

## Meccanismi di difesa in un gruppo di persone con obesità

S. LA GRUTTA <sup>1</sup>, M. DI BLASI <sup>1</sup>, D. LA BARBERA <sup>2</sup>, V. ALABASTRO <sup>2</sup>, P. ALFANO <sup>1</sup>, G. GUTTILLA <sup>1</sup>  
D. MATRANGA <sup>3</sup>, M. S. EPIFANIO <sup>1</sup>, M. ROCCELLA <sup>2</sup>, R. LO BAIDO <sup>2</sup>

DEFENSIVE STRATEGIES IN A BIG OBESE GROUP

**Aim.** The aim of this study was to explore the defense mechanisms of people with moderate and severe obesity. In fact, the defensive structure is an effective predictor for the best management of the disease.

**Methods.** 204 people (164 F-40 M) have been recruited: 40 with BMI between 30 and 34.9, with moderate obesity, 36 with BMI between 35 and 39.9, with severe obesity, and 128 with BMI>40, with serious obesity, all of them pertaining to the clinic for obesity treatment at University Hospital of Palermo. All subjects were administered the Defense Mechanisms Inventory (DMI), a type of reactive that explores defense mechanisms. The psychiatric comorbidity was excluded by the DSM (SCIDI and II).semi-structured interview.

**Results.** The DMI profile of the group of obese people is significantly different from normative people. In fact, the obese group uses a typically defensive pattern that leads to a faulty management of aggressiveness, either transformed into its opposite (conflict denial-avoidance, the inability to tolerate negative emotions) or redirected towards themselves (low self-esteem, self-devaluation and idealization of others). Age factors, sex and degree of obesity affect the defensive shape.

**Discussion and conclusion.** The exploration of the defense mechanisms in our group of obese people provides some important guidelines for treatment strategies. The pre-

Autore di contatto: Dipartimento di Psicologia, Università degli Studi di Palermo, Palermo, Italia.  
E-mail: sabina.lagrutta@unipa.it

<sup>1</sup>Dipartimento di Psicologia  
Università degli Studi di Palermo  
Palermo, Italia

<sup>2</sup>Clinica psichiatrica  
Dipartimento di Biomedicina Sperimentale  
e Neuroscienze Cliniche (BioNeC)  
Università degli Studi di Palermo  
Palermo, Italia

<sup>3</sup>Osservatorio di Area sul fenomeno  
della Dispersione Scolastica  
di Termini Imerese distretto 3  
Termini Imerese, Palermo, Italia

vailing use, in fact, of some specific defensive patterns is both a significant predictor of the person's inability to adhere to the cure and, consequently, of the need to introduce treatment aids which, in some way, can bypass the subject's compliance.

**KEY WORDS:** Obesity - Defense mechanisms - Therapeutics.

L'obesità (definita da un BMI>30) è una condizione molto complessa dove si incrociano e interagiscono fattori fisiologici, metabolici, genetici, sociali, psicologici e comportamentali. Di larghissima diffusione nel mondo e in costante aumento dal 1970 in poi sia nella popolazione di adulti (circa 250 milioni di obesi nel mondo, con una prevalenza reale nell'ordine del 5-10%, il 20% degli uomini e il 28% circa delle donne nei paesi occidentalizzati) sia nella popolazione di bambini e adolescenti (secondo

un recente studio prospettico a dieci anni, il 16,9% dei bambini e adolescenti è obeso negli Stati Uniti), l'obesità rappresenta uno dei problemi più gravi che la salute pubblica si trova ad affrontare. L'obesità infatti oltre a ridurre drammaticamente e globalmente la qualità della vita, si associa all'incremento di un ampio spettro di patologie con conseguenti rischi per la salute e minore aspettativa di vita (malattie cardiovascolari, polmonari, metaboliche, neoplasie, osteoartrite, ipertensione, problemi di fertilità e gravidanze a rischio)<sup>1-7</sup>.

