

O pedido de Winnicott por uma revolução em psicanálise*

Z. Loparic
IBPW/IWA

1. Notas de 1971

Em janeiro de 1971, poucos dias antes de morrer, Winnicott se propôs a escrever um artigo para o painel “The role of aggression in child analysis” do 27º Congresso da IPA a ser realizado em Viena, em julho daquele ano, sob o título de “The psychoanalytic concept of aggression: theoretical, clinical and applied aspects”. Só conseguiu escrever, sem indicação de título, seis breves notas preparatórias, das quais as quatro primeiras foram publicadas por Jan Abram, em 2013¹. Nos comentários que se seguem, eu levarei em conta o texto completo das notas publicado em *Collected Works*, de Winnicott, volume 9, pp. 355-356, sob o título “Notes for the Vienna Congress”². Para facilitar a leitura, farei a numeração das notas e dividirei algumas delas em fragmentos também numerados. Meu propósito é examinar o sentido da mudança revolucionária pleiteada por Winnicott e apontar os caminhos tanto de pesquisa como de desenvolvimento pessoal pelos quais Winnicott chegou a um lugar onde se sentia real e podia viver e pensar criativamente, o que lhe permitia desafiar, desta vez explicitamente, a ortodoxia da IPA³.

2. Nota 1, fragmento 1: o pedido e revolução em psicanálise

O que pleiteio é um tipo de revolução em nosso trabalho. Vamos reexaminar o que fazemos. É possível que, ao lidar com o inconsciente reprimido, estejamos sendo coniventes com o paciente e com as defesas estabelecidas. O que é necessário de nossa

* Versão revista e ampliada do texto “A estrutura da revolução winnicottiana”, apresentado no XXVII Colóquio Winnicott Internacional: “Interpretações da revolução winnicottiana”, 4-6/06/2023, realizado na sede do IBPW.

O presente trabalho propõe uma análise do pedido de Winnicott por uma revolução em clínica psicanalítica, feito em 1971. Serão tomados como guia os objetivos e resultados de suas pesquisas de caráter revolucionário apresentados na sua obra a partir de 1945. Esse estudo oferecerá oportunidade de reexaminar a crise teórica e terapêutica na psicanálise e outras áreas da saúde que motivou a revolução winnicottiana, os principais componentes do novo paradigma proposto por Winnicott como solução da crise e as tarefas que aguardam aqueles que optaram por clínico e pesquisar nesse quadro.

¹ Ver Abram, 2012/2013, pp. 311-317, para o texto das quatro notas e comentários.

² Salvo indicação do contrário, todas as referências serão feitas aos livros de Winnicott listados nas referências. Quando for necessário preservar o sentido, incluirei modificações nas traduções usadas.

³ Um exame mais detalhado dessa tese, feito com base em outros textos de Winnicott, encontra-se em Loparic, 1996 e 2001/2017.

parte, pois o paciente não pode fazer o trabalho de autoanálise; alguém deve ver e testemunhar as partes que formam o todo, um todo que não existe, exceto quando visto de fora. (4) Com o tempo, talvez tenhamos de chegar à conclusão de que o fracasso comum de muitas análises excelentes tem a ver com a dissociação do paciente escondida no material que está claramente relacionado à repressão, que ocorre como uma defesa em uma pessoa aparentemente inteira. (1971b/2017, p. 355, minha tradução)

A obra de Winnicott contém considerações semelhantes formuladas, em geral, à maneira britânica, por mudanças revolucionárias em outras áreas da saúde, tais como a pediatria, a psiquiatria infantil, o serviço social e a educação, entre outros⁴. Ocasionalmente, Winnicott reconhece que esta ou aquela proposta sua não é original nem revolucionária (1989/1994, p. 22), embora não raramente se atribua posições que modificaram a psicanálise tradicional, tanto teórica quanto clinicamente (ver, por exemplo, 1962d/1983, pp. 154-155 e 1969d/1994, pp. 198-199). Outras vezes, reconhece “revoluções” promovidas por outros profissionais na clínica, por exemplo, na enfermagem, em hospitais mentais (1951/1994, p. 416) e no ensino.

Comprometido como estou com a ideia de que a Pediatria é a melhor preparação possível para a Psiquiatria Infantil, tenho de passar imediatamente à afirmação de que a preparação realmente necessária para a Psiquiatria Infantil (seja de pediatras ou psiquiatras) é o *treinamento psicanalítico*. É importante para mim que o que tenho a dizer é em geral reconhecido atualmente, conquanto há poucos anos atrás fosse realmente revolucionário. (1962e/1983, p. 181)

É importante perceber que, na Nota 1, o pedido de Winnicott por uma revolução na prática clínica é formulado em tom marcadamente pessoal e é dirigido à comunidade terapêutica dos psicanalistas que ia ser reunida num congresso em Viena, cidade de Freud. O contexto das notas revela que ela estava perfeitamente consciente de que tal atitude ia ser recebida como provocação se não como agressão (assassinato do pai). É neste sentido que convém interpretar a seguinte frase: “Os adultos amadurecidos, destruindo e recriando o velho, o antigo e o ortodoxo, infundem-lhe nova vitalidade” (1960/2011, p. 138). Sua obra deixa claro que Winnicott sabia perfeitamente bem que assumir uma atitude revolucionária exigia condições pessoais, a saber, a maturidade pessoal. Maturidade significa saúde, e saúde é definida por capacidades adquiridas no processo de amadurecimento:

[Na teoria do desenvolvimento físico e emocional nós] não estamos apenas preocupados com a doença ou com distúrbios psiquiátricos; estamos preocupados com a riqueza da personalidade, com a força do caráter e com a capacidade de ser feliz, bem como com a capacidade de revolucionar e rebelar-se. É provável que a verdadeira força tenha origem numa experiência do processo de desenvolvimento que siga uma

⁴ Ver, por exemplo, 1962e/1983, 1962b/1983 e 1989/1994.

trajetória *natural*, e é o que desejamos para todas as pessoas. Na prática, este tipo de força logo se torna imperceptível, devido à força comparável que pode originar-se do medo, do ressentimento, da privação e da contingência de nunca a ter tido. (1968a/1999, p. 20)

Embora nessa citação (como em outros lugares, por exemplo, em 1939/1997, p. 69) a capacidade pessoal para revolução e revolta pareça estar referida mais diretamente ao campo político, o contexto total da frase autoriza claramente a inclusão de capacidade modificações revolucionárias em outros campos, por exemplo, no teórico. Nas notas de 2 a 4, Winnicott faz alusão, implícita ou direta, às condições pessoais para tomar a decisão de escrever a frase de abertura da Nota 1, tema que se tornará central em termos autobiográficos nas notas 5 e 6.

Que “espécie de revolução” Winnicott pode ter em mente? Não está claro. Poder-se-ia pensar que ele falava de revolução num sentido emprestado do senso comum, como em 1962e/1983, pp. 181-182. É mais provável, entretanto, que Winnicott esteja falando em revolução num sentido mais técnico, emprestado de uma outra área de estudos, por exemplo, de Thomas Kuhn, teórico das revoluções científicas muito em evidência em 1970. Nesse ano, foi publicada a segunda edição do seu livro, *The Structure of Scientific Revolutions*, e o debate entre Popper e Kuhn sobre a natureza e o progresso da ciência, que, naquela época, sobretudo em Londres, dominava a área da filosofia da ciência, estava em pleno andamento. Seja como for, desde os anos 1990, sem conhecer ainda o conteúdo da Nota 1, assumi e desenvolvi na minha interpretação de Winnicott a tese de que ele produziu uma revolução paradigmática no sentido de Kuhn⁵, abrindo assim uma perspectiva que se mostrou frutífera, atraindo cada vez mais seguidores no Brasil e no exterior, e que continuarei usando no presente trabalho.

Pois bem, o que faz o psicanalista winnicottiano? Trata de problemas de saúde mental, a saber, de distúrbios do processo de amadurecimento saudável ou, numa linguagem emprestada à filosofia, daquilo que está em jogo na vida humana – o ser que se revela em amostras no tempo do potencial inato na natureza humana, cujo principal componente é a tendência para integração (1969b/2017, p. 223). Componente central da teoria winnicottiana do potencial herdado inscrito na natureza humana, a teoria da tendência para a integração oferece, vale notar, a elaboração e o enriquecimento da temática tratada pela psicologia do ego (Hartmann) e, de uma modo geral, pela psicanálise pós-Freud:

Além disso, a tendência herdada, voltada para a integração da personalidade, pode ser a herança mais importante dos seres humanos, e isso diz respeito a tudo aquilo que a psicanálise designa com psicologia do ego e ao trabalho que tem sido feito por

⁵ Ver, por exemplo, Loparic, 2017.

psicanalistas nas duas últimas décadas, isto é, desde que Freud morreu. (1969b/2017, p. 224)

Como procede? Com base em quê?

A psicanálise, portanto, é um termo que se refere especificamente a um método, e a um corpo teórico que diz respeito ao desenvolvimento emocional do indivíduo humano. É uma ciência aplicada que se baseia em uma ciência. [...] Ciência aplicada não é ciência. Quando faço uma análise, isso não é ciência. Mas eu dependo da ciência quando trabalho naquilo que não poderia ter sido feito antes de Freud. (1961a/2005, pp. XIII e XV)

Na perspectiva de Winnicott, enquanto cientistas, os psicanalistas formulam questões factuais sobre a doença e a saúde – essa é sua tarefa principal – e esboçam programas de pesquisa para sua solução. Novos fatos clínicos são descobertos, e as soluções já encontradas para os antigos revelam-se geralmente parciais ou mesmo erradas; surgem novas perguntas e a pesquisa continua, passo a passo, sem jamais alcançar a verdade absoluta e completa. Enquanto clínicos, os psicanalistas olham para o que aconteceu com o paciente na transferência e na vida real, relacionam a experiência clínica e da vida com a teoria que seguem, e modificam a teoria e o seu programa de pesquisa quando este se mostra insuficiente ou em conflito com a experiência (1961a/2005, p. XVI e 1965b/2005, p. 173).

