

Analisi dello stato attuale della Night Eating Syndrome

Marisa MALAGOLI TOGLIATTI, Anna Lisa MICCI, Rosa di BENEDETTO

Università La Sapienza di Roma

ABSTRACT - *Analysis of Night Eating Syndrome Current Status* - Objective: Night Eating Syndrome is not yet recognized as diagnostic category in its own right and it does not figure on any psychiatric classification system. This paper is designed to show the theoretic different positions on NES and to describe the main features for its definition and evaluation through a clinical experience. Method: a clinical case was selected and analyzed. Result: NES is not frequent in the general population and it occurs not only in overweight or obese subjects but even among individuals with a normal weight. It seems to involve a eating disorder, sleep disorder and mood disorder. Night eaters reveals a unusual circadian rhythm and a distinctive neuroendocrine pattern with the delay in onset of appetite during the morning and the pursuance of overeating during the evening and night. However NES is associated with specific psychological and behavioural characteristics that seem to differ from BED and other form of nocturnal sleep-related eating. Discussion: The issue of NES as distinct nosologic entity leads to argue clinical utility of its possible diagnosis. **KEY WORDS:** Night eating, NightEating Syndrome, Obesity, Family functioning, Clinical treatment.

RIASSUNTO – Il presente articolo si propone di mostrare le differenti posizioni teoriche sulla Night Eating Syndrome e di descriverne le caratteristiche più salienti attraverso l'analisi di un caso clinico. La NES non è frequente nella popolazione generale e si presenta non solo in soggetti obesi o in sovrappeso ma anche in persone normopeso. Tale condizione sembra includere un disturbo alimentare, un disturbo del sonno e un disturbo dell'umore ed appare associata a specifiche caratteristiche psicologiche e comportamentali che sembrano differenziarla dal BED e da altre forme di alimentazione legate a disturbi del sonno. Il dibattito sulla NES come entità nosologica distinta porta a discutere anche sull'utilità clinica di una sua possibile diagnosi. **PAROLE CHIAVE:** Night eating, Night Eating Syndrome, Funzionamento familiare, Obesità, Intervento clinico.

Premessa

La "Sindrome della Condotta Alimentare Notturna" è stata descritta per la prima volta nel 1955 come una specifica risposta allo stress presente in alcuni pazienti obesi e caratterizzata da iperfagia notturna, insonnia e anoressia mattutina (Stunkard, Grace, Wolff, 1955). Da allora la NES ha ricevuto scarse attenzioni e nei pochi resoconti apparsi l'alimentazione problematica si presentava dopo l'inizio del sonno (Schenck, Mahowald, 1994) e ciò che viene sottolineato è il suo legame con le difficoltà associate al sonno e l'assenza o lo scarso livello di coscienza con la quale veniva eseguita.

L'importanza diagnostica e nosologica della NES¹ è, attualmente, al centro di un considerevole

dibattito. Non è ancora ben chiaro se essa debba essere considerata come un disturbo a se stante, come una variante del BED o della depressione o se sia meglio compresa in quanto dimensione del comportamento alimentare sano. Gli studi sull'argomento stanno ancora percorrendo i primi passi e sono diretti ad individuarne le caratteristiche patognomiche che possano aiutare a distinguerla da altri disturbi e

Secondo Birketvedt et al. (1999) è possibile parlare di NES se i soggetti rispondono ai seguenti requisiti:

- A. Anoressia mattutina o consumo della prima colazione anche se la quantità di cibo non è significativa;
- B. Iperfagia serale in cui il 50% o più dell'introito energetico quotidiano viene consumato dopo l'ultimo pasto serale;
- C. Insonnia caratterizzata da almeno un risveglio per notte con assunzione di cibo durante i risvegli;
- D. I criteri sopra citati si ripetono per almeno 3 mesi o più;
- E. I soggetti non soddisfano i criteri per altri disturbi alimentari, in particolare Bulimia Nervosa e Binge Eating Disorder.

