

Disturbi del sonno e disturbi alimentari

FEDERICO FACCHINI, NADIA DELSEDIME, CRISTINA GIOVANNONE,
BARBARA NICOTRA, ENRICA MARZOLA, GIOVANNI ABBATE DAGA

Summary – SLEEP DISORDERS AND EATING DISORDERS. Often Eating Disorders are associated with Sleep Disorders like Night Eating Syndrome, Nocturnal Eating Syndrome, Sleep-Related Eating Disorder. Also insomnia is very common in Eating Disorders and it has been shown to have a multifactorial pathogenesis.

Keywords: EATING DISORDERS, SLEEP DISORDERS, REM SLEEP

Il gruppo dei Disturbi Alimentari include, oltre ad Anoressia Nervosa (AN), Bulimia Nervosa (BN) e Disturbo da Alimentazione Incontrollata, altre patologie che sono associate con i Disturbi del Sonno.

Nella *Night Eating Syndrome (NS)* si ha anoressia diurna, iperfagia serale e difficoltà di addormentamento e di mantenimento del sonno, con risvegli spesso associati ad introito di cibo; nella *Nocturnal Eating Syndrome (NES)* si hanno risvegli ricorrenti nella fase di sonno non-REM con ingestione compulsiva di piccole quantità di cibo, con successiva ripresa del sonno.

Nello *Sleep-Related Eating Disorder (SRED)* in cui vi è stretta correlazione con sonnambulismo ed apnee notturne, il risveglio da un sonno ad onde lente è seguito da un'abbuffata di cui non si ha memoria al mattino.

Attualmente si ritiene che il sonno non-REM sia deputato ad attività metaboliche ed omeostatiche, mentre il sonno REM partecipa alla memorizzazione delle informazioni ottenute durante la veglia, possiede funzioni sinaptogeniche e sembra essere necessario al ristoro del sistema catecolaminergico; inoltre sembra avere una funzione di elaboratore d'informazioni in particolare dell'emisfero

destro, considerato l'emisfero delle emozioni per eccellenza e maggiormente implicato del sinistro nell'organizzazione del sogno [1].

L'insonnia spesso associata ai disturbi alimentari ha verosimilmente una patogenesi multifattoriale somatopsichica e psicosomatica, che è alla base sia dell'esordio che della cronicizzazione dei disturbi. Da una revisione di alcuni lavori della letteratura è emerso che esiste una correlazione fra il tipo di dieta (maggiore o minore apporto di carboidrati e grassi) ed il sonno. Si è visto inoltre che la colecistochinina (CCK) e la bombesina aumentano dopo un pasto povero di carboidrati e ricco di grassi; la leptina potrebbe indurre sazietà e la sua somministrazione nei topi ha portato un aumento del sonno a SW e una riduzione del sonno REM. Anche il peptide orexina sembra coinvolto nella regolazione del sonno (riduce il sonno e stimola l'appetito). Il peptide grelina, i cui livelli dipendono dall'introito di cibo e aumentano durante il sonno, promuove la secrezione notturna di GH e favorisce il sonno SW. Attraverso l'EEG si è potuto osservare che all'aumento di BMI corrisponde un progressivo aumento del sonno REM, del sonno ad onde lente e della fase 4 del sonno.

L'insonnia è un problema spesso associato ai *Disturbi del Comportamento Alimentare*; uno studio recente ha confermato la presenza di una scarsa qualità del sonno, con allungamento della fase di risveglio e del ritmo dei pattern ciclici alternanti (CAP); tali alterazioni possono essere correlate all'indice di massa corporea (BMI) e allo stato psicopatologico. Altri studi hanno rilevato sia un disturbo del mantenimento del sonno, sia una aumentata percentuale di sonno leggero.

Nell'*Anoressia Nervosa*, l'EEG ha evidenziato una diminuzione nell'attività e nella quantità di onde lente; più contraddittorie sono le ricerche riguardanti la fase REM. Nelle pazienti anoressiche si osserva inoltre un maggior numero di risvegli e di periodi di veglia dopo l'addormentamento e una riduzione del sonno ad onde lente. La frammentazione del sonno e una ridotta quantità di onde lente risulta positivamente correlata con il BMI e con il peso corporeo ideale (IBW).