Sabemos qual é o programa de pesquisa de Winnicott: os conceitos fundamentais da sua patologia são definidos, Winnicott não se cansa de enfatizar isso, em termos da sua teoria do amadurecimento – doença é (quase) o mesmo que imaturidade segundo a idade, e para tratar problemas maturacionais empregam-se procedimentos que reproduzem, na relação terapêutica, os cuidados dispensado pelo ambiente facilitador do amadurecimento, em especial os dos pais e da família, que incluem levantamento de fatos clinicamente relevantes, sua compressão (interpretação) e manejo das situações⁶.

Existe uma coisa que necessita especialmente ser recuperada na prática médica, e vou terminar minha palestra falando nela. Ocorre que o "cuidar-curar" é uma extensão do conceito de "segurar". Começa com o bebê no útero, depois com o bebê no colo, havendo um enriquecimento a partir do processo de crescimento da criança, pois a mãe que conhece aquele bebê específico que ela deu à luz torna esse enriquecimento possível.

O tema do ambiente facilitador capacitando o crescimento pessoal e o processo maturacional tem que ser uma descrição dos cuidados que o pai e a mãe dispensam, e da função da família. Isso leva à construção da democracia como uma extensão da

⁶ A caracterização de problemas da saúde como exemplares do seu paradigma encontra-se em Loparic, 2009. Teses de Winnicott sobre a solubilidade e os procedimentos de resolução desses problemas foram examinados em Loparic, 2025c e 2025d.

facilitação familiar, com os indivíduos maduros eventualmente tomando parte de acordo com sua idade e capacidade na política e na manutenção e reconstrução da estrutura política. (1970b/2005, pp. 112-113)

Quais são os possíveis resultados da ciência winnicottiana aplicada na clínica? A questão de solubilidade de problemas de saúde por procedimentos disponibilizados pela psicanálise – tema de origem Kantiana – está presente nessa disciplina desde Freud e Ferenczi. Cito um breve trecho de Winnicott sobre esse assunto:

A psicanálise não cura, embora seja verdade que um paciente pode fazer uso dela e alcançar, com o processo adjuntivo, um certo grau de integração, socialização e autodescoberta que não teria alcançado ou não poderia alcançar sem ela. (1968c/1994, p. 169)

Aqui estão resumidos os meios e os principais objetivos da terapia winnicottiana: realização, facilitada pelo ambiente, da tendência para a integração numa pessoa inteira, as trocas com outras pessoas e o conhecimento de si como uma amostra no tempo da natureza humana que tem valor.

No que se segue, o meu objetivo é explicitar, ainda que de forma apenas parcial, a justificativa e o teor do pedido de Winnicott por uma revolução no trabalho psicanalítico, contido implicitamente nas notas de 1 a 4.

3. Nota 1, fragmento 2: justificativa do pedido de revolução

Quais são as razões para Winnicott se dispor a enfrentar a cúpula da IPA com o pedido de abandonar o paradigma freudiano? As principais razões são os problemas insolúveis na aplicação da ciência psicanalítica no tratamento da psicose: o conluio com as defesas do falso si-mesmo do paciente.

Textos anteriores de Winnicott sobre o mesmo assunto levam a pensar que, nesse trecho, ele tem em vista o conluio com as defesas neuróticas utilizadas por pacientes psicóticos, não contra angústias neuróticas, mas contra as angústias provenientes da ameaça ou mesmo da experiência de quebra da unidade pessoal (colapso), por exemplo, por esquizoides latentes, que foram objeto de *defesas psicóticas primárias*. A Nota 1 continua:

No caso neurótico claro não há dificuldade, porque a análise completa é feita através do intermediário da verbalização. Tanto o paciente como o analista querem que seja assim. Mas é demasiado fácil para uma análise (onde há um elemento esquizoide oculto na personalidade do paciente) se tornar um conluio infinitamente prolongado do analista com o paciente para a negação da não comunicação. Uma análise como essa se torna

tediosa, por falta de resultado, a despeito do bom trabalho realizado. (1963b/1983, p. 171)

No tratamento tradicional dos casos puros de neurose, se é que eles existem⁷, trata-se de decifrar e comunicar verbalmente ao paciente o sentido sexual da sintomatologia da qual padece, isto é, o sentido das manifestações cifradas do seu inconsciente reprimido; fazendo o paciente lembrar o seu segredo sexual (libidinal) inconfesso, pretende-se livrá-lo do retorno cifrado e perturbador desse segredo na vida consciente. Nos casos de esquizoidia, essa mesma sintomatologia do tipo neurótico pode não ser usada pelo paciente como *defesa secundária* contra o retorno compulsivo da parte da vida consciente *que aconteceu*, que foi experienciada, *mas não devia*, e acabou reprimida por censura, social ou interna, caindo no inconsciente freudiano, mas como defesa da dor, revelada em angústias impensáveis, pelo *que não aconteceu, mas precisava ter acontecido*, em estágios iniciais da vida; a saber, a experiência da continuidade de ser e da sua unificação num si-mesmo unitário, centro de gestos espontâneos, no qual o não acontecido, que constitui o inconsciente winnicottiano, revela-se patógeno e passa a pesar sobre toda a vida futura do paciente.

Na ausência de um si-mesmo contínuo e unitário, esse *não acontecido* não pode ser lembrado nem ser objeto de comunicação verbal, apenas pode ser revivido e, dessa forma integrado no presente, numa regressão à dependência de um terapeuta de confiança total. Sendo assim, a comunicação verbal por parte do terapeuta e do paciente, de acordo com a regra básica da psicanálise freudiana: “Diga tudo sem censura”, é a própria negação da ausência de comunicação que precisaria acontecer. Não se trata de negação como resistência do reprimido, no sentido de Freud, mas de *conluio* entre os dois numa tentativa de administrar, de forma insatisfatória e ineficiente, a falta de capacidade de contato por parte do paciente com a ignorância do analista tradicional em relação ao seu estado clínico⁸. Na origem da não comunicação não está a censura, mas a perda originária da capacidade de comunicação do paciente ainda bebê, decorrente das falhas do ambiente materno que o traumatizaram, por não atenderem, não suas necessidades instintuais, mas suas necessidades de integração (1963b/1983, p. 171). O revés clínico gerado pelo conluio com as defesas neuróticas secundárias do paciente psicótico – que, fazendo-se um falso neurótico e defendendo-se de colapso do seu existir como se se tratasse de uma lacuna na consciência gerada pela censura moral –, e o terapeuta – que, aplicando o paradigma freudiano de desvendamento de um crime

⁷ Para as dúvidas de Winnicott a esse respeito, ver, 1961b/1994, p. 58.

⁸ Assim como o analista pode ser envolvido pelo paciente, o paciente também pode ser seduzido a agradar e, em particular, a concordar com o analista.

– resulta no fato de o paciente não sarar e de o terapeuta não ter condições de *ver* sintomas não neuróticos (que revelariam a dissociação na personalidade: angústias impensáveis e defesas psicóticas), e de não ter à sua disposição *procedimentos* para tratar de forma satisfatória esse tipo de problema clínico.

O mesmo tipo de anomalia da psicanálise tradicional exemplificada pelos pacientes esquizoides pode ser constatado em efeitos clínicos do conluio com formações defensivas adicionais de diferentes tipos (neuroses, distúrbios psicossomáticos, dissociação entre aspectos femininos e masculinos de personalidade, comportamento antissocial etc.), produzidas por pacientes fronteiros (*borderline*) para se defenderem contra a ameaça de retorno do colapso⁹.

Pela expressão “caso *borderline*” quero significar o tipo de caso em que o cerne do distúrbio do paciente é psicótico, mas ele possui sempre suficiente organização psiconeurótica para ser capaz de apresentar uma psicose ou um transtorno psicossomático quando a ansiedade psicótica central ameaça irromper de forma grosseira. Em casos desse tipo, o psicanalista pode entrar em conluio durante anos com a necessidade que o paciente tem de ser psiconeurótico (em oposição a louco) e ser tratado como tal. A análise vai bem e todos estão satisfeitos. O único inconveniente é que a análise nunca termina. Ela pode ser terminada e o paciente pode mesmo mobilizar um falso *self* psiconeurótico para fins de término e expressão de gratidão. Na realidade, porém, ele sabe que não houve mudança no estado subjacente (psicótico) e que analista e paciente alcançaram êxito em entrar em conluio para ocasionar um fracasso. (1968b/1994, p. 172)

O tratamento de pacientes fronteiros que, diferentemente de esquizoides, apresentarem uma ampla gama de formações defensivas além de puramente psicóticas, exige que o terapeuta tenha uma estrutura de personalidade que lhe permita identificação cruzada com o paciente e lhe impõe uma grande variedade de requisitos – atitudes, papéis e procedimentos –, que, tomados na sua totalidade, caracterizam a cura pelo cuidado (*care-cure*) proposta por Winnicott, em divergência explícita da clínica tradicional centrada em cura pela palavra (*talking-cure*). Antes de desenvolver esse ponto no que segue, gostaria de observar que Freud excluía da sua clínica os casos de psicose como não tratáveis e, nesse sentido, errados. A mesma exclusão é feita implicitamente pelos freudianos, que, ao elaborarem inercialmente excelentes análises neuróticas de psicóticos, compactuam com o inconsciente do tipo freudiano produzido defensivamente pelo paciente como reação à repressão da instintualidade, quer do tipo genital, freudiano, quer do tipo alimentar, mais kleiniano. Winnicott mostra que é necessário fazer outra coisa, a saber, facilitar a retomada da integração pessoal, não alcançada na primeira infância de

⁹ Sobre a dissociação em pacientes *borderline*, revelada em termos de oposição entre o verdadeiro e o falso si-mesmo, ver, 1965a/1983, p. 15. Para o uso do si-mesmo falso como parte de uma estratégia inconsciente de defesa contra aniquilamento, ver 1962c/1983, p. 56.

forma suficientemente segura, para que o paciente pudesse dispensar a criação de organizações de defesa contra o inconsciente do tipo winnicottiano, relativo à falha na constituição da personalidade¹⁰. Seguindo o processo de amadurecimento do início ao final, Winnicott incluirá na sua clínica também os casos de tendência antissocial e de distúrbios de caráter, além de redesenhar, de forma não menos revolucionária, o diagnóstico e a etiologia dos distúrbios depressivos e da sexualidade¹¹. Muito mais do que isso: ele abrirá espaço para o tratamento de todo e qualquer distúrbio do processo de amadurecimento segundo uma das principais linhas maturacionais (pessoal, somática, mental social, cultural)¹². Cabe ressaltar que a clínica maturacional de Winnicott se aplica exclusivamente aos problemas maturacionais tal como definidos na sua patologia e não aos problemas hereditários, de crescimento ou de funcionamento mental ou somático que são abordados na medicina, pediatria e psiquiatria infantil e adulta organicista¹³.

