

HISTERIA Y DESARROLLO EMOCIONAL: EL 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: sergiogomes@uol.com.br

*"Las fantasías son siempre peores que la realidad".
Donald W. Winnicott, 1944, p. 405.*

La histeria constituyó el gran modelo de la neurosis en el final del siglo XIX desde que Charcot, Breuer y Freud propusieran una etiología para este tipo de padecimiento psíquico. No obstante, la comprensión de la histeria para el psicoanálisis clásico quedó referida a un modelo de conflicto psíquico: primero entre el deseo y la imposibilidad de realizarlo; después, un conflicto entre lo inconsciente y lo consciente; posteriormente, el conflicto fue visto en la vivencia del complejo de Edipo para, entonces, ser pensado a partir de un conflicto entre el Yo y el Ello. Todas las manifestaciones histéricas fueron pensadas inicialmente como una simulación para solo después ser comprendidas como una dolencia funcional con un conjunto de síntomas bastante definidos y marcado por padecimiento tanto físico como psíquico, colocados en acto en el teatro del cuerpo.

Como consecuencia, el padecimiento histérico puede ser comprendido como una invención del final del siglo XIX, antes mismo de la clausura de innumerables mujeres en el Hospital de la Salpêtrière. Fue así que, en 1892, Breuer y Freud (1893-1895/1996) lanzan "Estudios sobre la histeria", buscando las raíces etiológicas de ese padecimiento que prácticamente inaugura el pensamiento clínico psicoanalítico. La invención de la histeria fue originada por una represión de los deseos sexuales, de una posibilidad de realización de esos deseos, al mismo tiempo de una sexualidad amenazada, sofocada y reprimida, cabiéndole a Freud y sus herederos liberar a sus pacientes por medio de la terapéutica psicoanalítica.

Hasta entonces, la histeria no fue comprendida como un tipo de padecimiento cuyas causas podrían remontarse a las relaciones entre la madre y el bebé, tal como demostraron los psicoanalistas de las relaciones objetales, cuyo principal representante fue Donald W. Winnicott. Para ellos, las perturbaciones psíquicas se refieren a fallas del ambiente en el cuidado del bebé en relación con su teoría del desarrollo emocional (Winnicott, 1945). Por otro lado, si Winnicott se refiere a los tipos de padecimiento psíquico más graves, como autismo, psicosis y pacientes borderlines, no se puede ver lo mismo en lo que refiere a los padecimientos típicos de la neurosis, como la histeria.

Winnicott nunca se detuvo atentamente en la etiología de la histeria, pero hizo algunas contribuciones al destacar las fallas del cuidado ambiental en cuanto a la producción de ansiedades. La relación madre-bebé no deriva de experiencias instintivas ni de la relación objetal que emerge de esas experiencias. Las ansiedades son anteriores a las experiencias instintivas, pudiendo, en la mayor cantidad de las veces, ocurrir al mismo tiempo, paralelamente a ellas y mezclándose con ellas. Las ansiedades son originadas, por tanto, por fallas en el cuidado (holding)

y en el manejo (handling) del bebé, al no brindar apoyo vivo y continuo como parte de un maternaje suficientemente bueno. Para el autor, hay ciertos tipos de ansiedades que ocurren en los inicios de la infancia y son promovidas por un cuidado ambiental deficitario, muchas veces debido a ansiedad materna o alguna otra perturbación psíquica.

Las fallas en el cuidado producen un estado de no-integración de determinadas vivencias por parte del bebé durante los primeros meses de vida, pero no son fallas del cuidado suficientes para producir agonías impensables o muertes fenoménicas, típicas de las perturbaciones psíquicas graves. Podríamos decir que son traumas acumulativos que son vividos a lo largo del primer año de vida del bebé y que prosiguen hasta llegar a las relaciones triádicas, con personas totales. O sea, son pequeñas grietas que van constituyéndose durante los cuidados maternos a lo largo del desarrollo de la crianza, desde la infancia hasta la adolescencia. La madre falla en su papel de escudo protector, de yo auxiliar y de cuidados en atender a las necesidades del niño, y son justamente esas microfisuras, esas hendiduras que se acumulan en la superficie del cuidado y que no causarán un trauma puntual, con escisiones en el núcleo del yo o del self, sino a lo largo del desarrollo del niño, como lo defiende Masud Khan (1977).

