumentando in maniera imbarazzante
- alimentarsi in maniera solitaria, con la tendenza a mangiare di meno quando si è con altri.

Sostanzialmente si parla di dipendenza da cibo quando:

- la persona desidera il cibo in maniera continua e intensa, ma, di fatto, la gratificazione durante il pasto non è soddisfacente, anzi, diviene fastidiosa per il dolore addominale, la vergogna, il peggioramento dell’umore, la riduzione dei livelli di energia dopo i pasti, magari con l’insorgere di sonnolenza. Questi sintomi possono essere anche sfumati, in persone che non sono obese, ma soltanto sovrappeso, e possono non essere evidenti dall’inizio, ma emergere con il tempo.
- la persona si trova a pensare da una parte a consumare il cibo come se fosse la cosa più gratificante della sua giornata, dall’altra a coltivare l’intenzione di eliminare il cibo dalla sua giornata, o meglio il pensiero del cibo. In alcuni momenti si può stabilire un corto-circuito mentale con l’idea che l’unico modo di sfuggire a questa “ossessione” per il cibo sia quello di mangiare abbastanza e in piena libertà.

Esistono forme più o meno eclatanti, che inducono la persona a comprare cibo di nascosto, tenerlo nascosto, portarlo sempre con sé, consumarlo di nascosto. Vi

sono però anche forme subdole, dominate dalla lotta quotidiana tra appetito e intenzione di controllare il comportamento, compensate, per quanto riguarda il peso, dalla possibilità di saltare pasti, di fare esercizio fisico o altro.

In genere la dipendenza è legata a cibi ricchi di carboidrati e lipidi, il cosiddetto "comfort food" (Alesiö J – 2012, Avena NM – 2012). Questi alimenti aumentano la produzione di dopamina (il neurotrasmettitore che regola i processi di gratificazione) e di serotonina (che aumenta la sensazione di benessere) nelle stesse aree cerebrali che si attivano assumendo droghe (De Luca MA – 2011, Volkow ND - 2011).

Come tutte le dipendenze, è caratterizzata dalla perdita di controllo e dalla persistenza del comportamento nel tempo, nonostante la consapevolezza delle conseguenze negative per la salute fisica e per la vita di relazione.

La dipendenza da cibo può essere ancora più difficile da affrontare rispetto alle dipendenze "classiche", poiché il soggetto non può astenersi dall'assunzione della sostanza incriminata (ovviamente non può smettere di mangiare) e non vi è alcuna difficoltà nell'approvvigionamento. Da non sottovalutare, inoltre, l'importanza delle dinamiche sociali e di marketing nell'induzione al consumo di cibo-spazzatura (Gearhardt AN – 2011).

C'è un aneddoto che gira tra gli "Overeaters Anonymous", un'organizzazione presente in 75 paesi, con circa 54.000 iscritti (www.oa.org): *"Quando sei dipendente dalla droga, tu metti la tigre nella gabbia per guarire; quando sei dipendente dal cibo, metti ugualmente la tigre nella gabbia, ma la porti fuori per una passeggiata tre volte al giorno".*

DECORSO

La NES si sviluppa nella terza o quarta decade di vita, ma a volte può iniziare prima o dopo. Non si hanno dati precisi al riguardo, ma sembra che tenda a persistere nel tempo, come avviene, per esempio, nei pazienti sottoposti ad intervento chirurgico di by-pass bilio-pancreatico per l'obesità (Adami GF – 1999). Poco studiati sono gli effetti della NES sulla perdita di peso nei soggetti obesi. Gluck ME nel 2001 ha evidenziato come i soggetti obesi con NES sottoposti a regime dietetico, dopo un mese, abbiano un calo ponderale inferiore, rispetto ai controlli obesi senza NES, a parità di BMI (Body Mass Index).

EZIOPATOGENESI

E' ancora poco chiara.

Attualmente tra le cause riconosciute vi è l'utilizzo di alcuni farmaci tra cui l'amitriptilina (un sedativo anti-depressivo) e lo zolpidem (un farmaco sedativo).

Altre cause che sembrano concorrere all'insorgere della patologia in esame sono eventi scatenanti come l'encefalite, l'epatite autoimmune, la narcolessia, abuso di alcol e fumo.

Nella maggior parte dei casi, le ricerche effettuate fino ad ora sulle cause della NES indicano che possa derivare dalla combinazione di fattori genetici, ormonali, ambientali, psicologici.

La descrizione che segue è un approfondimento, in chiave eziopatogenetica, di quanto emerge dalle osservazioni cliniche.

Aspetti genetici

Secondo Allison (2004) il 17% dei parenti di primo grado dei pazienti con NES soffre della stessa condizione, mentre la frequenza di NES nei parenti di primo grado dei controlli è solo del 5%.

Anche Lundgren JD nel 2006 ha individuato una significativa incidenza familiare nei pazienti affetti da NES.

Non conoscendo ancora i processi causali individuali, non sappiamo come i fattori genetici interagiscano con quelli ambientali (*Gallant AR 2012*).

In termini più generali, Watson NF (2006), analizzando 1042 gemelli monozigoti e 828 eterozigoti, conclude che esistono influenze genetiche che riguardano l'insonnia, l'obesità, l'ipersonnia.

Aspetti ormonali

Vari mediatori biochimici sembrano implicati nel mantenimento della NES: ACTH, cortisolo, melatonina, leptina, insulina, grelina, TSH, prolattina. Prevalentemente si avrebbe una riduzione notturna del tasso di melatonina (che favorisce il sonno) e di leptina (che inibisce la fame) e un incremento del livello di cortisolo (che accresce la sensazione di fame e riduce il sonno).

ACTH e cortisolo.

Le persone affette da NES hanno elevati livelli di ACTH e cortisolo, con ritmo circadiano conservato. Tale alterazione biochimica è indice di alto grado di stress. Dal punto di vista neuro-biologico, normalmente la catena di eventi è la seguente.

Il nucleo paraventricolare ipotalamico secreta CRH (corticotropin releasing hormone), che stimola l'ipofisi anteriore a produrre ACTH (adrenocorticotropic hormone). Questo, a sua volta, stimola la corteccia surrenale a produrre glucocorticoidi, prevalentemente cortisolo, che, con un meccanismo di feed back negativo, inibisce la secrezione di CRH ipotalamica.

La produzione di CRH segue un ritmo circadiano determinato dal nostro "orologio" centrale: il nucleo sovrachiasmatico dell'ipotalamo, il quale è sollecitato dal ritmo luce-oscurità trasmesso da zone retiniche, non adibite alla visione, tramite una proiezione diretta retino-ipotalamica. I cicli luce-oscurità agiscono, quindi, quali "time-giver", ossia sincronizzatori esogeni dell'orologio endogeno.

ACTH e Cortisolo normalmente raggiungono i livelli più elevati in prossimità del risveglio, solitamente tra le 6 e le 9 del mattino, declinano durante tutto il giorno con valori intermedi attorno alle 16-17, raggiungendo il nadir tra le 23 e le 2 del mattino successivo. In questo momento della giornata si osserva la minima secrezione. Questa aumenta bruscamente poco prima del risveglio.

L'aumento del cortisolo è correlato con lo stato di veglia, la sua riduzione con il sonno.

Quanto alla sua associazione con l'obesità, oltre a stimolare il senso di fame, il cortisolo stimola lo sviluppo del tessuto adiposo sottocutaneo nel tronco e nell'addome.

Ricordiamo che il ruolo del CRH nella risposta integrata allo stress, oltre all'influenza sul sonno e l'appetito, è rappresentato dai seguenti eventi neuroendocrini principali:

- attivazione dell'asse Ipotalamo-Ipofisi-Surrene
- attivazione del sistema adrenergico centrale
- inibizione della pulsatilità del GnRH
- incremento della attività respiratoria

- riduzione della attività gastroenterica
- alterata risposta immunologica
- alterazioni del comportamento

In sintesi, l'attivazione ormonale conseguente ad una condizione di stress cronico può favorire l'alimentazione in eccesso, come dimostrato da uno studio in cui alcune donne sono state sottoposte a stimoli stressanti in laboratorio (cold pressure test). Quelle con elevati livelli di cortisolemia con maggior risposta allo stress, lasciate in una stanza con del cibo, hanno mangiato di più, specialmente dolci, rispetto a quelle con scarsa risposta allo stress (*Epel ES – 2000*).