Numerosi studi, a partire dagli storici contributi di H. Bruch<sup>8</sup>, hanno considerato l'influenza dei fattori psicologici sull'obesità (sia le caratteristiche di personalità disponenti, sia gli adattamenti affettivo-emozionali conseguenti alla patologia)<sup>9-13</sup>. È stata così dimostrata da moltissimi autori la comorbidità tra obesità (che non è di per sé disturbo psichiatrico) e alcuni particolari disturbi psichiatrici (in asse primo del DSM, Binge Eating, Night Eating, disturbi dell'umore, disturbi d'ansia; in asse secondo del DSM con i disturbi di personalità borderline, evitante e dipendente)<sup>14-18</sup>.

Relativamente pochi sono invece gli studi che esplorano il rapporto tra obesità e meccanismi di difesa ipotizzando che la struttura difensiva inadeguata (immatura e/o arcaica) esporrebbe la persona obesa ad una maggiore vulnerabilità agli stati emotivi e agli eventi di vita stressanti<sup>19-26</sup>. Lo studio dei meccanismi di difesa facendo luce sulle specifiche modalità della persona con obesità di far fronte alle situazioni di vita, costituisce un valore aggiunto nel contrastare la diffusione dell'obesità.

Pertanto, il presente studio si propone di esplorare le strategie difensive e/o i meccanismi di difesa in un ampio gruppo di persone con obesità per comprenderne le capacità adattive, la risposta agli elementi ansiogeni, le risorse affettive e cognitive, il grado di consapevolezza di malattia. Per impostare un intervento "per il paziente" lungo tutto il trattamento: dalla diagnosi, alla scelta dei dispositivi terapeutici, alla fase successiva al dimagrimento per mantenere il calo ponderale nel tempo.

## Materiali e metodi

### Metodi e tecniche

Il presente studio, svoltosi negli anni 2007-2011, ha previsto due momenti diversi ma (i soggetti selezionati per lo studio sono stati immediatamente avviati alla fase 2):

Fase 1: reclutamento del gruppo di studio. Con il contributo di psichiatri e psicologi in formazione, a tutti i pazienti in accesso l'Ambulatorio di Chirurgia dell'Obesità A.O.U.P. Paolo Giaccone di Palermo, è stato somministrato, previo consenso informato, il seguente protocollo:

— la Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders e la Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders (SCID-I e SCID-II) strumenti, standardizzati e di qualità, largamente adoperati nella comunità scientifica internazionale per la diagnosi dei disturbi clinici e di personalità in asse I e II del DSM<sup>27, 28</sup>.

— Colloquio clinico per raccogliere informazioni circa l'anamnesi infantile e attuale del soggetto, il suo stile alimentare e il suo rapporto con il cibo.

Fase 2: al solo gruppo di studio reclutato è stato somministrato, da personale appositamente addestrato (psichiatri e psicologi), il Defense Mechanisms Inventory<sup>29</sup>. Ogni persona inserita nello studio è stata informata sulle finalità dello stesso e ha espresso il suo consenso informato scritto autorizzando il trattamento, ai fini della ricerca, dei dati emersi.

La somministrazione è avvenuta in ambiente ospedaliero, le istruzioni fornite sono state standardizzate e non sono stati posti limiti di tempo. Ad ogni persona inserita nello studio è stato proposto, ben accettato, un incontro individuale di restituzione dei risultati ai test somministrati.

### Soggetti

Negli anni 2007-2011, sono stati selezionati 204 pazienti (164 F; 40 M; età media 41+11,8 con un *range* compreso tra 20 e 65 anni) obesi (obesità di grado I: 40; obesità di grado II 36; obesità grado III: 128; BMI

TABELLA I. — *Caratteristiche del gruppo di studio*

Età	$M= 41.0, SD= 11.8$ (range: 20-65)
Sesso	164 F (80%); 40 M (20%)
Grado di obesità	
I	40 (20%)
II	36 (18%)
III	128 (62%)
BMI	$M=42.3 SD: 7.0$ (range: 30.00-56.18)

medio: 42.33+7.05 con un range compreso tra 30 e 56.18) in attesa di valutazione per il trattamento dell'obesità presso l'Ambulatorio di Chirurgia dell'Obesità A.O.U.P. Paolo Giaccone di Palermo (Tabella I).