4. Nota 1, fragmento 3: necessidades dos pacientes fronteiros – o ponto de partida da busca para uma prática clínica revolucionária

Conluio com as defesas secundárias de pacientes esquizoides (de diferentes tipos de fronteiros) não atende, portanto, ao que eles necessitam, que é o mesmo de que precisam todos os bebês. O que é, então, que precisa o paciente psicótico, que, para Winnicott, é o bebê não ou mal acontecido? O paciente psicótico, e podemos acrescentar com segurança, o paciente antissocial, tem a necessidade, decorrente do simples fato de existir, desde bebê, como ser humano (como amostra no tempo do potencial herdado da natureza humana), de se totalizar, de se integrar e de se individualizar e, para tanto, precisa *ser visto* como um todo, como um si-mesmo composto de partes inatas ou das que adquire no processo de amadurecimento num ambiente que, gradualmente, se torna externo (ver 1970a/1994, p. 210). Visto por quem? Por outro ser humano preocupado, nem que seja num espaço-tempo restrito, não com seus próprios assuntos, mas com essa e outras necessidades daqueles que colocou sob seu cuidado. Tal como quando bebê, o paciente adulto precisa, ainda, ser *testemunhado*, ou seja, antecipado e, desta feita, reconhecido, de forma verbal ou outra, como pessoa integrada, não como alguém

¹⁰ Sobre esse tipo de inconsciente e as diferenças do inconsciente freudiano e junguiano, ver, 1963c/1994, pp. 72-73.

¹¹ Um exemplo de mudança revolucionária de Winnicott na teoria da sexualidade é a substituição do Édipo, o andarilho na cama da mãe, pelo bebê no colo da mãe como problema exemplar da psicanálise. Ver Loparic, 1996 e 2017.

¹² Sobre as principais linhas maturacionais, ver Loparic, 2024a.

¹³ Comentários adicionais sobre o diagnóstico, a etiologia e a classificação sintomatológica dos distúrbios fronteiros encontram-se em Loparic, 20024a.

possuindo essas ou aquelas qualidades mentais (cognitivas etc.), morais (de caráter), sexuais ou físicas. A necessidade do psicótico de ser visto para se sentir integrado é semelhante à de um bebê de ser percebido, para se aperceber, para reunir num todo unitário e pessoal o passado experienciado, o presente e o futuro antecipado.

Vejo que vínculo apercepção e percepção, ao postular (no indivíduo) um processo histórico que está na dependência de ser visto: Quando olho, sou visto; logo, existo. Posso agora me permitir olhar e ver. Olho agora criativamente e sofro a minha apercepção e também percebo. (1967a/1975, p. 157)

O bebê precisa ser visto pela mãe para se ver a si mesmo com um existente e para poder olhar criativamente para o mundo externo. Se essa necessidade não for atendida, há consequências patológicas que compõem a sintomatologia winnicottiana das psicoses.

Eles olham e não se veem a si mesmos. Há consequências. Primeiro, sua própria capacidade criativa começa a atrofiar-se [...]. Depois, o bebê se acostuma à ideia de que, quando olha, o que é visto é o rosto da mãe. O rosto da mãe, portanto, não é um espelho. Assim, a percepção toma o lugar da apercepção, toma o lugar do que poderia ter sido o começo de uma troca significativa com o mundo, um processo de duas direções no qual o autoenriquecimento se alterna com a descoberta do significado no mundo das coisas vistas. (1967a/1975, pp. 154-155)

A criatividade inicial, primária, fica atrofiada, e a apercepção, o olhar criativo, unificador, cede lugar ao olhar passivo da percepção, com a consequente perda de trocas entre o mundo subjetivamente concebido e o objetivamente percebido, trocas que são a chave dos relacionamentos objetais e que faltam na psicose, levando ao retraimento para o mundo subjetivo como defesa.

Na sequência do trecho aqui citado, esses efeitos patológicos de não ser visto pela mãe, de não se ver no rosto da mãe, são ilustrados por quatro casos clínicos com pacientes sem rosto e acompanhados de comentários sobre os retratos humanos na pintura de Francis Bacon.

5. Nota 1, fragmento 4: futilidade da análise tradicional no tratamento dos pacientes fronteirios

Segundo o fragmento 4, as psicanálises tradicionais fracassam por não poderem identificar e atender a essa necessidade de *holding* que reúne uma personalidade quebrada. A psicanálise elaborada com base nas verbalizações do paciente numa relação de transferência do inconsciente reprimido mental patógeno, relacionado às angústias freudianas de castração, perfeitamente pensáveis e geradoras de defesas neuróticas, não dá conta do tratamento da

dissociação na personalidade. Na patologia maturacional winnicottiana, a dissociação pertence a um grupo diferente de defesas. Elas não são erguidas contra os efeitos, na vida consciente, do retorno do inconsciente reprimido freudiano, mas contra uma ameaça de retorno do aniquilamento ou do colapso de um indivíduo humano que está começando a existir. Esse estado clínico inconsciente, que não é gerado, vale enfatizar, pela repressão social ou moral, mas pelos padrões de falhas ambientais (por exemplo, pela mãe depressiva, obsessiva ou pela pior de todas, a tantalizadora) e que não é mental, representacional, diz respeito à perda da capacidade inicial, presente na natureza humana, de abarcar algo do todo que se apresenta. Em outras palavras, o inconsciente winnicottiano consiste na falta patógena de experiência, decerto ilusória, mas necessária, de onipotência, de poder ir juntando todos os fenômenos na área de controle pessoal. É esse não acontecido que gera angústias ou mesmo agonias winnicottianas impensáveis, as quais requerem defesas e mesmo organizações de defesa psicóticas, que constituem o que se chama tecnicamente de psicose. Delas, o paciente só pode se livrar regredindo à dependência absoluta num ambiente que ofereça o *holding*, que inevitavelmente falhe, e que dessa maneira propicie que o paciente acesse de forma amenizada o colapso e que facilite o começo de interação pessoal e existencial (ambiental, objetal) do paciente.

Anos antes de 1971, no seu texto programático de 1963, “O medo de colapso”, Winnicott reconheceu o clinicamente óbvio: a futilidade *na* e, portanto, *da* análise tradicional dos casos de quebra ou de ameaça de quebra de continuidade de ser, isto é, de psicose.

Futilidade na Análise

Tenho de tomar por certa a compreensão e a aceitação da análise da psicose. Baseado nesta presunção, digo que, nos casos que estou examinando, a análise começa bem e progride com ímpeto; o que está acontecendo, contudo, é que o analista e o paciente estão se divertindo em conluio em uma análise psiconeurótica, quando, na realidade, a enfermidade é psicótica.

Repetidas vezes o par analítico está satisfeito com o que fizeram juntos. Foi válido, foi arguto, foi cômodo – por causa do conluio. Entretanto, cada um dos chamados progressos termina em destruição. O paciente o rompe e pergunta – E daí? Na realidade, o avanço não foi um avanço, mas sim um novo exemplo de o analista jogar o jogo que o paciente faz de postergar a questão principal. E quem pode culpar quer o paciente, quer o analista [...]? (1963c/1994, p. 73)

É possível notar a ponta irônica da crítica de Winnicott: as sessões de psicanálise tradicional tendem a se tornar um divertimento prazeroso para os dois participantes, que acaba em desastre terapêutico, só que esse desfecho não seria culpa de ninguém¹⁴. Logo mais, em

¹⁴ Para Ferenczi (1931), a análise que não termina é culpa do despreparo técnico do analista. Uma crítica de relatórios de casos psicanalíticos quando se tornam peça de sedução do leitor é apresentada em Loparic, 2024d.

1964, na sua resenha da autobiografia de Jung, texto igualmente estratégico, Winnicott volta a esse ponto:

É verdadeiramente difícil para aqueles que possuem personalidades unitárias sadias alcançar empatia com aqueles cujos *selves* divididos lhes causam constantes problemas. Jung ajuda aqui, e, entre os psicanalistas, existem alguns que estão chamando a nossa atenção para a inaplicabilidade da chamada técnica psicanalítica clássica ao tratamento da esquizofrenia. (1964a/1994, p. 372)

Além de reafirmar que a psicanálise tradicional padece de anomalias insolúveis, o que, na perspectiva de Kuhn, enseja por uma mudança de paradigma dos praticantes do campo, nesse texto Winnicott levanta dois outros assuntos importantes. Aponta para o fato, mencionada acima, de que um analista com personalidade unitária sadia – entenda-se aqui, refugiado na sanidade e defendido contra a loucura que habita todo homem verdadeiramente maduro; como, de acordo com Winnicott, Freud ele mesmo¹⁵ – alguém que poderia muito bem ter sido aprovado na formação das escolas de psicanálise tradicional – não tem condições de identificação cruzada necessária no tratamento da psicose. Na mesma resenha, Winnicott oferece ainda um apontamento importante sobre a composição do *background* teórico no qual se move seu pensamento: Jung, além de Freud, e Winnicott tomando distância de ambos¹⁶. “A fuga para a sanidade, de Freud, pode ser algo que nós, psicanalistas, estamos tentando nos recuperar, tal como os junguianos estão tentando recobrar-se do ‘*Self* dividido’ de Jung e da maneira pela qual este lidou com ele” (1964a/1994, p. 366).

