
Le Famiglie di Origine nel Disturbo Ossessivo-Compulsivo: commento introduttivo

Matteo Selvini e Renato Sidoti

Abbiamo pensato di proporre la traduzione italiana di questo classico articolo, pubblicato nel 1984 sul *Journal of Nervous and Mental Disease*, perché è un esempio molto brillante dell'interesse di studi familiari dedicati alle ridondanze psicologiche e relazionali osservate a partire da una specifica sindrome. Magari la terapia familiare fosse stata capace di produrre molte altre ricerche di questo tipo!

Rispetto allo specifico argomento trattato, assistiamo negli ultimi anni ad un rifiorire dell'interesse della terapia familiare per i disturbi ossessivi e compulsivi, intesi sia come sintomi dell'asse I (Ugazio, 1998), che come tratti di personalità (Selvini Palazzoli et al., 1998).

A questo proposito va sottolineato che i pazienti con un disturbo ossessivo non presentano prevalenti tratti di personalità ossessiva, quanto piuttosto di tipo dipendente ed evitante (Gabbard, 1994) e questo corrisponde anche alla nostra osservazione; i sintomi ossessivi sono solitamente vissuti con un sentimento di estraneità alla propria identità. Anche Lorenzini (2000) sottolinea come i disturbi ossessivi si sviluppino su una personalità che è disperatamente alla ricerca di un'approvazione, un tratto chiave dipendente/evitante.

Nelle nostre osservazioni cliniche, piuttosto rare perché fortunatamente non sono frequentissimi i pazienti molto gravi (invalidati) di questo tipo, trova conferma l'interesse per i temi dell'identificazione del paziente con uno dei genitori (Adams, 1972). L'adultizzazione precoce (Judd, 1965) ricorda il contesto ipercritico dell'apprendimento di tratti di personalità ossessiva (Benjamin, 1996). La difficoltà a manifestare ed esprimere collera ed aggressività (Fine, 1973) rimanda ad un classico tratto dipendente. Nel rapporto tra il paziente ed il genitore di riferimento sembrano essere presenti importanti elementi di protezione e sostegno, a volte accentuati da una vera e propria inversione di ruoli, altre volte limitate ad una più paritaria solidarietà. Tuttavia, tutto questo spesso si mescola in modo complesso con tratti di dipendenza, ed il figlio ossessivo conserva, o ha massicciamente avuto nel passato, bisogno di essere intensamente assistito, guidato ed accompagnato. Questa frequente mescolanza di tratti ossessivi e dipendenti sembra avere una sua logica affettiva e psicodinamica: la difesa ossessiva contro l'ansia generata dall'eccesso di dipendenza. Ed anche c'è una logica classificatoria (entrambi i tipi fanno parte del cluster ansioso nel raggruppamento dei disturbi della personalità). Preferiamo declinare in questi termini, che ci paiono relazionalmente più chiari, il concetto di simbiosi affrontato in questo articolo.

Nella nostra esperienza clinica abbiamo incontrato soprattutto madri molto ansiose, depresse, fobiche, spesso assai scontente del loro matrimonio. Abbiamo trovato anche qualche caso di padre ipercoinvolto, ma in misura più ridotta delle madri. L'ipotesi che i sintomi ossessivi nascano come una sorta di barriera per tenere a distanza un genitore o due genitori che tendono ad ipercoinvolgersi con il figlio possiamo considerarla verosimile nella maggioranza dei casi, ma non in tutti.

L'essere stato il preferito di un nonno importante è stata pure un'osservazione da noi fatta in alcuni casi. Anche con questi pazienti ossessivi, come in altre situazioni gravi, si conferma il concetto sostenuto dagli autori di un grave ritardo nel valutare correttamente ed intervenire ai primi evidenti segnali di sofferenza del figlio.

Nel corso delle nostre osservazioni e riflessioni sull'ossessività, questo classico articolo ci ha colpiti per la sua attualità, oltre che per l'aspetto rigoroso delle rilevazioni di dati che esso contiene. Ci è parso così utile renderlo accessibile.

BIBLIOGRAFIA

- Lorenzini, R. (2000) Il disturbo del pensiero nel disturbo ossessivo-compulsivo: strategie e Territorio, vol. XVII, n° 2.
- Selvini Palazzoli, M., Cirillo, S., Selvini, M., Sorrentino, A.M. (1998) *Ragazze anoressiche e bulimiche. La terapia familiare*, Cortina, Milano.
- Ugazio, V. (1998) *Storie permesse e storie proibite*, Bollati-Boringhieri, Torino.

Tratto da The Journal of Nervous and Mental Disease, vol. 172, n° 4, 1984
(Traduzione di Renato Sidoti)

Le Famiglie di Origine nel Disturbo Ossessivo-Compulsivo

Carol F. Hoover, *Dottore in Scienze* e Thomas R. Insel, *Dottore in Medicina*¹

I dati familiari sono stati raccolti su 174 parenti di 10 pazienti con un grave disturbo ossessivo-compulsivo. Non è stato scoperto nessun caso di disturbo ossessivo-compulsivo, sebbene l'11,6 % dei familiari di primo grado è stato ricoverato per altre malattie psichiatriche. Queste famiglie alquanto isolate hanno tradizioni che enfatizzano la pulizia e la perfezione, ma altri membri della famiglia non sviluppano rituali o logiche ossessive come il paziente. Tipicamente, uno o entrambi i genitori, all'interno di un matrimonio insoddisfacente, ha diretto i propri bisogni simbiotici verso il paziente. Genitori e figli finiscono con l'essere intrappolati in una lotta sempre più impotente contro i sintomi che agiscono come una barriera alla vicinanza ma che, anche, impediscono al paziente di sviluppare un'esistenza autonoma. Si è concluso che i bisogni simbiotici dei genitori, combinati con gli stili familiari perfezionistici, forse sovrapposti ad una vulnerabilità costituzionale a disturbi psichiatrici, danno un importante contributo all'instaurarsi del disturbo ossessivo-compulsivo.

Il disturbo ossessivo-compulsivo compare in una percentuale molto ristretta della popolazione generale (9,22,24-27), ma attira l'attenzione per la sorprendente resistenza al trattamento. Miglioramenti se ne verificano, sia spontaneamente sia, talora, attraverso medicinali, terapie comportamentali o attraverso colloqui, ma l'affermazione di Goodwin *et al.* del 1960 (9) che "un trattamento definitivo" per il disturbo deve ancora essere stabilito, può ancora passare largamente incontestata (5). Neppure i problemi intorno all'eziologia sono stati risolti. Un certo numero di autori ha inseguito in modo alquanto inconcludente l'esito di un possibile contributo genetico (32, 4, 14, 21, 24, 27). Ma con l'eccezione delle speculazioni psicoanalitiche che hanno fatto seguito all'approccio di Freud alle difficoltà dell'*Uomo dei Topi* (7, 8), c'è stata una scarsità di nuovo materiale sul retroterra emozionale del disturbo ossessivo-compulsivo, particolarmente nel contesto familiare (4).