Uno studio ha messo in evidenza l'andamento delle alterazioni del sonno in relazione al recupero ponderale, osservando una progressiva diminuzione dei periodi di veglia intermittenti e un progressivo aumento del sonno REM; più tardivo è l'aumento delle onde lente. L'aumento di peso incide non tanto sulle variabili oggettive del sonno, quanto sulla qualità soggettiva del sonno, che migliora senza significative variazioni patologiche. Spesso però l'insonnia è presente nella bulimia, con crisi bulimiche per lo più notturne.

Nel *Binge Eating Disorder* con obesità e nell'obesità semplice si sono osservati più numerosi risvegli notturni. Il SRED sembra essere più un sottotipo clinico dei disturbi del sonno, essendo frequentemente associato a bulimia diurna, men-

tre la NES potrebbe essere considerata un disturbo alimentare, essendo caratterizzata da insonnia, abbuffate serali e anoressia diurna. Quindi nell'*Anoressia Nervosa* è presente insonnia iniziale d'addormentamento e centrale, tanto più gravi quanto minore è il peso corporeo; con il recupero ponderale si ha un progressivo allungamento della durata del sonno, con riduzione dei risvegli notturni; per una normalizzazione completa del sonno il peso deve avvicinarsi il più possibile al peso ideale. Nella *Bulimia Nervosa* si ha per lo più un ritardo dell'addormentamento e nel risveglio. Nel *Binge Eating Disorder* il disturbo del sonno è caratterizzato da frequenti risvegli notturni, nel corso dei quali si possono avere abbuffate, come nella NES.

Spesso i *Disturbi del Comportamento Alimentare* si associano a disturbi dell'umore, che vanno da una moderata o grave sintomatologia depressiva fino ad un disturbo depressivo maggiore. Nei pazienti depressi si è riscontrata una frammentazione del sonno, una latenza REM più breve, una elevata densità REM e una diminuita quantità di onde lente. Poiché nei disturbi alimentari si è vista una ridotta latenza REM e questa caratteristica era occasionalmente associata a una significativa sintomatologia depressiva, si può ipotizzare una relazione fra le due patologie o comunque un'azione neurobiologica sul sonno comune ad *Anoressia Nervosa* e depressione.

Nei pazienti con DCA si osserva una frequenza di sogni normale o diminuita rispetto ai soggetti sani. Il contenuto è correlato a sentimenti di inefficienza, rabbia e odio di sé e, più raramente, a temi di morte. La preoccupazione per il cibo è più frequente nelle pazienti bulimiche, che hanno anche maggiore ostilità verso le altre persone presenti nel sogno. Le anoressiche presentano meno ostilità, ma più ansia e progettualità negativa, a conferma della loro scarsa autostima e pessima qualità di vita. Rispetto ai soggetti depressi i sogni dei pazienti con DCA risultano più vividi e ricchi di attività e interazioni sociali, ma più specifici rispetto alla preoccupazione per il cibo. In conclusione, la conoscenza attuale delle interazioni fra nutrizione, metabolismo e regolazione del sonno è ancora piuttosto limitata.

Il contenuto dei sogni delle pazienti anoressiche è spesso caratterizzato da inefficienza, rabbia, odio di sé. Sono evidenti preoccupazione per il cibo ed il perfezionismo: nel sogno le pazienti spesso si sentono attaccate od osservate ed occasionalmente appaiono anche temi di morte. Le pazienti bulimiche presentano invece una maggiore ostilità verso le persone presenti nel sogno.

Bibliografia

1. MANCIA, M. (2006), One Possible Function of Sleep: to Produce Dreams, *Behav. Brain Res.*, 1995, 69: 203-206.

Nadia Delsedime
Via Cherasco, 11
I-10126 Torino
E-mail: nadia.delsedime@unito.it