

HISTERIA E DESENVOLVIMENTO EMOCIONAL: O LEGADO DE MASUD KHAN

HISTERIA Y DESARROLLO EMOCIONAL: EL LEGADO DE MASUD KHAN

Sergio Gomes
Membro Efetivo do Círculo Psicanalítico do Rio de Janeiro,
Membro do Grupo Brasileiro de Pesquisa Sándor Ferenczi,
Diretor e membro fundador do Instituto Nebulosa Marginal,
autor de "A gramática do silêncio em Winnicott".
sergiogsilva@uol.com.br

Para citar este artículo / Para citar este artigo / To reference this article

Gomes S. (2020) HISTERIA E DESENVOLVIMENTO EMOCIONAL:
O LEGADO DE MASUD KHAN

Intercambio Psicoanalítico 11 (2), DOI: doi.org/10.60139/InterPsic/14.2.1/
Creative Commons Reconocimiento 4.0 Internacional (CC By 4.0)

HISTERIA E DESENVOLVIMENTO EMOCIONAL: O LEGADO DE MASUD KHAN

Sergio Gomes¹

1 Psicanalista, Pós-Doutorando em Psicologia (USP), Doutor em Psicologia (Puc-Rio), Membro Efetivo do Círculo Psicanalítico do Rio de Janeiro, Membro do Grupo Brasileiro de Pesquisa Sándor Ferenczi, Diretor e membro fundador do Instituto Nebulosa Marginal, autor de "A gramática do silêncio em Winnicott". Email: sergiogsilva@uol.com.br

Resumo: O presente trabalho busca analisar o distúrbio psíquico da histeria, inscrita na etiologia e nosologia psicanalítica clássica ao modelo do conflito psíquico típico da neurose, a partir da teoria do desenvolvimento por Masud Khan. Para este autor, a histeria não se constitui unicamente pela repressão dos desejos sexuais, da impossibilidade de realização desses desejos, da sexualidade ameaçada ou reprimida. A histeria é um distúrbio decorrente das falhas do cuidado ambiental nos primeiros anos de vida ameaçando a coesão do eu-corpo, que intensifica a exploração dos aparelhos sexuais da criança, produzindo, por consequência, um rancor e uma mágoa, por parte do histérico, das falhas do cuidado quando chega na vida adulta.

**"Fantasias são sempre piores do que a realidade".
Donald W. Winnicott, 1944, p. 405.**

A histeria constituiu o grande modelo da neurose no final do século XIX desde que Charcot, Breuer e Freud propuseram uma etiologia para este tipo de adoecimento psíquico. No entanto, a compreensão da histeria para a psicanálise clássica ficou referida ao modelo do conflito psíquico: primeiro, entre o desejo e a impossibilidade de realizá-lo; depois, um conflito entre o inconsciente e o consciente; em seguida, o conflito foi visto na vivência do complexo edípico para, então, ser pensado a partir de um conflito entre o Eu (Ego/Das Ich) e o Isso (Id/Das Es). Todas as manifestações históricas foram pensadas inicialmente como uma simulação, para só depois ser compreendida como uma doença funcional com um conjunto de sintomas bastante definidos e marcado pelo adoecimento tanto físico quanto psíquico, colocados em ato no teatro do corpo.

Com efeito, o adoecimento histérico pode ser compreendido como uma invenção do final do século XIX, antes mesmo do enclausuramento de inúmeras mulheres no Hospital Salpêtrière. Foi assim que, em 1892, Breuer e Freud (1893-1895/1996) lançam "Estudos sobre a histeria", buscando as raízes etiológicas desse adoecimento que praticamente inaugura o pensamento clínico psicanalítico. A invenção da histeria foi oriunda de uma repressão dos desejos sexuais, de uma possibilidade de realização desses desejos, ao mesmo tempo de uma sexualidade ameaçada, reprimida e recalcada, cabendo à Freud e seus herdeiros libertarem seus pacientes por meio da terapêutica psicanalítica.

Até então, a histeria não fora compreendida como um tipo de adoecimento cujas causas poderia remontar às relações entre a mãe e o bebê, tal como demonstraram os psicanalistas das relações objetais, cujo principal representante encontra-se em Donald W. Winnicott. Para ele, os distúrbios psíquicos se referem às falhas do ambiente no cuidado com o bebê em relação à sua teoria do desenvolvimento emocional (Winnicott, 1945). Por outro lado, se Winnicott é referendado aos tipos de adoecimento psíquico mais graves, como autismo, psicose e pacientes borderlines, o mesmo não pode ser visto no que se refere aos adoecimentos típicos da neurose, como a histeria.

