

2) Al mismo tiempo, se desarrolla una comunicación intergemelar de gran intensidad, con una característica distribución de funciones: el gemelo considerado por uno de sus padres —especialmente la madre— como el más fuerte (por ser el primero en nacer o haber pesado más) asume la responsabilidad por su compañero más débil. Casi podría decirse que la “consciencia de la pareja” (ver Bracken, 1936) queda delegada en él. A consecuencia de ello, este gemelo muestra una mayor disposición a seguir las normas paternas y dispone de una defensa más estable que la de su gemelo, pues está ligada a cierta satisfacción narcisista (“tú eres el más fuerte”).

El representante del superyó está menos predispuesto a mostrar síntomas de enfermedad y no depende tanto de una intensa comunicación entre ellos como el más débil y necesitado de guía. Para éste, toda mengua de la intensidad de la comunicación propiciará una situación de tentación y renuncia de nuevos impulsos autónomos.

El grado de concordancia entre los gemelos es menor que en el caso marcado con el número 1. Existen también diferencias del grado de neurosis, favorables al “guía” del grupo.

3) Otra vez se trata de una gran intensidad de la comunicación intergemelar, favorecida por el medio, ya que los gemelos siempre son tratados como una entidad, sin diferenciación individual. Sin embargo, en diferentes terrenos el medio despierta impulsos de rivalidad, por ejemplo, en cuanto al rendimiento personal. En el terreno de las realizaciones, la consideración y el prestigio se manifiestan tendencias a delimitarse y afirmarse el uno ante el otro. El que por haber nacido primero fue portavoz del grupo, está especialmente dispuesto a identificarse con el guía de la familia: el padre.

Entre tales gemelos surgen conflictos, ya que la comunicación de la pareja, que por una parte constituye un refugio contra el medio (comunidad de lucha y acaso de travesuras), por la otra constituye un obstáculo para la autoafirmación individual. Tales conflictos pueden propiciar situaciones de tentación y renuncia y la liberación de síntomas neuróticos.

Si se combinan las tendencias individuales a la autoafirmación de cada uno de los gemelos, pueden éstos llegar a un desarrollo relativamente autónomo. El grado de concordancia entre ellos se hace cada vez menor y, en consecuencia, también disminuye la intensidad de la comunicación.

MANIFESTACIÓN DE SÍNTOMAS ORAL-DEPRESIVOS *

*Helga Schepank ***

LA PRESENTE contribución a la investigación sobre gemelos se refiere especialmente a las condiciones en que se manifiestan los síntomas oral-depresivos. Como quedó comprobado en las investigaciones presentadas ante el Foro psicoanalítico, la predisposición neurótica está determinada por factores genéticos. Sin embargo, el hecho de que la neurosis se manifieste en distintas esferas de la personalidad por medio de síntomas, depende considerablemente de los factores ambientales de la infancia. Nuestra investigación con 40 parejas de gemelos berlineses intentó determinar la relación entre las tempranas influencias del medio y la enfermedad depresiva posteriormente manifiesta. En un principio, enfocamos nuestra atención exclusivamente sobre factores perfectamente verificables. Los datos así obtenidos los comparamos en dos grupos de pacientes, examinando su influencia en la formación de estructuras caracterológicas depresivas. Nuestros 80 gemelos mostraron muy diversos síntomas oral-depresivos. Clasificamos a nuestros sujetos de experimentación como depresivos, cuando poseían uno de los síntomas, que de acuerdo con la teoría psicoanalítica son indicios de fijaciones y de formación de estructuras de la fase oral: estados de ánimo depresivos vividos subjetivamente; estados depresivos encubiertos, como cansancio, falta de iniciativa, inhibición para jugar; rendimiento insuficiente de carácter depresivo; además, sentimientos neuróticos de culpabilidad, pensamientos suicidas e intentos de suicidio, tartamudeo, anorexia hasta el extremo de enflaquecimiento, incapacidad de comer delante de otras personas, hiperfagia, oscilaciones de peso, náusea ante ciertos alimentos, agruras, gastritis, úlcera (comprobada), adicciones, abuso de golosinas, así como síntomas de abandono oral como son robo, engaño o descuido en el trabajo.

