

La Psiconevrosi Ossessiva nei Gemelli

L. Braconi

Numerosi autori (Lo, 1967; Sakai, 1967; Balestra e Lanzara, 1968; Rosenberg, 1967, 1968, 1969; Goodwin et al, 1969) hanno di recente ripreso il tema dei rapporti tra psiconevrosi ossessiva e psicosi schizofrenica, giungendo a conclusioni pressoché concordi sulla relazione che intercorre tra le due forme mentali, anche se discordi sulle percentuali (Lo 2.3%, Müller 12%).

Dal punto di vista genetistico, viene riconosciuto alla psiconevrosi ossessiva — sin dal Janet che la descrisse nel 1903 — un terreno ereditario, non sempre specifico ma polimorfo, condizionante l'instaurarsi e l'evolversi della sintomatologia coatta. Lowenfeld (1904), Luxenburger (1930), Lewis (1936), Brown (1942), Rüdin (1953), Balslev-Olesen e Jörgensen (1959), Bertucelli e Schiller (1964), Rosenberg (1967), Lo (1967), Sakai (1967) ed altri hanno tutti confermato l'eredità della psicopatologia, seppure con differenti valutazioni e deduzioni.

Lo studio dei gemelli — benché povero di casistiche numerose, data la bassa frequenza popolazionistica della sindrome (5:1 000 000, secondo Woodruff e Pitts, 1964) — ha portato un ulteriore contributo agli studi accennati (Tarozzi, 1938; Rüdin, 1953; Parker 1964; Woodruff, 1964; Inouye, 1965).

Nel nostro Istituto sono state osservate 11 coppie di gemelli, 4 MZ ♀♀ e 7 DZ (1 ♂♂, 4 ♀♀, 2 ♂♀), con sintomi tipici ossessivi, che sono state seguite per un periodo di 2-12 anni (Tab. I). Le osservazioni possono essere riassunte nei punti seguenti.

1. *Età di osservazione.* L'età dei probandi è generalmente giovane; al momento dell'ultimo controllo (1969), oscilla dai 13 ai 35 anni, escluso un caso, ora 68enne.

2. *Ambiente familiare.* Tranne in un caso, non risultano presenti anomalie di rilievo per struttura familiare, partecipazione affettiva dei genitori, condizioni economiche, educazione impartita, etc. Analoga, in MZ e DZ, la frequenza di anomalie psicologiche in altri membri della famiglia.

3. *Sesso, ordine di genitura, peso alla nascita, malattie intercorse.* In accordo con Pollit (1957), Balslev-Olesen e Jörgensen (1959), Skoog (1959, 1965), Ingram (1961), Kringlen (1965), Rosenberg (1967, 1968, 1969) etc., e in contrasto con Lo (1967), Kayton e Borge (1967), etc., il sesso prevalente è quello femminile.

Tab. I. Coppie osservate di gemelli con sintomi ossessivi

N. coppia	Zigotismo e sesso	Anno nascita	Età insorgenza		Periodo osservazione	Concordanza	Evoluzione	Ereditarietà
			I	II				
1	MZ ♀♀	1943	17	17	1958-69	++	Migliorate	Padre distimico; fratello e sorella depressi
2	MZ ♀♀	1941	15	16	1961-69	+++	Schizofrenia	Ramo materno: nonna e sorella nonna schizofreniche; madre nevrosica
3	MZ ♀♀	1950	13	15	1964-69	++	Migliorate	Padre nevrosico
4	MZ ♀♀	1947	15	10	1967-69	+++	Schizofrenia	Ramo paterno: fratello nonna schizofrenico; padre schizoide
5	DZ ♂♂	1941	6	—	1962-69	—	Schizofrenia	Padre ossessivo
6	DZ ♂♂	1956	12	12	1963-69	++	Invariati Oligofrenia	Ramo materno: sorella nonna psicosa; ramo paterno: nonna ansiosa
7	DZ ♀♀	1947	—	12	1965-69	—	Migliorata	Padre paranoideo; madre neurastenica; fratello ossessivo
8	DZ ♀♀	1955	4	—	1959-69	—	Migliorata?	Ramo paterno: nonna delirante; padre ossessivo; madre nevrosica ansiosa; fratello ossessivo
9	DZ ♀♀	1934	—	22	1957-69	—	Deliroide interpretativo	Madre ansiosa; zia materna isterica (?)
10	DZ ♂♀	1956	8	—	1964-69	—	Migliorato	Nonno paterno ossessivo
11	DZ ♂♀	1901	—	22	1962-69	—	Invariata	Madre ansiosa

L'ordine di genitura (sia rispetto agli altri membri della fratria, che intercoppia) non interferisce su decorso, gravità o preferenza nei gemelli discordanti.

