

Brescia, 7 Novembre 2024

**Conferenza Annuale  
Salute Mentale**

# Le comorbidità nei disturbi della nutrizione: trattamenti integrati per trattare la complessità

Roberta Rossi

**IRCCS Istituto Centro San Giovanni di Dio Fatebenefratelli,  
Brescia**

Ordine Ospedaliero San Giovanni di Dio Fatebenefratelli  
Provincia Lombardo Veneta



Alti livelli di comorbidità tra Disturbi di Personalità (DP) e Disturbi Alimentari (DA):

Circa il 56% dei pazienti con disturbi alimentari presenta un DP (Milos, Spindler, Buddeberg e Cramer, 2003).

Disturbo ossessivo-compulsivo di personalità (OCPD): osservato frequentemente in individui con comportamenti alimentari restrittivi, come l'anoressia nervosa

Disturbo Borderline di Personalità (BPD): comune tra coloro che presentano comportamenti alimentari impulsivi, come la bulimia nervosa e il disturbo da alimentazione incontrollata.

Disturbo evitante di personalità: prevalente negli individui con ED, in particolare quelli con una componente ansiosa



DBP è presente:

nel 28% delle persone con bulimia nervosa,

nel 25% di persone con anoressia nervosa (tipo binge eating/purging),

nel 10.8% di pazienti con anoressia nervosa (tipo restrittivo) (Sansone et al 2004)

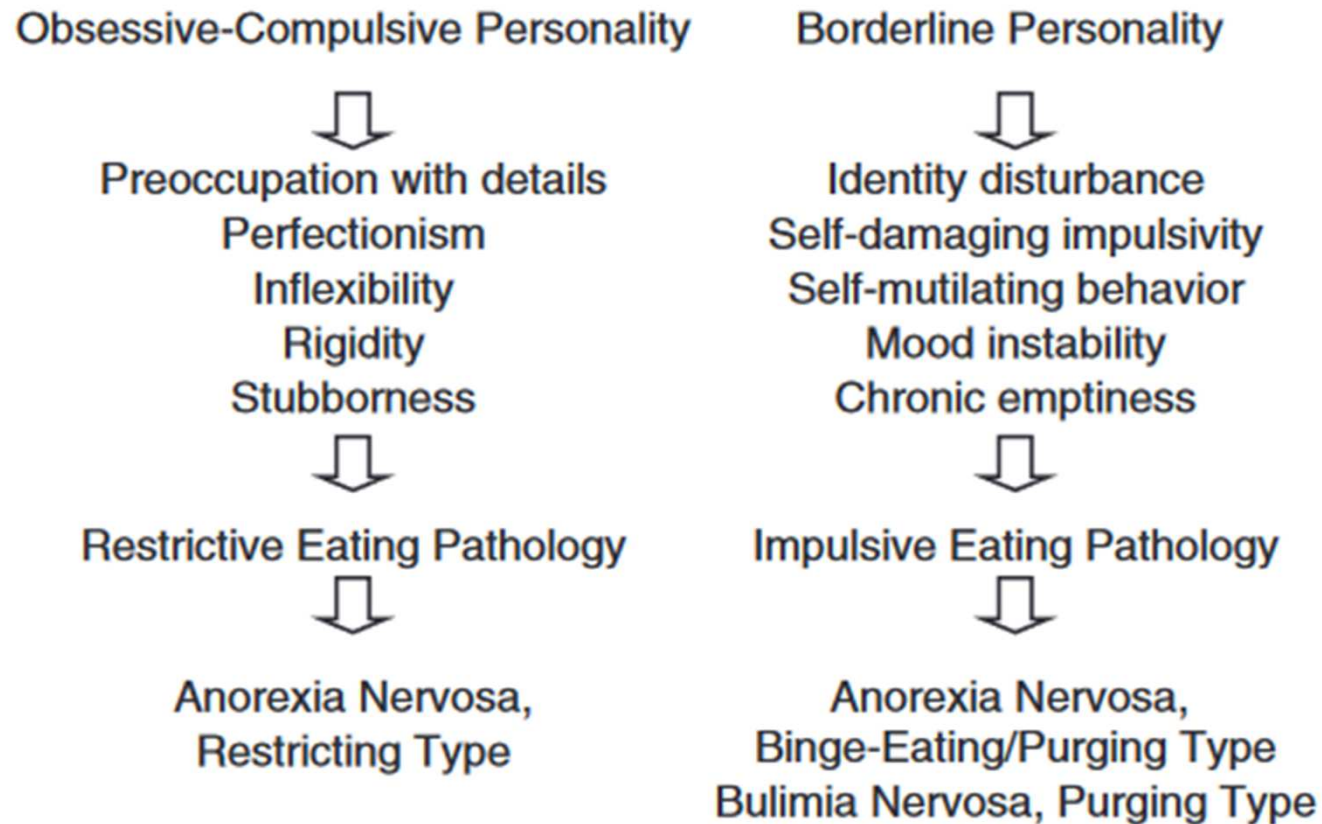
DA in BPD: dal 17.8% al 61% (Chen et al, 2009; Marino & Zanarini 2001)