Winnicott nunca se deteve atentamente à etiologia da histeria, mas trouxe algumas contribuições, ao ressaltar as falhas do cuidado ambiental no que se refere à produção das ansiedades. A relação mãe-bebê não deriva de experiências instintivas ou da relação objetal que emerge dessas experiências. As ansiedades são anteriores às experiências instintivas, podendo, no mais das vezes, ocorrer ao mesmo tempo, paralelamente a elas e misturando-se a elas. As ansiedades são oriundas, portanto, de falhas no cuidado (holding) e no manejo (handling) do bebê, ao não fornecer apoio vivo e contínuo como parte de uma maternagem suficientemente boa. Para o autor, há certos tipos de ansiedades que ocorrem nos primórdios da infância e são impedidos por um cuidado ambiental deficitário, muitas vezes por conta da ansiedade materna ou algum outro distúrbio psíquico.

As falhas no cuidado produzem o estado de não-integração de determinadas vivências por parte do bebê durante os primeiros meses de vida, mas não são falhas no cuidado suficientes para produzir agonias impensáveis ou mortes fenomênicas, típicas dos distúrbios psíquicos graves. Poderíamos dizer que são traumas cumulativos que são vividos ao logo do primeiro ano de vida do bebê, e que prosseguem até chegar nas relações triádicas, com pessoas totais. Ou seja, são pequenas fendas que vão se constituindo durante os cuidados maternos ao longo do desenvolvimento da criança, desde a infância até a adolescência. A mãe falha no seu papel de escudo protetor, de ego auxiliar e de cuidados em atender as necessidades do infante, e são justamente essas microfissuras, essas fendas que vão se acumulando na superfície do cuidado e que não irão provocar um trauma pontual, com cisões no núcleo do Eu ou do self, mas sim ao longo de todo o desenvolvimento da criança conforme defende Masud Khan (1977b).

Mohammed Masud Raza Khan nasceu na Índia colonial, em Jhelum, em 1924 e foi paciente e amigo pessoal do psicanalista e pediatra inglês Donald W. Winnicott. Psicanalista pertencente à Sociedade Britânica de Psicanálise (SBP) e do Grupo Independente (Middle Group), veio de família abastada, com um pai rico e proprietário de terras e criador de cavalos, e mãe cortesã e bailarina. Depois de se formar em Letras na Universidade de Pundjab, veio a ser estimulado por seu analista a fazer formação na SBP. Chegou em Londres em 1946 e logo foi aceito para a formação. Na continuidade do seu trabalho, chegou a ser editor do *International Psychoanalytic Library*, do *International Journal of Psycho-Analysis* e co-editor da *Nouvelle Revue de Psychanalyse*, além de membro didata da SBP. Foi um clínico profícuo, muito embora tenha sido execrado pela Sociedade Britânica ao final da vida por atividades clínicas suspeitas (Roudinesco e Plon, 1997). Ele contribuiu para a clínica psicanalítica com textos lapidares e seminais, a partir da sua leitura sobre a teoria do desenvolvimento emocional de Winnicott e das construções originais acerca do conceito de regressão, transferência, personalidades borderlines e esquizoides e principalmente sobre os distúrbios psíquicos da perversão e da histeria.

Para ele, a histeria refletia tanto a moralidade manifesta quanto as aspirações sexuais do ethos de uma época, fazendo com que ela fosse identificada a uma feiticeira cujo destino não podia ser outro, senão ser queimada na fogueira, ou talvez ser santificada e glorificada com suas manifestações corporais diversas.

Na sua acepção, a histeria corresponde às falhas do ambiente humano nos primeiros anos de vida, acrescido de um desenvolvimento sexual precoce, cujos os afetos e as angústias vividas nesse período do desenvolvimento se originam, mais uma vez, devido a uma falta do holding materno, ameaçando a coesão do eu-corpo, e que são intensificados pela exploração dos aparelhos sexuais da criança. É por esta razão, afirma o autor, que há uma dissociação estabelecida entre a experiência sexual e o uso criativo das capacidades do Eu. Para Khan, seria justamente esta dissociação e a técnica específica utilizada para enfrentar a excitação e a angústia que conferem à histeria, quando o indivíduo chega na fase adulta, um caráter completamente adverso, mascando assim o seu comportamento e sua sintomatologia (Khan, 1989).