¹ Anche se la NES non è ancora stata riconosciuta come categoria diagnostica indipendente sono stati abbozzati a grandi linee dei criteri diagnostici provvisori che consentano di differenziarla dalle altre forme di alimentazione alterata.

fungano da linee guida per il trattamento (O'Reardon, Stunkard, Allison, 2004)

La Sindrome è stata concettualizzata come un disturbo del ritmo biologico contraddistinto da un insolito pattern circadiano, minimo la mattina e crescente durante la sera e la notte; una tale prospettiva spiegherebbe sia il ritardo nella comparsa dell'appetito durante la mattinata sia il proseguimento dell'alimentazione durante la sera e la notte (Stunkard, Allison, 2003).

Si deve però evidenziare che la NES non è frequente nella popolazione generale e si presenta tanto tra le persone obese quanto in quelle normopeso. La sua frequenza aumenta con l'aumentare del peso corporeo (ibidem) e varia a seconda della tipologia della popolazione esaminata (campioni clinici o di comunità) e della metodologia impiegata per la sua rilevazione (interviste o questionari autosomministrati). Si stima infatti che le percentuali di prevalenza si aggirino intorno all' 1.5% nella popolazione generale (Rand, Macgregor, Stunkard, 1997), tra il 9%-14% nei pazienti obesi (Gluck, Geliebter, Satov, 2001; Stunkard, Berkowitz, Wadden, Tanrikut, Reiss, Young, 1996), e tra 8% al 42% in soggetti sottoposti a chirurgia bariatrica (Hsu, Betancourt, Sullivan, 1996; Rand et al., 1997). In particolare, nei pazienti obesi è frequente un'ampia sovrapposizione tra episodi di binge eating, che si presentano nel corso della giornata, ed episodi in cui le abbuffate compaiono nelle ore notturne (Adami, Meneghelli, Scopinaro, 1997; 1999). Tuttavia considerare i soggetti obesi come un gruppo omogeneo, definito dall'eccesso di peso come sola caratteristica patognomica, porta a trascurare l'eterogeneità dei quadri clinici esistenti (Napolitano, Head, Babyak, Blumenthal, 2001).

La NES è stata associata ad eventi di vita stressanti (Stunkard et al., 1955; Stunkard et al., 1996; Spaggiari, Granella, Parrino, Marchesi, Melli, Terzano, 1994), psiconevroticismo e depressione (Kuldau, Rand, 1986). Gluck, Geliebter e Satov (2001) rilevarono che, rispetto a² i soggetti senza diagnosi, i night eater manifestavano un livello significativamente superiore di depressione e inferiore di autostima e che, nonostante le sensazioni minori di fame e maggiori di sazietà, i due gruppi non si distinguevano per la quantità di cibo assunta.

Anche Stunkard et al. (1996) riferirono che la NES si accompagna ad una deflessione dell'umore,

tuttavia, a differenza della depressione maggiore in cui l'umore è peggiore al risveglio e tendente al miglioramento nel corso della giornata, nella NES lo stato d'animo è alquanto positivo al risveglio e durante la mattinata e poi, gradualmente, tende a decadere, fino a sfociare la sera e la notte in una marcata angoscia con conseguente sovralimentazione. Queste conclusioni sono supportate da uno studio recente secondo cui soggetti con NES presentano elevati livelli di comportamenti e attitudini alimentari disturbati, accompagnati dalla presenza di sintomi depressivi, episodi bulimici oggettivi, restrizione alimentare, disinibizione e preoccupazioni per il peso e la forma. Questo pattern emerge in misura maggiore rispetto a soggetti senza NES e in misura minore rispetto ai soggetti con BED. Essi, inoltre, riferiscono una sensazione di perdita di controllo durante gli episodi di night eating che, eccetto in rare occasioni, non è imponente e come non è imponente la percezione della quantità di cibo ingerita. La maggior parte di queste persone manifesta un buon controllo sul comportamento alimentare durante il giorno, controllo che viene meno solo durante la notte (Allison, Grilo, Masheb, Stunkard, 2005).