Alcuni studi sulle relazioni familiari, comunque, hanno riportato delle affascinanti osservazioni. Fine (6) esaminò intensivamente due famiglie di bambini ossessivo-compulsivi, in cui erano rilevanti la tensione coniugale e le difficoltà nell'esprimere la collera. In uno studio delle caratteristiche familiari di 30 bambini ossessivi, Adams trovò che "i genitori sembravano avere come 'virtù' tratti che erano simili ai sintomi dei bambini" (1, p. 1414). Nella sua valutazione, le famiglie erano isolate dalla vita comunitaria; essi tendevano ad essere perfezionisti, enfatizzanti la pulizia, e "rifiutavano l'aggressione e la libido ma vantavano la precocità nel limitare l'*ego*" (1, p. 1417). Cinque bambini ossessivo-compulsivi studiati da Judd possedevano un "codice morale rigido, assoluto e da pseudo-adulti", dimostrando "eccessiva ambivalenza e sentimenti marcati apertamente aggressivi verso uno o entrambi i genitori" (18, p. 139).

¹ Branca di Neurofarmacologia Clinica, Istituto nazionale di Salute Mentale, Bethesda, Maryland. Inviare richieste di ristampa al Dott. Hoover, Capo Unità di Accertamento Familiare, Edificio 10, Stanza 3D4I, Bethesda, Maryland 20205.

Il presente studio è stato intrapreso per approfondire queste osservazioni. In particolare, noi speravamo di chiarire le seguenti aree:

1. l'incidenza di disturbi ossessivo-compulsivi nei parenti di pazienti tardo adolescenti e adulti con gravi forme della malattia;
2. l'ambiente psicosociale delle famiglie di origine;
3. somiglianze o differenze di personalità, attitudine e emulazione tra a) pazienti e b) membri dei loro nuclei familiari;
4. modelli di interazione familiare, con speciale riferimento alle relazioni genitore/bambino e marito/moglie;
5. qualche comparazione tra familiari prossimi di giovani schizofrenici e famiglie di pazienti gravemente ossessivo-compulsivi, come osservate in colloqui di genitori in sedute congiunte ed individuali.

Deve essere posto in evidenza che le nostre osservazioni non sono applicabili in egual misura a persone sofferenti di forme meno gravi del disturbo ossessivo-compulsivo rispetto ai pazienti da noi esaminati. Allo stesso tempo noi consideravamo che la gravità del disturbo in un gruppo di ossessivo-compulsivi potesse offrire un'opportunità speciale per evidenziare, forse in un profilo inequivocabile, elementi del contesto familiare che potessero influenzare questa sconcertante malattia.

Metodi

I pazienti di questo studio rispecchiano i criteri del DSM-III per i disturbi ossessivo-compulsivi (2). Essi eseguivano una serie di atti o rituali ripetitivi, stereotipati, che sembravano loro urgentemente necessari per ragioni non plausibili, sebbene fossero anche ambivalenti rispetto alla necessità di tali rituali. Il loro comportamento costituiva una grande interferenza con le normali attività di vita.

C'erano cinque pazienti uomini e cinque donne di età tra i 18 e i 45 anni, in questo campione di classe media di pazienti ossessivo-compulsivi segnalati dai loro medici al nostro programma di ricerca e trattamento all'Istituto Nazionale di Salute Mentale in Bethesda, Maryland. Tutti i pazienti tranne uno furono ricoverati. Furono trattati con terapia comportamentale e/o farmaci, così pure con psicoterapia individuale e in molti casi di gruppo. I dettagli di questi trattamenti sono stati descritti altrove (15,16).

Attraverso delle interviste sono stati raccolti dati riguardanti i 10 pazienti ossessivo-compulsivi, i loro 20 genitori, 20 fratelli, 3 figli e 131 altri parenti di secondo o terzo grado. C'erano due pazienti sposati, dove un genitore è stato il solo membro intervistato della famiglia originaria; in altri casi, almeno due parenti, includendo uno o entrambi i genitori, sono stati intervistati singolarmente, spesso durante un periodo di mesi. In molti casi i nuclei familiari si sono incontrati in sezioni terapeutiche congiunte mentre il paziente era ricoverato, anche quando ciò comportava ripetuti viaggi dei familiari da notevoli distanze. Le storie familiari sono state raccolte dettagliatamente, e gli informatori sono stati interrogati non solo circa le malattie psichiatriche tra i parenti, ma anche sulle abitudini, attitudini, caratteristiche, bisogni, tenori di vita, o eccentricità in qualche modo ricollegabili al comportamento ossessivo-compulsivo. Dove non erano disponibili informazioni sulla salute mentale del parente, questa persona non è stata considerata per la raccolta dati.

Non sono stati inclusi in questo studio 4 pazienti ospedalizzati che non avevano genitori disponibili per interviste, e altri 16 pazienti ossessivo-compulsivi, considerati meno gravemente ammalati, che sono stati trattati ambulatoriamente. Sebbene le famiglie di questi pazienti non siano state sistematicamente intervistate, le informazioni ottenute da questi hanno integrato aneddoticamente e sono state in genere coerenti con le nostre osservazioni sulle costellazioni familiari più intensamente analizzate.

I pazienti considerati in questo rapporto rimanevano sotto la doccia per ore o si lavavano le mani fino a spellarsi; evitavano di toccare genitali, servizi igienici, pavimenti o maniglie delle porte con complicati stratagemmi; o si imponevano di toccare altri oggetti con rigide sequenze; o contavano e ricontavano, controllavano e ricontrollavano gli oggetti che incontravano. Mentre ogni persona

mostrava solo una parte dei sintomi possibili, sembrò anche esserci una gamma considerevolmente limitata di azioni tra le quali i pazienti sceglievano, una curiosa mancanza di immaginazione e novità negli schemi di controllo e pulizia che usavano. In ogni caso queste azioni ripetitive diventavano uno spreco tale di tempo ed energia, che le vittime non potevano mantenere un lavoro o una vita senza una famiglia che si prendesse cura di loro.