Mohammed Masud Raza Khan nació en La India colonial, en Jhelum, en 1924, y fue paciente y amigo personal del psicoanalista y pediatra inglés Donald W. Winnicott. Psicoanalista perteneciente a la Sociedad Británica de Psicoanálisis (SBP) y del Grupo Independiente (Middle Group), vino de una familia adinerada, con un padre rico y propietario de tierras y criador de caballos, y con una madre cortesana y bailarina. Después de formarse en Letras en la Universidad de Pundjab, fue estimulado por su analista a hacer la formación en la SBP. Llegó a Londres en 1946 y luego fue aceptado para la formación. Continuando con su trabajo, llegó a ser editor de la International Psychoanalytic Library, del International Journal of Psycho-Analysis y coeditor de la Nouvelle Revue de Psychanalyse, hasta miembro didacta de la SBP. Fue un clínico exitoso, aunque la Sociedad Británica lo rechazara al final de su vida por actividades clínicas sospechosas (Roudinesco e Plon, 1997). Contribuyó a la clínica psicoanalítica con textos lapidarios y seminales, a partir de su lectura sobre la teoría del desarrollo emocional de Winnicott y de sus construcciones originales acerca del concepto de regresión, transferencia, personalidades borderlines y esquizoides, y principalmente sobre las perturbaciones psíquicas de la perversión y la histeria.

Para él, la histeria reflejaba tanto la moralidad manifiesta como las aspiraciones sexuales del ethos de una época, identificándola con una bruja cuyo destino no podía ser otro que ser quemada en la hoguera, o quizás ser santificada y glorificada con sus diversas manifestaciones corporales.

En su concepción, la histeria corresponde a fallas del ambiente humano en los primeros años de vida, acrecentado por un desarrollo sexual precoz, cuyos afectos y angustias vividas en ese periodo de desarrollo se originan, nuevamente, debido a una falta de holding materno, amenazando la cohesión del yo-cuerpo, y que son intensificados por la exploración de los aparatos sexuales del niño. Es por esta razón, afirma el autor, que existe una disociación establecida entre la experiencia sexual y el uso creativo de las capacidades del yo. Para Khan, sería precisamente esta disociación y la técnica específica utilizada para enfrentar la excitación y la angustia que confieren a la histeria, cuando el individuo llega a la fase adulta, un carácter completamente adverso, masticando así su comportamiento y su sintomatología (Khan, 1989).

Según el autor, no se trata de un abuso sexual, en el sentido ferenciano del término¹, es decir una intención consciente del ambiente humano que tiene la tarea de cuidar del bebé más un descrédito del discurso del niño. Se trata de formas inconscientes de relacionarse con el bebé por medio de fallas del cuidado, que van a marcar los síntomas histéricos en el sujeto adulto.

1 Como sabemos, Sándor Ferenczi emprendió una comprensión completamente nueva acerca del abuso sexual. Su traumatogénesis concierne a la pasión del adulto que toma al niño como su igual y no comprende que su lenguaje está relacionado con el jugar y con lo infantil. A esto Ferenczi lo denominó "confusión de lenguas", en la cual el niño, identificado con su agresor, busca un segundo adulto que lo proteja, generalmente los padres, y estos desacreditan, desmienten o desautorizan esa "fantasía" ante lo sucedido, inscribiendo una escisión en el aparato psíquico del niño, un clivaje o fragmentación psíquica que hace que interrumpa tiempo y espacio, y comience a usar mecanismos de defensa para sobrevivir a lo acontecido (Ferenczi, 1990/1932a). Según Ferenczi, habría una instancia psíquica llamada Orfa (Orpha), una parte del núcleo psíquico fragmentado que asumiría las funciones maternas de cuidar las otras partes fragmentadas y muertas dentro del psiquismo. Para el autor, es mejor el enloquecimiento que la muerte del organismo. Ese fragmento del psiquismo desempeña la función de guardián, un medio de proteger al individuo del enloquecimiento y la muerte fisiológica. Fue la vida que quedó en el cuerpo lo que convocó a Orfa (Orpha) (Ferenzi, 1990/1932b).