Birketved (2002) ha evidenziato come la risposta dell'ACTH e del Cortisolo al CRH (corticotropin-releasing hormone) sia attenuata nei pazienti con NES, rispetto ai controlli. L'autore, commentando questa osservazione, ha ipotizzato che l'esaurimento dell'asse Ipotalamo-Ipofisi-Surrene sia l'espressione di una cronica iperstimolazione indotta dallo stress.

Melatonina

E' prodotta dalla ghiandola pineale (situata nella parete posteriore del terzo ventricolo cerebrale). La sua secrezione è stimolata dal buio e inibita dalla luce. Il picco di secrezione della melatonina si raggiunge durante la notte, con un incremento che inizia intorno alle ore 20, cresce fino ai valori massimi tra le 3 e le 4 del mattino, per poi scendere ai normali valori diurni. Ne inducono la produzione la vitamina B6 e B3, mentre la deprimono l'alcol, il fumo, i tranquillanti, la caffeina, la vitamina B12, l'ibuprofene (antinfiammatorio).

La molecola favorisce il sonno, ha una importante azione antistress, agendo come antagonista dell'eccesso di cortisolo, e' un modulatore sia dei ritmi circadiani che del sistema neurovegetativo.

Ha, inoltre, un ruolo fondamentale nell'equilibrio del sistema immunitario. Presenta anche un'attività antiossidante e anti-invecchiamento, proteggendo le cellule dal danno ossidativo indotto dai radicali liberi. Tale funzione sembra essere importante nella prevenzione dei tumori (*Lévi F – 2007*).

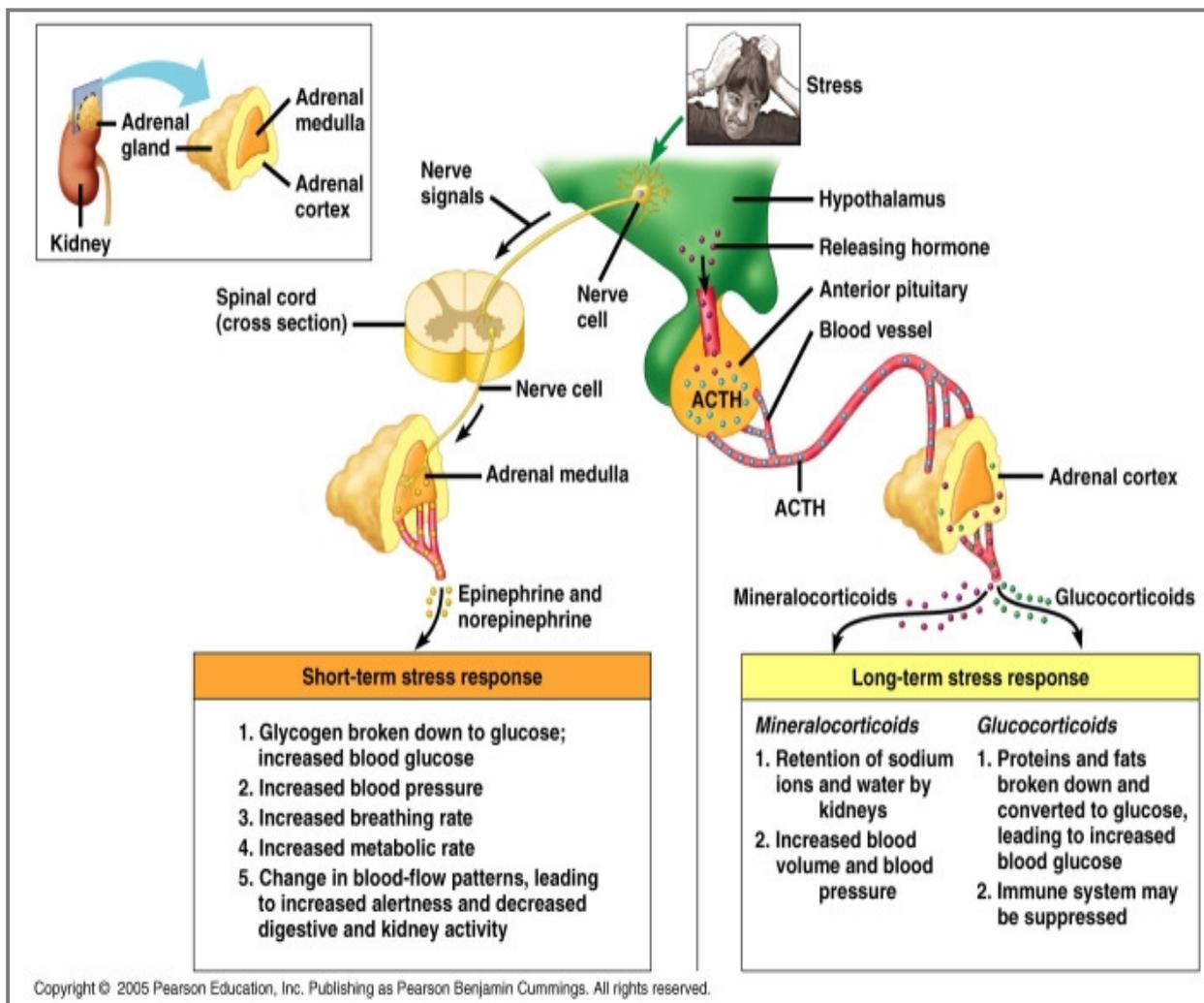
Il CRH, aumentando in una condizione di stress, provoca una riduzione della produzione notturna di melatonina (*Kellner M – 1997*).

Leptina

Esiste una correlazione tra il ritmo circadiano di ACTH e cortisolo e il ritmo circadiano della leptina, l'ormone sintetizzato prevalentemente dagli adipociti.

La leptina circola nel sangue e agisce sul cervello regolando la quantità di cibo da introdurre in rapporto al dispendio energetico. Quando la massa grassa diminuisce, si abbassa la concentrazione di leptina plasmatica, stimolando l'appetito. Viceversa, se la massa grassa aumenta, aumenta la concentrazione di leptina che avrà un effetto anoressizzante, ovvero inibitore del senso di fame. La leptina è quindi considerata un segnale di "sazietà" che influenza il sistema di controllo dell'appetito.

Quando lo stress è associato ad una deprivazione di sonno, con aumento del cortisolo, viene inibita la secrezione di leptina, con conseguente incremento dell'appetito. Una riduzione delle ore di sonno può, quindi, portare ad un aumento dell'appetito e ad una riduzione del metabolismo dei grassi corporei. Un meccanismo di feedback bilancia la produzione di cortisolo e leptina: somministrando per via parenterale leptina, i soggetti affetti da stress cronico hanno riportato una diminuzione di cortisolo.



Schema del meccanismo neuroendocrino dello stress www.giovannichetta.it/reazionestress.html

Insulina e glicemia

La glicemia e il tasso di insulina risultano aumentati negli individui con la NES: il cortisolo ha effetto iperglicemizzante, con iperinsulinemia reattiva e rischio, a lungo andare, di un esaurimento funzionale del pancreas e possibilità di sviluppo di un diabete tipo 2.

Serotonina

Non tutti gli individui che soffrono di insonnia mangiano di notte.

Nel caso della NES viene organizzata una strategia grazie alla quale l'ingestione di cibi ricchi di carboidrati aumenta la disponibilità di triptofano, precursore della serotonina. Questa sostanza, nota anche come ormone del "buon umore", è a sua volta precursore della melatonina, che, come abbiamo visto, contribuisce a regolare il ritmo sonno/veglia. La serotonina, inoltre, migliora il tono dell'umore, regola la temperatura corporea, modula le funzioni sessuali e l'appetito.

La produzione di serotonina è massima durante il giorno ed è stimolata dalla luce. E' per questo motivo che il trattamento farmacologico di scelta per tale disturbo è rappresentato da inibitori del re-uptake della serotonina, quali: paroxetina, fluoxetina, sertralina e clomipramina (Maletic V – 2007).

Grelina

E' una piccola proteina prodotta e secreta nello stomaco; essa esercita molte azioni regolatrici nel cervello e nei tessuti periferici.