Clasificamos a nuestros pacientes como enfermos oral-depresivos o como libres de esta enfermedad, según se hubiera manifestado o no alguno de estos síntomas al nivel de enfermedad. 84% de los gemelos presentaban uno o más de estos síntomas. El coeficiente de enfermedad de nuestros casos índice, es decir, de los gemelos que llegaron a vernos en calidad de pacientes, alcanzó un 92%.

Ante una morbilidad tan alta, se pregunta uno si la condición de gemelo es propicia para la manifestación de síntomas de enfermedades oral-depresivas. Con el fin de resolver esta cuestión, examinamos comparativamente un grupo de 40 pacientes no gemelos, que coincidían con los gemelos de nuestra

* Conferencia sustentada en el III Foro Internacional de Psicoanálisis. México, 1969. De la serie “Cien pares de gemelos. Una contribución a la etiología de las enfermedades neuróticas.” Trad. G. Saemisch.

** Berlín.



investigación en edad, sexo y año de nacimiento. Sólo un 70% del grupo control estaba atacado de los mismos síntomas; la diferencia entre ellos y los gemelos era, entonces, de un 22% y es significativa a un nivel del 5%.* Lo anterior significa que los gemelos, cuando sufren manifiestamente un padecimiento neurótico, desarrollan fijaciones orales con sus correspondientes síntomas, con más frecuencia que los no gemelos. Quizá el reconocimiento de las frustraciones orales de los gemelos fue la causa de que en muchas partes se matara a uno de ellos inmediatamente después de nacido. Se creía, por ejemplo, que el gemelo nacido en segundo lugar podría matar después a la madre. Conforme a lo cual dijo Schultz-Hencke, un poco exageradamente, "en el depresivo puede haber un asesino latente". Entre nuestros 80 gemelos berlineses tuvimos un suicida y cuatro llamados a comparecer ante el tribunal por robo o asalto.

El segundo paso de nuestra investigación fue averiguar si el sexo de los gemelos y las combinaciones resultantes en las parejas tenían importancia para el desarrollo de síntomas depresivos.

Al comparar la incidencia de la enfermedad no hubo diferencia alguna entre las mujeres y los hombres sometidos a investigación, es decir que el sexo no influye en la manifestación de síntomas. Sin embargo, a la luz de un examen más riguroso de cada uno de los grupos, se encontraron tendencias específicas de cada sexo: las hermanas gemelas de un mismo sexo parecen tornarse depresivas con más frecuencia que la gemela de un varón. De 32 parejas del sexo femenino, tres mostraron síntomas depresivos. En cambio, de 10 mujeres de parejas mixtas, sólo cuatro, es decir, ni siquiera la mitad, adolecían de estos síntomas.

También en comparación con sus hermanos, las gemelas de parejas mixtas excepcionalmente resultaron depresivas. En 10 parejas mixtas, las mujeres, como dijimos, arrojaron un total de cuatro enfermas, en tanto que los hombres sumaron nueve.

En el trato terapéutico con examinados del sexo masculino, pertenecientes a parejas mixtas, pudimos observar repetidamente, además de una oralidad inhibida, actitudes masoquistas con matices de culpabilidad, en especial ante mujeres. Estos pacientes se comportaban de tal manera que parecían haber dañado y castrado con sus tempranos deseos orales de incorporación, a su hermana, casi tan importante para ellos como su propio *self*. Para desviar la venganza y la inminente autodestrucción reprimían intensamente impulsos orales, y los retrocargaban con sentimientos de culpabilidad. El hombrecito de nuestra pareja de gemelos más joven: dos y medio años, fue traído a consulta por su madre porque desde hacía meses rechazaba cualquier alimento que no estuviese íntegro, que su madre dividiese o cortase en partes y que él tuviera que compartir con su hermana gemela. Su protesta fue al principio angustiosa, y se manifestó ante un plátano partido. Más tarde dejaba a su hermana las golosinas o bocadillos especiales. La pequeña se comía todo

* $\chi^2 = 5,2512$.

con manifestaciones de júbilo, sin sentirse jamás atemorizada por una pérdida inminente. Cuando fue llevada a consulta tenía ya algo de sobrepeso.