6. Nota 2

Minha própria análise estava sendo feita por meus colegas que, na época, aceitaram meu artigo: “O ódio na contratransferência”. (1971b/2017, p. 355, minha tradução)

No seu artigo “O ódio na contratransferência”, de 1947, texto aceito por seus dois analistas, J. Strachey e J. Riviere, ele faz uma afirmação correlata, fundamentada explicitamente em sua experiência clínica, que especifica outra tarefa do analista: tal como o bebê não pôde desenvolver-se emocionalmente e chegar a amar e odiar num ambiente materno sentimental, o

Sobre o aspecto intrinsecamente doloroso do tratamento de pacientes *borderlines*, ver 1967/1994 p. 156 e 1969a/2017, p. 217 e Loparic, 2025a.

¹⁵ Winnicott sabe o que está fazendo. Na mesma resenha, ele escreve: “Nós próprios passamos por uma análise e temos de ser capazes de analisar também os nossos mestres; pela própria natureza das coisas, eles não teriam podido fazê-la” (1964a/1994, p. 372).

¹⁶ Sobre Freud e Jung como dois lados de uma mesma moeda, ver Loparic, 2014.

paciente psicótico e o paciente antissocial precisam de ódio do terapeuta para eles mesmos poderem odiar (1947/2000, p. 287), o que, para o paciente, Winnicott insiste, é uma aquisição da saúde.

Na análise (de pesquisa) ou no manejo rotineiro de pacientes de tipo psicótico, uma forte tensão é imposta ao analista (psiquiatra, enfermeira psiquiátrica), tomando importante o estudo dos modos pelos quais as ansiedades de natureza psicótica e também o ódio são provocados nos que trabalham com pacientes psiquiátricos gravemente doentes. Somente desta maneira poderemos evitar as terapias que se adaptam mais às necessidades do terapeuta do que às necessidades do paciente. (1947/2000, p. 287)

É difícil avaliar se essa frase final do artigo citado contém um recado implícito do paciente Winnicott aos seus dois analistas. Se esse for o caso, essa nota deve ser lida como uma tentativa inicial (1947), em parte autobiográfica, de abordar a problemática da origem e do manejo da agressividade retomada nas notas 4 e 5. Destaco aqui apenas um ponto¹⁷: as experiências de raiva ou ódio acumuladas pelo paciente, que correspondem ao trauma cumulativo, são, de fato, o fator terapeuticamente operativo no tratamento da esquizofrenia *borderline*.

O que é que poderia ser o suficiente para que alguns dos pacientes [pacientes *borderlines*] ficassem bem? Ao final o paciente utiliza as falhas do analista, muitas vezes pequenas, talvez induzidas pelo paciente, ou o paciente produz elementos transferenciais delirantes (Little, 1958) e temos que tolerar sermos mal compreendidos em extensão limitada. O fator operativo é que o paciente agora odeia o analista pela falha que originalmente ocorreu como um fator ambiental, fora da área de controle onipotente pelo lactente, mas que agora é apresentada na transferência. (1962b/1983, p. 233)

7. Nota 3: exemplo clínico de uma análise completa alcançada na clínica winnicottiana

Foi nesse ponto que minhas experiências clínicas conseguiram me levar a concluir a análise do homem que carregou um *self* feminino consigo durante toda a vida, mas que não sabia disso, e nenhuma de suas dezenas de análises foi capaz de reconhecer o fato vital. (1971b/2017, p. 355, minha tradução)

Nessa nota, Winnicott se refere brevemente ao caso de um paciente psicótico, e mostra como sua experiência clínica o levou a completar com sucesso uma análise levada até então nos

¹⁷ Ver os comentários no que segue.

moldes da psicanálise freudiana tradicional, conseguindo ajudá-lo a vencer sua dissociação sexual e a mais inicial, que fraturava a estrutura da sua personalidade. Creio que Winnicott esteja se referindo ao caso FM (1959/1994 1963a/1994 e 1966/1994: “Os elementos masculinos e femininos ex-cindidos encontrados em homens e mulheres”), e, de fato, é um dos casos exemplares da revolução promovida por Winnicott.

Apesar de alguma integração preservada, o paciente FM, homem de meia idade, desenvolveu, para a surpresa de Winnicott, *completa* dissociação, isto é, cisão entre ser si mesmo de sexo masculino (ter identidade masculina) e ser si mesmo, mas de sexo oposto, defendendo-se dessa forma contra um padrão de falhas maternas nos primeiros meses de sua vida. Não apenas pelo seu desejo de que seu segundo filho fosse uma menina, mas por *tratar* seu corpo como o de uma menina (pela colocação de fraldas etc.) – impossibilitando, portanto, efetivamente a integração de experiência relacionadas a sua sexualidade masculina nascente –, a mãe lhe impusera como tarefa maturacional a constituição de uma identidade sexual feminina, desconectada do seu corpo, sem base biológica, e, desta forma – essa é a etiologia maturacional introduzida por Winnicott – ameaçou dois desenvolvimentos: a elaboração espontânea e não distorcida da sua identidade masculina com base no seu corpo de menino e, mais fundamentalmente, o estabelecimento do seu si-mesmo unitário espontâneo habitando esse corpo¹⁸.

Os analistas de FM anteriores a Winnicott, e ele próprio na primeira etapa do seu tratamento (de 1959 a 1964), mesmo produzindo competentes análises nos moldes freudianos – Winnicott faz relatos de várias das suas sessões entre 1959 e 1963 – só conseguiram ver o FM como um indivíduo supostamente integrado com dificuldades de administração da bissexualidade decorrente da repressão materna, e não como alguém cuja identidade pessoal era angustiantemente ameaçada. Por trabalharem no quadro de um paradigma centrado no tratamento da neurose de base sexual, nenhum deles foi capaz de reconhecer a natureza de sua dissociação – que ela não era sexual ou de gênero, mas do seu si-mesmo, e que FM precisava, como Winnicott dirá no relato final desse caso já levado a cabo, que a defesa por dissociação desse lugar a uma “aceitação da bissexualidade como sendo uma qualidade do *self* total ou unitário” (1966/1994, p. 137).

Como foi que Winnicott livrou FM da sua dissociação, melhor, da cisão pessoal escondida no material abundante colhido na primeira etapa do tratamento e claramente

¹⁸ Para um estudo detalhado da formação da identidade sexual sem base biológica, tal como exemplificada pelo caso FM, ver Loparic, 2005. Essa formação pode ocorrer paralelamente à formação da identidade de gênero sem base biológica.

relacionado à repressão da sua identidade masculina em desenvolvimento? A partir de 1963, quando teve início a segunda parte do seu tratamento de FM, Winnicott começou a notar, em especial nos sonhos de FM, sinais de agonias impensáveis e, portanto, de sinais de ameaça de aniquilamento ou mesmo de aniquilamento já acontecido. Nesse mesmo ano, Winnicott escreveu seu artigo programático “O medo do colapso”, só publicado postumamente, em 1974, no qual constatou, como vimos anteriormente, a futilidade da “análise psiconeurótica”, e estabeleceu, como alternativa paradigmática, três grandes linhas da sua patologia e clínica alternativa: 1) diagnóstico de quebra precoce do processo de estabelecimento da unidade pessoal nascente; 2) sintomatologia contendo agonias impensáveis e o conjunto de organizações de defesa contra as agonias, duas delas sendo a desintegração ativa e a cisão (falso si-mesmo autossustentador); 3) o tratamento da quebra do si-mesmo, que, além de interpretação maturacional não verbalizada, inclui a liberação do paciente das defesas psicóticas e de agonias impensáveis, visando a consequente facilitação, pelo terapeuta, da recuperação ou mesmo da aquisição pelo paciente da capacidade de existir como um si-mesmo unitário, a serviço da sua tendência para a integração. Em 1963, Winnicott estava, portanto, de posse de uma ciência da natureza humana que lhe permitiria ter consciência, nas sessões com FM, em 1966, que estava vendo e testemunhando nele a existência de *duas partes* totalmente cindidas da *mesma personalidade*; partes não sexuais, embora revestidas de diferenças sexuais, também cindidas, geradas, e isso agora ficou claro, por uma *identificação cruzada meramente defensiva* com a mãe; como se FM estivesse sabendo de suas necessidades maturacionais integrativas e tivesse dito à mãe: “Dos males, o menor; como dependo de você para poder existir como um si-mesmo minimamente integrado, vou me conformar. Eu, que sou alojado num corpo de menino, serei sua menina. Serei, de fato, a vida toda uma falsa menina, e no resto, um menino capenga. Defender-me-ei contra a sua imposição desenvolvendo sintomas psico-somáticos de colorido sexual e serei um si-mesmo duplamente falso, que protegerá meu mínimo si-mesmo verdadeiro”: a problemática primária de cisão, estado que caracteriza a esquizofrenia no sentido de Winnicott, é camuflada pela cisão de tipo sexual. Creio que temos aqui mais uma figura de defesa secundária do tipo fronteiro¹⁹.