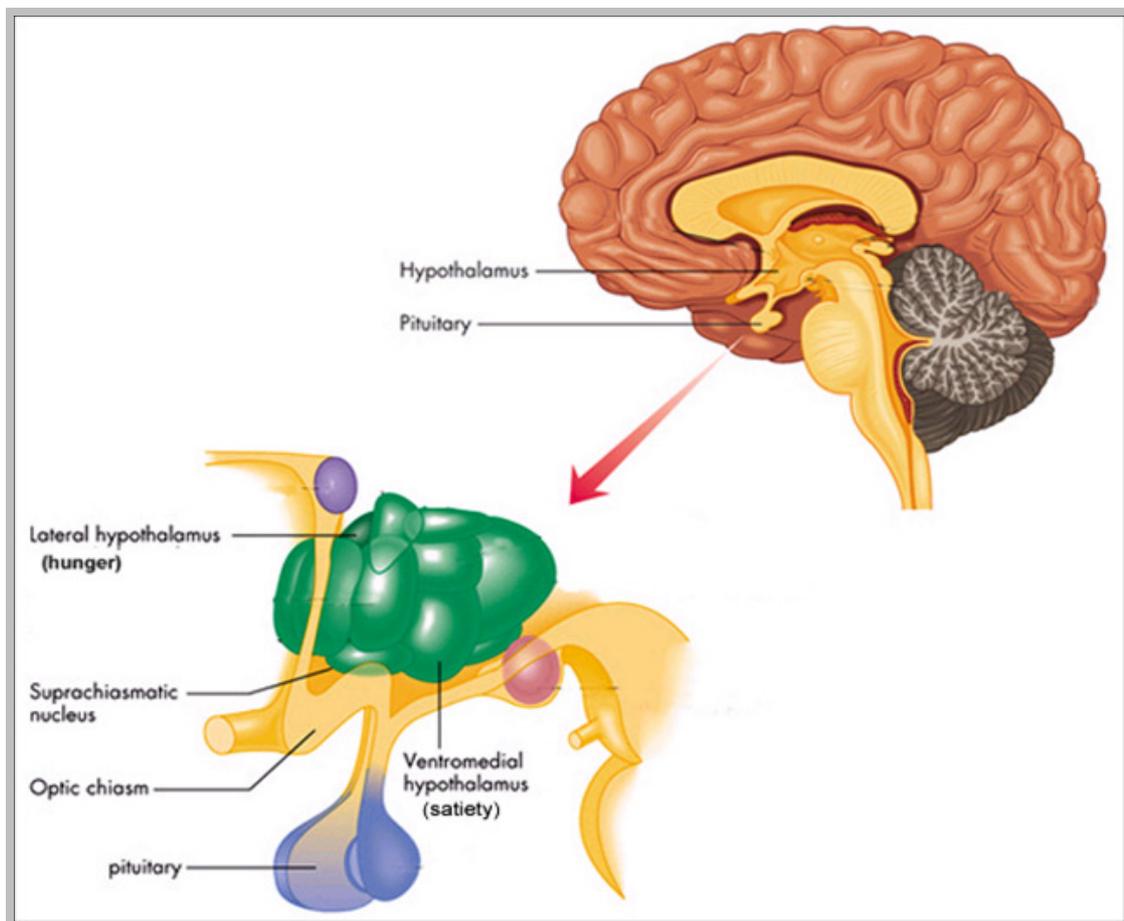
Ha un effetto opposto a quello della leptina, cioè oressizzante. Stimola la fame e l'assunzione di cibo attraverso due meccanismi:

- 1) stimolando direttamente l'ipotalamo;
- 2) aumentando la velocità di svuotamento dello stomaco.

Essa viene sintetizzata e secreta in giusta dose quando si dorme con un profondo sonno ristoratore. Al mattino la grelina influenza il desiderio di carboidrati.

La colazione con i carboidrati ne blocca la secrezione e condiziona il benessere, il senso dell'appetito e della fame per tutto il giorno. In mancanza di un adeguato apporto mattutino di nutrienti, la grelina si accumula contribuendo a provocare la grande fame della sera.

In caso di riduzione del sonno, i livelli di leptina si riducono, mentre quelli di grelina aumentano.



Schema anatomico del centro della fame e della sazietà.

www.catlinarcticsurvey2009.com/24_Hour_Daylight

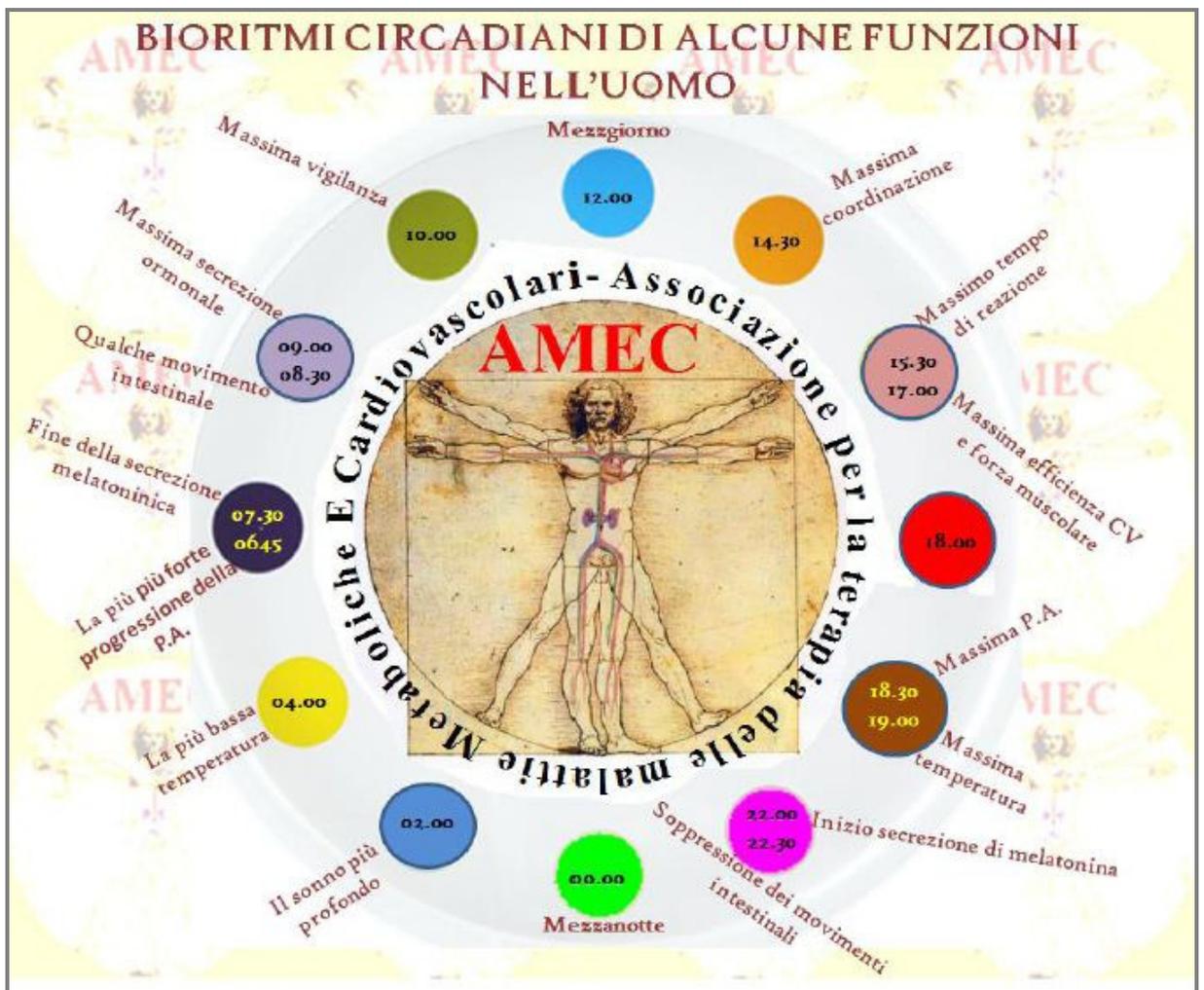
L'ipotalamo riceve quindi un duplice segnale diretto ad aumentare l'introduzione di cibo: uno proveniente dai bassi livelli di leptina, l'altro dagli aumentati livelli di grelina. La conseguenza sarà mangiare cibo in eccesso.

La grelina esercita un feedback positivo sull'ipofisi anteriore, stimolando la secrezione dell'ormone della crescita (Growth Hormon, GH). Oltre che nello

stomaco, essa è prodotta nel sistema nervoso centrale dai neuroni del nucleo arcuato, essenziale per l'adattamento cognitivo nel cambiare ambienti e nel processo d'apprendimento.