I pazienti avevano pensieri che ricorrevano in modo sempre più ripetitivo, cortocircuitanti in schemi fissi, come spinti da qualche forza centripeta. I loro pensieri erano spinti da un pauroso presentimento che, se certe azioni non fossero state eseguite perfettamente, qualcuno sarebbe stato seriamente danneggiato o sarebbe morto. (Malattie da germi, incidenti automobilistici, intrusi, contaminazioni, malignità, erano tra i meccanismi fantasticati). I pazienti sentivano il gravoso potere di recare offesa o proteggere da offese i loro familiari, conoscenti o anche persone del tutto estranee. All'altro lato della medesima logica era che altri potessero detenere minacciosi poteri mortali contro il paziente, pericolo che poteva essere scongiurato grazie a speciali azioni di sorveglianza. L'enfasi tendeva ad oscillare dall'uno all'altro di questi due concetti. Malgrado i pazienti odiassero i loro obbligati rituali, credevano di doverli rispettare quasi ad ogni costo. Tuttavia se i rituali non venivano contrastati, tendevano a poco a poco ad espandersi sia come angoscia che come fatica.

I pazienti erano intelligenti e ragionevolmente perspicaci; si rendevano conto che le loro idee sembravano a tutti assurde. Quindi, le formulazioni ossessive venivano spesso completamente ed oculatamente celate a chi facesse loro delle domande, in modo da evitare ridicolo o pressione. Ma nel corso di successivi colloqui, queste idee "motivanti" venivano generalmente evidenziate.

E' possibile, comunque, che i pensieri "motivanti" non precedessero sempre le azioni compulsive, in una logica del tipo "*dopo il pensiero*" dato che si tratta di un processo sul quale il paziente ha uno scarso controllo, come pensieri paranoici o idee di riferimento possono presentarsi per spiegare le allucinazioni. Non può essere escluso un contributo neurologico per lo stile di pensare centripeto (che sembra piuttosto l'inverso della "debolezza delle associazioni" schizofreniche), così come per i pensieri e le azioni compulsive.

In ogni caso, un chiarimento della dinamica mentale di questi pazienti, o almeno della base logica dei sintomi, è essenziale per comprendere la struttura del disturbo dei pazienti raffrontata con la cultura ossessiva di fondo, spesso condivisa dai genitori.

Risultati

Inizialmente ci si aspettava che i pazienti gravemente ossessivo-compulsivi avessero qualcuno dei parenti che avesse sofferto di questo disturbo. Tuttavia anche il più diligente intervistatore non poté individuare altri pazienti ossessivo-compulsivi tra i 174 parenti sui quali furono raccolti i dati. C'erano membri dell'albero familiare che erano considerati come "fanatici della casa" o particolarmente esigenti da se stessi e dagli altri, ma nessuno aveva sviluppato compulsioni o rituali.

I genitori da noi intervistati rifiutavano chiaramente le spiegazioni razionali del paziente ossessivo-compulsivo e, sebbene potessero essere costretti a seguire le strane richieste di un figlio, non sviluppavano sintomi ritualizzati loro stessi. Tuttavia altre malattie psichiatriche furono trovate. Tre madri (famiglie D, E, e F) che avevano sofferto di episodi depressivi, avevano figlie ossessivo-compulsive. Un padre di un figlio ossessivo-compulsivo aveva un passato da etilista (famiglia C), e due dei padri avevano strane storie di lavoro, tali da far pensare a difficoltà di personalità (B, 1). Un fratello dello stesso sesso del paziente in due famiglie (C, E) aveva sofferto di disadattamenti "nervosi", o tendenze depressive durante l'infanzia, anche se in seguito sembrò superare questi problemi.

Un totale di 5 su 43 parenti di primo grado (11,6 %) è stato ricoverato per ragioni psichiatriche. Un'ulteriore indagine delle malattie mentali in queste famiglie è stata considerata altrove (16).

I nostri dati storici relativi al disturbo ossessivo-compulsivo risultarono vicini ai valori di Rosenberg, il quale trovò che meno dell'1% di 547 parenti di primo grado di pazienti ossessivo-compulsivi

soffrivano di una “chiara nevrosi ossessiva”, sebbene il 9% avesse malattie mentali di altro tipo. Parecchi intervistatori, tuttavia, hanno identificato parenti caratterizzati da “tratti ossessivi” o “personalità ansiose”, ma senza arrivare al disturbo ossessivo-compulsivo (3, 20, 21, 25).

Nel corso delle nostre interviste, e nelle osservazioni di nuclei familiari di pazienti gravemente ossessivo-compulsivi, è emerso che tipicamente queste persone avevano culture di esagerata attenzione per la pulizia, ultrameticolosità e similari, che erano persistite per generazioni. Nonni, zie e zii, così pure i genitori, avevano abitudini, atteggiamenti e standard di pulizia e di prestazione che andavano oltre la normalità, e soffrivano di considerevole ansietà se questi non potevano essere compiuti. Ma contrariamente al paziente, non eseguivano atti stereotipati per ragioni irrazionali, accompagnati da una resistenza ambivalente. Le abitudini dei parenti erano piuttosto esageratamente ego-sintoniche; non avevano il minimo desiderio di resistere a queste abitudini, che sembravano loro perfettamente normali, non offrivano strane spiegazioni e non sentivano tali abitudini come interferenti con la loro vita quotidiana.

Il padre di un giovane ossessivo-compulsivo (famiglia I) fu così sconvolto dal trovare sporco il bagno del suo motel, da non poter dormire e nemmeno restare nella stanza; e, dato che non erano disponibili sistemazioni alternative, passò la maggior parte della notte passeggiando ansiosamente nelle strade della città. Questo padre non si considerava eccessivamente preoccupato per lo sporco; secondo lui il motel era caratterizzato da una paurosa sporcizia e questo lo aveva privato di una notte di sonno. Si sentiva un po' speciale riguardo la pulizia, ma ciò gli sembrava del tutto ragionevole e naturale, e non certo un sentimento da combattere. Non aveva alcuna convinzione irrazionale circa la sua insistenza sulla pulizia, né convertiva le sue ansietà per lo sporco in rituali, come faceva il figlio.

Con tali metri di misura, allora, un genitore come questo padre difficilmente si rendeva conto dei sintomi compulsivi del figlio fintanto che la malattia non fosse molto avanzata. La maggior parte dei bambini che alla fine vennero ricoverati per malattie ossessivo-compulsive avevano manifestato sintomi premonitori alle scuole elementari; e con la pubertà erano diventati decisamente strani. Il comportamento iniziale del bambino, tuttavia, difficilmente risaltava rispetto allo sfondo di quelle che erano le preoccupazioni dei genitori. In una famiglia differente, un bambino che si lavasse le mani una mezza dozzina di volte al giorno, senza che gli fosse chiesto, sarebbe stato ben presto trattato con sorpresa, ridicolo, o affettuoso riguardo, e il comportamento poteva benissimo rientrare. Nelle famiglie di ossessivo-compulsivi, un tipico “buon” bambino lasciava perplessi gli spettatori familiari, amplificando le sue tendenze ad una grande bontà, come un apprendista stregone dominato dalla sua scopa. Solo alla fine gli altri membri della famiglia si rendevano anche conto del processo mentale strano del paziente, che il resto delle persone non condivideva.