Como Winnicott conseguiu se liberar do conluio com a cisão sexual de FM, no qual foi envolvido por FM e por trabalhar ainda com a teoria psicanalítica da bissexualidade, reunir esse paciente num todo pessoal, fazê-lo aceitar sua bissexualidade e deixar de lutar contra sua masculinidade? O primeiro passo consistiu no seguinte: numa sessão, já em 1966, Winnicott

¹⁹ Em Loparic, 2025a, discuto a definição winnicottiana da patologia fronteiro e reconstruo a classificação de tipos desse distúrbio maturacional que se encontra espalhada na sua obra.

fez a *experiência*, de início pouco clara teoricamente e emocionalmente difícil, de que lá, diante dele, não estava um homossexual, mas uma *menina* (*girl*, não *woman*, mulher feita) – ele a viu, ouviu-a falar, falou com ela –, ao mesmo tempo que não podia deixar de também ver que este indivíduo, que lá estava deitado no seu divã, era um *homem adulto*. FM *se reconheceu* imediatamente nesse estado de loucura para o qual o olhar de Winnicott foi levado por essa menina: entrou em contato com a sua própria cisão (ele disse a Winnicott: “Você esteve falando com os dois lados de mim”) e, nesse momento, se sentiu sadio. Ficou liberado de um *dilema* no seu si-mesmo que pesou sobre toda a sua vida, o de ser dividido no seu ser si-mesmo e de ter escondido essa divisão psicótica latente – a entre ter a mãe (mais fundamentalmente ainda, ser a mãe) e confrontar a mãe – pela dissociação sexual manifesta entre uma falsa menina e um menino escondido em homem adulto inviabilizado.

O contato extremamente vívido do qual Winnicott não se defendeu, que o uniu ao lado de FM que precisava e buscava identificação, o lado menina, mas que foi disfarçado por uma *falsificação* de si-mesmo – pela qual ele se defendia da ameaça de colapso da identificação que decorreria do abandono pela mãe repressora caso ele não se conformasse, e pela qual ele tentava, ao mesmo tempo, manter alguma comunicação pessoal identificatória com alguém – abriu o caminho para sua comunicação com o outro lado de FM, aquele que se escondia na outra das suas personagens falsas, no menino, só que agora, na relação com Winnicott, não mais reprimida, como era pela mãe. Até então, a análise de FM *não estava completa* e estava fadada a permanecer interminável. Ao aceitar ser colocado na posição de analista louco, Winnicott espelhou a loucura da mãe que enlouqueceu FM, abriu o caminho para FM chegar a si mesmo como louco cindido e, tendo feito essa vivência, deixar de ser louco e se integrar. Dessa maneira, Winnicott completou, como indica a Nota 3 citada acima, as análises anteriores da bissexualidade de FM pelo atendimento da sua necessidade de se livrar da cisão na personalidade. No *follow-up* do caso, ficou claro que a recuperação de FM demorou para se estabilizar, mas que, mesmo assim, ficou aberto o caminho para que ele, que carregou consigo um si-mesmo de menina a vida toda, pudesse alcançar o que propõe a terapia winnicottiana, ou seja, algum grau de integração, socialização e autodescoberta.

Essa experiência clínica alcançada em 1966 permitiu a Winnicott construir um dos mais importantes elementos da sua teoria da natureza e do tratamento da dissociação/cisão que caracteriza a sintomatologia básica da psicose. A saber, que o si-mesmo de um paciente como FM tem partes inconscientes não sexuais; que uma dessas partes não sexuais procurava, também de forma inconsciente, um relacionamento em termos de identidade ou fusão, sem a presença de impulsos instintuais, identidade chamada por Winnicott de primária; que esse tipo de busca

de objeto só podia ser realizado pelo paciente em regressão à dependência absoluta com seu terapeuta, seu objeto subjetivo; que o atendimento da necessidade de relacionamento fusional dessa parte libera a outra parte do si-mesmo do paciente para o relacionamento oposto, que não é fusional, que denuncia separação e confronto e pode, com o tempo, amadurecer até poder para incluir busca de objeto com base em impulsos instintuais.

Winnicott chamará a parte não sexual da personalidade de FM, que buscou o relacionamento com ele em termos de identificação primária, de “elemento feminino puro” e a outra parte, de “elemento masculino puro”. Numa nota de 1968-1969, ele muda de terminologia e postula, no processo de amadurecimento humano saudável, a existência de um *dilema* (termo já usado, como vimos, no relato do caso em 1966) básico de relacionamento objetal, o de uma *oposição*, que só na amostragem patológica da natureza humana se torna cisão ou dissociação, entre o bebê *ser* a mãe (o seio que ele mesmo *é* e *confrontar* e *ser confrontado* pela mãe (pelo seio que *faz*)²⁰. A mudança brusca imposta pelo ambiente de um chifre do dilema para o outro, do ser para confrontar e ser confrontado, está na origem das patologias maturacionais (cisão, dissociação) que perturbam a constituição do si-mesmo e a integração dos instintos na vida humana, como aconteceu com FM ainda no colo da mãe.

8. Nota 4

Por fim, esses assuntos acabaram se perdendo em minha vida consciente e, ainda assim, a ideia evoluiu e me fez ir a Nova York para apresentar “The Use of an Object” [...]. Esse trabalho me leva o mais longe possível, e sua nova característica é que ele reconhece a sobrevivência do objeto – ou seja, a existência separada do mundo – como um fato vital no crescimento emocional pessoal. Ele envolve a teoria do início da fantasia e também introduz a ideia de que a agressão não é gerada pela externalidade do objeto, portanto, o local e o momento de origem da externalidade do objeto não são destrutivos na origem. (1971b/2017, p. 356, minha tradução)

A palestra em questão, pronunciada no final de 1968 na New York Psychoanalytic Society, foi mal-recebida pelo público composto majoritariamente por kleinianos²¹. Além do tema central da palestra, a sobrevivência do objeto, a Nota 4 destaca duas outras concepções igualmente novas: a teoria da etapa maturacional na qual se origina a fantasia (não o fantasiar, *fantasying*, do tipo psicótico) e a ideia de que a agressão, isto é, o comportamento provocativo, agressivo ou destrutivo, não é uma reação ao comportamento intrusivo (na linguagem de Freud,

²⁰ Como se vê, Winnicott embute na natureza humana uma estrutura binária de relacionamento objetal que não é sexual, nem de gênero, nem biológica, nem social, nem cultural, mas, podemos dizer com propriedade, existencial.

²¹ Uma discussão detalhada do que estava em jogo nesse episódio encontra-se em Dias, 2005.

frustrante) de objetos externos enquanto externos, mas que a própria externalidade de objetos externos tem sua origem num espaço-tempo potencial em que ainda não há destrutividade. Essa ideia, ainda que formulada aqui de forma esquiva, é deixada suficientemente clara para que se possa dizer que ela contradiz a hipótese central do artigo mencionado – a de que o impulso primitivo destrutivo cria a externalidade (1970a/1994, pp. 206-207), além de se contrapor aos comentários de janeiro de 1969 em que Winnicott, numa aparente recaída na metapsicologia do instinto de morte de Klein, argumenta a favor de um primeiro instinto (*first drive*) que chama de “destruição”²². Ao escrever a Nota 4, Winnicott aparentemente ainda estava diante do problema de como explicar a criação da origem da agressividade, da externalidade do mundo e das diferentes formas de comportamento agressivo²³.

9. Nota 5, fragmento 1: condições pessoais necessárias para poder pedir e realizar uma revolução

Esta contribuição [o artigo de 1971] consiste em uma parte de minha vida. Espero ter a permissão de Freud para usar minha própria experiência na construção da teoria. (1971b/2017, p. 356, minha tradução)

Texto deveras intrigante, faz referência explícita à condição pessoal, mencionada anteriormente, que permite a Winnicott ter esperança de que Freud lhe permitiria fazer sua própria pesquisa e construir suas próprias teorias em psicanálise e construir a coragem de pedir permissão para discordar de Freud, mais do que isso, para produzir alternativas revolucionárias na teoria e na clínica psicanalíticas, visto que o paradigma freudiano se revelou teoricamente problemático e clinicamente ineficiente.

Vejamos, para começar, se Winnicott precisava mesmo pedir tal permissão a Freud. Será que Freud exigia lealdade pessoal e proibia os psicanalistas de praticarem a pesquisa

²² Abram não vê mudança de posição e observa: “Presumivelmente, esse ‘destrutivo’ se refere ao instinto de morte, e não ao uso alternativo de Winnicott de ‘destrutivo’ como mobilidade benigna – caso contrário, as notas não fazem sentido” (Abram, 2012/2013, p. 328, minha tradução). A interpretação não satisfaz, porque, como vimos, na palestra de 1968 e, depois, nos comentários do anexo VII, Winnicott fala explicitamente em impulso e instinto destrutivo primitivo, nenhum dos quais pode ser identificado à mobilidade benigna, conceito de 1950 abandonado nos seus textos posteriores. A Nota 4 faz todo sentido se admitirmos que dias antes de morrer Winnicott estava dando mais um, talvez o mais importante, passo na elaboração de seu paradigma, introduzindo uma concepção de natureza humana assentada na bondade original, experienciada e incorporada no colo da mãe suficientemente boa.

²³ Recentemente, desenvolvi argumentos a favor da tese de que as questões mencionadas podem ser tratadas sem recurso ao conceito de impulso destrutivo primitivo, utilizando apenas a tese de que todas as formas de provocação, destrutividade e agressividades se originam da interrupção da continuidade de ser ou ainda, do estabelecimento do si-mesmo unitário (ver Loparic, *Seminário de pesquisa*, sessões do segundo semestre de 2023 e no primeiro de 2024, transcrições em *Boletim Winnicott no Brasil*, 2024 e 2025b).

científica de forma independente e de promoverem o progresso da ciência que ele mesmo criou? Na sua autobiografia, que Winnicott conhecia bem (1964), Jung faz queixas de Freud que vão nesse sentido²⁴. Seja como for, no começo dos anos 1960, Winnicott deixa claro que se sentia pessoalmente à vontade em relação a Freud ao reivindicar sua independência na pesquisa:

Acredito que meus pontos de vista começaram a se diferenciar dos seus, e de qualquer modo achei que ela não me tinha incluído como um kleiniano. Isto não me importava, porque nunca fui capaz de seguir quem quer que fosse, nem mesmo Freud. Mas Freud era fácil de criticar, porque ele mesmo era sempre crítico de si mesmo. (1962a/1983, p. 161)

A mesma atitude é reafirmada numa carta a W. W. Sargant, psiquiatra organicista que atribuía aos psicanalistas “tal como a fé absoluta e inquebrantável do psicanalista na existência de uma mente freudiana subconsciente altamente sexualizada” (*apud* 1969c/2017, p. 231). Winnicott discorda e rebate: “É claro que conheço analistas que são dogmáticos e proselitistas e, a meu ver, são todos maus analistas”.