Si bien Freud vio en sus teorías sobre el trauma una seducción real o fantasías de abuso, Khan defiende la existencia de un trauma real en la etiología de la histeria, pero no de naturaleza sexual, sino debido al fracaso de los cuidados ambientales, en los cuales el ambiente fue incapaz de satisfacer las necesidades del yo del niño, produciendo un falso-self. La constitución del falso-self solo ocurre en presencia de fallas ambientales, cuando el niño no es acogido en sus necesidades y es invadido por el deseo de la madre, produciendo pequeños traumas en el interior del self del bebé (Winnicott, 1960). Por otro lado, hay una tentativa del niño de curarse de este traumatismo a través de la exploración sexual de experiencias de su yo-cuerpo que va a ser revivido cuando llegue a la pubertad y a la vida adulta, y cuyo objetivo analítico será restaurar, por medio tanto de asociaciones libres como de regresión a la dependencia, las fallas de las relaciones objetales primitivas vividas en el primer año de vida. Los motivos por los cuales existe un rencor, un dolor, una frustración, una desconfianza y, consecuentemente, un acto agresivo por parte del histérico, se deben a una memoria corporal de que el objeto de cuidado ambiental no fue suficientemente bueno y no satisfizo las necesidades del yo, pues como tan bien recordó su mentor, "amar es relacionarse objetalmente. Es algo que puede desarrollarse en la alimentación y en las ideas de incorporar aquello que es valorado" (Winnicott, 1994c, p. 130).

En la vida adulta, dice Masud Khan, el histérico va a vivenciar una ansiedad/angustia relacionada con su sexualidad, impregnando los dispositivos sexuales de su yo-cuerpo en lugar de modos saludables de su afectividad y las funciones de su yo. Por eso, el histérico es un sujeto que vive incesantemente un rencor perpetuo, porque algo se mantuvo fuera de su alcance, sin reconocer en sí mismo sus deseos. Va a hipersexualizar la transferencia y exige algo que restaure, en su corporeidad, las necesidades del yo que quedaron perdidas, pero inscriptas en su corporeidad a través de registros del psique-soma y la memoria corporal.

Lo que fue una incapacidad del yo emergente en la experiencia infantil, que no recibió los cuidados adecuados del ambiente humano, en la vida adulta, fue proyectada y experimentada como un rechazo por parte de otros a reconocer sus deseos (en gran parte sexuales) y satisfacerlos. Todo histérico, hombre o mujer, cree devotamente que, si sus ansias y deseos sexuales fuesen satisfechos, su enfermedad estaría curada. Ellos atribuyen su incapacidad para lograr esta gratificación a cualquier pareja, debido a su imposibilidad de amarlos y aceptarlos totalmente (Khan, 1989, p. 52).

Lo que nos llama la atención es el uso que Masud Khan hace de la palabra "deseos" (wishes) y no "necesidades" (needs), ya que el niño, en el primer año de vida, no tiene condiciones de tener "deseos", sino necesidades que son aceptadas o no por el ambiente humano. Ahora, para el autor, esto tiene que ver con las primeras experiencias de cuidado, ya que el objeto de gratificación del bebé no facilita totalmente su desarrollo, ni aceptó sus necesidades como debiera. Las necesidades corporales fueron acogidas, pero las necesidades del yo no fueron reconocidas ni facilitadas por el ambiente, quedando un rencor (grudge) primitivo que será proyectado, en el futuro, en las relaciones que desarrollará con otro sujeto adulto, ya que ese nuevo sujeto no conseguirá distinguir los deseos de aquellos y las necesidades del yo. Según Masud Khan, el sistema de deseos puede ser abordado por los procesos intrapsíquicos (desplazamiento, proyección, represión), mientras que las necesidades del yo requieren del apoyo de los cuidados ambientales para que sean realizados.

La histeria, comprendida de este modo, es un trastorno psíquico que solo encuentra su formación sintomática entre la pubertad y la adolescencia. Solo en la pubertad es que los deseos sexuales comienzan a formar parte del repertorio del sujeto histérico, pero son incapaces de descubrir la sexualidad genital como algo nuevo que ofrezca alguna posibilidad de experimentar el yo-cuerpo, ya que hubo una fuga a la sexualidad genital prematura para enfrentar la inmadurez del yo. Esta sexualidad igualmente inmadura, está sobrecargada de impulsos y fantasías. Vive como si fuera víctima de las fuerzas instintivas y preconceptos morales, sentidos como si no fuesen su creación. Por tanto, los histéricos permanecen pasivos, esperando que alguien "actúe" y cumpla sus fantasías sexuales reprimidas y sus funciones yoicas (Khan, 1989).

Otro autor que va a enfatizar las fallas del ambiente en la constitución de la histeria es el psicoanalista Christopher Bollas. En su libro "Histeria" (Bollas, 2000), afirma que el síntoma histérico es causado por la falta materna no rechaza el contacto con los genitales de su bebé, sea niño o niña. El bebé, a su vez, pide cuidados, por el reconocimiento de sus necesidades, pero todo lo que la madre puede ofrecer es la erotización inconsciente de su cuerpo, sin tocarlo. La madre no integra el cuerpo físico del bebé, provocando una dependencia de algo que solo tendrá sentido en la vida adulta. El sujeto histérico adulto pide atención, pero es incapaz de reconocerlo. El analista, por su parte, intenta recuperar las fallas del cuidado materno por medio del diván, la "narración de historias" y la regresión a la dependencia. La "narración de historias" funciona como un cuidado del cuerpo del bebé por medio de la palabra, o una conversación en la frontera del sueño. Como podemos ver, la histeria puede ser descrita y redescrita por numerosos autores, sin, sin embargo, subsumirse en las tesis freudianas del conflicto histérico.