## Personality Disorders as Risk Factors for Eating Disorders: Clinical Implications

Randy A. Sansone, MD<sup>1</sup>; and Lori A. Sansone, MD<sup>2</sup>

*Financial disclosure: none declared.*



**Fig. 1.** Personality disorders as risk factors for eating disorders



Confronto tra persone con (1) PD e EDs e (2) PD senza ED (non-ED) rispetto a variabili sociodemografiche e cliniche

	Females			Males		
	EDs	Non-ED	T/X <sup>2</sup>	EDs	Non-ED	T/X <sup>2a</sup>
Marital Status (never married #, %)	16/29 (55%)	49/133 (36.8%)	3.33	3/6 (50%)	74/160 (46.3%)	0.37
Current Employment (employed #, %)	18/29 (62%)	95/131 (72.5%)	1.25	5/6 (83%)	122/158 (77%)	1.46
Race (black/other #, %)	12/29 (41.4%)	83/136 (61%)	3.78	1/6 (17%)	65/159 (41%)	0.41
Age - <i>M (SD)</i> <sup>b</sup>	37.7 (10.0)	34.2 (9.8)	-1.69	29.6 (11.1)	37.4 (9.6)	1.54
Education (high school grad #, %)	29/29 (100%)	124/136 (91%)	2.76	5/6 (83%)	151/159 (95%)	.26
# Non-ED Axis I disorders - <i>M (SD)</i>	7.59 (3.05)	5.75 (2.50)	-3.03**	8.50 (3.15)	5.40 (2.36)	-2.39 <sup>c</sup>
# Axis II disorders - <i>M (SD)</i>	4.38 (1.54)	3.32 (1.89)	-3.21**	6.33 (2.34)	3.11 (1.77)	-3.34 <sup>c *</sup>
Global assessment of functioning - <i>M (SD)</i>	50.45 (9.83)	56.04 (8.97)	2.83**	47.5 (11.68)	57.71 (9.77)	2.11 <sup>c</sup>
Suicide attempts <sup>d</sup> - (Yes #, %)	9/29 (31.0%)	38/137 (27.7%)	0.128	3/6 (50%)	23/159 (14.5%)	5.50
Self-Injury <sup>d</sup> - (Yes #, %)	8/29 (27.6%)	26/137 (19%)	1.089	2/6 (33.3%)	17/159 (10.7%)	2.91

Chen et al, Psychiatry Res. 2011 February 28; 185(3): 427–432.





Confronto tra persone con (1) PD e EDs e (2) PD senza ED (non-ED) per donne e uomini rispetto alle diagnosi di Asse I e II