In una prima fase di *screening* abbiamo escluso dallo studio i soggetti con più di 65 anni di età<sup>3</sup> e, mediante l'Intervista clinica strutturata per i disturbi in asse I e II del DSM-IV<sup>27, 28</sup> e il colloquio clinico, i soggetti che presentavano comorbidità con disturbi psichiatrici (compresi *binge eating* e *night eating*). E ciò perché il nostro interesse è stato quello di esplorare le misure difensive nell'obesità *tu court* escludendo le possibili variabili intervenienti, tanto più che la psichiatria oggi si interroga sull'attribuire o meno all'obesità una categoria psicopatologica autonoma (oggi la nosografia psichiatrica - il DSM IV-TR - considera l'obesità solo come disturbo associato a Binge Eating Disorder, a Night Eating Disorder, in generale ai Disturbi del Comportamento Alimentare Non Altrimenti Specificati).

#### *Descrizione degli strumenti*

A tutti i soggetti inseriti nello studio è stato somministrato, da personale appositamente addestrato (psichiatri e psicologi), il Defense Mechanisms Inventory<sup>29</sup> questionario semiproiettivo a performance verbale che - favorendo l'immedesimarsi del soggetto in 10 storie che riproducono situazioni immaginarie relative ai conflitti che riguardano l'autorità, l'indipendenza, l'identità sessuale, la competizione, gli imprevisti - misura la presenza e l'intensità dei seguenti cinque *cluster* difensivi con i relativi sfondi emozionali:

— TAO (*turning against object*) indica ogni espressione diretta o indiretta dell'aggressività per dominare le minacce esterne o nascondere conflitti interni eccessivamente dolorosi. La coloritura affettiva di TAO è improntata alla rabbia e alla vendetta;

— PRO (*projection*) descrive un sistema nel quale il soggetto, pieno di risentimento, attribuisce agli altri intenzioni o comportamenti negativi senza alcun supporto realistico;

— PRN (*principalization*) si riferisce alla possibilità di gestire nel proprio spazio intrapsichico, tramite strategie difensive legate alla rimozione, il conflitto e la frustrazione, con una atmosfera emotiva che può andare dalla calma alla rassegnazione alla apatia;

— TAS (*turning against self*) implica la messa in atto di comportamenti autosvalutanti e autodenigratori con lo scopo di ridurre le minacce alla propria autostima. La qualità affettiva di TAS è segnata dalla vergogna e dalla disperazione connesse ad una scarsa stima di sé;

— REV (*reversal*) è un regime difensivo che induce, con una vistosa distorsione della realtà, l'individuo a ignorare, ridimensionare, negare o addirittura ipervalorizzare aspetti inaccettabili della realtà interna o esterna. La coloritura affettiva tipica di chi adopera massicciamente questo cluster difensivo va dall'indifferenza emotiva, alla passività, all'ottimismo ingiustificato.

#### *Analisi statistiche*

Tutte le analisi statistiche sono state svolte attraverso il software statistico SPSS. 13.0.

In primo luogo, è stata effettuata una analisi descrittiva dei risultati ottenuti al reattivo DMI.

Successivamente tecniche parametriche (*independent samples t test*) hanno consentito:

— il confronto delle prestazioni del gruppo di studio al reattivo DMI rispetto alle popolazioni normative di riferimento;

— la verifica delle interazioni tra la variabile età, la variabile genere sessuale, la variabile grado di obesità e gli indici misurati dal DMI.

Tramite  $r$  di Pearson è stata esaminata la correlazione tra età e i cluster difensivi misurati dal DMI.

I risultati ottenuti con il DMI sono stati interpretati in accordo con le indicazioni fornite dal manuale di riferimento<sup>29</sup>.

### Risultati

Il profilo DMI medio del gruppo di obesi è di tipo REV-TAS (Figure 1, 2). Il confronto per genere sessuale dimostra nel nostro gruppo di studio un profilo difensivo globalmente differenziato con una minore espressione dell'aggressività eterodiretta da parte delle donne (Tabella II).