Costellazioni familiari

Una prevalenza di figli unici o maggiori tra i pazienti ossessivo-compulsivi era stata registrata precedentemente da Keyton e Borge (19). Sebbene il nostro campione fosse troppo piccolo per trarne valide conclusioni statistiche, la sua composizione deve essere annotata.

Nel nostro gruppo di 10 pazienti, c'erano tre figli unici, due primogeniti, quattro secondogeniti, e uno ultimo nato in una fratria più grande. Incluso tra i secondogeniti c'era un ragazzo nato dopo cinque anni dalla nascita di gemelle femmine. In due casi in cui un paziente ricoverato era un secondogenito, il figlio maggiore era “nervoso” o aveva problemi emotivi (C, E).

Quando il paziente è stato educato come figlio unico o maggiore, ci si aspetta molto da lui o da lei, e il ragazzo prende i genitori con intensa serietà. Se uno o entrambi i genitori si concentravano eccessivamente su un figlio, come si discuterà nella sezione seguente, la relazione non attenuata tra il genitore e quel particolare figlio, sembra avere effetti veramente distruttivi.

Un nonno dominante – sia vivo che morto – è una caratteristica frequente in queste famiglie. Un padre comprò una casa per i suoi genitori, porta a porta, dovunque il nucleo familiare si muovesse.

Qualche volta c'era un nonno, sia sul lato materno che su quello paterno, al quale il gruppo doveva speciale vicinanza e fedeltà.

Queste famiglie avevano alti standard di devozione filiale anormalmente attesi dai figli di generazione in generazione. Quindi, se un uomo riveriva suo padre, si aspettava che suo figlio lo riverisse. In questi casi, tuttavia, sembrava spesso che il figlio rispondesse riverendo il nonno. Il paziente nei primi anni era spesso un favorito di questo potente nonno, specialmente se il bimbo era il primogenito. Se il nonno moriva durante gli anni di crescita del paziente, il figlio futuro ossessivo-compulsivo aveva quindi l'esperienza sconvolgente di vedere il più potente individuo nella famiglia, che forse gli aveva mostrato uno speciale interessamento, abbandonare il campo ai genitori che parevano esser meno validi del nonno.

I nonni durante la loro vita tendevano ad essere dei sostituti di un'adeguata vita sociale dei genitori. Spesso abbiamo sentito raccontare i genitori che raramente frequentavano la casa di altra gente. La colpa di ciò era data allo svilupparsi dei sintomi del paziente. Tuttavia ad un'attenta indagine non sfuggiva che l'isolamento sociale era esistito sin da quando i genitori erano da poco sposati; erano come clan o tribù, inclini a "stare tra di loro". Il livello della loro istruzione o delle loro entrate non era, di solito, alto, ma speranze e aspirazioni per il figlio lo erano molto spesso.

Aspettative simbiotiche

Insieme ad un isolamento della famiglia da possibili contatti esterni correttivi (di confronto), c'erano seri conflitti nel nucleo familiare riguardo all'intimità e alla vicinanza. Le relazioni tra i genitori erano insoddisfacenti, frustranti, tese o distanti. Qualche volta erano furiosamente polemiche; diverse famiglie erano caratterizzate da un inimmaginabile tumulto. Problemi sessuali tra i genitori erano presenti in molti casi (impotenza, disparità di desiderio tra i partner, differenze di valori, ecc.) e sembravano essere rimasti irrisolti sin dall'inizio del matrimonio. L'arrivo di un bambino serviva a distrarre la coppia dalle loro difficoltà emotive e la "aiutava" ad evitare una soluzione. Da lì in poi un intenso desiderio insoddisfatto di vicinanza tendeva a focalizzarsi sul bambino piuttosto che sul partner.

Mentre entrambi i genitori si concentravano più sul figlio che sull'altro partner, generalmente uno dei due cercava un coinvolgimento particolarmente intenso, ma era frustrato o incapace di gestirlo con successo. Il bambino si sentiva così travolto dall'intensità dei sentimenti del genitore. I sintomi ossessivo-compulsivi servivano quindi come barriere contro il particolare coinvolgimento del genitore, barriere che necessitavano di dover crescere sempre più. Se un genitore, per esempio, non poteva toccare il bambino per stabilire un'intimità, a causa dell'ossessione per i germi, si intensificava il senso del genitore di non appagamento e di vuoto, che lo portava ad intensificare gli sforzi verso la relazione simbiotica. Il figlio, nello stesso tempo, "usava" i desideri del genitore al fine di ottenere un aumento di potere nella famiglia. Quando l'incompetenza del genitore e la demoralizzazione diventavano più pronunciate, i sintomi del paziente viziato peggioravano progressivamente con una modalità del tipo "uovo o gallina", che era terrificante per tutti.

Le aspettative simbiotiche che abbiamo descritto erano presenti nelle famiglie di tutti i dieci pazienti ossessivo-compulsivi. In considerazione della vicinanza fisica della madre al suo bambino, si potrebbe pensare che fosse di solito lei il genitore che cercava la relazione più intensa. Al contrario, per lo meno nella metà dei casi ossessivo-compulsivi gravi, era il padre che assumeva il ruolo del genitore più frustrato.

Questi padri tendevano ad essere dei perfezionisti, chiedendo perfetta intimità così come perfette abilità. C'era un'identificazione proiettiva con il figlio, specialmente se era un maschio. Se femmina, era la favorita del padre, il quale la portava a partite di pallone ed altre attività tradizionalmente maschili, era la figlia da proteggere contro le pretese della madre. Il padre poteva rivaleggiare con la madre cercando di "tagliarla fuori" da contatti emotivi con il bimbo.

Uno di questi padri (A) tentò attivamente di impedire ad un ricercatore di parlare alla madre, insistendo che la moglie "non ne sapeva molto" del loro figlio, che a 25 anni viveva ancora in casa. Era il padre che si alzava nel mezzo della notte per coinvolgersi in lunghe ore di conversazione con il giovane, orgogliosamente descrivendosi come "terapista" del figlio.