Peso alla nascita sempre nei limiti della norma gemellare, senza sensibili differenze fra cogemelli.

Non si rilevano malattie particolari che abbiano esposto un gemello più dell'altro a meiopragie organiche.

4. *Intelligenza e personalità.* Livello intellettuale medio in tutte le coppie, tranne una con oligofrenia lieve in entrambi (QI = 65), e una con intelligenza superiore alla media (QI = 120). L'esame della personalità secondo il metodo di Rorschach, dove fatto, non ha contribuito a chiarire motivi dinamici: quasi tutti i protocolli

hanno un ET coartato negli individui affetti, con costanti perseverazioni, incertezza nelle forme, immaturità affettiva, note ansiose.

5. *Inizio, tipo e decorso dei sintomi.* I probandi sono stati tutti seguiti con controlli periodici e trattati con terapie mediche e psichiche. In alcuni casi, purtroppo, la diagnosi di evoluzione psicosica era stata prospettata in anticipo e ogni terapia preventiva si è dimostrata inutile. Su di un caso, ora 14enne e in fase di stabilità, pesa una prognosi infausta.

La sintomatologia viva ha avuto inizio in epoche variabilissime, dai 4 ai 22 anni, con una preferenza per il periodo puberale. Nelle quattro coppie in cui vi è stato sviluppo schizofrenico concordante o discordante, i sintomi coatti si sono evidenziati in due a 15 anni, in una a 6 anni e in una a 22 anni; essi erano caratterizzati da idee e paure fobiche, rituali sempre accompagnati da coazione parassita e criticata.

In alcuni casi sono stati preceduti da tics e manifestazioni di ansia generica.

In due coppie MZ e in due DZ, la psiconevrosi ossessiva è precipitata nella schizofrenia; in due coppie MZ e in tre DZ, si è avuto un miglioramento, e in due DZ una stabilità. Nei pazienti migliorati, i sintomi coatti hanno subito variazioni in senso modicamente depressivo o di minor vivacità coattiva, con rassegnazione ed adattamento.

Solo in una coppia MZ vi è stato un insorgere contemporaneo della sindrome ossessiva; nelle altre tre, vi è stato uno scarto di uno, due e cinque anni. Questo e l'assenza di concordanza — tranne in un caso — nei gemelli DZ, hanno permesso di non ritenere probabile un'induzione nel comportamento.

6. *Concordanza.* Delle quattro coppie MZ, due sono concordanti, sia nei sintomi iniziali come nell'evoluzione in psicosi; due sono parzialmente concordanti nei sintomi (nel senso che le coazioni hanno un diverso contenuto e una diversa espressione), ma egualmente nell'evoluzione in miglioramento. Delle sette coppie DZ, sei sono discordanti (pur presentando due cogrammi note di lieve ansia) e una è concordante su un comune terreno oligofrenico.

7. *Ereditarietà.* Negli ascendenti e nei collaterali si rileva sempre un'elevata incidenza di anormalità psichiche, sia in senso nevrosico che psicosico, più diffuse o esclusive nel ramo paterno, in sei casi; nel ramo materno, in tre; in entrambi, in due.

Solo due padri e un nonno presentano la forma ossessiva tipica. In quattro famiglie sono presenti, nel giro di tre generazioni, uno o più casi di schizofrenia: in una, un padre e due fratelli sono depressi distimici; in quattro, predominano intensi disturbi nevrotici (neurastenici, disforici ansiosi, etc.). Solo 2 fratelli su 26 presentano sintomi da coazione.

La schizofrenia è insorta in due coppie MZ, con casi di schizofrenia negli ascendenti; in una coppia DZ, con sviluppo isosindromico e con un padre ossessivo; e in una coppia DZ, con familiarità intensamente nevrotica. La sindrome schizofrenica è sempre insorta lentamente, con un'evoluzione paranoidea dei sintomi.

Nelle forme a contenuto e ereditarietà distimica, la variazione dell'umore è sempre distinta dalle coazioni, inserendosi periodicamente in esse. Negli altri casi con eredità nevrosica, la sindrome è rimasta stazionaria o è migliorata.

Tali osservazioni confermano che nella psiconevrosi ossessiva è presente un *continuum* ereditario, non specifico, ma tipico in un carattere fondamentale comune: *l'insicurezza di sé*. Al disturbo emotivo, comune ad ogni altra psiconevrosi, la personalità ossessiva aggiunge una frattura interiore della personalità.