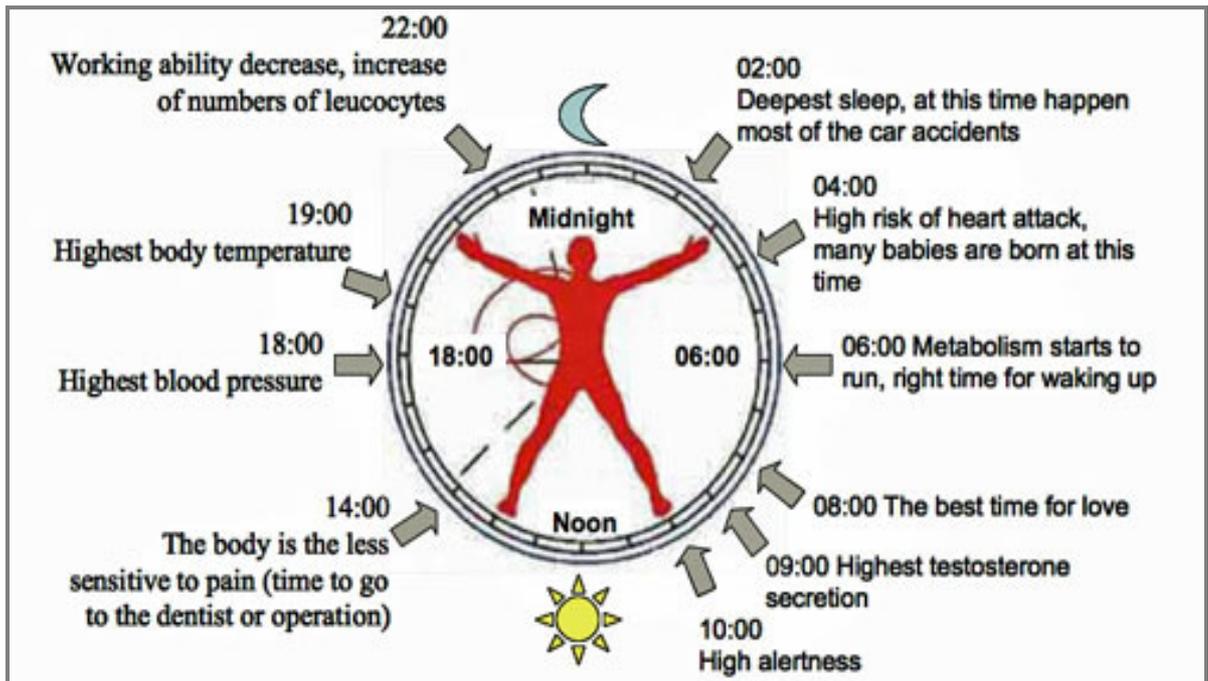
L'organismo, adattato nel corso dell'evoluzione alle necessità di sopravvivenza, ha a disposizione regolazioni compensative in caso di mancanza di sonno. L'insonnia determina una diminuzione del metabolismo basale e un aumento della fame.

Goel N (2009) ha studiato il comportamento e il ritmo neuroendocrino circadiano in pazienti con la NES, valutando i livelli di glicemia, insulina, grelina, leptina, melatonina, cortisolo, TSH (ormone stimolante la tiroide), prolattina. I risultati hanno messo in evidenza uno spostamento in avanti da 1 a 2,8 ore dei picchi di leptina, insulina, melatonina e cortisolo, un ritardo nei livelli circolanti di grelina di circa 5,2 ore. Inoltre, cortisolo, grelina e insulina, oltre che in ritardo, sono prodotti in quantità ridotta, mentre il livello del TSH è aumentato.



Ritmo circadiano www.associazioneamec.com

In definitiva, nei soggetti che sviluppano una NES, sarebbe presente un'alterazione dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene, con una maggiore produzione circadiana rispetto al normale di cortisolo, proprio perché il soggetto non è capace di gestire adeguatamente lo stress (Germain A – 2008, Antonijevic I – 2008, Tichomirowa MA – 2005).



Ritmo circadiano wellandgood.blogspot.com/2010/03/circadian-clock-is-dont-sleep.html

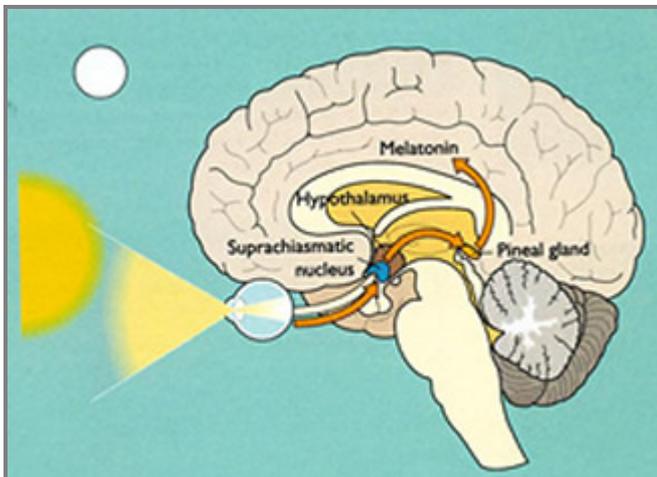
Normalmente i livelli plasmatici di leptina aumentano durante la notte per sopprimere la sensazione di fame: nei soggetti affetti da NES i livelli di leptina sono più bassi della norma e questo aiuta a spiegare il *food craving* (desiderio incontrollabile di un alimento) notturno.

Parimenti in questi pazienti fra le 22 di sera e le 6 del mattino è possibile riscontrare livelli di melatonina inferiori alla norma, ecco perché i risvegli notturni sono così frequenti.

Tale alterazione non è stata confermata da uno studio pubblicato nel dicembre 2011 da Knutson, a dimostrazione di quanto ci sia ancora da chiarire sulla NES e quanto poliedriche siano le sue manifestazioni.

Aspetti ambientali: esposizione alla luce

Il ritmo circadiano (24 ore) riguarda molti dei nostri cicli biologici ed è regolato da un insieme di input come luce, melatonina e attività fisica che agiscono sul nostro cervello.



Da www.anircef.it

La luce stimola la retina che, a sua volta, inibisce la sintesi di melatonina. Quindi è naturale svegliarsi con la luce e addormentarsi con il buio. Contemporaneamente durante la giornata, progressivamente, aumenta la spinta a dormire, che è massima la sera e coincide con il calare della luce.

In caso di esposizione notturna alla luce artificiale e di lavoro come turnista (mattina-pomeriggio-notte), l'orologio biologico che regola i ritmi circadiani modificherà in funzione adattativa il ritmo sonno/veglia. A lungo andare, l'alterazione cronica di tale ritmo, potrà provocare obesità e disordini metabolici, conseguenti alla alterata produzione di melatonina e dei vari altri ormoni precedentemente citati ([Fonken LK – 2010](#)).

A seguito di queste osservazioni, è stata proposta una foto-terapia diurna, con ancora incerte conclusioni, dal punto di vista dell'efficacia nella soluzione della NES e/o della eventuale depressione associata e/o dell'obesità ([Pail G – 2011](#), [Friedman S – 2002](#), [Bylesjo EI – 1996](#)).

Aspetti psicologici:

- **processi cognitivi**
- **processi psico-emozionali**

Processi cognitivi

Alcuni processi cognitivi sembrano giocare un ruolo determinante nel mantenimento della NES. Secondo Allison (2004) soggetti con la NES possono dividersi in quattro gruppi a seconda del loro stile cognitivo.

- A) Mangiatori notturni compulsivi. Esempi di pensieri disfunzionali di queste persone includono: "La torta che ho mangiato un'ora fa era buona, ne devo mangiare assolutamente un'altra fetta, ne ho bisogno", "So che se non mangerò non riuscirò mai a dormire", "Oggi ho avuto una giornata molto pesante, devo premiarmi con il cibo.
- B) Mangiatori notturni ansiosi/agitati. Esempi di pensieri disfunzionali di queste persone includono: "Sono troppo ansioso, non riesco a dormire, devo mangiare qualcosa per calmarmi", "Ho troppi pensieri nella mia mente, è meglio che mangi per dormire meglio".
- C) Mangiatori notturni dipendenti. Esempi di pensieri disfunzionali di queste persone includono: "Ho voglia di dolci, non posso farne a meno", "Non dovrei mangiare i dolci, ma è più forte di me", "Il cibo di notte per me è come una droga, non ne posso fare a meno".
- D) Mangiatori notturni tutto o nulla. Esempi di pensieri disfunzionali di queste persone includono: "Sono molto stanco, se non mangio non dormo, se mangio dormo".