La percentuale di profili sintomatici (quelli con punteggi di una o due scale so-

pra il *cut off* e che testimoniano di fatto uno squilibrio disadattivo del profilo difensivo) ammonta all'89% (180 soggetti su 204) e tra questi i profili più frequenti sono proprio quello REV (51%; 92 soggetti) e TAS (29%; 53 soggetti) (Tabella III, Figure 3, 4).

In sostanza, il nostro gruppo di obesi adopera, in modo patologico, difese che comportano l'allontanamento dalla realtà con l'evitamento dei conflitti, l'autosvalutazione insieme ad una drastica riduzione dell'espressione diretta dell'aggressività.

Uomini e donne del nostro gruppo di studio utilizzano pattern difensivi differenti: le donne adoperano difese REV e TAS maggiormente correlate a stati di franco disagio psichico, appaiono più passive e autosvalutanti, incapaci di trovare soluzioni efficaci per sé e per il proprio malessere; gli uomini

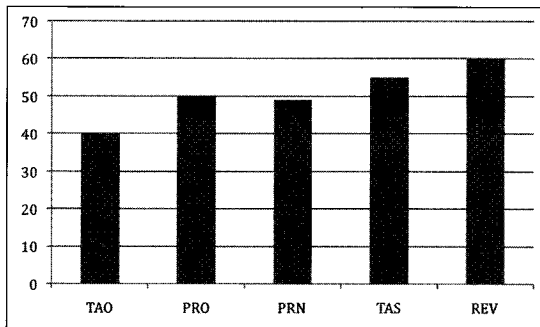


Figura 1. — Profilo medio del gruppo di studio al DMI.

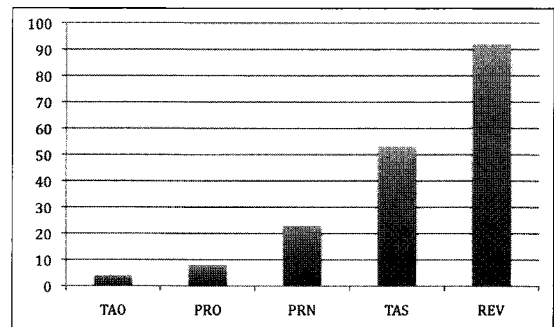


Figura 2. — Distribuzione dei profili DMI sintomatici del gruppo di studio.

TABELLA II. — Confronto medie punteggi DMI per genere sessuale.

	M (SD) Male	M (SD) Female	T	P
BMI	38,35/6,44	43,30/6,87	4,12	<0,0001
TAO	42/16,89	39,83/11,01	-0,77	0,444
PRO	49,4/6,39	49,63/6,59	0,204	0,838
PRN	53,8/8,89	47,30/13,09	-2,97	<0,005
TAS	50,6/8,69	55,75/11,12	2,72	<0,01
REV	55,4/10,31	61,5/11,05	2,90	<0,005
ETA'	44,2/13,72	40,31/11,31	-1,86	0,064

TABELLA III. — Distribuzione dei profili DMI sintomatici nel gruppo di studio.

	N	%
TAO	4	2
PRO	8	4
PRN	23	13
TAS	53	30
REV	92	51

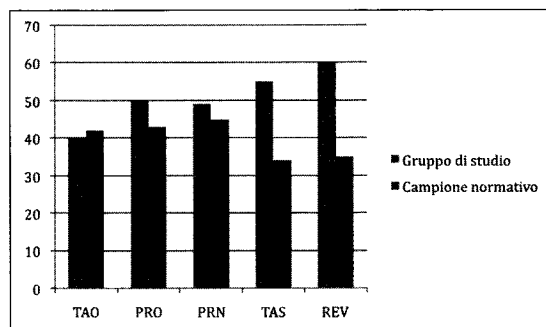


Figura 3. — Medie al DMI del gruppo di studio e del campione normativo.

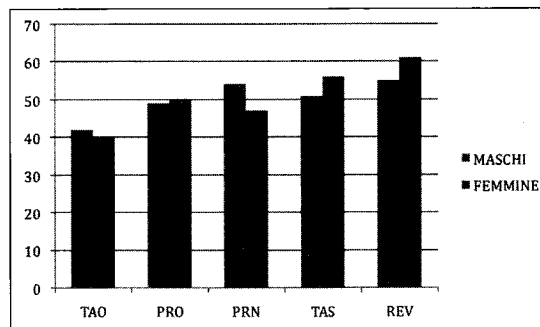


Figura 4. — Medie al DMI dei maschi e delle femmine.