Di contro l'indagine di Rand, Macgregor e Stunkard (1997) non ha trovato differenze tra night eater e non, relativamente agli episodi di depressione maggiore né all'abuso di alcol o altre sostanze. La maggior parte dei soggetti esperiva, però, sentimenti di colpa dopo aver mangiato e pochi percepivano in maniera positiva la propria condizione salutare.

Nello studio di Spaggiari et al. (1994) nel 90% dei casi la condotta alimentare notturna si accompagnava ad alcuni disturbi psichiatrici come disturbi di panico, di ansia generalizzata, tratti di depressione e isteria. Ciononostante, tutti i soggetti esibivano generalmente un buon funzionamento sociale e psicologico.

Data la complessità dell'identificazione di indicatori specifici lo scopo di questo articolo sarà fornire attraverso la storia di Martina un quadro clinico esplicativo rispetto alla categoria diagnostica della NES, delineandone i criteri provvisori per la sua diagnosi, le caratteristiche cliniche e comportamentali ed i principali fattori di rischio.

Esperienza clinica

Martina arriva in consultazione al Centro Obesità di una cittadina del Centro Italia, a causa di una condizione ponderale abbastanza consistente, definita come sovrappeso grave. E' una donna di 37 anni, alta circa 1.60 m per 95 kg di peso, il valore del suo

² Inteso come una dimensione della personalità che descrive l'emotività della persona e una certa predisposizione a sviluppare disturbi della personalità

BMI risulta essere di 37.1 kg/m². E' sposata da circa 15 anni ed è madre di due bambine rispettivamente di 15 e 3 anni. Casalinga per scelta, ha lavorato fino alla nascita della seconda figlia. Non ha intrapreso in precedenza un lavoro terapeutico ed ha deciso di effettuare un colloquio psicologico per alcune difficoltà relazionali che percepisce. Martina è la terza di tre figli e a differenza dei due fratelli ha trascorso la sua infanzia e adolescenza con la nonna materna a causa dei problemi economici della famiglia. Si è sposata con Luca all'età di 22 anni e anche dopo il matrimonio la coppia ha continuato a vivere nella casa della nonna materna di Martina. Giorgia, la prima figlia, nasce dopo circa tre anni di matrimonio, ed ha sempre dormito e tuttora dorme nella camera insieme ai genitori e alla sorella più piccola.

La morte della nonna, un anno prima, rappresenta per Martina un evento paranormativo cui segue un incremento del peso corporeo. Tuttavia, Martina riferisce di essere stata cospicuamente in sovrappeso sin dai primi anni della vita matrimoniale.

In seguito ad alcuni incontri individuali, di sostegno al regime dietetico di Martina, è stato convocato anche il marito. Nelle sedute di coppia è stata affrontata la storia della famiglia, tramite la quale si è pervenuti ad una graduale consapevolezza dell'importanza dei ruoli e dei confini all'interno di un sistema familiare per lo sviluppo sano di ciascuno dei componenti. Il primo obiettivo da raggiungere sarebbe stato il cambiamento, emotivamente faticoso per la famiglia, degli spazi fisici, ossia spostare le figlie nella stanza occupata in precedenza dalla nonna. In questo modo, a partire dal circoscrivere confini puramente fisici, si sarebbe giunti anche a promuovere i giusti spazi emotivi. Martina appare notevolmente più serena e sembra aver acquisito maggiore padronanza nel suo rapporto con Luca.

Negli incontri individuali emerge una rappresentazione di sé come di una donna sottomessa e rassegnata con evidenti difficoltà a manifestare qualsiasi tipo di richieste e desideri inerenti la sfera emotiva. La vita di Marina ruotava intorno al marito che, a causa del suo lavoro (artigiano), rientra tardi la sera e a casa cerca di soddisfare le sue esigenze di tranquillità e riposo, individuando poco i bisogni emotivi degli altri. Nonostante ciò, Martina lo definisce un "buon padre", presente nella vita delle figlie. Nei colloqui individuali affiorano conflitti latenti tra i coniugi, che si evidenziano poi anche negli incontri di coppia. I coniugi, tuttavia, presentano un buono stato di risoluzione condivisa dei problemi. Sempre negli incontri individuali di Martina emerge un problema di Luca relativo all'abuso di alcol, argo-

mento che viene eluso nei colloqui di coppia per volere di entrambi. I coniugi vengono lasciati liberi di decidere se fronteggiare o meno questa tematica, che sembra, comunque, non ripercuotersi negativamente né sulla vita lavorativa di Luca né sulla vita della famiglia, in quanto appare essere soltanto un problema di consumo eccessivo di alcol e non di alcolismo vero e proprio.