A carta continua:

[...] tendo me desenvolvido no grupo psicanalítico e conhecendo todas as suas pressões e tensões internas, conheço a psicanálise apenas como uma ciência em luta, e, sem dúvida, como nunca conheci Freud, nunca cheguei a depositar nele uma fé equivalente àquela que o senhor [W. W. Sargant] menciona. Tive minhas lealdades iniciais a Freud, Melanie Klein e outros, mas, por fim, a lealdade acaba se voltando para nós mesmos, e isso deve acontecer com a maioria de meus colegas. (1969c/2017, p. 231)

O caminho de Winnicott em direção de autonomia teórica e clínica começou já nos anos 1920, quando começava sua formação em psicanálise e terapia com Strachey, tendo reconhecido que a dinâmica edípica não explica distúrbios maturacionais de bebês muito novos, crítica retomada e aprofundada ao longo da sua obra. Seguiu por várias etapas, entre muitas delas, a crítica da interpretação exclusivamente sexual de fantasias (1935), insistência sobre o ambiente como fator etiológico patogênico externo (final dos anos 1930), reconhecimento de dois tipos de psicanálise, a que trata de problemas em relacionamentos entre pessoas inteiras acompanhadas de fantasia consciente e inconscientes, e outra que leva em conta, muito no estilo de Klein, a elaboração imaginativa de experiência instintual (1945), passando pelas teses de que

1) o paciente psicótico precisa de ódio do analista para poder desenvolver, entrar em contato com e tolerar seu próprio ódio (1947),

²⁴ Não se afaste da teoria da sexualidade, pedia Freud a Jung que se sentia desenganado.

- 2) a teoria freudiana de instintos de vida e de morte é uma mancada (*blunder*) (1953),
- 3) a teoria da agressividade de Freud é falsa (1954),
- 4) a inveja e o ódio não têm origem instintual, pois incluem atitudes que precisam ser adquiridas (1959),
- 5) o sonho não é uma realização do desejo reprimido, mas uma forma de elaboração imaginativa de processos maturacionais, entre eles os somáticos (1960),
- 6) a loucura é defesa contra o fracasso do estabelecimento de um si-mesmo unitário e não resultado de repressão severa da libido (1963),
- 7) a psicanálise tradicional de pacientes psicóticos é fútil e se envolve em conluios (1963),
- 8) o procedimento de interpretação pode não ser eficiente e ser mesmo prejudicial (1963),
- 9) o que está em jogo na vida é antes ser e sentir-se real do que sexo e prazer (1967),
- 10) a teoria do narcisismo não chega ao início do acontecer humano (1968-1969).

A lista de discordâncias, algumas das quais serão abordadas a seguir, não termina aqui. Somadas, evidenciam a crise do paradigma freudiano e a gestação de elementos positivos de uma alternativa revolucionária.

A bem da verdade, Winnicott hesitou em marcar a distância que o separa de Freud. Em 1954, numa carta a Guntrip, terapeuta escocês, palavras de cesura a Fairbairn, também escocês, por ele querer superar Freud:

A meu ver, quaisquer teorias originais que eu possa ter só são valiosas na condição de um desenvolvimento da teoria psicanalítica freudiana comum. Meu ensaio sobre regressão não faria sentido algum se surgisse num mundo que não houvesse sido preparado para ele por Freud. Em todo ensaio que escrevi, simplesmente assumi que as pessoas conhecem seu Freud e estão familiarizadas com a teoria em desenvolvimento, a qual tinha de partir de algum lugar. Freud podia facilmente ter seguido direto, intuitivamente, até chegar a verdades fundamentais, mas não era isso o que ele queria. Ele queria pôr de lado toda a sorte de intuições tentadoras (as quais, no entanto, surgiram nas notas de rodapé e em observações esporádicas) e dar início a uma nova ciência, embora isso significasse concentrar-se no tantinho de trabalho que estava diante de seu nariz na época. (1954b/2017, pp. 91-92)

E continua, no tom de um freudiano militante:

Gostaria muito de saber se o senhor sente a mesma coisa quanto ao trabalho de Freud, ao qual, se fazemos psicoterapia, devemos tudo. Também sinto que Fairbairn deveria realmente concordar com tudo isso; ocorre que ele adotou a ideia de que está derrubando Freud e colocando algo no lugar. (1954b/2017, p. 92)

Essa carta foi escrita em 1954, um ano depois da publicação por Winnicott e Masud Khan da resenha de *Psychoanalytic Studies of the Personality* (1952) de Fairbairn, que, num

tom áspero, documenta (com citações) e denuncia o que seriam as contradições desse livro, sendo a pior de todas a afirmação atribuída a Fairbairn (sem citação) de que a “libido busca objetos”. Alternativa dos resenhistas: um bebê tem necessidades instintuais, mas não tem mecanismos para usar um objeto a fim de atendê-las. O bebê não busca um objeto e sim a distensão. Melhor dito, não é o bebê, é a libido nele, que não é dele, que busca satisfação; é a tensão instintual nele que busca retorno ao estado de repouso ou de não excitação, o que nos leva de volta a Freud (1953/1994, p. 320). Essas palavras retomam quase textualmente o que Winnicott diz em *Natureza humana*, mas que foram elaboradas também em 1954, a respeito de perturbações causadas pelos instintos biológicos, forças impessoais, que vão e vêm na vida de um bebê ou criança e requerem ação (1988a/1990, p. 57). Em 1967, num texto autobiográfico, Winnicott muda de tom e se retrata, atribuindo a Fairbairn várias contribuições “tremendas”, destacando duas: a busca de objeto, que entra na área da transacionalidade e continua ao longo do processo de amadurecimento, e o sentimento de ser real (1967b/1994, pp. 442-443), que, formuladas numa linguagem não freudiana, ocupam lugares de destaque no paradigma do terapeuta das terras também historicamente celtas de Plymouth. Note-se que, agora, a busca de objeto não é mais atribuída à libido. Em 1969, a dívida a Fairbairn é plenamente reconhecida e o erro corrigido.

[...] permaneci próximo do arcabouço familiar dos enunciados psicanalíticos referentes ao relacionamento objetal, pois quero manter abertas as pontes que levam da teoria mais antiga para a mais nova. Apesar disso, estou obviamente perto da declaração que Fairbairn fez em 1944, de que a teoria psicanalítica estava enfatizando a satisfação pulsional às expensas do que ele chamou de “busca objetal”. E Fairbairn estava trabalhando, como me acho aqui, com as maneiras pelas quais a teoria psicanalítica precisava ser desenvolvida ou modificada, se é que o analista queria ter esperanças de tornar-se capaz de lidar com fenômenos esquizoides no tratamento dos pacientes. (1969d/1994, p. 198)

Duas notas de importância capital acompanham esse trecho. Na primeira, Winnicott cita uma frase do livro de Fairbairn em reconhecimento tácito do erro de interpretação cometido na resenha. Essa frase faz parte do seguinte trecho (Fairbairn, 1944/1980, pp. 69-70):

A teoria das relações de objeto nos conduz assim, inevitavelmente, a uma posição em que não se pode considerar os impulsos separadamente dos objetos, sejam estes exteriores ou interiores, do mesmo modo é impossível considerar esses impulsos separadamente das estruturas do ego. Claro que é ainda mais impossível considerar os impulsos separadamente das estruturas do ego, dado que só estas podem buscar relações com os objetos. Dessa maneira, retornamos à conclusão já exposta de que os impulsos são aspectos dinâmicos das estruturas endopsíquicas e de que não se pode considerar que eles existam na ausência dessas estruturas, por mais imaturas que elas possam ser.

Por últimos, os impulsos devem ser simplesmente considerados como as formas de atividade em que consiste a vida das estruturas do ego.

A segunda nota distingue entre necessidades (*needs*) e instintos (*drives*), distinção que está na base da teoria winnicottiana da dinâmica dos processos maturacionais, em particular, da teoria da necessidade inicial de bebê de identificação primária e de contato com a mãe (1970c/2013, pp. 75-76), nos quais não há presença de instinto (ou de “libido”).

Voltemos a 1971, à hora madura para o grito de independência. Como Winnicott não teme a censura pessoal de Freud, que estava morto, nem, pelo visto, o seu dogmatismo e, num certo sentido, o coloca ao seu lado, mesmo quando pede uma revolução na prática clínica freudiana e, por conseguinte, no corpo da sua teoria, ele só pode estar aludindo (excluindo a hipótese de ironia) à censura teórica e pessoal dos seus colegas da British Psychoanalytical Society (BPS). A carta a Klein de novembro de 1952 contém críticas importantes a ela e a Riviere, sua segunda terapeuta no período de 1936 a 1941²⁵. Winnicott confessa a Klein que, em 1952, ao proferir a palestra “Ansiedade associada à insegurança” na BPS, além de defender certas teses sobre os efeitos da insegurança do bebê em relação à mãe, ele se arriscou a fazer um gesto criativo espontâneo para ela, na esperança de um movimento dela em sua direção, o que não aconteceu, e o relacionamento entre eles foi cortado nesse nível profundo. Ele comenta o que aconteceu:

Acho que eu queria algo que não tenho nenhum direito de esperar do seu grupo, e que tem a natureza de um ato terapêutico, algo que não consegui em nenhuma de minhas duas longas análises, embora tenha conseguido muitas outras coisas. Não há dúvida alguma de que minha crítica à sra. Riviere não foi apenas uma crítica direta, baseada na observação objetiva, mas também foi colorida pelo fato de ter sido exatamente nesse ponto que a análise dela fracassou comigo. (1952a/2017, p. 43)

No final da carta, que parece retomar a Nota 2, Winnicott reconhece ter uma dificuldade de caráter pessoal em escrever um artigo em homenagem a Klein, aparentemente uma ambivalência; pondera que no grupo dos kleinianos essa sua dificuldade foi vista como doença, e acrescenta: “Minha doença é algo com que posso lidar ao meu modo e que não está longe de ser a dificuldade inerente ao contato humano com a realidade externa” (1952a/2017, p. 47), assinalando, ao que parece, ter condições para lidar com sua ambivalência.