	Females			Males		
	EDs	Non-ED	T/X <sup>2</sup>	EDs	Non-ED	T/X <sup>2a</sup>
<b>Axis II disorders – n (%)</b>						
Paranoid	6/29 (20.7%)	26/137 (19.0%)	0.05	2/6 (33.3%)	20/159 (12.6%)	2.16
Antisocial	3/29 (10.3%)	24/137 (17.5%)	0.90	4/6 (66.7%)	41/158 (25.9%)	4.81*
Borderline	22/29 (75.9%)	59/137 (43.1%)	10.30**	5/6 (83.3%)	34/158 (21.5%)	12.19**
Narcissistic	3/29 (10.3%)	19/137 (13.9%)	0.26	4/6 (66.7%)	36/159 (22.6%)	6.10*
Avoidant	11/28 (39.3%)	17/137 (12.4%)	11.92**	2/6 (33.3%)	18/159 (11.3%)	2.63
Obs-Com	7/29 (24.1%)	22/137 (16.1%)	1.08	2/6 (33.3%)	34/159 (21.4%)	0.48
PDNOS	2/29 (6.9%)	41/137 (29.9%)	6.61**	0/6 (0%)	51/160 (31.9%)	2.76
<b>Axis I disorders – n (%)</b>						
Mood	26/29 (89.7%)	99/137 (72.3%)	3.89*	5/6 (83.3%)	85/160 (53.1%)	2.13
Anxiety	21/29 (72.4%)	73/137 (53.3%)	3.57	6/6 (100%)	52/160 (32.5%)	11.59**
Alcohol Disorder	14/29 (48.3%)	51/137 (37.2%)	1.23	4/6 (66.7%)	81/160 (50.6%)	0.60
Drug Abuse	7/29 (24.1%)	15/137 (10.9%)	3.62	0/6 (0%)	21/160 (13.1%)	0.90
Drug Dependence	14/29 (48.3%)	51/137 (37.2%)	1.23	2/6 (33.3%)	41/160 (25.6%)	0.18

Chen et al, Psychiatry Res.  
2011 February 28; 185(3):  
427–432.



## Outcomes

Esiti peggiori: la presenza di comorbidità con PD sono associate a esiti terapeutici peggiori, tra cui tempi di remissione più lunghi e minore compliance al trattamento

Diversi studi suggeriscono che i pazienti con disturbi alimentari che hanno disturbi di personalità in comorbidità sono probabilmente quelli che non rispondono al trattamento tradizionale per i disturbi alimentari e sono percepiti negativamente dagli operatori del trattamento (Woollaston e Hixenbaugh, 2008).



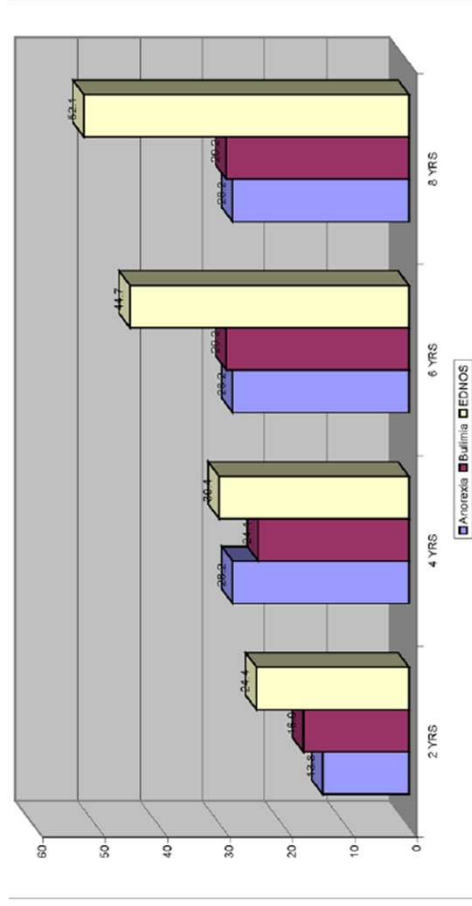
## The Course of Eating Disorders in Patients with Borderline Personality Disorder: A 10-Year Follow-up Study

Mary C. Zanarini, Ed.D.<sup>1,2</sup>, Charlotte A. Reichman, M.A.<sup>1</sup>, Frances R. Frankenburg, M.D.<sup>1,3</sup>,  
D. Bradford Reich, M.D.<sup>1,2</sup>, and Garrett Fitzmaurice, Sc.D.<sup>1,2</sup>