In riferimento ai criteri diagnostici inclusi nel DSM-IV non vengono evidenziati disturbi psichiatrici sul versante umorale, né per quanto riguarda l'ansia. Ciò che, invece, è palese è una marcata insoddisfazione per il proprio corpo e per la propria condizione fisica legata al peso. Martina lamenta, poi, la fragilità delle relazioni nella sua famiglia. Per quanto concerne la famiglia d'origine, infatti, il rapporto di Martina con i genitori è permeato da un evidente conflitto, imputabile alla mancanza di rapporti con essi, che si fa sentire più che mai dopo il venir meno del ruolo rivestito dalla nonna di "cuscinetto" tra Martina e i genitori. Sebbene non sia stata mai curata dai genitori, ora si trova nella difficile posizione di dover essa prendersi cura da sola di loro e dei loro problemi di salute.

Un disturbo che emerge durante i colloqui è legato alla tipologia di alimentazione. Dopo la morte della nonna, Martina riferisce la presenza di episodi, durante la notte, in cui avverte un'impellente necessità di mangiare. Le abbuffate avvengono principalmente nell'arco temporale dal dopo cena fino alla mezzanotte. Riferisce che in quelle ore desidererebbe essere impegnata in qualsiasi altra attività che si discosti dal mangiare ma che, le abitudini familiari e personali e lo stato emotivo che la pervade tutte le sere, la conducono ad intraprendere quel tipo di comportamento. Le abbuffate si presentano due o tre volte a settimana e sono seguite da malessere e da notevoli sensi di colpa. Tale condizione di insoddisfazione e di inquietudine è risultata essere la motivazione principale che l'ha spinta ad intraprendere per la prima volta una dieta. Questo, insieme allo scontento per la propria immagine corporea e alla fatica fisica che cominciava ad avvertire come sempre più imponente.

Giorgia, la figlia più grande di 15 anni, presenta delle difficoltà a livello di maturazione sessuale: è una ragazza che si è sviluppata abbastanza prematuramente e rivela un'ossessione nel coprire un seno abbastanza pronunciato. Questo disagio è stato riconosciuto anche dal padre, il quale avverte la vergogna della figlia e, allo stesso modo e nella stessa misura, la medesima vergogna nei confronti della ragazza. Spinto, dunque, sia dal suo imbarazzo sia dalla problematica che stava nascendo in Giorgia,

non si è opposto, ma ha acconsentito volentieri a modificare la disposizione delle stanze, passo che per la famiglia comporta un impegno economico ed emotivo non irrilevante.

Per quanto riguarda le risorse esterne, a livello sociale non siamo di fronte ad una famiglia molto integrata, soprattutto a causa della questione degli spazi. Anche i contatti che la famiglia ha tentato di strutturare con l'entrata a scuola della figlia più grande non sono andati a buon fine, per la carenza di luoghi in cui eventualmente ospitare le amiche e per la soggezione con la quale la figlia stessa doveva confrontarsi per il fatto di non avere una camera separata dai genitori. Si tratta di una famiglia abbastanza isolata, nonostante l'impegno della madre a mantenere i rapporti con l'esterno.

La consulenza può fornire a Martina, ma anche al marito e alle figlie, l'opportunità di ridefinire la loro struttura familiare, di trovare le risorse necessarie per adattarsi in maniera funzionale alle transizioni e alle trasformazioni che la fase del ciclo vitale richiede.

Considerazioni cliniche

Considerando la classificazione basata sui valori del BMI, Martina sembra rientrare nella II classe di obesità o obesità severa.