El aferrarse a la intensa identificación con el hermano, parece aminorar en las hermanas gemelas la problemática de regresión y el complejo de castración. Con frecuencia, el hermano, a pesar de su constitución más fuerte, desempeña masoquistamente el papel de "id" y de víctima expiatoria. Esta división de las funciones de la personalidad, acerca a la muchacha a los ideales del educador. La conducta agresiva la expresa a través del hermano, al que, sin embargo, nunca reprocha su papel. En comparación con las parejas mixtas, las pacientes de parejas en las que ambas partes pertenecen al sexo femenino mostraron un nivel de padecimiento oral-depresivo más alto, que incluso sobrepasó al grado alcanzado por todos los pacientes del sexo masculino juntos. Parece que la hermana gemela intensifica la depresión, mientras que el hermano tiene un efecto antidepresivo sobre su gemela.

Los psicoanalistas han observado en gemelos univitelinos una marcada debilidad del yo: se aferran a la identificación visual primaria con su gemelo, que es su imagen refleja, evitando cualquier otra relación objetal.

Sin embargo, la patología depresiva de las parejas monocigóticas era casi idéntica a la de las parejas bicigóticas de un solo sexo; un 86 y un 98%. La patología de las parejas mixtas alcanzó un 75%. Es decir, que los gemelos monocigóticos no enfermaban con mayor frecuencia que los bicigóticos, como se sospecharía por el conflicto de identidad más acentuado en los univitelinos. Empero, los psicoanalistas, especialmente Burlingham y Leonard, aseguran que los mecanismos de identificación mutua de los gemelos monocigóticos pueden reprimir la manifestación de síntomas neuróticos. Sólo al separar a los gemelos se ha observado con cierta frecuencia una descompensación, con la consecuente revelación de síntomas neuróticos o psicóticos.

En la segunda parte de la investigación enfrenté a los 10 pares de gemelos más depresivos con los 10 pares que presentaban los síntomas más débiles, y comparé las condiciones del medio en que se desarrollaron ambos grupos. Para ello fue necesario valorar jerárquicamente la intensidad de los síntomas de cada uno de los 80 pacientes. A fin de facilitar un poco la tarea, calculé un índice para la depresión de cada paciente; esta puntuación incluía el número de síntomas depresivos, su duración y su intensidad.

Al comparar las fechas de nacimiento de ambos grupos, el resultado fue impresionante: nueve de cada 10 parejas gravemente depresivas habían nacido muy poco antes o durante la segunda Guerra Mundial, en los años de 1937 a 1944. Del grupo de depresivos leves ni una pareja había nacido en esta época, ni tampoco durante los difíciles años de 1945 a 1960. El resultado es significativo al nivel del 1% e indica que las condiciones de guerra prevalecientes durante los primeros años de vida estimulan las formaciones de estructuras del carácter depresivas. Lo anterior concuerda con los resultados de las investigaciones realizadas por T. F. Hau (Friburgo) en el año de 1968, que había observado en un grupo de 1 000 jóvenes, enfermos neuróticos de los años de la guerra, una clara repetición de estructuras del carácter esquizoides y depresivas.

Por lo que se refiere a la psiquiatría infantil (Villinger, 1952), durante largo tiempo se sostuvo la opinión de que los daños psíquicos duraderos causados por la guerra son mucho menos frecuentes de lo que se suponía.

El examen de las 20 parejas con relación a la falta de algún miembro de la familia, dio por resultado lo siguiente: los más depresivos que crecieron hasta el sexto año de vida en el seno de familias incompletas, arrojaron un total de seis, los menos depresivos alcanzaron el número uno. Ello indica que la convivencia con una familia incompleta durante más de un año es condición segura para la manifestación de síntomas de depresión.