TABELLA IV. — *Interazione tra grado di obesità e cluster difensivi del DMI.*

DMI		F	p value	Post-hoc	A vs B	A vs C	B vs C
PRO	F(2, 78,96)*	5,75	<0,005	LSD	NS	NS	<0,05
TAO	F(2, 201)	9,99	<0,000	LSD	NS	<0,0001	<0,05
PRN	F(2, 201)	4,77	=0,009	LSD	=0,005	NS	<0,01
TAS	F(2, 61,52)*	2,27	0,111	LSD	<0,05	NS	NS
REV	F(2, 201)	3,96	=0,021	LSD	NS	<0,05	<0,05

A: obesità di grado I; B: obesità di grado II; C: obesità di grado III.

ni utilizzano maggiormente difese PRN più intrapsichiche comunque più efficaci nella risoluzione dei problemi.

Il grado di obesità incide significativamente sul profilo difensivo dei nostri soggetti (Tabella IV): l'obesità grave si associa a profili difensivi molto disarmonici caratterizzati da una compromissione dell'esame di realtà e una minore espressione dell'aggressività eterodiretta (alto REV-basso TAO); l'obesità severa si associa ad autosvalutazione e negazione degli aspetti inaccettabili della realtà esterna (alto TAS-REV); nell'obesità moderata il profilo difensivo è sicuramente più

equilibrato (PRO-PRN-TAS-REV raggruppati nell'arco di 6 punti t) per via del maggior contributo delle difese intrapsichiche (PRN significativamente più alto che nei gruppi di obesi gravi e severi). Insomma tanto più l'obesità è importante tanto più il soggetto si sgancia dalla realtà, lasciandosi assorbire in una dimensione beante, passiva e acconfittuale, di fatto impendendosi un approccio orientato al problema.

Un'anova con post-hoc test ha dimostrato differenze significative per grado di severità dell'obesità. In particolare sono emerse differenze significative rispetto allo stile TAO:  $F(2, 78,96)=5.75$ ;  $P<0.005$ ; PRO:  $F(2, 201)=9.99$ ,  $P=0.000$ ; PRN:  $F(2, 201)=4.77$ ,  $P=0.009$ ; REV:  $F(2, 201)=3.96$ ;  $P<0.021$ .

Un'analisi post-hoc, è stata usata per dimostrare l'esatta corrispondenza delle differenze significative per livello di severità dell'obesità nei Stili difensivi. LSD post-hoc test è stato utilizzato controllando l'assunzione di uguaglianza delle varianze tramite test di Levene (Tabella IV).

Ciò significa che l'età è un fattore da tenere in considerazione nella valutazione globale del soggetto obeso: più in avanti si

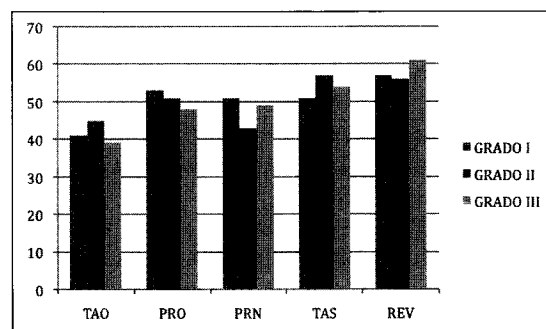


Figura 5. — Medie al DMI dei tre gradi di obesità.

va con l'età più è evidente la tendenza alla passività con l'impossibilità di attingere alle proprie risorse psichiche per la risoluzione del problema peso.