En definitiva, la histeria para Masud Khan no es una dolencia en el sentido de un trastorno psíquico grave, sino una técnica que consiste en permanecer ausente de sí, en blanco, cuyos síntomas consisten en sustituciones –el desarrollo emocional primitivo por el desarrollo sexual precoz a través de la integración del yo, y el miedo a la rendición psíquica por el funcionamiento psíquico creativo o una afectividad empobrecida-. Esto se refiere, en la comprensión de Masud Khan, a la dificultad de hacer uso, por el histérico, del proceso analítico con vistas al conocimiento de sí y la personalización. El niño pronto tomará conocimiento del ánimo subjetivo de la madre, que es puesto en el lugar de la función de cuidados, provocando que ella sexualice de modo regresivo una relación objeto parcial (gratificación por el pecho y sus sustitutos) para rechazar la emotividad de la madre. Se trata de una relación de mucha proximidad, invasiva, que evita que el niño la enfrente. Es esta amenaza de invasión del ambiente humano que desencadenará una búsqueda infinita de un objeto para relacionarse y que sea fuente de excitación, por un lado, y su negativa a obtener de esta relación su propia gratificación, por otro. “El mundo de los histéricos es un cementerio de rechazo”, dice Masud Khan (1989, p. 59).

Es digno de nota que Masud Khan hizo varios comentarios sobre el papel del analista en términos transferenciales y contratransferenciales en el tratamiento de los pacientes neuróticos. En su texto “Regresión e integración en el setting analítico: ensayo clínico sobre los aspectos transferenciales y contratransferenciales de estos fenómenos”, considera la necesidad de que el analista pueda diferenciar un análisis clásico de un análisis no clásico en términos de sensibilidad, tacto y empatía analítica, al afirmar: “Entiendo, pues, por contratransferencia, la sensibilidad total y consciente del analista en relación con el paciente; es más que un simple rapport intelectual y comprensión. Es lo que Balint llamó “el comportamiento del analista en la situación psicoanalítica o, como prefiero decir, la contribución del analista para la creación y mantenimiento de la situación analítica” (Khan, 1977a, p. 170). En el caso de la paciente referida en el texto, el autor enfatizó la necesidad de que él haga poca interpretación verbal, por el contrario, fue necesario que él estuviese vivo, atento, encarnado y vitalizado, pero no para invadirla con intervenciones, interpretaciones o juegos mentales. En ocasiones, él podía permanecer simplemente en silencio con su atención corporal, seguidos de meses de regresión a aspectos primitivos de la vida de su paciente, desde sus recuerdos de infancia hasta las experiencias más recientes que podían adquirir nuevos sentidos. En la clínica, a veces todo lo que el analista necesita hacer es prestar atención a los movimientos gestuales y posturales de su paciente y, a menudo, ofrecerle no el silencio de la angustia, sino el silencio de la ternura materna (Gomes e Coelho Jr., 2020).

El histérico tiene capacidad de crear, manifestar y explorar sus síntomas, evitando utilizar el funcionamiento mental para relacionarse afectivamente con otro objeto. “El histérico obliga al ambiente a actuar sobre él, o para él, pero no se torna accesible a la reciprocidad del diálogo psíquico y del compartir” (Khan, 1989, p. 57). Inevitablemente vive una vida de resentimiento, quejas y agravios, incapaz de satisfacerse y gratificarse con las relaciones que teje a lo largo de su vida, porque cree que su objeto de amor malinterpreta sus gestos como expresión de sus deseos y deseos sexuales, mientras en lugar de un lenguaje que comunica la expresión de lo que se vive en su cuerpo, simbólico y real, cuando necesitaba cuidado y protección –funciones maternas y paternas. Este tipo de falta de cuidados del ambiente es lo que predispone al histérico ser tan prometedor como recalcitrante, exigiendo del analista su capacidad de acoger su pedido, sus necesidades y su deseo, al mismo tiempo que está dispuesto a dar y reparar lo que fue vivido en la primera infancia como falla del ambiente.