Anche alcuni pensieri disfunzionali che seguono l'alimentazione notturna possono contribuire al mantenimento della NES, per esempio: "Sono un debole non ho resistito", "È tutta colpa mia non ho forza di volontà, non valgo proprio niente". In questo caso l'attribuzione della perdita di controllo sull'alimentazione ad una mancanza di volontà o di valore può generare bassa autostima e depressione che a loro volta possono favorire l'alimentazione in eccesso, generando ulteriori pensieri disfunzionali, ad esempio "Io non valgo nulla, non ho capacità di controllo, quindi non ho la capacità di evitare di mangiare di notte".

Processi psico-emozionali

L'elemento di partenza nella eziopatogenesi della NES sembra essere prevalentemente l'insonnia.

Si pongono due domande:

- 1) che cosa provoca l'insonnia in questi soggetti?
- 2) visto che solo una minoranza dei soggetti che soffrono di insonnia mangia di notte, che cosa spinge, invece, gli individui affetti dalla NES a mangiare prevalentemente la notte e poco o affatto durante il giorno?

Insonnia e controllo

Un articolo di Dollander M. (2002) ci offre degli spunti di riflessione.

L'insonnia può essere causata da stress acuti, insorti a seguito di eventi come lutti, licenziamento dal lavoro, traumi fisici, ospedalizzazione.

Può anche iniziare a seguito di conflitti interpersonali legati a difficoltà socio-affettive ambientali, mancanza di supporto sociale, difficoltà coniugali.

L'autore suggerisce, poi, alcune ipotesi per spiegare l'insonnia cronica, quando la cause non sono così chiaramente identificabili.

La prima riguarda la possibilità che l'individuo abbia un conflitto intrapsichico che genera una tale angoscia da non poter essere elaborato attraverso il sogno. Il sogno, infatti, ha una funzione protettiva dei nostri vissuti, tramite un processo di elaborazione simbolica. E' come se ci fosse una forma di alessitimia che impedisce la simbolizzazione onirica.

Una seconda possibilità è che i risvegli siano associati ad incubi ripetitivi.

La terza è che alla base dell'insonnia vi sia una sensazione di pericolo associata ad una paura di castrazione, solitudine e morte. Questo ci ricorda il "Pavor nocturnus", "Sleep terror disorder" della letteratura anglosassone, caratterizzato da improvviso risveglio in stato di agitazione, urla, pianto inconsolabile, attivazione del sistema nervoso autonomo con tachicardia, affanno, sudorazione, tensione muscolare. Alla base ci sarebbe sempre un evento traumatico passato, attivato da un contesto attuale.

In sostanza, secondo la Dollander, negli individui con insonnia cronica, l'angoscia accumulata nel vissuto quotidiano impedirebbe il fisiologico processo di elaborazione onirica proprio del sonno.

Dethlefsen ci fa riflettere sul fatto che tutti siamo capaci di dormire senza aver imparato, tuttavia non sappiamo come funziona la cosa. Desideriamo il sonno, e tuttavia a volte abbiamo la sensazione che qualcosa ci minacci dal mondo del sonno e del sogno. Da dove viene il convincimento che la vita che conduciamo di giorno sia più vera e più reale della nostra vita onirica? Chi ci autorizza a dire che si tratta soltanto di sogni? Ogni esperienza che fa la coscienza è sempre vera, sia che la si chiami realtà, sogno o fantasia. Sogno e veglia, coscienza notturna e diurna sono polarità e si compensano reciprocamente.

La voce popolare definisce il sonno come il fratello minore della morte. Ogni volta che dormiamo ci esercitiamo a morire. Addormentarsi presuppone allentamento di ogni controllo, di ogni intenzione, di ogni attività, richiede da noi disponibilità e fiducia, capacità di abbandonarci a ciò che è sconosciuto. Non è possibile addormentarsi attraverso la costrizione, l'autocontrollo, la volontà e lo sforzo. Ogni volontà attiva è il modo più sicuro di impedire il sonno. Noi possiamo solo creare le premesse più favorevoli per il sonno, ma poi dobbiamo aspettare pazientemente che il sonno decida di scendere su di noi.

Abbiamo paura del sentimento, dell'irrazionale, dell'ombra, dell'inconscio, del male, del buio, della morte. Ci teniamo spasmodicamente aggrappati al nostro

intelletto e alla nostra coscienza diurna, con cui crediamo di poter "valutare" tutto. Se poi arriva il comando di "abbandonarsi", emerge la paura. Così come la notte fa parte del giorno, anche l'ombra fa parte di noi e la morte fa parte della vita. Il sonno ci porta quotidianamente nelle zone d'ombra della nostra anima, ci fa vivere nel sogno quello che non abbiamo vissuto e ci rimette di nuovo in equilibrio.

Chi soffre di insonnia ha paura di lasciare il proprio controllo consapevole e di affidarsi al proprio inconscio. L'insonne non ha questa fiducia, si identifica troppo con il suo ruolo di persona attiva e non riesce ad abbandonarsi.

Sogno e orgasmo sono piccole morti e vengono vissuti come pericolo dall'uomo che ha una forte identificazione col proprio IO. Ogni monotonia annoia l'emisfero sinistro e l'induce ad abbandonare il suo predominio. Tutte le tecniche di meditazione utilizzano questa regola: la concentrazione su un punto o sul respiro, la ripetizione di un mantra, portano al passaggio dall'emisfero sinistro a quello destro, dal lato diurno a quello notturno, dall'attività alla passività.

Un eccessivo bisogno di dormire indica una problematica opposta. Chi, sebbene abbia dormito a sufficienza, ha difficoltà a svegliarsi e ad alzarsi, dovrebbe prendere atto della propria paura ad affrontare il giorno, l'attività e i doveri quotidiani. Svegliarsi e cominciare una nuova giornata significa diventare attivi, agire e assumersi delle responsabilità.

Come l'addormentarsi è in rapporto con la morte, lo svegliarsi è una piccola nascita. Il problema è sempre nell'unilateralità, la soluzione, invece, è al centro, nell'equilibrio, nel "sia-sia".

Dethlefsen, in sintesi, descrive l'insonnia come rappresentazione dell'impossibilità dell'individuo ad abbandonarsi al sonno, considerato simbolicamente come il momento della "passività" e della "dipendenza". La persona insonne si presenta molto spesso come timorosa del mondo istintivo e dei momenti di abbandono, ipercontrollata e piena di pensieri, incapace di lasciarsi andare. Il corpo poi presenta "tensioni" muscolari diffuse, mimando uno stato di all'erta continuo e sempre pronto all'azione.

Insonnia e solitudine

La solitudine è la paura di sentirsi soli, ossia impotenti di fronte alle forze della natura e della società.

Uno studio pubblicato nel novembre 2011, condotto da Lianne Kurina per conto dell'Università di Chicago, ha dimostrato che quanto maggiore è il senso di solitudine (reale o psicologica) percepito, tanto peggiore è la qualità del sonno. I single, o comunque chi è solo, avrebbe maggiori difficoltà a dormire bene la notte perché psicologicamente si sentirebbe meno al sicuro, cosa che influirebbe sul sistema nervoso e sui ritmi del sonno.

Mi viene in mente che per Winnicot la capacità di essere soli e, quindi, di poter affrontare la solitudine è uno degli indici più importanti della maturità affettiva. Ha a che fare con l'autosostegno. E' per questo che le persone con scarso autosostegno, poco sicure di sé, con bassa autostima, devono sempre stare all'erta, non possono mai perdere il controllo e quindi non riescono a riposare, a lasciarsi andare?

L'autrice conclude che dormire bene dipende da quanto ci sentiamo sicuri nel nostro ambiente.

Insomnia e "unfinished businesses"

"What is insomnia, other than the attempt to finish unfinished situations?" Cos'è l'insonnia se non il tentativo di completare le situazioni incomplete?

E' quanto suggerisce Fritz Perls nell'ultima parte del libro "L'io, la fame l'aggressività". Per Perls l'insonnia si manifesta quando l'individuo è preoccupato per una situazione incompleta e, come per ogni preoccupazione, anticipa le situazioni difficili, aumenta l'ansia e soffre per l'incapacità di addormentarsi. Se si va a letto con situazioni incomplete e non finite, l'organismo sentirà come primaria l'esigenza di completare la situazione per ristabilire l'equilibrio, di conseguenza non riusciremo ad addormentarci e sperimenteremo come fattore di disturbo qualsiasi elemento esterno, tendendo ad attribuire ad esso e non a noi stessi la difficoltà ad addormentarsi.