Segundo o autor, não se trata de um abuso sexual, no sentido ferenciano do termo¹, ou seja, uma intenção consciente do ambiente humano que tem a tarefa de cuidar do bebê acrescido de um descrédito no discurso da criança. Trata-se de formas inconscientes de se relacionar com o bebê por meio de falhas do cuidado, que vão marcar as sintomatologias históricas no sujeito adulto.

Enquanto Freud via em suas teorias sobre o trauma uma sedução real ou fantasias de abuso, Khan defende a existência de um trauma real na etiologia da histeria, mas não de natureza sexual, mas devido ao fracasso dos cuidados ambientais, nos quais o ambiente foi incapaz de prover as necessidades do eu da criança, produzindo um falso-self. A constituição do falso-self só ocorre na presença das falhas ambientais,

1 Conforme sabemos, Sándor Ferenczi empreendeu uma compreensão completamente nova acerca do abuso sexual. Sua traumatogênese diz respeito a passionalidade por parte do adulto que toma a criança como o seu igual, e não compreende que sua linguagem diz respeito ao brincar e ao infantil. A isso Ferenczi denominou de “confusão de línguas”, no qual a criança, identificada com o seu agressor, busca um segundo adulto para lhe proteger, geralmente os pais, e estes desacreditam, desmentem-na ou desautoriza essa “fantasia” diante do acontecido, inscrevendo no aparelho psíquico da criança uma cisão, uma clivagem ou fragmentação psíquica fazendo com que ela rompa tempo e espaço e passe a se utilizar de mecanismos de defesa para sobreviver ao acontecido (Ferenczi, 1990/1932a). Segundo Ferenczi, haveria uma instância psíquica chamada de Órphan, uma parte do núcleo psíquico fragmentado que assumiria as funções maternas de cuidado das outras partes fragmentadas e mortas dentro do psiquismo. Para o autor, antes o enlouquecimento do que a morte do organismo. Esse pedaço de fragmento do psiquismo desempenha a função de ajo da guarda, um meio de proteger o indivíduo do enlouquecimento e da morte fisiológica. Fora a vida que resta no corpo que convocou a Órphan (Ferenzi, 1990/1932b).

quando a criança não é acolhida em suas necessidades ou é invadida pelo desejo da mãe, produzindo pequenos traumas no interior do self do bebê (Winnicott, 1960). Por outro lado, há uma tentativa da criança se curar deste traumatismo através da exploração sexual das experiências do eu-corpo que vai ser revivido quando chegar na puberdade e na vida adulta, e cujo objetivo analítico será restaurar, por meio tanto de associações livres, quanto da regressão à dependências, as falhas das relações objetais primitivas vividas no primeiro ano de vida. Os motivos pelos quais há um rancor (*grudge*), uma mágoa, uma frustração, uma desconfiança e, conseqüentemente, um ato agressivo por parte do histérico, deve-se a uma memória corporal de que o objeto de cuidado ambiental não foi suficientemente bom e não atendeu às necessidades do eu, pois como tão bem lembrou seu mentor, “amar é relacionar-se objetivamente. Trata-se de algo que pode desenvolver-se em comer e em ideias de incorporar aquilo que é valorizado” (Winnicott, 1994c, p. 130). Na vida adulta, diz Masud Khan, o histérico vai vivenciar uma ansiedade/angústia relacionada à sua sexualidade, empregando os aparelhos sexuais do eu-corpo ao invés de modos saudáveis da sua afetividade e das funções do eu. Por isso, o histérico é um sujeito que vive incessantemente um rancor perpétuo, pois algo foi mantido fora do seu alcance, não reconhecendo em si mesmo os seus desejos. Ele vai hipersexualizar a transferência e exige que algo restaure, na sua corporeidade, as necessidades do eu que ficaram perdidas, mas inscritas em sua corporeidade através dos registros do psique-soma e da memória corporal.

O que era uma incapacidade do eu-emergente na experiência infantil, que não recebeu os cuidados adequados do ambiente humano, na vida adulta, ela foi projetada e experimentada como uma recusa dos outros em reconhecer seus desejos (em grande parte sexuais) e satisfazê-los. Todo histérico, homem ou mulher, acredita devotadamente que se seus anseios e desejos sexuais fossem gratificados, sua doença estaria curada. Eles atribuem sua incapacidade de atingir essa gratificação a qualquer parceiro, devido à impossibilidade deles os aceitarem totalmente e os amar (Khan, 1989, p. 52).