La spinta coatta a uno schema di idee o di azioni è nettamente separata dalla valutazione critica verso le stesse idee o azioni e non viene razionalizzata a giustificare il comportamento abnorme. Allo « psichismo di difesa », tipico delle altre nevrosi, si oppone, nella psiconevrosi ossessiva, lo « psichismo parassita », ad impedire un'organizzazione globale nella malattia. Questa « dissociazione criticata » sottopone l'individuo ad uno stress imponente, che viene superato nei casi favorevoli; che sfocia lentamente verso un adattamento passivo, con rinuncia alla lotta (personalità astenica di Janet), in quelli a evoluzione cronica; che precipita in una dissociazione reale, non più criticata, in quelli sfavorevoli.

Il destino del paziente è, di norma, condizionato dai fattori ereditari. Le malattie mentali, in definitiva, sono l'espressione di carenze geniche a differenti livelli, in costante interrelazione tra loro, alla ricerca di un equilibrio compatibile con l'adattamento dell'individuo al suo ambiente. Dall'entità e dalla prevalenza di una di esse, si sviluppano o si determinano quadri nosografici clinicamente differenziati, ma geneticamente legati.

Bibliografia

- BALESTRA L., LANZARA D. (1968). Rapporti tra sintomatologia fobico-ossessiva e schizofrenia. *Rass. Studi Psichiat.*, **2**: 161.
- BALSLEV-OLESEN T., JØRGENSEN E. (1959). The prognosis of obsessive-compulsive neurosis. *Acta Psychiat. Scand. (Suppl.)*, **136**: 232.
- BERTUCCELLI R., SCHILLER E. (1964). Le nevrosi fobico-ossessive dell'età evolutiva. *Infanzia Anormale*, **56**: 9.
- BROWN F. (1942). Heredity in psychoneuroses. *Proc. Roy. Soc. Med.*, **35**: 785.
- GOODWIN D. W., GUZE S. M., ROBINS E. (1969). Follow-up studies in obsessional neurosis. *Arch. Gen. Psychiat. (Chicago)*, **2**: 182.
- INGRAM I. M. (1961). Obsessional illness in Mental Hospital patients. *J. Ment. Sci.*, **107**: 382.
- INOUE E. (1965). Similar and dissimilar manifestations of obsessive-compulsive neurosis in MZ twins. *Amer. J. Psychiat.*, **121**: 1171.
- KAYTON L., BERGE G. F. (1967). Birth order and the obsessive-compulsive character. *Arch. Gen. Psychiat. (Chicago)*, **6**: 751.
- KRINGLEN E. (1965). Obsessional neurotics. *Brit. J. Psychiat.*, **111**: 709.
- LEWIS A. (1936). Problems of obsessional illness. *Proc. Roy. Soc. Med.*, **29**: 325.
- LO W. H. (1967). A follow-up study of obsessional neurotics in Hong Kong Chinese Hospital. *Brit. J. Psychiat.*, **113**: 823.
- LOWENFELD (1904). Cit. Skoog, 1959.
- LUXENBURGER H. (1930). Heredität und Familientypus des Zwangneurotiker. *Arch. Psychiat. Nervenkr.*, **91**: 50.
- MÜLLER C. (1953). Der Übergang von Zwangneurose im Schizophrenie in Lichte der Katamnese. *Schweiz. Arch. Neurol. Neurochir. Psychiat.*, **72**: 212.
- PARKER N. (1964). Close identification in twins discordant for obsessional neurosis. *Brit. J. Psychiat.*, **110**: 496.
- POLLIT J. (1957). Natural history of obsessional states. *Brit. Med. J.*, **1**: 194.
- ROSENBERG C. M. (1967). Familial aspects of obsessional neurosis. *Brit. J. Psychiat.*, **113**: 405.
- (1968). Obsessional neurosis. *Aust. New Zeal. J. Psychiat.*, **2**: 33.

- (1969). Complications of obsessional neurosis. *Brit. J. Psychiat.*, **114**: 477.
- RÜDIN E. (1953). Ein Beitrag zur Frage der Zwangskrankheit, insbesondere ihrer hereditären Beziehungen. *Arch. Psychiat. Nervenkr.*, **191**: 14.
- SAKAI T. (1967). Clinico-genetic study in obsessive compulsive neurosis. *Bull. Osaka Med. Sch.*, **12**: 323.
- SKOOG G. (1959). The anancastic syndrome. *Acta Psychiat. Scand.*, **34**: 134.
- (1965). Onset of anancastic conditions. *Acta Psychiat. Scand.*, **41**: 184.
- TAROZZI G. (1938). Sulle psicosi gemellari. *Note e Riv. di Psichiat.*, **67**: 413-445.
- WOODRUFF R., PITTS F. N. (1964). MZ twins with obsessional illness. *Amer. J. Psychiat.*, **120**: 1075.

Dr. L. BRACONI, Istituto di Genetica Medica e Gemellologia Gregorio Mendel, Piazza Galeno 5, 00161
Roma, Italy.