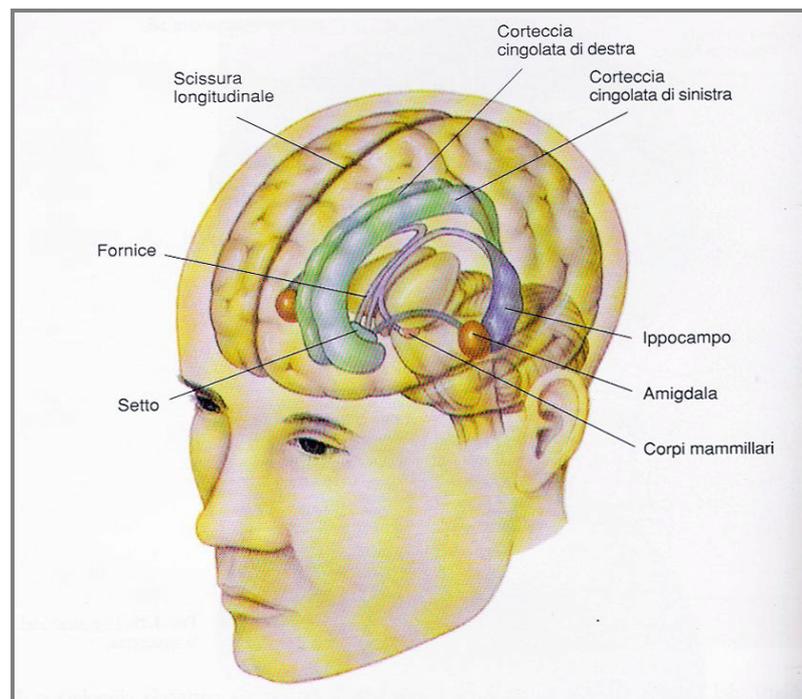
Dovremmo rinunciare alla voglia di dormire, affrontare la situazione che ci tormenta e prestare attenzione a ciò che ci disturba, ascoltando tale elemento, guardando alle figure che emergono spontaneamente, ma senza irritarci o imporci di dormire.

Mangiare senza fame la notte, fame emozionale

I meccanismi anatomo-funzionali che collegano le emozioni al bisogno di mangiare sono molto complessi.

Ricordiamo sinteticamente che i circuiti cerebrali delle emozioni coinvolgono l'ippocampo, l'amigdala e la corteccia prefrontale, che, a loro volta, sono in connessione con l'ipotalamo. I nuclei mammillari dell'ipotalamo comunicano con la porzione anteriore del talamo che a sua volta si connette alla corteccia cingolata. Quest'ultima è in collegamento con ippocampo, amigdala e corteccia prefrontale.

Tutto il circuito è importante per il funzionamento emotivo, tuttavia l'amigdala e la corteccia prefrontale risultano decisive nella comprensione e nell'interpretazione delle emozioni.



Da www.nilalienum.it

Le emozioni sono dispositivi automatici orientati alla protezione della vita. Le emozioni primarie, secondo Robert Plutchik sono otto, divise in quattro coppie: rabbia e paura, tristezza e gioia, sorpresa e attesa, disgusto e accettazione. L'esperienza emotiva è composta da una parte fisiologica, una cognitiva, una comportamentale e da un vissuto personale (Plutchik, 2007).

I principali centri del sistema nervoso deputati alla valutazione delle emozioni sono l'amigdala e la corteccia orbitofrontale.

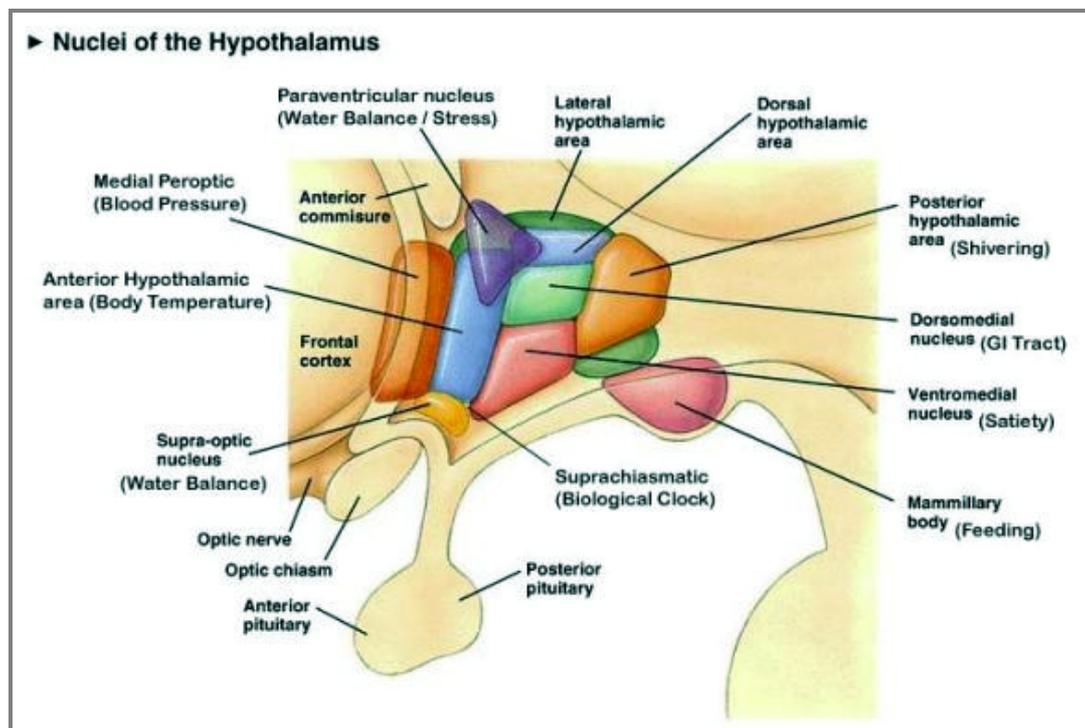
L'amigdala si occupa di valutazione più semplici "programmate dalla nascita". Essa riceve gli input relativi a stimoli presenti, ricordati o immaginati. Non è in grado da sola di decodificare la qualità emozionale ma attiva i comportamenti conseguenti alla rabbia, paura e ansia.

La corteccia orbitofrontale risponde a stimoli più complessi che giungono dal vissuto di ognuno di noi ed ha connessioni con l'amigdala.

Sia l'una che l'altra inviano dei messaggi all'ipotalamo e al tronco encefalico. L'ipotalamo, come abbiamo visto, mediante l'asse ipotalamo-ipofisi-corticale regola la produzione di vari ormoni, tra cui il cortisolo da parte del surrene, stimola i recettori ipofisari delle endorfine (sostanze che migliorano la sensazione di benessere e agiscono come oppioidi riducendo il dolore), modula la sintesi di ossitocina che influenza i meccanismi psichici di attaccamento.

Tra le nostre emozioni più forti ci sono quelle legate al nostro corpo, comprese quelle legate al cibo.

I nuclei ventro-mediali e quelli laterali dell'ipotalamo rappresentano rispettivamente i centri della sazietà e della fame, collegati con meccanismi di feedback che seguono varie vie di conduzione: vie adrenergiche, che stimolano la fame, serotoninergiche, che la inibiscono, vie noradrenergiche implicate nella assunzione preferenziale di carboidrati, vie dopaminergiche legate alla scelta dei cibi e dei gusti alimentari.



Da www.bhavanajagat.com

La serotonina, inoltre, stimola la produzione di endorfine, mentre la noradrenalina la inibisce.

L'amigdala fa parte del sistema limbico, collegato alla nostra affettività e le cui componenti regolano i comportamenti relativi ai bisogni primari per la sopravvivenza dell'individuo e della specie: procurarsi cibo, mangiare e bere, esercitare l'attività sessuale, nonché interpretare i segnali provenienti dagli altri e dall'ambiente.

Il sistema limbico è il punto centrale del sistema di connessione endocrino, vegetativo e psichico; elabora stimoli provenienti dall'interno del corpo e dall'esterno.

L'amigdala funziona come un archivio della memoria emozionale ed è quindi depositaria del significato stesso degli eventi. Essa analizza gli stimoli che giungono al sistema limbico e fa partire messaggi che attivano l'ipotalamo. E' in questo modo che associamo un cibo, un profumo, una sua immagine a ricordi, gradevoli o sgradevoli.

Questa parziale descrizione delle connessioni tra la nostra componente cognitivo-razionale, quella emozionale e quella più istintuale, che ci permette di soddisfare i bisogni primari, legati alla sopravvivenza individuale e della specie, ci fa comprendere quanto la fame e il sonno siano collegati ad aspetti emozionali e razionali.