Talvez não seja muito forçado entender que nessa última frase da carta a Klein Winnicott está se posicionado pessoalmente diante dela e mandando um recado a ela e a

²⁵ Ver igualmente sobre o mesmo assunto a carta dirigida a A. Freud e M. Klein, de junho de 1954a/2017.

Riviere: “O que não consegui no relacionamento pessoal com Klein e na análise com Riviere, a saber, ser odiado e odiar, eu estou conseguindo pela autoanálise”. Essa pode ser a fatia da vida de Winnicott que ele tem em vista na Nota 5²⁶? Na sequência dessa nota, ele está se referindo, também e sobretudo, ao desenvolvimento do seu próprio si-mesmo na autoanálise, posterior a duas análises tradicionais com Strachey e Riviere, para a qual Winnicott foi lançado, como veremos em detalhe no fragmento 2 da presente nota, pelo material da análise de B. C., uma das suas pacientes, a partir de 1953. B. C. tinha mãe depressiva e uma irmã mais velha, F., que acabou se suicidando.

Outros elementos da autoanálise que ajudaram Winnicott a se liberar da “moldura” pelos fatores externos e se “emancipar” deles, tal como a B. C., encontram-se mencionados na sua obra já antes de 1953. Em 1947, ele escreve:

A fim de nos tomarmos capazes de analisar pacientes psicóticos, devemos alcançar em nossas análises os níveis mais primitivos em nós mesmos, e este é apenas mais um exemplo de que as respostas para muitos problemas obscuros da prática psicanalítica encontram-se na análise adicional do psicanalista. (A pesquisa em psicanálise seria, talvez, em algum grau, uma tentativa do analista de levar a sua própria análise a um nível mais profundo que aquele que lhe foi possibilitado pelo seu analista). (1947/2000, p. 279)

Um resultado interessante da autoanálise de Winnicott, que mereceria ser analisado no contexto de um estudo biográfico, é a menção da conquista de um grau de insanidade, isto é, de loucura, da qual Freud se defendia, segundo Winnicott, refugiando-se na sanidade e na racionalidade científica, refúgios que são sintomas de defesa dos quais os psicanalistas, que não querem clinicar defendidos, pensando em si, estariam tentando se livrar²⁷.

Se quero dizer que Jung era louco e se recuperou, não estou fazendo nada pior do que faria se dissesse de mim mesmo que era sadio e que, através da análise e da autoanálise, alcancei uma certa medida de insanidade. A fuga para a sanidade, de Freud, pode ser algo que nós, psicanalistas, estamos tentando nos recuperar, tal como os junguianos estão tentando recobrar-se do “*self* dividido” de Jung e da maneira pela qual este lidou com ele. (1964a/1994, p. 366)

²⁶ Poder-se-ia perguntar sobre outras fatias da vida intelectual de Winnicott que não estão relacionadas às diferenças teóricas com Freud e Klein, mas que poderiam ser relevantes para compreender seu pedido de revolução; por exemplo, sua interlocução indireta com Jung, seu apego vitalício à pediatria, seu empenho em institucionalizar o ensino de psiquiatria infantil, seu envolvimento com o tratamento da tendência antissocial e com as tarefas do serviço social.

²⁷ Sobre a sanidade como sintoma, ver 1945/2000, p. 225. A necessidade de Freud de, diferentemente de Jung, deixar de lado a psicose e se refugiar na neurose, isto é, na teoria da relativa sanidade, revelaria um sintoma, como sinal de aflição pessoal diante de certo tipo de problemas de saúde (1964a/1994, p. 369). O recurso defensivo à “lógica”, isto é, à racionalidade científica, também pode ser visto como um sintoma (1969e/2005, pp. 204-205).

Ainda em 1967, aparentemente já muito mais dono de si, Winnicott se lembra da paralização de sua pesquisa revolucionária pela ausência de receptividade do grupo Klein – em particular da pesquisa sobre o ambiente, que, depois de reiniciada, no final dos anos 1950, estabeleceu este que é um elemento central do seu paradigma – que lhe foi imposta por Riviere na relação terapêutica:

Mas o que me aconteceu foi que comecei a ficar interessado pelo meio ambiente, e isto conduziu a algo em mim. Agora, quem mais estava fazendo isto? Não acho que saiba, no momento. O importante é que, nessa ocasião [1936-1941], eu estava fazendo análise com a Sra. Riviere, que era grande amiga da Sra. Klein, e disse-lhe que estava escrevendo um trabalho sobre a classificação do meio ambiente, e ela simplesmente não o aceitou. Isto foi realmente uma pena, porque ganhei muito de meus cinco anos com a Sra. Riviere, mas tive de esperar um longo tempo antes que pudesse recuperar-me de sua reação. (1967b/1994, pp. 366-367)

A censura de Riviere dos interesses teóricos de Winnicott foi perfeitamente consequente. Em 1927, recém-adepta de Klein, ela formula uma posição sobre psicanálise que poderia ser usada como epígrafe superlativa de qualquer trabalho sobre o conflito entre o paradigma winnicottiano e o de Klein:

[...] a psicanálise [...] não está preocupada com o mundo real, nem com a adaptação da criança ou do adulto ao mundo real, nem com a doença ou a saúde, nem com a virtude e o vício. Ela se preocupa simples e unicamente com as imaginações da mente infantil, os prazeres fantasiados e as temidas retribuições. (Riviere, 1927/1991, p. 87, minha tradução)

Há boas razões para pensar, portanto, que no começo da Nota 5 (fragmento 1) Winnicott não opõe a Freud a experiência extraída de “uma fatia de sua vida”, mas às dificuldades de relacionamento com Klein e com os kleinianos, e ao dogmatismo deles. É provável que o longo tempo de espera pela recuperação da capacidade de trabalho, o período entre os anos finais da análise com Riviere, tenha começado a acontecer gradualmente a partir de 1945, quando Winnicott se propõe a oferecer seu artigo “Desenvolvimento emocional primitivo” para discussão numa reunião científica da BPS, procurando ser ouvido e criticado publicamente, não mais entre as quatro paredes do consultório; artigo programático de sua virada paradigmática, no qual formula seu projeto de estudo dos bebês e das crianças em paralelo com o estudo dos psicóticos, tomando como guia elementos da sua teoria ainda incipiente do desenvolvimento emocional primitivo, que acabou sendo sua teoria mestra, que trata, entre outras coisas, de problemas maturacionais que surgem na relação inicial mãe-bebê e aparecem regressivamente na psicose. O caminho foi aberto. Em 1948, na parte introdutória de um artigo proposto para

discussão num ambiente não psicanalítico, a saber, a Seção Médica da Sociedade Britânica de Psicologia, depois de se identificar como pediatra que se voltou para psiquiatria e psiquiatra que continuou agarrado na pediatria, e não como psicanalista, Winnicott enuncia, como se tivesse encontrado um ambiente intelectual e institucional mais favorável, uma tese central da revolução que estava promovendo, entrando tacitamente em conflito teórico frontal com Klein e Riviere²⁸.

O ambiente é tão vitalmente essencial nessa tenra idade, que nos sentimos conduzidos à inesperada conclusão de que a esquizofrenia é uma espécie de doença provocada por uma deficiência ambiental, visto que um ambiente perfeito no início pode, ao menos teoricamente, ser percebido como capaz de permitir que o bebê realize o desenvolvimento emocional ou mental primário, o qual o predispõe a um desenvolvimento subsequente e assim à saúde mental pela vida afora. Um ambiente desfavorável posterior constitui algo de natureza diversa, sendo um mero fator adverso adicional na etiologia geral da doença mental. (1948/2000, p. 239)

Analisar pensadores é sempre uma tarefa árdua. Eu encontrei estímulo para as observações acima sobre a estrutura de personalidade de Winnicott, num gesto de coragem do próprio Winnicott, na resenha da autobiografia de Jung:

Este [*Memories, Dreams, Reflections*, a autobiografia de Jung] é um livro que podemos nos permitir sermos objetivos em nossa avaliação de Jung, da mesma maneira que queremos ser objetivos a respeito de Freud. Nós próprios passamos por uma análise e temos de ser capazes de analisar também os nossos mestres; pela própria natureza das coisas, eles não teriam podido fazê-la. (1964a/1994, p. 372)

Indo nessa direção (1964a/1994, pp. 366-367), Winnicott observou que a imagem que Jung dá de si é de esquizofrenia infantil, portanto, de desintegração ativa de personalidade, defesa psicótica que decorreria da depressão materna a qual teria interrompido ou dificultado o estabelecimento do si-mesmo unitário de Jung. Numa conversa no navio a caminho dos Estados Unidos, Freud ofereceu uma interpretação edípica de um sonho de Jung. Jung tinha uma interpretação radicalmente diferente e, para evitar confronto aberto, decidiu concordar e mentiu a Freud. Ao dizer essa mentira, Jung teria chegado o mais próximo de um si-mesmo unitário e de um EU SOU separado do não eu, antes de ser capaz, já na idade avançada, de escrever e publicar sua autobiografia, na qual reafirma, sem rodeios, suas posições teóricas e clínicas

²⁸ O conflito entre o paradigma winnicottiano e o kleiniano foi estudado em Loparic, 1997.

opostas às de Freud²⁹. Vale lembrar que, no presente contexto, a sugestão de Winnicott de que o nome “EU SOU” dado a Deus na Bíblia reflete o perigo que o indivíduo sente quando está alcançando o estado de um ser individual. Ao se tornar um eu uno, o indivíduo *repudia* tudo o mais e, ao repudiar o não eu, *provoca* e mesmo *insulta* o mundo, de modo que deve esperar ser atacado de volta (1968d/2005, pp. 43-44). Essas páginas de 1968 são notáveis porque oferecem uma pista para a derivação de perseguição e paranoia (e, conseqüentemente, de cisão defensiva) sem recurso à hipótese de impulso destrutivo primitivo, que parece ser um resquício de kleinismo e é perfeitamente dispensável na economia da sua obra. Winnicott se prontificou a relacionar, diante dos olhares de seus colegas psicanalistas, suas teses revolucionárias com sua autobiografia, e se propunha a relatar o estabelecimento do seu si-mesmo pessoal num processo de amadurecimento cujos momentos foram lembrados e explicitados na sua autoanálise. Há razões de pensar que visava o mesmo objetivo que Jung na sua autobiografia³⁰. Não terminou esse projeto, mas seus escritos nos dão preciosas indicações de como essas partes chegaram a compor sua pessoa inteira.