### Discussione

Innanzitutto va detto che lo studio proposto ha due punti di forza:

il primo è rappresentato dalla metodologia:

— lo strumento adoperato, il DMI, si è rivelato efficace nel discriminare tra il gruppo di studio e il campione normativo ma anche all'interno del gruppo di studio in rapporto al sesso, al grado di obesità, all'età;

— il gruppo di pazienti selezionato, già di per sé piuttosto ampio tanto da permettere l'utilizzo di statistiche descrittive e parametriche, è espressione di un lavoro ponderoso durato ben 5 anni: per selezionare il gruppo con le caratteristiche richieste (entro i 65 anni di età, assenza di comorbidità con disturbi psichiatrici compresi *binge eating* e *night eating*) sono state incontrate ben 1032 persone consecutive con obesità, durante la fase 1 dello studio, e ognuna per almeno due volte (quindi almeno 2064 colloqui). Questo ampio numero di consultazioni ha consentito alla nostra équipe di acquisire competenza e conoscenza approfondite delle problematiche relative all'obesità specialmente e particolarmente dal punto di vista del paziente. Ulteriormente per quanto riguarda la particolarità del gruppo di studio selezionato va sottolineato che sono stati cooptati un gran numero di soggetti (ben 128) soggetti affetti da obesità grave.

Il secondo, da un punto di vista clinico, è che tutto ciò ci ha consentito durante la fase 2 dello studio, di isolare il profilo difensivo specifico del soggetto obeso *no bingeing* e senza alcuna comorbidità psichiatrica, un profilo difensivo precisamente caratterizzato da aconflictualità, passività, autosvalutazione, anestesia dell'aggressività eterodiretta. Insomma, sembra proprio che nel gruppo di obesi senza comorbidità psichiatrica, tipicamente, il pattern difensivo disadattivo sia connesso con una difetto-

sa gestione dell'aggressività: o trasformata nel suo opposto (evitamento-negazione dei conflitti, l'impossibilità di tollerare le emozioni negative): o reindirizzata verso se stessi (bassa autostima, autosvalutazione e idealizzazione altrui). Secondo i nostri risultati, inoltre, il sesso femminile, l'obesità grave, l'avanzare dell'età aggiungono ulteriori gradi di sintomaticità a questo profilo. Certamente, quindi, si tratta di persone passive, assolutamente non in grado di reagire alla situazione ingravescente in cui si trovano, che si adattano per lo più alla grande pesantezza del corpo illimitato e senza confini, facendosene spesso una ragione "teorica e filosofica" (alcuni soggetti nelle interviste hanno parlato di un "destino-condanna all'obesità" a cui non sono riusciti a sottrarsi). Pensano che con la dieta e il controllo alimentare non riusciranno a risolvere il problema e si rivolgono alla chirurgia come ultima spiaggia e con aspettative magiche e idealizzanti; proprio quelle aspettative smisurate che potrebbero ostacolare la buona riuscita dell'intervento anche quello chirurgico. Inutile dire, infatti, che qualsiasi intervento per la sua riuscita necessita di un esercizio attivo della propria volontà.

### Conclusioni

L'obeso senza comorbidità psichiatrica si presenta passivamente adeso al cibo con una situazione di passività che si intensifica via via che il peso si incrementa. Il cibo, costantemente e abitualmente ingerito in eccesso, in una sorta di graduale impercettibile escalation (gli obesi intervistati dichiarano spesso di "non sapere" come sono diventati "arrivati a pesare tanto" perché l'incremento è avvenuto a poco a poco), diviene progressivamente sempre più giardino segreto, compagno ideale, zona franca di pace e appagamento, quiete, riparo dalle ansie e dalle difficoltà.

Luogo-oggetto-claustrum che esclude tutto il resto della vita adulta a cominciare dalla sessualità genitale (spesso dichiarano nelle interviste di vergognarsi del proprio corpo, di non volerlo scoprire, e quindi o

evitare i rapporti sessuali oppure concedersi soltanto con persone obese; le relazioni intime e potenzialmente generative sono spesso messe al bando per favorire relazioni infantilizzanti e pseudoamicicali: si dichiarano "amicarsi e spalla di tutti").