Mangiare non è solo nutrirsi, è un gesto che fa parte della relazione: festeggiamo un evento mangiando, in alcune tradizioni si celebra il funerale mangiando.

Mangiare è un modo per anestetizzare le sensazioni dolorose e i sentimenti negativi provocati dalle situazioni difficili che ci troviamo a vivere quotidianamente. Molti sono i lavori in letteratura che mostrano come il cibo dia un senso di sollievo, seppure fugace, alle sofferenze fisiche ed emotive. Ne cito solo due, pubblicate in questi primi mesi del 2012.

Molto significativo è il titolo, oltre che il contenuto, di un recente articolo a firma di Amy Janke E (2012): "The more pain I have, the more I want to eat": Obesity in the context of chronic pain (Più ho dolore, più voglio mangiare: l'obesità nel contesto del dolore cronico). L'autore sottolinea come anche il dolore, oltre alla depressione, rabbia, vergogna, solitudine, induca alla fame emozionale, dove l'ingestione di cibo ha un effetto calmante.

Sempre nel 2012 Passamonti L ci mostra come la rabbia si sviluppi a causa della mancanza di cibo; se mangiamo, la rabbia scompare.

L'atto del mangiare quindi può essere inteso come strategia adattiva alle situazioni problematiche. Spesso mangiamo in modo compulsivo perché ci sentiamo incapaci di affrontare le emozioni, si mangia anziché dare sfogo al dolore, alla rabbia e perché no, alla gioia, al contrario spesso non mangiamo per un senso di apatia, per attirare le attenzioni altrui, per un desiderio inconsapevole di farsi del male.

Una volta imparato che, mangiando, riusciamo a ridurre lo stress o uno stato di malessere, tendiamo a ripetere questo comportamento, spinti dal desiderio di "gestire" le proprie emozioni. L'atto di mangiare, anche quando non è più presente lo stimolo della fame, permette sicuramente di raggiungere un obiettivo: distrarsi dalle proprie emozioni (*Macht M, 1999*). Quando una persona è depressa o triste a causa di un evento e reagisce con una iperfagia, quando si sente sola e abbandonata e tenta di riempire il vuoto emozionale con il cibo, allora si parla di fame emozionale. Mangiare senza fame è una strategia di coping: una modalità di adattamento ad una situazione stressante.

Il coping è definito da Perlin come quel comportamento che protegge le persone dalla pressione psicologica dovuta a situazioni sociali problematiche” (*Avison WR – 2010*).

Secondo Folkman, il coping permette alle persone di utilizzare diverse abilità per gestire le difficoltà (stressor) che si presentano loro durante l’esistenza. (*Folkman S – 1980*).

Per Stunkard, il mangiare notturno è un modo per placare l’ansia, che in questi individui è maggiore durante la sera e la notte (*Stunkard A – 2006*).

Hilde Bruch afferma che una madre matura e consapevole è in grado di decodificare e comprendere le necessità del bambino e lo nutre in risposta ai segnali, in genere il pianto, che il figlio manda. Questo permette, in genere, lo sviluppo della sensazione della fame come idea distinta da altri bisogni e sensazioni. Quando la reazione materna non è adeguata, per noncuranza o troppa sollecitudine, il bambino sviluppa un senso di confusione che quando sarà adulto non gli permetterà di distinguere tra l’essere affamato o sazio da altre sensazioni sia piacevoli che spiacevoli (*Bruch, J. H – 1996*).

Inoltre se il cibo fin dall’infanzia viene utilizzato come gratificazione, conforto, sostituto dell’affetto, arma di ricatto, di offesa, può insorgere un rapporto distorto e alterato con il cibo e con l’atto di alimentarsi in generale (*Skårderud F – 2009*).

Le persone affette da disturbi alimentari sono fundamentalmente alessitimiche: hanno difficoltà a riconoscere i propri stati interni: fame, sazietà, senso di vuoto, ad esplorare il proprio mondo interiore, presentano scarse competenze nel riconoscere ed esprimere le proprie emozioni. La mancanza di consapevolezza dei propri desideri e bisogni, ostacola la creazione di confini stabili con gli altri e aumenta la dipendenza dall’ambiente esterno per avere conferme e sicurezze. Le dinamiche di riempimento e svuotamento, tipiche del movimento oscillatorio anoressico-bulimico potrebbero essere tentativi di contenere su un piano concreto le emozioni: lo stomaco vuoto evoca la solitudine da cui si fugge attraverso il cibo divorato, che riempie senza nutrire. (*Carano A – 2011, Corcos M – 2000, Taylor GJ - 1996*).

Il cibo diviene un mezzo per ridurre, smorzare a breve termine tali emozioni, con un meccanismo autoconsolatorio (*Zijlstra H – 2011*).

COMPLICANZE

La NES può determinare un aumento di peso, che si associa a tutte le complicazioni ampiamente descritte per il sovrappeso e l’obesità.

L’incremento costante della glicemia e dell’insulinemia rappresentano un fattore di rischio per l’insorgenza di un diabete tipo 2.

Una complicanza frequente è il reflusso gastroesofageo, causato dall’assunzione rapida di cibo di notte ed il ritorno immediato a letto a dormire. Infine viene segnalata una aumentata incidenza di problemi dentari, legati semplicemente al fatto che dopo gli snacks notturni difficilmente il soggetto si lava i denti (*Lundgren JD – 2010*).

TRATTAMENTO

Farmacologico

Gli studi effettuati sul trattamento della NES sono solo all’inizio. Sono state proposte la Melatonina o erbe medicinali come le radici kava kava (estratta dalle

foglie di Piper methysticum è da sempre utilizzata dalle popolazioni della Polinesia per calmare i nervi, indurre il sonno e contrastare la stanchezza). Alcuni pazienti riferiscono che questi rimedi li hanno aiutati ad addormentarsi, ma non ad evitare i risvegli e a mangiare di notte.

Lo stesso effetto sembrano avere i sonniferi (*Allison KC – 2010*).

Lo studio di O'Reardon JP, condotto su 17 pazienti x 12 settimane, ha evidenziato la potenziale efficacia della Sertralina a dosaggi pieni (*O'Reardon JP – 2004*).

Tutti e 17 i pazienti trattati, alla fine dello studio, hanno ottenuto un miglioramento nei 4 elementi valutati:

- 1) una diminuzione dei risvegli notturni del 50%;
- 2) una riduzione dei risvegli associati all'assunzione di cibo di due terzi;
- 3) una riduzione del numero totale di calorie assunte superiore al 50%;
- 4) un miglioramento significativo dei sintomi della NES.

Cinque soggetti hanno raggiunto una piena remissione dei sintomi ed anche un significativo decremento ponderale.

Da allora altri studi hanno riportato l'efficacia della setralina e di altri inibitori del reuptake della serotonina (SSRIs), ossia di farmaci nati come antidepressivi, che rendono disponibili maggiori quantità di serotonina a livello delle sinapsi nervose: fluoxetina (Prozac), sertralina (Zoloft), paroxetina (Daparox) (*Milano W – 2012, Stunkard AJ – 2009, Powers PS – 2009*).

Sono state pubblicate alcune esperienze che dimostrano l'efficacia del topiramato (Topamax), [farmaco anticonvulsivo](#), antiepilettico (*Tucker P – 2004, McElroy SL – 2009, Aigner M - 2011, Cooper-Kazaz R. – 2012*).

Psicologico

- a) Per quanto riguarda i trattamenti psicologici, il più diffuso è il cognitivo-comportamentale. Uno schema proposto da Dalle Grave è riportato nella tabella 6.

Tab. 6 - Alcune strategie cognitivo - comportamentali per affrontare la NES

DA "Dalle Grave R. *Perdere e mantenere il peso. Un nuovo manuale di terapia cognitivo comportamentale*. Positive Press: Verona, 2004"

1. Strutturare i pasti durante il giorno: pianificare un'alimentazione che preveda una colazione, un pranzo, una merenda e una cena regolari, in modo tale da assumere più calorie nella prima parte della giornata. È fondamentale anche eliminare il caffè e le bevande contenenti caffeina e non assumere alcolici prima di andare a dormire, dal momento che tutte queste sostanze possono disturbare il sonno.

2. Cercare di non avere delle giornate troppo stressanti (lo stress sembra essere uno dei più importanti fattori implicati nell'alimentazione notturna). Una buona strategia per ridurre lo stress è quella di adottare uno stile di vita attivo. Può essere utile imparare qualche esercizio di rilassamento.