Benché per essa la consulenza si origini come un sostegno per un intervento di riduzione del peso, la motivazione che la spinge a modificare il suo status è di trovare una soluzione alla fatica e alla pesantezza che sente gravare sul suo corpo. La possente massa corporea sembra essere la metafora dell'imponente onere di crescere da sola, un messaggio da inviare ai genitori per rendersi "visibile" ai loro occhi e cercare di stabilire una comunicazione in cui il suo "ci sono anch'io" possa essere ascoltato e compreso.

L'unico e concreto referente relazionale familiare sembra essere stata la nonna, investita del ruolo di madre e padre insieme. Il primo evento critico e paranormativo, dunque, inatteso, è la separazione dalle figure primarie di attaccamento avvenuta durante l'infanzia e non del tutto metabolizzata. Malgrado il distacco fisico, sembra che Martina non si sia svincolata emotivamente dai genitori e lo testimoniano i conflitti che dentro di lei si animano e il senso di lealtà che è ancora vivo nei loro confronti. Come prendersi cura, ora, di chi di lei non si è preso MAI cura? Come evitare di dare ascolto a questi obblighi di lealtà e rifiutare di pagare il più grande debito della sua esistenza, la sua esistenza stessa? Se prima, la nonna riusciva a mediare la relazione con i geni-

tori, il venir meno di questa funzione ha improvvisamente messo Martina dinanzi all'evidenza di un'autentica assenza di rapporti con essi.

La morte della nonna, l'altro drammatico evento critico, è accompagnato da un incremento della condizione ponderale, quasi che il cibo, ancora una volta, divenisse il surrogato di quell'affetto tanto bramato; sostituito prima, dell'affetto dei genitori e adesso anche di quello della nonna. Ne consegue una ulteriore alterazione dell'equilibrio interiore, che si ripercuote poi, anche sulla stessa armonia familiare e sulle relazioni di cui, tra l'altro, Martina non è affatto soddisfatta.

Le frequenti e ripetute abbuffate, principalmente notturne, rimandano immediatamente a quegli episodi di night eating che, in linea con la letteratura, non sembrano imputabili ad un primario disturbo del sonno, ma che rappresenterebbero il punto finale in cui convergono vettori provenienti da differenti direzioni: deflessione dell'umore, insoddisfazione per il proprio corpo e la propria vita, i conflitti con se stessa e con i genitori, il desiderio di uscire dalla percezione di sottomissione. Quasi che questo mangiare di notte concluda la "pesantezza" della giornata. Riempiendosi con il cibo, si svuota temporaneamente delle ansie, delle preoccupazioni, dei turbamenti e dei pensieri negativi che la "ingrassano" emotivamente e fisicamente. Un simile comportamento alimentare indirizza tuttavia verso un cospicuo incremento del peso.

La lontananza fisica dalla famiglia d'origine viene riparata attraverso una vicinanza eccessiva nella famiglia acquisita. Qui, si evidenzia la difficoltà di Martina a prendere le distanze dalle figlie; difficoltà che si riflette nell'assenza di spazi privati per ciascun componente del sistema. Questa famiglia sembra caratterizzarsi per l'assenza di confini chiari tra sottosistemi e per la scarsa consapevolezza dei ruoli. Lo documenta l'evidenza che tutti dormono nella stessa stanza. Il mito dell'abbandono, o meglio il fantasma dell'abbandono, lascia il posto al mito della vicinanza e dell'unione familiare. Martina "dà famiglia" proprio con la vicinanza, fisica in primis. Se i confini all'interno del sistema sono assenti, sono però ben marcati quelli con l'ambiente esterno attestati dalla povertà della rete sociale. L'isolamento è il risultato della scarsa integrazione del sistema. Con il suo peso, è come se Martina volesse essere vista anche dal marito.

Il sottosistema coniugale presenta dei problemi a livello di comunicazione, con difficoltà a manifestare sentimenti come anche disaccordi da entrambe le parti. È nelle sedute individuali che vengono rilevati conflitti latenti, elusi per garantire lo status quo.