In un altro caso, un padre (I) che non era mai arrivato alla laurea, divenne eccessivamente preoccupato del futuro di suo figlio, Gerald. Voleva avere prolungati colloqui con Gerald, sedersi vicino a lui in ogni occasione, per osservare le sue attività, ed in generale invadere la sua vita. Se Gerald da adolescente avesse mai permesso a suo padre di abbracciarlo, lo avrebbe veramente mandato al settimo cielo. Ma Gerald sviluppò il presentimento che i suoi genitori l'avrebbero contaminato, o lui loro (le due idee erano mescolate assieme), e ad entrambi, padre e madre, era proibito di toccarlo o entrare nella sua stanza. Egli delimitò un particolare angolo del salotto per sé stesso, e ai genitori non era permesso entrare nel cerchio magico. C'era un ripiano nel frigorifero riservato per il suo cibo, e Gerald non mangiava allo stesso tavolo con i genitori. I suoi vestiti non potevano essere lavati nella lavatrice con i loro vestiti e nemmeno asciugati nello stesso essiccatore.

La madre era afflitta dalla riservatezza di Gerald, ma per il padre era quasi una ferita mortale, tanto più penosa perché trovava lo stare con sua moglie piuttosto scomodo e deludente. Quando al padre fu chiesto se provava nella vicinanza con Gerald lo stesso disagio che provava abitualmente con la moglie, rispose assorto di non essere mai stato abbastanza vicino a Gerald per poter scoprire la propria reazione a quell'esperienza. Il ritiro di Gerald semplicemente accresceva il desiderio di simbiosi del padre, e si sarebbero spaventati molto, sia il figlio che il padre, se tale desiderio si fosse avvicinato al suo soddisfacimento.

In un altro caso (H), un padre provò ad allevare sua figlia Gloria in modo che fosse meravigliosamente ben educata (e anche carina) e che rispecchiasse il suo interesse nello sport e l'atletica. Quando lo gratificava, erano baci e abbracci affettuosi. Quando invece non era all'altezza delle sue complesse aspettative, il suo bisogno di vicinanza fisica con Gloria poteva esprimersi in punizioni che comportavano contatti fisici, percosse, lotte, e persino tentativi di strangolamento. Quando la ragazza raggiunse la pubertà, divenne ribelle ad entrambi i genitori, il che provocò nel padre una rabbia cronica, specialmente perché le crescenti preoccupazioni della madre per i problemi di Gloria aumentarono la distanza da suo marito e le impedirono di dedicargli cure materne. La tensione coniugale aumentò; il sesso tra la coppia fu totalmente abbandonato. Gloria si dedicò sempre di più a lavarsi le mani e fare docce, mantenendo ora una separazione fisica con entrambi i genitori per evitare una reciproca contaminazione. Aveva scoperto che la vicinanza con i suoi genitori era un pericolo da evitare quasi ad ogni costo.

In questi e simili casi, i sintomi ossessivo-compulsivi non solo frustrano le necessità di uno o entrambi i genitori di sommergere simbioticamente il figlio, ma tengono a bada qualsiasi impulso aggressivo del figlio o della figlia verso i genitori. I rituali creano distanza e protezione rispetto al desiderio di ferire o servono da punizione per aver deluso un genitore devoto. Era evidentemente in questo contesto che il paziente sperimentava presentimenti di fare o ricevere male. Simultaneamente i desideri di dipendenza del paziente verso i genitori, resi impraticabili in un modo più sano, erano portati avanti schiavizzando questi genitori attraverso un supporto senza fine di sorveglianza.

Morte di un genitore

In un certo numero di casi, un eccessivo coinvolgimento del genitore con il figlio emergeva dopo un divorzio o la morte dell'altro genitore. Sembrerebbe che anche un mediocre matrimonio possa impedire ad un padre o ad una madre il soffocamento totale di un bambino. Ma quando un coniuge se ne va, scompare la possibilità di ridimensionare la pressione portata avanti da un genitore emotivamente esigente. Così ad un paziente in via di sviluppo capitava di perdere un genitore di scarso aiuto per poi essere investita dagli accesi desideri simbiotici intensificati dell'altro.

Un padre, al cui figlio avevamo proposto una presa in carico, ma che non accettò di essere inserito nel programma di ricerca, si trasferì in un luogo isolato dopo la morte di sua moglie e dedicò l'intera sua vita a soddisfare le necessità fisiche di suo figlio, che stava sviluppando sintomi ossessivo-compulsivi. Alla fine il padre stava tentando di fornire servizi che sarebbero stati possibili solo per turni di 24 ore di infermieri, ma del tutto inutilmente, poiché suo figlio andava sempre peggio grazie alle sue solerti cure.

Ruth (D), primogenita e preferita del padre, sviluppò pensieri ossessivi a circa 19 anni, ed era incapace di tenere il lavoro fuori casa. Suo padre morì. La madre cadde in depressione e divenne ancor più di prima dipendente dalle attenzioni delle figlie, aspettandosi che certamente entrambe le sue figlie sarebbero vissute con la madre per il resto della loro vita, occupandosi con dedizione di lei. La paziente mise in atto una sorta di elaborata esagerazione di questo dovere: si sentiva costretta a stare tutto il giorno davanti alla porta per respingere qualsiasi intruso che potesse minacciare la famiglia, e teneva una dettagliata registrazione dei movimenti di ognuno nella casa. Tale sorveglianza divenne così sgradevole che la madre e la sorella lasciavano la casa per la maggior parte del giorno, alleggerendo così la paziente della loro presenza. Ma Ruth era intrappolata nella casa, incapace di portare la sua strana vita all'esterno. Quando alla lunga fu ricoverata e migliorò notevolmente con il trattamento, Ruth espresse la convinzione che se fosse tornata a casa, si sarebbe nuovamente ammalata.

Raggiri familiari

Paradossalmente, le barriere ossessivo-compulsive tra un adolescente ed i suoi genitori gli rendono virtualmente impossibile lasciare casa. Il paziente acquisisce un grande potere attraverso la negazione dell'intimità, e obbliga i genitori a supportare i più estremi ed elaborati sintomi, che a loro volta rendono il paziente senza risorse, dipendente dai servizi dei genitori.

Abbiamo sentito parlare di un padre che guidò per 20 miglia di notte, per trovare uno specifico tipo di saponetta che il paziente insistente voleva per completare una doccia che durava già da ore. C'erano madri che dovevano purificarsi con obblighi rituali prima di lavare i vestiti del paziente. Le umiliazioni ed i maltrattamenti ai quali i genitori si sottomettevano erano incredibili (non fosse stato per il fatto che gli intervistatori le avevano già sentite un sacco di volte!).