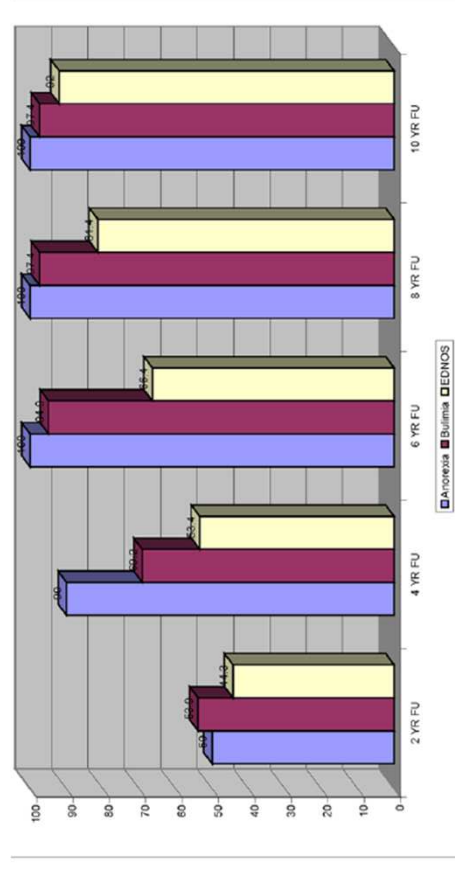
<sup>1</sup> McLean Hospital, Belmont, MA

<sup>2</sup> Harvard Medical School, Boston, MA

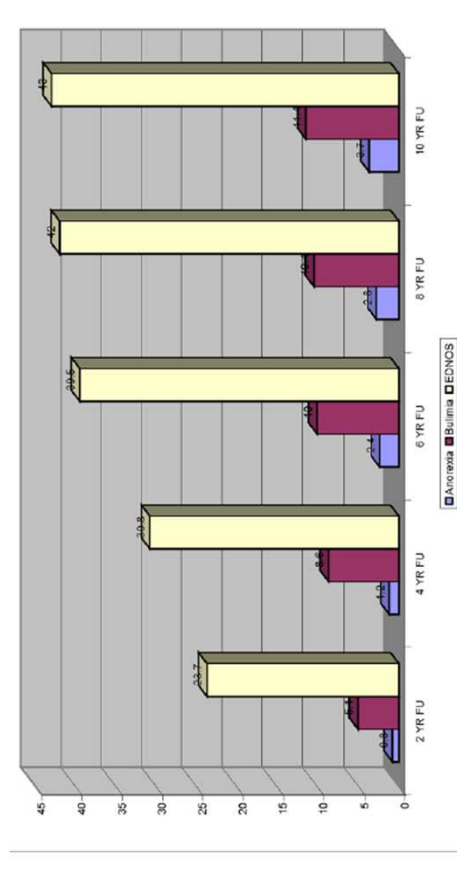
<sup>3</sup> Boston University School of Medicine, Boston, MA



**Figure 2.**  
Time-to-Recurrence of Eating Disorders Among Borderline Patients Over 10 Years of Prospective Follow-up



**Figure 1.**  
Time-Remission of Anorexia, Bulimia, and EDNOS Among Borderline Patients Followed Prospectively for 10 Years



**Figure 3.**  
Time-to-New Onsets of Eating Disorders Among Borderline Patients Over 10 Years of Prospective Follow-up





## DBP-DA:

più alti livelli di distress, di psicopatologia generale, comportamenti che mettono a rischio la vita, rispetto alla presenza di una delle due condizioni (Ben-Porath et al, 2009; Chen et al, 2009)

- più basse aspettative riguardo alla capacità dei pazienti di regolare le emozioni
- maggiore difficoltà nel ridurre i sintomi dei DA rispetto agli individui con solo DA.
- con BN: rischio più elevato di tentativi di suicidio
- con AN: aumento del rischio di autolesionismo non suicidario e il
- con BED: è associato a un tasso più elevato di altri disturbi di Asse I oltre agli DA (Chen et al, 2009).