Tuttavia, negli incontri di coppia, i coniugi non evitano di affrontare tale argomento. Anche la comunicazione con la figlia maggiore Giorgia non è chiara; il suo disagio non viene direttamente esplicitato, ma percepito dal padre. L'affetto sembra essere espresso con le azioni pratiche piuttosto che con le parole. Ne è un esempio, il fatto che Martina abbia lasciato il lavoro per occuparsi interamente delle figlie e del marito.

La consulenza psicologica ha contribuito a produrre risultati positivi sul versante personale e relazionale. Siamo di fronte ad un doppio scenario terapeutico, individuale e di coppia, che diviene il referente relazionale che dà la possibilità di oscillare da un punto di vista ad un altro: permette così di osservare gli eventi da una prospettiva personale ed eventualmente focalizzarsi sulle risorse e le difficoltà individuali, ma fornisce anche un parallelismo sulla percezione di uno stesso evento da parte della coppia. In questo modo possono affiorare sia le regole condivise sia i dissidi latenti, sia ancora le emozioni non esplicitate.

La coppia sembra comunque riuscire a trovare un certo accordo condiviso nella risoluzione dei problemi e si impegna a modificare la propria struttura e organizzazione in funzione di una nuova situazione di vita, dimostrando così un buon grado di adattabilità. Il confronto, prima con se stessa e poi con il marito, permette a Martina di rappresentarsi i confini familiari confusi e la disfunzionalità delle relazioni. La rilevazione di una maggiore consapevolezza dei confini costituisce un obiettivo dell'intervento e un elemento su cui attivare un "ripensamento". L'istituzione di un setting adeguato in cui il sintomo acquista la funzione di punto di raccordo di elementi personali, familiari e culturali, potrebbe aprire uno spazio di pensiero che dà la possibilità di riflettere sulla complessa gestione dell'emotività e sul ruolo non più di sostentamento ma di copertura assunto dal cibo.

Considerazioni conclusive

Lo stato attuale della NES è ancora poco chiaro dal momento che gli studi in questo ambito non sono molti e sembrano schierarsi su fronti diversi. Infatti non è ben stabilito se essa possa essere considerata come una categoria nosologica indipendente, una dimensione del comportamento alimentare sano o ancora, se rappresenti una variante della depressione, del BED o di un disturbo del sonno.

La NES, dunque, verrebbe a configurarsi come una combinazione unica di un disturbo alimentare, un disturbo dell'umore e un disturbo del sonno

(Stunkard, Allison, 2003) e, seppure siano stati delineati dei criteri diagnostici, non è stata riconosciuta come un disturbo dall'American Psychiatric Association. Tuttavia, come per il BED, esiste un insieme di segni e sintomi che potrebbero assurgere ad entità a se stante. Sebbene queste diagnosi siano state istituite sulla base di soggetti obesi, l'obesità e il sovrappeso non rappresentano criteri per la loro identificazione. Considerando il continuum di severità della patologia alimentare, la NES sembra collocarsi in una posizione intermedia tra l'obesità e il Binge Eating Disorder, essendo definita da una deflessione dell'umore e una riduzione del livello di autostima maggiore rispetto alla prima condizione e da un'insoddisfazione per il proprio aspetto fisico e un'alterazione dello status psicologico meno significativi rispetto alla seconda. In ogni caso un elemento comune tra NES e BED potrebbe essere la funzione che rivestono le abbuffate, notturne o diurne: binge eating e night eating potrebbero essere considerate come strategie di coping disfunzionali adottate per modulare gli stati emotivi attraverso la perdita della capacità di autoregolarsi sul versante comportamentale. La non funzionalità è nel fatto che gli eventi che essi cercano di sedare mantengono inalterato il loro potere. Il fatto che persone con questo tipo di disagio, proprio come nel caso di Martina, esibiscano un funzionamento psicologico non del tutto ottimale, solleva la questione sul ruolo che potrebbero rivestire fattori come ansia e depressione o sull'impatto che potrebbe avere la presenza di eventi di vita stressanti.