Questi genitori riconoscevano che le idee del paziente erano totalmente irragionevoli e non condividevano le loro strane richieste. Ma allo stesso tempo, non erano capaci di rifiutare le loro richieste. Questa incapacità di dire dei "no" era apparentemente basata su: a) l'eccessiva e frustrante necessità di intimità descritta sopra, e quindi la paura di offendere l'oggetto amato; b) l'assenza di vicinanza coniugale fra i due genitori, che impediva di realizzare un "fronte comune"; c) la percezione del figlio come infantilmente incapace di far fronte al mondo esterno anche se il "bambino" era ben oltre l'età di 20 anni; d) gli incredibili, spesso urlati, capricci inscenati dal paziente; e) il totale esaurimento generato dall'occuparsi delle stranezze ossessivo-compulsive; e f) in qualche caso, ma non in tutti, un senso di colpa, in modo particolare di uno dei genitori, per l'indifferenza o l'ostilità provate nei riguardi del bambino nei primi anni di vita, che adesso doveva essere perfettamente "riparato" attraverso un attaccamento servile.

Per esempio, un padre (B) si sentiva in colpa per la sua passività e il suo tirarsi indietro nei confronti di come suo suocero aveva viziato sua figlia, nei primi anni. Per compensare questa sua vecchia trascuratezza, ora credeva che niente dovesse essere trascurato. Sua moglie, che aveva puntato tutta la sua vita sulla figlia nata da loro in tarda età, si unì con lui per soddisfare ogni desiderio della ragazza.

In un altro caso (G), la madre, che era la più intensamente devota dei due genitori, disse che sentiva che il figlio minore era stato trascurato durante i primi anni della sua vita a causa della sua attenzione

per la figlia maggiore. Quando la sua attenzione si spostò sul figlio, questi si ammalò, e lei amaramente si biasimò per la precedente "trascuratezza".

Come conseguenza dell'intensa attenzione e della dedizione dei genitori, il ragazzo con disturbo ossessivo-compulsivo non impara a vivere nel duro mondo esterno; la percezione del padre e della madre diviene una profezia che si auto-determina. Nessuno, tranne i genitori, avrebbe tollerato un giovane adulto che urla per ore fintanto che i genitori non accondiscendono ad un'altra delle sue assurde richieste. Nessuno, tranne loro, avrebbe sorriso e perdonato ogni capriccio, come se il bambino avesse potere di vita e di morte. (In una famiglia [G], un giovane aggredì il padre, temporaneamente non accondiscendente, e avrebbe effettivamente potuto ucciderlo se la polizia non fosse stata chiamata). Spesso c'era la fantasia che "andando via all'Università" li avrebbe salvati tutti. Ma senza essere accompagnato da immensi sforzi terapeutici, il tentativo di intraprendere la vita del *college* rivelava semplicemente che l'adolescente con disturbo ossessivo-compulsivo era totalmente incapace di soddisfare le sue necessità di base, e tanto meno di svolgere elaborati rituali, divenuti una necessità impellente, che quasi sempre necessitavano non solo la tolleranza ma l'attiva collaborazione di altri. Qualcun altro (certamente non il paziente) doveva pulire il bagno, lavare gli asciugamani, pulire il sedile del WC. E se nessuno voleva farlo?

Gli atteggiamenti dei genitori rispetto alle necessità corporee e sessuali erano riflesse e grandemente amplificate nel figlio o figlia che diventava ossessivo-compulsivo. Toccarsi nelle aree genitali era frequentemente tabù per questi pazienti. Orinare e defecare non potevano essere evitati completamente, ma un adolescente poteva insistere in una doccia rituale completa dopo ogni orinazione o movimento intestinale e ridurre l'assunzione di cibi o liquidi a dei livelli sorprendentemente bassi o ad intervalli infrequenti, in modo da evitare visite al bagno.

In un caso, il padre tentò di violentare sua figlia nella prima adolescenza: ciò causò la rottura del matrimonio. Negli anni dopo, quando il padre morì in un manicomio, la figlia sviluppò un'ossessione per cui i mobili da lei ereditati erano abitati da insetti e ciò portò ad una mania della pulizia che influì sulla sua intera esistenza.

Nei primi giorni del matrimonio tra i genitori di un altro giovane paziente (B), la loro attività sessuale era insoddisfacente per la moglie. Invece, per il marito le cose erano andate abbastanza bene fino a quando la paziente nacque, momento in cui sentì di essere diventato per la moglie una "cosa insignificante" sessualmente. La moglie, una donna nella tarda trentina che aveva sperimentato la morte di un bambino nel matrimonio precedente, amava ciecamente la bambina e la soffocò di attenzioni. Suo marito si sentì sempre più abbandonato; all'inizio si ritirò, ma successivamente incominciò a rivaleggiare con la moglie per l'affetto della figlia. La invitò ad avere relazioni sociali senza la moglie, come se questi fossero appuntamenti galanti. Abituamente chiamava la figlia: la sua "fidanzata". La figlia sviluppò un timore di vermi, pulci e granchi; si sentì obbligata a purificare la sua stanza e le sue cose lavando e pulendo senza fine. Sebbene la figlia, che era decisamente carina, avesse avuto numerosi inviti durante le scuole superiori, nessuna di queste esperienze comportò mai alcun contatto fisico. Sembrò che i sintomi ossessivo-compulsivi, se non abbattuti, agissero come barriera ai rapporti sessuali con coetanei, così come rispetto alla vicinanza ai suoi genitori.

Bisogna notare che i pazienti che soffrono di forme meno gravi del disturbo non necessariamente evitano esperienze sessuali. Quando una persona gravemente ossessivo-compulsiva può superare la paura di toccare i genitali e sviluppare una relazione che porta al matrimonio, le cose possono cambiare. Tuttavia, la persona con disturbo ossessivo-compulsivo, normalmente, trova molte difficoltà a sposarsi.

L'intreccio tra gli apprendimenti nelle famiglie di origine e il gioco delle relazioni nelle famiglie di procreazione (inclusi i parenti acquisiti) diviene veramente complesso. Comunque, in questo articolo, ci siamo concentrati sulle relazioni con la famiglia di origine.

Il dilemma dei genitori: una disperata consapevolezza

Qualche volta è stata sollevata la questione se i pazienti gravemente ossessivo-compulsivi, le cui compulsioni sono così spesso accompagnate da pensieri che rasentano il delirio, possono non essere fondamentalmente schizofrenici.

In questo contesto, può valer la pena di osservare che i genitori di questi pazienti ossessivo-compulsivi sembrano sensibilmente differenti dai genitori di schizofrenici, che tendono a negare la loro parte nella malattia del bambino: i padri e le madri dei nostri pazienti ossessivi considerano sé stessi dei cattivi genitori, senza speranza, che hanno fatto tutte cose sbagliate. Tuttavia si sentono completamente senza speranza di cambiamento.

Questa combinazione di consapevolezza e debolezza può essere insopportabilmente dolorosa, come quando un padre ci disse con voce angosciata: "Tra me e mia moglie, abbiamo completamente rovinata quella bella ragazza".