**Table 2** Associations between baseline variables, personality characteristics, and ED symptoms at discharge ( $N = 84$ )

	EDI-3 <sup>a</sup> overall symptomatic score	<i>p</i>
<b>Socio-demographic variables</b>		
Age (years)	-0.142	0.09
Education (years)	-0.009	0.39
<b>Clinical variables</b>		
Treatment length	-0.237	<b>0.01</b>
BMI (baseline)	-0.163	0.07
Age of ED onset	-0.156	0.08
Dietary restrictions/week	0.332	<b>0.001</b>
Compensatory behaviors/week	0.096	0.19
Binge eating episodes/week	0.002	0.49
<b>SWAP-200<sup>b</sup> PD scales</b>		
Paranoid	0.268	<b>0.007</b>
Schizoid	0.357	<b>&lt;0.001</b>
Schizotypal	0.395	<b>&lt;0.001</b>
Antisocial	0.066	0.27
Borderline	0.058	0.30
Histrionic	0.009	0.40
Narcissistic	0.139	0.10
Avoidant	0.255	<b>0.01</b>
Dependent	0.004	0.48
Obsessive	0.099	0.18
<b>SWAP-200<sup>b</sup> Q-factors</b>		
Antisocial-Psychopathic	0.037	0.37
Schizoid	0.336	<b>0.001</b>
Paranoid	0.252	<b>0.01</b>
Obsessive	-0.210	<b>0.03</b>
Histrionic	0.256	<b>0.02</b>
Narcissistic	0.051	0.32
DS: avoidant	0.214	<b>0.02</b>
DS: dependent-masochistic	0.112	0.15
DS: depressive-HF	-0.253	<b>0.01</b>
DS: emotionally dysregulated	0.260	<b>0.008</b>
DS: hostile-externalizing	0.034	0.38
Healthy personality functioning	-0.430	<b>&lt;0.001</b>

## Personality as a predictor of symptomatic change in a residential treatment setting for anorexia nervosa and bulimia nervosa

Laura Muzi<sup>1</sup> · Laura Tieghi<sup>2</sup> · Michele Angelo Rugo<sup>2</sup> · Vittorio Lingiardi<sup>1</sup>

Received: 22 June 2020 / Accepted: 16 September 2020 / Published online: 13 October 2020  
 © The Author(s) 2020



# Disregolazione Emotiva

Clinical Psychology Review 57 (2017) 141–163



Contents lists available at ScienceDirect

Clinical Psychology Review

journal homepage: [www.elsevier.com/locate/clinpsychrev](http://www.elsevier.com/locate/clinpsychrev)



## Review

Emotion regulation as a transdiagnostic treatment construct across anxiety, depression, substance, eating and borderline personality disorders: A systematic review



Elise Sloan<sup>a</sup>, Kate Hall<sup>a,b,\*</sup>, Richard Moulding<sup>a</sup>, Shayden Bryce<sup>c,d</sup>, Helen Mildred<sup>a</sup>,  
Petra K. Staiger<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Faculty of Health, School of Psychology, Deakin University, Geelong, Australia

<sup>b</sup> Centre of Drug, Alcohol and Addiction Research, Deakin University, Australia

<sup>c</sup> School of Psychological Sciences, Monash University, Clayton, VIC, Australia

<sup>d</sup> Monash Alfred Psychiatry Research Centre, The Alfred and Monash University Central Clinical School, Melbourne, VIC, Australia



## Alcuni dati sui comportamenti maladattivi... nell'arco di vita

- ✓ circa il 26% ha compiuto gesti autolesivi
- ✓ il 38% ha avuto almeno 1 episodio di binge eating
- ✓ il 60% ha avuto almeno 1 episodio di binge drinking
- ✓ 31% ha praticato sesso non protetto
- ✓ 21% ha fatto uso di cannabis

16.0% non riporta alcun comportamento  
maladattivo

29.0% ne riporta 1 solo

55.0% ne riporta più di 1

Lanfredi et al. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*  
(2021) 8:14  
<https://doi.org/10.1186/s40479-021-00154-w>

Borderline Personality Disorder  
and Emotion Dysregulation

### RESEARCH ARTICLE

Open Access

Maladaptive behaviours in adolescence and their associations with personality traits, emotion dysregulation and other clinical features in a sample of Italian students: a cross-sectional study