En este caso, sorprende que no sea necesariamente la madre la faltante. (Éstas faltaban en ambos grupos con la misma frecuencia.) La ausencia del padre resultó estadísticamente significativa. En las parejas depresivas faltó el padre durante los primeros seis años, seis veces; en las parejas más sanas, sólo faltó una vez durante más de un año. En cambio, si el padre estaba presente, su propia salud no tenía importancia como factor desencadenador de posteriores síntomas depresivos. Sólo fueron determinantes en la manifestación de síntomas, los estados prolongados de salud perturbada de la madre. En el caso de las parejas más severamente depresivas, todas las madres padecieron durante largos periodos en los primeros seis años, de enfermedades orgánicas o psicógenas. Las parejas más sanas con madres enfermas sólo fueron tres. La enfermedad prolongada de la madre tiene pues, como condición de manifestación de síntomas depresivos, un alto significado estadístico.*

Por otro lado, la familia excesivamente grande constituida también por personas sustitutas, resultó estimulante de la depresión. De 10 de las parejas más depresivas, siete tuvieron a su alrededor personas sustitutas. Del otro grupo, en cambio, sólo dos. Queda comprobado, entonces, que los extraños en el seno de la familia, como son estrictamente los abuelos, los tíos o los padres sustitutos, favorecen la formación de fijaciones orales.

Al comparar ambos grupos con respecto al número de hermanos, y la diferencia de edad entre ellos, no se obtuvieron resultados unívocos. Se pudo ver una tendencia en el sentido de que los gemelos menos depresivos tenían en promedio menos hermanos que los más enfermos. 1,4 y 2,1 hermanos por pareja de gemelos fueron los valores promedio para ambos grupos. Los gemelos más sanos eran con frecuencia hijos únicos.

Tampoco el *status* social de la familia determinó diferencia alguna. Los pacientes depresivos mismos, por supuesto, tuvieron un marcado descenso social muy significativo.

De los 40 gemelos de ambos grupos, sólo dos parejas levemente depresivas sintieron que sus padres habían deseado su llegada. Todos los pacientes, se podría afirmar, se creyeron igualmente rechazados por sus padres. Por lo tanto, el diverso grado con que la perturbación psíquica los había marcado, no guardaba ninguna relación con el hecho de sentirse deseados o no. Pero es posible que se asocie el factor "nacimiento indeseado" con la particularidad

* $p = 0,01$

de ser gemelo: esta particularidad, como pudimos comprobar, determina la manifestación de síntomas.

En cuanto a la lactancia, no hubo ningún factor determinante. Las parejas de ambos grupos fueron amamantadas con igual frecuencia.

Finalmente, sometimos a prueba el orden jerárquico: en el caso de problemas sociales de tipo leve a medio, que aquejaron a la familia, los gemelos primogénitos y los nacidos en segundo lugar no presentaron diferencia alguna en su tendencia a la depresión. Cuando la influencia del medio era más negativa, la primogenitura resultó una condición más para el desarrollo de síntomas depresivos. En siete ocasiones el gemelo perteneciente al grupo de enfermos más graves fue el nacido en primer lugar. En cambio, en el grupo de enfermos más leves, sólo dos gemelos eran primogénitos. El resultado es significativo ($p < .05$).

Habiendo sido discutidas ya las influencias del medio importantes para la manifestación del complejo de síntomas oral-depresivos, permítaseme hacer una observación más, a propósito de la herencia de estos síntomas. La prueba concordancia/discordancia de 39 parejas de gemelos procedentes de Berlín, dio un índice de concordancia para los gemelos monocigóticos de 81% y para los gemelos bicigóticos de 65%. Las cifras fueron 13:3 y 15:8. La diferencia entre ambos índices de concordancia no es significativa al grado de ratificar la hipótesis de la herencia, pero revela una clara tendencia en este sentido. También el examen de las diferencias entre parejas, por lo que toca al aspecto depresivo, apuntó en esta dirección.

Quizá el conocimiento de la influencia de ciertos factores genéticos sobre la formación de estructuras neuróticas, aunado al conocimiento que ya poseemos de los determinantes del medio ambiente, contribuya a delimitar las facultades del método psicoanalítico y evitar las necesarias desilusiones.