I genitori erano perfettamente consci che certe loro azioni avrebbero reso la situazione peggiore; spesso lo sapevano meglio di qualsiasi altro. Quando consiglieri e consulenti raccomandavano cambiamenti specifici – specialmente dir di no a domande stravaganti del paziente – queste raccomandazioni erano quasi invariabilmente riconosciute come corrette. I genitori comprendevano esattamente cosa doveva essere cambiato, ma si sentivano incapaci di farlo.

Ciò rappresenta un'interessante, sebbene in qualche modo distorta, immagine speculare della reazione del paziente alla sua malattia: sia i genitori che i figli riconoscevano il loro contributo ad un'esistenza intollerabile, ma si sentivano obbligati ad agire come facevano. Il paziente non poteva interrompere una serie di azioni logoranti, e i genitori non potevano rinunciare a cercare di soddisfare i loro stravaganti desideri.

Malgrado la presentazione auto-colpevolizzante dei genitori come responsabili della malattia dei loro figli, di solito mettevano anche da parte questa cosa, e cercavano ossessivamente una differente causa della difficoltà. Se un terapeuta continuava ad esplorare lo sviluppo della sintomatologia nel contesto familiare si arrivava alla domanda: "Ma quale pensate che sia la causa?". E ciò veniva generalmente chiesto come se nessuna delle precedenti discussioni fosse stata fatta, e non come un tentativo di integrare idee complementari o forse contraddittorie.

Una madre molto auto-punitiva (I) ebbe anche una fantasticheria che la malattia di suo figlio fosse stata causata dal fatto di essere nato in un particolare giorno del mese: se lui avesse evitato di nascere di martedì 19, e avesse, invece, aspettato fino a giovedì 21, avrebbe potuto evitare completamente la malattia ossessivo-compulsiva. Per quanto noi potemmo verificare, questa donna non credeva nell'astrologia o ad influenze climatiche o ad esperienze prenatali, e nemmeno era una fatalista religiosa. Aveva semplicemente inventato una teoria privata per suo figlio, che metteva da parte tutte le responsabilità, genetiche o comportamentali, che potevano essere attribuite all'essere umano. Se si cercava di integrare le teorie discordanti dei genitori di pazienti ossessivo-compulsivi, si sarebbe potuto inferire che il paziente era stato colpito da un qualcosa di misterioso, e che, seguendolo, i genitori lo facevano peggiorare senza speranza. Tuttavia questa ipotesi semplificata, ma non insostenibile, veniva presentata in frammenti tali che l'ascoltatore aveva serie difficoltà a tenere insieme.

Effetti del Trattamento

Come abbiamo già detto altrove, quei pazienti nel nostro studio che ricevevano *Anafranil*, ottennero in media il 30% di miglioramento con questa cura. I sintomi di alcuni pazienti regredirono con un tentativo di terapia comportamentale (principalmente desensibilizzazione e prevenzione delle risposte), ma questi benefici tendevano a diventare meno evidenti quando il paziente ritornava presso la famiglia d'origine. Almeno due nostri pazienti avevano precedentemente risposto favorevolmente alla terapia di gruppo o comportamentale, in altri ospedali, perdendo però questi vantaggi quando tornarono a casa; uno di questi pazienti ripetutamente peggiorò quando tentò, in un periodo immediatamente successivo al ricovero, di recuperare rituali non completati durante l'ospedalizzazione.

Nella nostra esperienza, quando un paziente che non era vissuto precedentemente in un modo indipendente era capace di realizzare e mantenere il distacco dalla famiglia d'origine, questo consentiva un migliorato livello di funzionamento. Generalmente, portare avanti questa separazione richiedeva un intenso lavoro sia con il paziente che con i genitori. Anche se i cambiamenti raggiunti con queste famiglie sono stati raramente vistosi, abbiamo avuto l'impressione che fossero tuttavia decisivi per permettere un modo di vivere accettabile ed indipendente. Sfortunatamente, dopo le dimissioni e dopo la fine della terapia familiare, i genitori spesso non volevano o non potevano continuare il trattamento con un terapeuta della loro zona che fosse esperto dei problemi di queste famiglie. In queste circostanze sembrò qualche volta che la famiglia si arrendesse di nuovo ad un equilibrio simultaneamente penoso e seducente.

Il grave disturbo ossessivo-compulsivo è senza dubbio difficile da trattare; si è inclini, forse per questa ragione, a raccomandare la più grande combinazione di terapie che sia disponibile. Queste potrebbero includere i farmaci, un regime comportamentale, terapia familiare, una terapia di gruppo multifamiliare e la terapia individuale per i membri della famiglia, incluso il paziente. Questa combinazione completa è difficilmente realizzabile ma sembra particolarmente importante offrire un aiuto ai genitori specialmente durante la prima fase di vita del paziente fuori dalla famiglia d'origine, un'esperienza così inusuale per tutti, tale da far rischiare un collasso collettivo sotto il peso di una crescente ansietà.

Conclusioni

Si è pensato ad origini psicologiche interne alla famiglia per spiegare lo strano ed eccessivo timore del paziente ossessivo-compulsivo di fare o ricevere del male, tuttavia in questo studio non è stata trovata alcuna prova di un esplicito contributo della famiglia né allo strano stile di pensiero centripeto né alla logica irrazionale adottata dai pazienti.

Tuttavia, abbiamo trovato che a) i pazienti vivevano in culture familiari in qualche modo isolate che enfatizzavano il raggiungimento della pulizia e la perfezione, mentre b) c'era una tendenza per quanto riguarda i sintomi della fase florida della malattia a svilupparsi in un clima familiare caratterizzato dal diffondersi di sentimenti di sconforto e demoralizzazione, fino a che c) il paziente esercitava un enorme potere sulla famiglia, ma gli mancavano le abilità per funzionare se non era oggetto di una massiccia assistenza.

Come abbiamo osservato nelle interazioni e come i partecipanti hanno liberamente ammesso nei colloqui, tutti e tre gli elementi citati erano sottolineati o rinforzati da un intenso struggimento emotivo che era diretto da almeno un genitore verso i figli. Molti dei legami coniugali rivelavano conflitti, dubbi, o frustrazioni rimasti irrisolti sin dalle fasi iniziali del matrimonio, che furono conseguentemente spostati su un figlio nella forma di un insistente ma incompiuto attaccamento da parte del padre o della madre. I sintomi del paziente ossessivo-compulsivo agiscono allora come una barriera nei riguardi della simbiosi, mentre simultaneamente prolungano la dipendenza dalla famiglia ed eludono il raggiungimento di quella perfezione adulta che viene loro richiesta. Una sintesi di questi fattori, così come appaiono nelle singole famiglie, si trova nella Tabella 1.