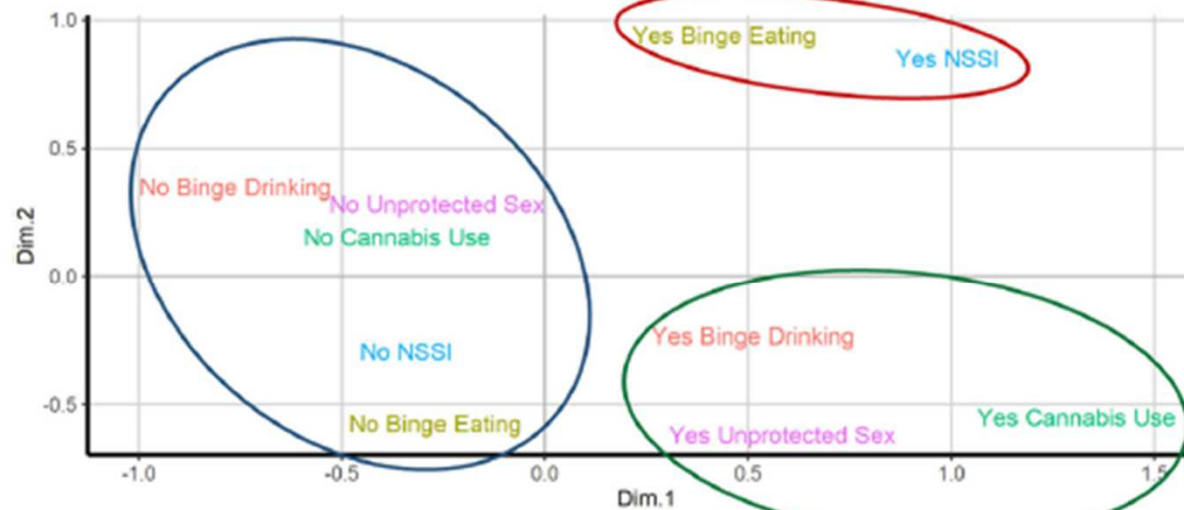


Mariangela Lanfredi<sup>1\*</sup>, Ambra Macis<sup>2</sup>, Clarissa Ferrari<sup>2</sup>, Serena Meloni<sup>1</sup>, Laura Pedrini<sup>1</sup>, Maria Elena Ridolfi<sup>3</sup>,  
Valentina Zonca<sup>4,5</sup>, Nadia Cattane<sup>4</sup>, Anna Cattaneo<sup>4,6</sup> and Roberta Rossi<sup>1</sup>



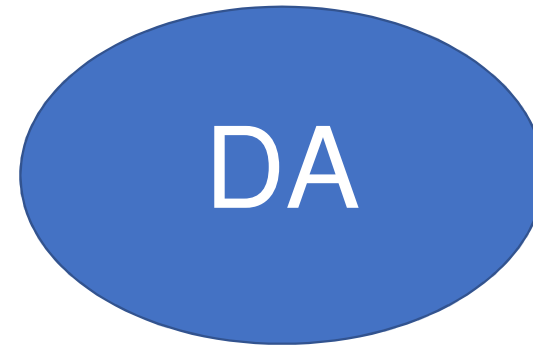
## Chi sono i più a rischio?

Il gruppo degli studenti con **più alti livelli di disregolazione emotiva, depressione e ansia** hanno una probabilità maggiore di appartenere al gruppo di coloro che utilizzano comportamenti di **autolesionismo o binge-eating**



**Fig. 2** Biplot of results obtained through Multiple Correspondence Analysis

## Trattamento




Nel DBP+DA: trattare il DP favorisce il miglioramento del DA (BN, BE)





## Treatment implications of axis-II comorbidity in eating disorders

Bruce, Kenneth R.<sup>a, b</sup>;

Steiger, Howard<sup>a, b</sup> 

 Save all to author list

<sup>a</sup> Douglas Hospital, Montreal, Que. H4H 1R3, 6875 LaSalle Blvd., Canada

<sup>b</sup> McGill University, Montreal, Que., Canada

value for eating symptoms. Recent guidelines from two influential bodies - the American Psychiatric Association (APA, 2000) and the United Kingdom's National Institute for Clinical Excellence (NICE, 2004) - both include the concept that "trait-oriented" interventions, targeting personality-linked components like perfectionism, affective instability, impulsivity, and interpersonal disturbances, may optimize treatment effects. In general, the literature supports the recommendation that clinicians should apply well-validated, symptom-focused therapies for the EDs; in addition, clinicians may wish to incorporate trait-focused interventions in patients in whom personality pathology contributes to suboptimal response. Copyright © 2005 Brunner-Routledge.