Con questi risultati, sarà interessante, nel prosieguo dell'indagine, procedere su due versanti:

— sul piano della ricerca potrebbe essere di completamento esplorare il costrutto di Alessitimia in rapporto all'obesità; considerato che il rapporto tra obesità e Alessitimia è piuttosto controverso in letteratura (alcuni lo pensano come un tratto stabile e specifico del paziente obeso, altri lo riferiscono non tanto all'obesità quanto alla possibile psicopatologia comorbida con l'obesità) lo studio sui meccanismi di difesa insieme all'Alessitimia potrebbe offrire una chiave interpretativa ulteriore.

— sul versante clinico, riteniamo di dovere sottolineare la necessità di introdurre nella cura dell'obesità *tout court* presidi forti e strutturati "multidisciplinari-biopsicosociali" che rinegozino e consolidino la *compliance* nel senso di rinforzare e sostenere l'Io del soggetto (verso la conflittualità, verso l'attività, verso la rivalutazione del sé, verso la sopportazione e la gestione dei moti aggressivi, verso la diversificazione dei propri interessi) nel trattamento che sia esso il controllo alimentare o la chirurgia dell'obesità.

Lo studio dei sistemi difensivi<sup>30</sup> e il sostegno psicologico di conseguenza impostato, contribuiranno a rendere il paziente protagonista del suo trattamento e non passivo spettatore: ad attingere alle sue energie psichiche e a non cercare appoggio/riparo nel cibo anestetico.

### Riassunto

**Obiettivo.** Scopo del presente studio è stato quello di esplorare i meccanismi di difesa di persone con obesità media e grave senza comorbidità psichiatrica. In effetti, la struttura difensiva rappresenta un predittore efficace per la migliore gestione della patologia.

**Metodi.** Sono state reclutate 204 persone (164 F - 40 M) con obesità moderata (40 con BMI tra 30

e 34.9), severa (36 con BMI tra 35 e 39.9) e grave (128 con BMI>40) afferenti all'Ambulatorio per il trattamento dell'obesità dell'Azienda Universitaria Policlinico di Palermo. A tutti i soggetti è stato somministrato il Defense Mechanisms Inventory (DMI), reattivo che esplora i meccanismi difensivi. La comorbidità psichiatrica è stata esclusa tramite l'intervista semistrutturata del DSM (SCIDI e II).

**Risultati.** Il profilo DMI del gruppo di persone obese è significativamente differente dalla popolazione normativa. Il gruppo di obesi utilizza, infatti, tipicamente un pattern difensivo che comporta una difettosa gestione dell'aggressività: trasformata nel suo opposto (evitamento-negazione dei conflitti, l'impossibilità di tollerare le emozioni negative): o reindirizzata verso se stessi (bassa autostima, autosvalutazione e idealizzazione altrui). Influiscono sul profilo difensivo i fattori età, sesso e grado di obesità.

**Discussione e conclusioni.** L'esplorazione dei meccanismi difensivi nel nostro gruppo di persone obese fornisce importanti indirizzi alle strategie di cura. L'uso prevalente, infatti, di alcuni specifici pattern difensivi è un significativo predittore della incapacità della persona di aderire alla cura e quindi della necessità di introdurre presidi di trattamento che, in qualche modo, bypassino la *compliance* del soggetto.

**PAROLE CHIAVE:** Obesità - Meccanismi di difesa - Trattamento.

### Bibliografia

1. Treasure J, Schmidt U, van Furth E. The essential handbook of eating disorders. Bognor Regis, West Sussex: John Wiley and Sons; 2006.
2. Ogden CL, Carroll MD, Kit BK, Flegal KM. Prevalence of obesity and trends in body mass index among US children and adolescents, 1999-2010. *JAMA* 2012; 307:403-90.
3. Pasco JA, Nicholson GC, Brennan SL, Kotowicz MA. Prevalence of obesity and the relationship between the body mass index and body fat: cross sectional, population - based data. *PloS One* 2012;7:295-300.
4. Ogunbode AM, Ladipo M, Ajayi IO, Fatiregun AA. Obesity: an emerging disease. *Niger J Clin Pract* 2011;14:390-4.
5. Haslam D, Sattar N, Lean M. ABC of obesity. Obesity - time to wake up. *Br Med J* 2006;333:640-2.
6. Wagner IV, Sabin MA, Pfäffle RW, Hiemisch A, Sergeev E, Körner A *et al.* Effects of obesity on human sexual development. *Nat Rev Endocrinol* 2012;8:246-54.
7. Sarwer DB, Lavery M, Spitzer JC. A review of the relationship between extreme obesity, quality of life and sexual function. *Obes Surg* 2012;534-8.
8. Bruch H. Eating disorders: obesity, anorexia nervosa and person within. New York: Basic books; 1973.
9. Fabricatore AN, Wadden TA. Psychological aspects of obesity. *Clin Dermatol* 2004;22:332-7.
10. Fassino S. Temperament and character in obese women with and without binge eating disorder. *Comprehensive Psychiatry* 2002;43:431-7.