Il ruolo delle relazioni familiari nello sviluppo delle difficoltà ossessivo-compulsive non nega, naturalmente, la possibilità che i concatenati fattori biologici (inclusi quelli genetici) possano pure dimostrarsi interamente validi. Come Inouye ha suggerito, elementi dell'ambiente possono agire su una personalità vulnerabile geneticamente per produrre il disturbo ossessivo-compulsivo. (14)

Può essere sollevata la domanda se alcuni fattori ereditari contribuiscano alla "cultura" ossessiva di quelle abitudini eccessivamente meticolose che sono state osservate in successive generazioni di queste famiglie. Questa impostazione comportamentale iterativa sembrava essere un elemento nettamente separabile dallo stile centripeto di pensare ed apriva a presentimenti che erano così caratteristici del

paziente identificato, ma non individuabili in altri membri della famiglia. Questa distinzione è coerente con il punto di vista di Rapaport, il quale sostiene che la malattia ossessivo-compulsiva è un disturbo "che sembra discontinuo rispetto a tratti (puramente) ossessivi"(23, p. 1551). Ma si può anche concepire che un certo numero di fattori deve agire contemporaneamente per arrivare ad un classico disturbo ossessivo-compulsivo.

Se si dovessero trovare connessioni neurologiche, specialmente di natura genetica, tra questi intrecci che combinandosi insieme causano disturbi ossessivo-compulsivi, allora le future ricerche dovrebbero essere dirette più attentamente ai vari elementi coinvolti. Test psicologici rivolti ad esplicitare le variazioni nello stile di pensiero per esempio, potrebbero aiutare a chiarire differenze o somiglianze tra il paziente, i parenti che condividono lo stesso ambiente psicosociale, e le famiglie che fungano da gruppo di controllo.

Bibliografia

1. Adams, P.L. Family characteristics of obsessive children. *Am. J. Psychiatry*, 128: 1414-1417, 1972.
2. APA Task Force on Nomenclature and Statistics, *Diagnostics and Statistical Manual of Mental Disorders*, 3rd Ed. America Psychiatric Assoc., Washington, D.C., 1980.
3. Brown, F. S. Heredity in the psychoneuroses. *Proc. R. Soc. Med.*, 35 : 785-790, 1942.
4. Carey, G., and Gottesman, I. Twin and family studies of anxiety, phobic, and obsessive disorders. In Klein, D. F., and Rabkin, J. G., Eds., *Anxiety: New research and Changing Concepts*, pp. 117-136. Raven Press, New York, 1981.
5. Coryell, W. Obsessive-compulsive disorder and primary unipolar depression. *J. Nerv. Ment. Dis.*, 169 : 220-224, 1981.
6. Fine, S. Family therapy and a behavioral approach to childhood obsessive-compulsive neurosis. *Arch. Gen. Psychiatry*, 28: 695-697, 1973.
7. Freud, A. Obsessional neurosis. A summary of psychoanalytic views as presentes at the Congress. *Int. J. Psychoanal.*, 47 : 116-122, 1966.
8. Freud, S. (1909) Notes on a case of obsessional neurosis. In Strachey J., Ed. and Transl., *Standard Edition of the Complete Works of Sigmund Freud*, Vol. 10, pp. 155-378. Hogarth Press, London, 1953.
9. Goodwin, D. S., Guze, S. B., And Robins E. Follow-up studies in obsessional neurosis. *Arch. Gen. Psychiatry*, 20: 182-187, 1969.
10. Hoover, C. F., Differentiating schizophrenics through parental conflict. *J. Clin. Psychol.*, 34 : 884-849, 1978.
11. Hoover, C. F. The embroiled family. *Fam. Process*, 4: 291-310, 1965.
12. Hoover, C. F., and Davenport, Y. B. Closeness of young schizophrenics: Patterns of closeness in the families of schizophrenic, neurotic, and normal adolescents. *Am. J. Fam. Ther.*, 9: 52-60, 1981.
13. Hoover, C. F., and Franz, J. D. Siblings in the families of schizophrenics. *Arch. Gen. Psychiatry*, 26: 334-342, 1972.
14. Inouye, E. Similar and dissimilar manifestations of obsessive-compulsive neurosis in monozygotic twins. *Am. J. Psychiatry*, 121, 1171-1175, 1965.
15. Insel, T. R. Obsessive-compulsive disorder – five clinical questions and suggested approach. *Compr. Psychiatry*, 23: 241-251, 1982.
16. Insel, T. R., Hoover, C., and Murphy, D. L. Parents of patients with obsessive-compulsive disorder. *Psychol. Med.*, 13: 807-811, 1983.
17. Insel, T. R., Murphy, D. L., Cohen, R. M., et al. Obsessive-compulsive disorder : a double-blind trial of clomipramine and clorgyline. *Arch. Gen. Psychiatry*, 40: 605-612, 1983.

18. Judd, J. L. Obsessive-compulsive neurosis in children. *Arch. Gen. Psychiatry*, 12: 136-143, 1965.
19. Kayton, L. And Borge, G. F. Birth order and the obsessive-compulsive character. *Arch. Gen. Psychiatry*, 17: 751-754, 1967.
20. Lewis, A. Problems of osessional illness. *Proc. R. Soc. Med.*, 24 : 325-336, 1935.
21. Murray, R. M., Clifford, C., Fulker, D.W., and Smith, A. Does heredity contribute to obsessional traits and symptoms. In Tsuang, M., Ed., *Genetic Issues*. The Psychosocial Epidemiology Series. Neil Winston, New York, 1982.
22. Pollitt, J. D. Natural history studies in mental illness, a discussion based on a pilot study of obsessional states. *J. Ment. Sci.*, 106 : 93-113, 1960.
23. Rapaport, J., Elkins, R., Langer, D., et al. Childhood obsessive-compulsive disorder. *Am. J. Psychiatry*, 138: 1545-1554, 1981.
24. Rosenberg, C. M. Familial aspects of obsessional neurosis. *Br. J. Psychiatry*, 113: 405-413, 1967.
25. Templer, D. I. The obsessive-compulsive neurosis : Review of research findings. *Compr. Psychiatry*, 13: 375-383, 1972.
26. Welner, A., Reich, T., Robins, E., et al. Obsessive-compulsive neurosis: Record, followup and family studies. I. Inpatient record study. *Compr. Psychiatry*, 17: 527-539, 1976.
27. Woodruff, R., and Pitts, F. N. Monozygotic twins with obsessional illness. *Am. J. Psychiatry*, 120: 1075-1080, 1964.