O que nos chama a atenção é o uso que Masud Khan faz da palavra “desejos” (*wishes*) e não “necessidades” (*needs*), uma vez que a criança, no primeiro ano de vida, ainda não tem condições de ter “desejos”, mas sim necessidades que são acolhidas ou não pelo ambiente humano. Ora, para o autor, isto tem a ver com as primeiras experiências de cuidado, uma vez que o objeto de gratificação do bebê não facilitou totalmente o seu desenvolvimento, nem acolheu suas necessidades como deveria.

As necessidades corporais foram acolhidas, mas as necessidades do eu não foram reconhecidas nem facilitadas pelo ambiente, restando um rancor (grudge) primitivo que será projetado, no futuro, nas relações que desenvolverá com um outro sujeito adulto, uma vez que esse novo sujeito não conseguirá distinguir os desejos do isso e as necessidades do eu. Segundo Masud Khan, o sistema de desejos pode ser abordado pelos processos intrapsíquicos (deslocamento, projeção, recalcamento), enquanto as necessidades do eu exige o apoio dos cuidados ambientais para que sejam realizados.

A histeria, compreendida deste modo, é um distúrbio psíquico que só vai encontrar sua formação sintomática entre a puberdade e a adolescência. Só na puberdade é que os desejos sexuais começam a fazer parte do repertório do sujeito histérico, mas eles são incapazes de descobrir a sexualidade genital como algo novo que oferece alguma possibilidade de experienciar o eu-corpo, uma vez que houve uma fuga para a sexualidade genital prematura para enfrentar a imaturidade do eu. Esta sexualidade igualmente imatura, está sobrecarregada de impulsos e fantasias. Ele vive como se fosse vítima das forças instintivas e preconceitos morais, sentidos como se não fosse sua criação. Daí, portanto, os histéricos permanecerem passivos, esperando alguém para “agir” e realizar suas fantasias sexuais recalcadas e suas funções egóicas (Khan, 1989).

Um outro autor que vai enfatizar as falhas do ambiente na constituição da histeria é o psicanalista Christopher Bollas. Em seu livro “Hysteria” (Bollas, 2000), vai afirmar que o sintoma histérico é originado pela falha materna ao rejeitar o toque dos genitais do seu bebê, seja ele menino ou menina. O bebê, por sua vez, pede por cuidados, pelo reconhecimento das suas necessidades, mas tudo o que a mãe pode lhe oferecer é a erotização inconsciente do seu corpo, sem tocá-lo. A mãe não integra o corpo físico do bebê, provocando uma dependência de algo que só fará sentido na vida adulta. O sujeito histérico adulto pede por cuidados, mas é incapaz de reconhecê-lo. O analista, por seu turno, tenta recuperar as falhas do cuidado materno por meio do divã, da “contação de histórias” e da regressão à dependência. A “contação de histórias” funciona como um cuidado do corpo do bebê por meio da palavra, ou uma conversação na fronteira do sonho. Conforme podemos ver, a histeria pode ser descrita e redescrita por inúmeros autores, sem, no entanto, estar subsumida às teses freudianas do conflito histérico.

Enfim, a histeria para Masud Khan não é uma doença no sentido de um distúrbio psíquico grave, mas uma técnica que consiste em permanecer ausente de si, em branco, cujos sintomas consistem em substituições – o desenvolvimento emocional primitivo pelo desenvolvimento sexual precoce pela integração do eu, e o medo da rendição psíquica pelo funcionamento psíquico criativo ou uma afetividade empobrecida.

Isto se refere, no entender de Masud Khan, à dificuldade de fazer uso, pelo histérico, do processo analítico com vistas ao conhecimento de si e à personalização. A criança logo cedo vai tomar conhecimento do humor subjetivo da mãe, que é posto no lugar da função de cuidados, fazendo com que ela sexualize de modo regressivo uma relação objetal parcial (gratificação pelo seio e seus substitutos) para recusar esta emotividade da mãe. Trata-se de uma relação de muita proximidade, invasiva, impedindo a criança de enfrenta-la. É esta ameaça de invasão do ambiente humano que desencadeará uma busca infinita por um objeto para se relacionar e que seja fonte de excitação, por um lado, e sua recusa em obter desta relação sua própria gratificação, por outro. “O mundo do histérico é um cemitério de recusa”, diz Masud Khan (1989, p. 59).