L'identificazione di criteri più specifici della NES offre la possibilità non solo di comprendere più a fondo questa condizione ma anche di progettare con maggiore precisione il momento e le modalità d'intervento.

Studi futuri dovrebbero esplorare e approfondire il ruolo che le difficoltà, lo stress quotidiano e gli stati emotivi negativi potrebbero giocare nella determinazione degli episodi di alimentazione notturna. La possibilità di individuare alterazioni nella condizione psicologica dei soggetti con NES, oltre che essere utile per una più profonda comprensione di questa sindrome, diventa fondamentale anche per delineare le linee guida nella pianificazione di migliori strategie d'intervento.

Riferimenti bibliografici

- Adami, G. F., Meneghelli, A., Scopinaro, N. (1997). Night eating syndrome in individuals with Mediterranean eating-style. *Eating and Weight Disorders*, 2(4), pp. 203-206.

- Adami, G. F., Meneghelli, A., Scopinaro N. (1999). Night eating and binge eating disorder in obese patients. *International Journal of Eating Disorders*, 25(3), pp. 335-338.
- Allison, K. G., Grilo, C. M., Masheb, R. M., Stunkard A. J. (2005). Binge Eating Disorder and Night Eating Syndrome: A Comparative Study of Disordered Eating. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(6), pp. 1107-1115.
- Birketvedt, G. S., Sundsfjord, J., Florholmen, J., Osterund, B., Dinges, D., Bilker, W., Stunkard, A. J. (1999). Behavioral and neuroendocrine characteristics of the night eating syndrome. *Journal of the American Medical Association*, 282(7), pp. 657-663.
- Gluck, M. E., Geliebter, A., Satov, T. (2001). Night eating syndrome is associated with depression, low self-esteem, reduced daytime hunger, and less weight loss in obese outpatients. *Obesity Research*, 9(4), pp. 264-267.
- Hsu, L. K. G., Betancourt, S., Sullivan, S. P. (1996). Eating disturbances before and after vertical banded gastroplasty: A pilot study. *International Journal of Eating Disorders*, 19, 23-34.
- Kuldau, J. M., Rand, C. S. W. (1986). The night eating syndrome and bulimia nervosa in the morbidly obese. *International Journal of Eating Disorders*, 5(1), pp. 143-146.
- Napolitano, M. A., Head, S., Babyak, M. A., Blumenthal, J. A. (2001). Binge eating disorder and night eating syndrome: psychological and behavioural characteristics. *International Journal of Eating Disorders*, 30(2), pp. 193-203.
- O'Reardon, J. P., Stunkard, A. J., Allison, K. C. (2004). Clinical trial of sertraline in the treatment of night eating syndrome. *International Journal of Eating Disorders*, 35(1), pp. 16-26.
- Rand, C. S. W., Macgregor, A. M. C., Stunkard, A. J. (1997). The night eating syndrome in the general population and among post-operative obesity surgery patients. *International Journal of Eating Disorders*, 22(1), pp. 65-69.
- Schenck, C. H., Mahowald, M. W. (1994). Review of nocturnal sleep-related eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 15(4), pp. 343-356.
- Spaggiari, M. C., Granella, F., Parrino, L., Marchesi, C., Melli, I., Terzano, M. G. (1994). Nocturnal eating syndrome. *Sleep*, 17(4), pp. 339-344.
- Stunkard, A. J., Grace, W. J., Wolff, H. G. (1955). The night eating syndrome. *American Journal of Medicine*, 19, pp. 78-86.
- Stunkard, A. J., Berkowitz, R., Wadden, T., Tanrikut, C., Reiss, E., Young, L. (1996). Binge eating disorder and the night eating syndrome. *International Journal of Obesity*, 20(1), pp. 1-6.
- Stunkard A. J., Allison K. C. (2003). Two forms of disordered eating in obesity: binge eating and night eating. *International Journal of Obesity*, 27(1), pp. 1-12.

Ricevuto : 19 luglio 2007

Revisione ricevuta : 23 novembre 2007