3. Migliorare l'igiene del sonno: cercare di rilassarsi prima di andare a dormire, fare degli esercizi di rilassamento, di stretching o leggere un buon libro. Cercare di non lavorare la sera dopo cena. Non usare il computer (che può aumentare la tensione). Non andare a letto fino a che non ci si senta sonnolenti (soprattutto se si soffre di insonnia iniziale). Non sforzarsi troppo per addormentarsi. Cercare di avere delle aspettative realistiche sul sonno: accettare di avere due o tre risvegli per notte, non dare troppa importanza al

sonno e non drammatizzare se durante la notte non si è dormito a sufficienza. Imparare a tollerare gli effetti di un sonno disturbato.

4. Ridurre gli stimoli alimentari che favoriscono l'alimentazione notturna: per esempio non tenere in casa cibi ipercalorici e ricchi di grassi.

5. Ridurre gli stimoli non alimentari che favoriscono l'alimentazione notturna: la noia, gli intrattenimenti passivi (es. guardare la televisione). Programmare delle serate in compagnia o con intrattenimenti attivi (leggere un libro, andare al cinema, chiacchierare con la famiglia, ecc).

6. Gestire il rischio: identificare il rischio, cercare la risoluzione dei problemi.

7. Ristrutturare i pensieri disfunzionali che favoriscono l'alimentazione notturna.

8. Ristrutturare i pensieri disfunzionali che seguono all'alimentazione notturna.

b) L' inquadramento gestaltico

L'approccio gestaltico consiste essenzialmente nello sperimentare se stessi il più intensamente possibile, stare nel "qui ed ora" e non nel passato o nel futuro, agire invece che teorizzare, essere consapevoli delle proprie sensazioni, percepire i comportamenti del nostro corpo, comprendere le nostre resistenze, le nostre modalità di interruzione del contatto, le nostre risposte automatiche e assumersi la responsabilità delle nostre azioni.

In questo modo possiamo comprendere "come" ci relazioniamo con l'ambiente e modificare tale relazione, in base ai nostri bisogni.

A differenza della terapia cognitivo comportamentale, non esiste in Gestalt uno schema da seguire. Ogni persona, accompagnata dal terapeuta, seguirà il proprio processo, che è unico per ogni individuo.

Secondo Ehrenberg (1999) la dipendenza in termini generali è una via per lottare contro la depressione, sedare il conflitto con un comportamento compulsivo. Gli individui "dipendenti" incarnano l'impossibilità di stare nell'autosostegno.

In generale i disturbi alimentari sono legati alla paura di sentire e mostrare emozioni. Mangiare è una modalità per sopprimerle.

La difficoltà è prevalentemente nella fase iniziale del ciclo di contatto: non riuscendo a mettere a fuoco il bisogno emergente, l'organismo non può essere pronto per l'esperienza di contatto e quindi il Sé non può trovarsi in tutta la sua pienezza al confine di contatto, facendo ricorso alle diverse modalità di resistenza.

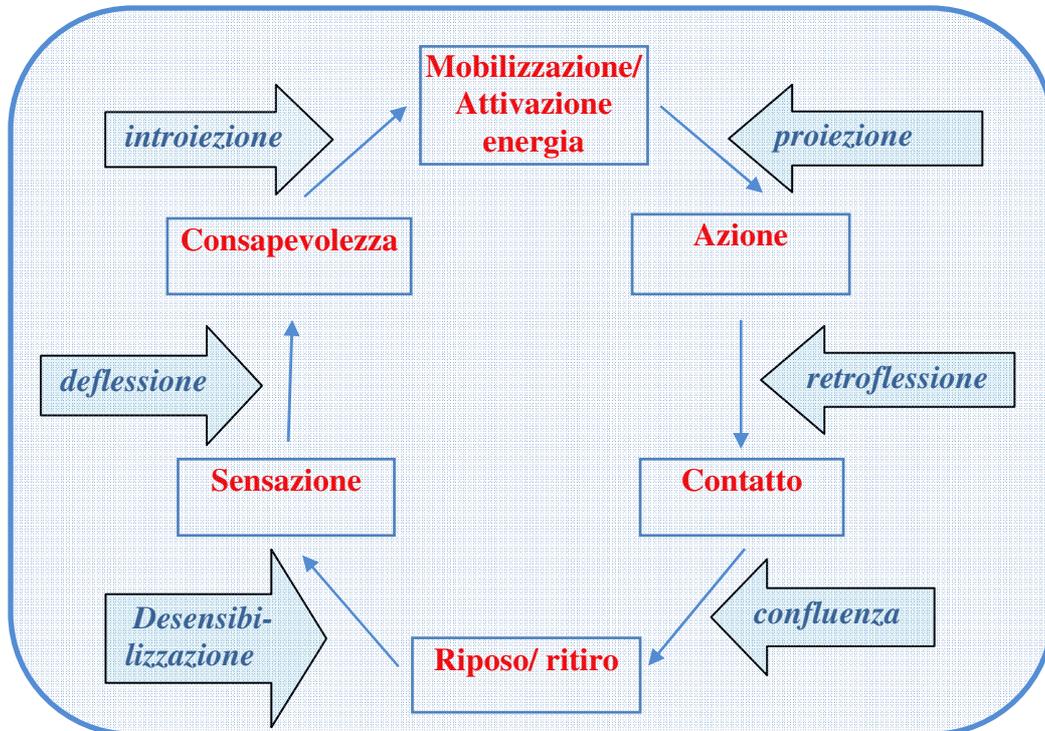
La mancata formazione del contatto, e quindi la difficoltà a gestire e ad orientare l'energia che occorre per compiere un'azione adeguata verso l'ambiente, può essere attribuita alla precoce mancanza di sostegno specifico da parte delle figure di riferimento, che non sono state in grado di far sviluppare nei soggetti un appropriato sentimento dei propri confini, essi provano perciò la sensazione di essere "piccoli" e di non sentirsi "adeguati" all'energia che sperimentano (*Cannella G -2002*).

Le forme di resistenza più frequenti, a mio avviso, sono:

- la deflessione, come evitamento di ricordi dolorosi e intollerabili e/o di sensazioni di vuoto e di abbandono;
- l'introiezione, che impedisce il libero fluire degli impulsi e la soddisfazione dei bisogni. Antichi introietti del tipo "non essere aggressivo", "non odiare i

genitori”, “rispetta i tuoi superiori”, “devi essere più bravo degli altri” ecc. sono alla base di gestalt non concluse;

- la retroflessione, con orientamento della aggressività verso se stessi.



CICLO DELL'ESPERIENZA (*Petruska Clarkson*)

Nel corso della terapia il paziente entra in contatto con le emozioni dolorose che sono dietro il mangiare compulsivo e accetta di riviverle e gestirle, invece di anestetizzarsi con il cibo.

L'obiettivo è di alimentarsi quando si ha realmente fame e smettere quando la fame è soddisfatta, in altri termini: passare dal rapporto introiettivo con il cibo (l'ingoiare passivamente) alla sana destrutturazione dentale (*Perls, 1995; ed. or. 1969*), ovvero la capacità di partire dalle sensazioni della fame, per scegliere, assaporare, masticare ed infine assimilare gli alimenti.

Il terapeuta darà voce alle due polarità, le due parti in conflitto: quella che continua a mangiare come meccanismo di difesa che dà sollievo al dolore e quella che vuole crescere, cercando creativamente un nuovo adattamento all'ambiente.

CONCLUSIONI

In questi ultimi anni sono stati effettuati numerosi progressi nella comprensione della NES, ma molto rimane ancora da scoprire. Si sono compresi meglio i meccanismi operanti nella NES nel creare alterazioni del comportamento alimentare, del sonno e del tono dell'umore. Si è chiarito maggiormente il ruolo del cortisolo e dello stress nel mantenimento della NES e si è ipotizzata la presenza di una componente genetica. Si iniziano ad avere più dati sulla sua incidenza ed una migliore comprensione del quadro clinico e dei processi cognitivi ed emotivi che contribuiscono a mantenerla. Infine, la risposta positiva alla Sertralina suggerisce il

ruolo critico giocato dalla funzione serotoninergica e apre la speranza per un possibile trattamento efficace.

Dovrà, inoltre, essere definita la collocazione nosologica della NES, ossia se si tratti di un'entità diagnostica psichiatrica distinta appartenente alla categoria dei disturbi dell'alimentazione o un comportamento alimentare e del sonno anomalo che favorisce lo sviluppo dell'obesità.

Gli aspetti psicologici cognitivi ed emozionali che sono alla base della NES o che, comunque, l'accompagnano possono essere focalizzati e trattati efficacemente con la psicoterapia.