Nel trattamento di individui con disturbi di personalità (PD) e disturbi alimentari (DE), diversi approcci terapeutici si sono mostrati promettenti:

**Terapia comportamentale dialettica (DBT):** la DBT è stata efficace nel trattamento sia del disturbo borderline di personalità (BPD) che dei disturbi alimentari. Gli studi indicano che la DBT può ridurre i comportamenti disadattivi, l'abuso di sostanze, l'autolesionismo, i sintomi depressivi e migliorare il funzionamento generale nei pazienti con comorbidità BPD ed ED.

**Terapia cognitivo comportamentale (CBT):** la CBT è un altro trattamento efficace, soprattutto se integrato **con le strategie DBT**. Ha mostrato rapidi miglioramenti negli atteggiamenti legati ai disturbi alimentari e può essere migliorato affrontando le cognizioni del disturbo di personalità, che possono migliorare la permanenza e i risultati. Tuttavia, alti livelli di cognizioni del disturbo dipendente di personalità possono aumentare i tassi di abbandono 4.

**Schema Therapy:** questo approccio, che integra metodi esperienziali con la CBT, mira ad affrontare sia la patologia della DE che quella del PD. È particolarmente utile per i pazienti con tratti di personalità rigidi e ha mostrato potenzialità nel migliorare la motivazione e i risultati terapeutici.



# Focus sulla regolazione emotiva: dato il ruolo della RE nei casi di comorbidità, terapie come la DBT potrebbero essere particolarmente efficaci

Table 2 Comparison between the beginning and the end of one year of therapy

	1st measurement Mean (SD)	2nd measurement Mean (SD)	<i>P</i>
BSL-23 score	2.3 (1)	1.1 (0.6)	<0.001++
EDE-Q			
Restraint	2.7 (2.2)	1.6 (1.5)	<0.001++
Eating concern	2.5 (1.9)	1.3 (1.2)	<0.001++
Shape concern	3.9 (1.8)	2.3 (1.4)	<0.001++
Weight concern	3.5 (1.9)	1.9 (1.3)	<0.001++
Global EDE-Q score	3.2 (1.8)	1.8 (1.3)	<0.001++
DBT-WCCL			
DBT skills subscale	1.2 (0.5)	1.9 (0.3)	<0.001+
General dys-functional coping factor	2.2 (0.4)	1.5 (0.4)	<0.001+
Blaming others factor	1.9 (0.6)	1.9 (0.4)	0.972+
SBQ score	16.5 (15.1)	7.7 (9.7)	<0.001++

+paired-sample *t*-test; ++Wilcoxon test

Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity (2023) 28:81  
<https://doi.org/10.1007/s40519-023-01612-w>

## RESEARCH

### A 12-month study of dialectical behavioral therapy for borderline patients suffering from eating disorders

Efi Liakopoulou<sup>1,2</sup> · Georgia Vassalou<sup>1</sup> · Chara Tzavara<sup>2</sup> · Fragiskos Gonidakis<sup>1</sup>

Received: 22 April 2023 / Accepted: 27 September 2023  
 © The Author(s) 2023



# L'importanza del coinvolgimento della famiglia

Guillén et al. *BMC Psychology* (2023) 11:88  
<https://doi.org/10.1186/s40359-023-01138-x>


BMC Psychology

**STUDY PROTOCOL**

**Open Access**

## Family connections in the treatment of relatives of people with eating disorders and personality disorders: study protocol of a randomized control trial



Verónica Guillén<sup>1,2\*</sup> , Antonio Arnal<sup>1</sup>, Sandra Pérez<sup>1</sup>, Joaquín García-Alandete<sup>1</sup>, Isabel Fernández-Felipe<sup>3</sup>, Antoni Grau<sup>4</sup>, Cristina Botella<sup>2,3</sup> and José Heliodoro Marco<sup>1,2</sup>



Grazie per l'attenzione

[rrossi@fatebenefratelli.eu](mailto:rrossi@fatebenefratelli.eu)