É digno de nota que Masud Khan teceu vários comentários sobre o papel do analista em termos transferenciais e contratransferenciais no atendimento dos pacientes neuróticos. Em seu texto “Regressão e integração no setting analítico: ensaio clínico sobre os aspectos transferências e contratransferenciais desses fenômenos”, ele considera a necessidade que o analista possa diferenciar uma análise clássica de uma análise não clássica em termos da sensibilidade, tato e empatia analítica, ao afirmar: “Entendo, pois, por contratransferência, a sensibilidade total e consciente do analista em relação ao paciente; é mais do que um simples rapport intelectual e compreensão. É o que Balint chamou de ‘o comportamento do analista na situação psicanalítica ou, como prefiro dizer, a contribuição do analista para a criação e manutenção da situação psicanalítica’” (Khan, 1977a, p. 170). No caso da paciente do referido texto, o autor enfatizou a necessidade dele fazer pouca interpretação verbal, pelo contrário, foi necessário que ele estivesse vivo, atento, corporificado e vitalizado, mas não para invadi-la com intervenções, interpretações ou jogos mentais. Às vezes, ele pôde ficar simplesmente em silêncio com sua atenção corporal, seguindo-se meses de regressão a aspectos primitivos da vida da paciente, desde suas recordações da infância até as experiências mais recentes pudessem adquirir novos sentidos. Na clínica às vezes tudo o que o analista precisa fazer é prestar atenção aos movimentos gesto-posturais do seu paciente e, muitas vezes, lhe oferecer não o silêncio da angústia, mas o silêncio da ternura materna (Gomes e Coelho Jr., 2020).

O histérico tem a capacidade de criar, manifestar e explorar os seus sintomas, impedindo-se de utilizar o funcionamento mental psíquico para se relacionar afetivamente com um outro objeto. “O histérico obriga o ambiente a agir sobre ele, ou para ele, mas não se torna acessível à mutualidade de um diálogo psíquico e a uma partilha (Khan, 1989, p. 57). Ele inevitavelmente vive uma vida de rancor, queixas e mágoas, incapaz de satisfazer e se gratificar com as relações que tece ao longo da vida, porque acredita que o seu objeto de amor interpreta mal seus gestos como expressão de seus desejos e desejos sexuais, ao invés de uma linguagem que comunica a expressão do que é vivido no seu corpo, simbólico e real, quando necessitava de cuidado e proteção – funções maternas e paternas. Esse tipo de falha dos cuidados do ambiente é o que predispõe o histérico a ser tão promissor quanto recalcitrante, exigindo do analista sua capacidade de acolher seu pedido, suas necessidades e seu desejo, ao mesmo tempo em que se dispõe a dar e reparar o que foi vivido na primeira infância como falha do ambiente.

Referências Bibliográficas

- BOLLAS, C. (2020) *Hysteria*. São Paulo: Escuta.
- FERENCZI, S. (1932a). Confusão de língua entre os adultos e a criança: a linguagem da ternura e da paixão In: *Psicanálise IV*. São Paulo: Martins Fontes, 1992, p. 97-108.
- ____ (1932b). *Diário Clínico*. São Paulo: Martins Fontes, 1990.
- FREUD, S.; BREUER, J. (1893-1895). *Estudos sobre a histeria*. Rio de Janeiro: Imago, 1996. (Edição standart brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, 2).
- GOMES, S.; COELHO JR., N. E. (2020) Por uma nova etiologia das neuroses: notas a partir da teoria das relações objetais de Donald W. Winnicott. *Revista de Psicanálise da SPPA*, 27(2), p. 479-505.
- KHAN, Masud. M. R. (1989) Grudge and the hysteric In: *Hidden Selves: between theory and practice in psychoanalysis*, p. 51-58. London: Maresfield Library
- ____ (1963). O conceito de trauma cumulativo In: *Psicanálise: teoria, técnica e casos clínicos*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1977b, p. 57-75.
- ROUDINESCO, E.; PLON, M. (1997) *Dicionário de Psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editores,
- Winnicott, D. W. (1945). O desenvolvimento emocional primitivo In: *Textos escolhidos: da pediatria à psicanálise*. Rio de Janeiro: Francisco Alves Editora, 1978, p. 269-286.
- ____ (1944). Tipos de efeito psicológico da terapia de choque In: *Explorações Psicanalíticas* (pp. 403-406). Porto Alegre: Artmed, 1994, p. 403-406.
- ____ (1960). Distorção do ego em termos de falso e verdadeiro self In: *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*. Porto Alegre: Armed, 1983.