11. Geliebter A, Aversa A. Emotional eating in overweight, normal weight, and underweight individuals. *Eating Behaviors* 2003;3:341-7.
12. Golay A, Hagon I, Painot D, Rouget P, Allaz AF, Morel Y. Personalities and alimentary behaviors in obese patients. *Patient Educ Couns* 1997;31:103-12.
13. Molinari E, Riva G. *Psicologia clinica dell'obesità*. Torino: Bollati Boringhieri; 2004.
14. Amii M, Kress T, Peterson Michael R, Hartzell Michael C. Association between obesity and depressive symptoms among U.S. Military active duty service personnel. *J Psychosom Res* 2006;60:263-71.
15. Alix D, Klein B, Walsh T. Eating disorders: clinical features and pathophysiology. *Physiol Behavior* 2004;81:359-74.
16. Decaluwé V, Braet C. Assessment of eating disorder psychopathology in obese children and adolescent. *Behav Res Ther* 2004;42:799-811.
17. Stunkard AJ, Faith MS, Allison K. Depression and obesity. *Biol Psychiatry* 2003;54:330-7.
18. Lykouras L, Michopoulos J. Anxiety disorders in obesity. *Psichiatrike* 2011;22:307-13.
19. Bowins B. How psychiatric treatments can enhance psychological defense mechanism. *Am J Psychoanalysis* 2006;66:173-94.
20. Braet C, Van Winckel M. Long-term follow-up of a cognitive behavioral treatment program for obese children. *Behav Ther* 2000;31:55-74.
21. Byrne S. Psychological aspects of weight maintenance and relapse in obesity. *J Psychosom Res* 2002;53:1029-36.
22. Castelnovo-Tedesco P, Reiser LW. Compulsive eating: Obesity and related phenomena. *JAMA* 1988;36:163-71.
23. Cramer P. Coping and defense mechanisms: What's the difference? *J Personality* 1998;66:919-46.
24. Hospers HJ, Jansen Gerjo Kok A. Cognitions in obese binge eaters and obese non-binge eaters. *Cogn Ther Res* 2000;24:521-31.
25. Pozzoli S, Drago C, Zanardi G, Negri M, Giorgi I. Caratteristiche di personalità, meccanismi di difesa e binge eating in un gruppo di pazienti obesi. *Giornale Italiano di Medicina del Lavoro ed Ergonomia* 2007;29:444-9.
26. Zoccali R, Bruno A, Muscatello MR, Micò U, Corica F, Meduri M. Defense mechanisms in a sample of non-psychiatric obese subjects. *Eating Behavior* 2008;9:120-3.
27. First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JBW. *SCID-I. Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders*, 1997, OS, Firenze, 2000.
28. First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JBW, Benjamin LS. *SCID-II. Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Disorders*, 1997, OS, Firenze, 2003.
29. Ihilevich D, Gleser GC. *D.M.I.—Defense Mechanisms Inventory*. Organizzazioni Speciali (OS), Firenze, 1992.
30. Lo Baldo R, Di Blasi M, Alfano P, Audino P, Bellavia C, Blando AA *et al*. Thinking organization and defence mechanisms in bipolar disorders. Clinical and psychopathological study on bipolar I and bipolar II. *Riv Psichiatr* 2013;2:101-7.

*Conflitti di interesse.*—Gli autori dichiarano di non avere conflitti di interesse con nessuna ditta legata al contenuto del manoscritto.

Ricevuto il 24 giugno 2013.

Accettato il 4 ottobre 2013.