10. Nota 5, fragmento 2: tratamento de um caso de paciente em busca do seu si-mesmo verdadeiro por autoanálise

Acontece que uma paciente de pesquisa minha (chamada de B. C.) estava interessada em sua *própria análise* e fez *anotações* relacionadas a cada sessão de sua longa análise, exceto durante o período de algumas semanas, quando estava em um estado de *profunda regressão à dependência*, e no final do tratamento, quando teve de encontrar um novo motivo para fazer anotações. A principal crise da análise é retratada no material selecionado para ser relatado aqui.

Para essa paciente, o mês de fevereiro foi significativo. Isso se deve à sua data de nascimento, ao nascimento e à morte de sua irmã que a sucedeu, e aos recorrentes episódios depressivos de sua mãe. Além disso, ela tinha uma irmã mais velha, F., que era tão parecida com ela em termos de personalidade quanto possível, como se cada uma tivesse uma personalidade moldada por fatores ambientais e pela ausência de um *Self* central ou verdadeiro. F. nunca se encontrou e acabou se suicidando, e eu relato a parte especial da análise de B. C. que está ligada ao suicídio de F. B. C. teve de pensar em sua *própria emancipação* como algo associado ao fracasso de sua irmã em chegar, mas, como aconteceu, F. acabou com sua vida, em fevereiro, em um dos aniversários. (1971b/2017, p. 356, minha tradução, os *itálicos* são meus)

²⁹ Não tivesse mentido para Freud, Jung teria começado análise com ele, que, diz Winnicott, não poderia levar a cura, ainda que pudesse ter levado a uma fuga para a sanidade ou então para a neurose (1964a/1994, p. 369), de modo que o conluio com Freud teria transformado Jung num *borderline* do tipo neurótico.

³⁰ Deixarei para uma outra oportunidade o exame mais detido da semelhança que parece existir entre o conteúdo autobiográfico das notas e o autorretrato intelectual e pessoal de Jung em *Memórias, sonhos, reflexões*, em particular, em relação a emancipação de ambos do fascínio pela obra de Freud.

A autoanálise de B. C., filha de mãe depressiva, foi feita por meio de *notas* que complementavam os resultados de sessões de análise com Winnicott. Assim como F., sua irmã mais velha, B. C. sofreu, por intrusão não especificada, colapso do processo de estabelecimento do seu si-mesmo unitário. Não recorreu à defesa por esquizoidia mas por cisão, e desenvolveu uma personalidade cindida do tipo falso si-memo, moldado pelo ambiente e sem contato com o si-mesmo central. Desta forma, ficou sem o controle da espontaneidade primária, sem poder alcançar a experiência de onipotência e, por implicação, a capacidade de dizer não. Em virtude da tendência à integração, ambas precisavam se achar e se centrar em si mesmas. F. não conseguiu e recorreu a defesa psicótica radical, o suicídio. Sabendo do fracasso da irmã, B. C. persistiu na sua busca, valendo-se, aparentemente de forma bem-sucedida, da análise com Winnicott.

11. Nota 5, fragmento 3: autoanálise de Winnicott facilitada pelo material da autoanálise de B. C.

O material dessa análise me afetou profundamente e me fez avançar em minha própria análise contínua (embora eu já tivesse deixado de procurar o Sr. Strachey ou a Sra. Riviere há muito tempo para fazer um trabalho analítico).

Após a descrição dos eventos de 1953, traçarei, de uma forma que espero ser econômica, o desenvolvimento do meu próprio eu em relação a esses assuntos, com a ajuda de anotações feitas na época, sem as quais eu não teria sido capaz de escrever este texto. (1971b/2017, p. 356)

As notas sobre a autoanálise de B. C. abriram o caminho para Winnicott se lançar em sua própria autoanálise e adquirir a capacidade de ser espontâneo e de dizer não, inclusive de entrar, da mesma forma que Jung, em confronto aberto com Freud no artigo em preparação. Infelizmente, o texto das notas não retrata o caminho percorrido por Winnicott nessa busca, que é, no final das contas, antes uma autopoiesis do que uma autoanálise.

12. Nota 6: breve relato sobre o começo da autoanálise de B. C.

A história começa em 1953, dez anos antes dos eventos dramáticos do episódio de 1963 que envolveu a análise de B. C. e o suicídio de F. Em 1953, B. C. produziu uma longa série de desenhos altamente significativos. Esses desenhos não tinham valor artístico e eram comunicações cegas de um tipo pré-verbal. Havia cerca de vinte deles, e a maioria foi feita em duplicata para que eu pudesse ficar com uma cópia e ela com a outra. Ela sempre trabalhava em sua análise (ela mesma era analista) e usava as anotações que fazia todos os dias depois de chegar em casa e se recuperar da regressão. Qualquer sessão sem regressão dificilmente seria uma sessão. Sempre significava que eu havia

cometido algum erro técnico que agia como um empecilho e quebrava a continuidade do tipo de vida que ela estava precariamente encontrando e vendo como o lugar onde ela mesma se encontrava. (1971b/2017, p. 356, minha tradução)

Depois de estabelecer a comunicação pré-verbal com Winnicott por meio de uma série de desenhos compartilhados, B. C. usava as sessões aparentemente diárias para entrar, Winnicott facilitando, no estado de regressão à dependência. Nele, ela restabelecia a continuidade de ser e alcançava um certo tipo de vida num lugar (*setting*) onde podia ser ela mesma. Chegando em casa, fazia anotações a cada dia enquanto se recuperava da regressão. A exposição a esse processo, ajudou Winnicott a percorrer uma trajetória semelhante e, já no final da vida, a começar a escrever as notas preparatórias para o presente artigo que se inicia com um não à psicanálise tradicional. Infelizmente, Winnicott não terminou o artigo e não descreveu o processo de sua emancipação de Freud nem, sobretudo, de kleinianos e do seu estabelecimento como quem fala em primeira pessoa. Contudo, ele deixou muitos indícios que permitem conjecturar as etapas que o levaram para o lugar no qual podia plantar e fazer prosperar suas próprias ideias, colhidas na experiência, em primeira pessoa, sobre o processo de amadurecimento emocional e pessoal³¹.

13. Revolução inacabada

Acabei de identificar o desenvolvimento de traços da personalidade de Winnicott que lhe permitiram assumir uma ruptura com a psicanálise freudiana e alguns dos principais aspectos da revolução que ele pediu e que ele mesmo em parte realizou. Creio que o essencial da mudança realizada consista no fato de que a psicose, patologia que afastou Jung de Freud, tomou o lugar da neurose³². Paradigmática em Freud, a neurose em Winnicott ficou sob suspeita de não passar, em muitos casos, de uma formação do tipo falso si-mesmo dos pacientes *borderline*, uma falsa solução para os problemas de colapso na estrutura da personalidade³³. O Édipo, o andarilho mítico que acabou na cama da mãe, acabou parecendo, quando comparado com o bebê winnicottiano que adocece no colo da mãe, mais um caso de saúde do que de doença. Agora, a teoria freudiana do desenvolvimento e do adoecimento sexual passou a fazer parte da teoria do amadurecimento ao longo de uma entre as várias linhas nas quais o indivíduo humano amadurece ou estanca. A metapsicologia desapareceu de vez em prol da teoria do potencial

³¹ Alguns desses indícios foram reconstruídos em Dias, 2024 e Loparic, 1996 e 2017.

³² Essa mudança foi descoberta e formulada em Dias, 1993, texto que se tornou referência orientadora das pesquisas sobre a revolução winnicottiana realizadas desde então na Escola Winnicottiana de São Paulo.

³³ Ver Dias, 1993. Esse tema foi desenvolvido recentemente em Loparic, 2025a.

herdado da natureza humana. Na etiologia ampliada, malgrado a recusa ortodoxa, foram incluídos fatores externos, ambientais, irreduzíveis aos conflitos internos do paradigma antigo. A interpretação foi modificada, deixou de ser exclusivamente sexual, tornou-se maturacional e foi complementada pelo manejo. O princípio de prazer deixou de comandar a busca por uma vida que valesse a pena de ser vivida. A vida social e cultural não estava mais à serviço da sublimação da sexualidade e assumiu a promoção da criatividade. O tratamento saiu do divã do consultório e se reinventou como serviço de atendimento à comunidade. A essa mudança da *Gestalt* teórico-clínico-cultural, da psicanálise propriamente dita – que situa o pensamento de Winnicott fora da psicanálise, mas lhe assegura grande importância para o futuro da psicanálise, bem como para outras disciplinas da área da saúde mencionadas anteriormente³⁴ – caberia adicionar várias decorrências, por exemplo, a proposta de M. Balint de criação de uma “escola de manejo” com base na linguagem e nas ideias de Winnicott sobre a natureza humana.

Assim como o seu artigo de 1971, a revolução iniciada por Winnicott desde a crise da interpretação edípica dos distúrbios maturacionais dos bebês, nos anos 1920, até a formulação das teses sobre o cuidado-cura, em 1970, ficou inacabada. E o seu projeto revolucionário, em gestação na sua obra desde pelo menos 1945, mas só formulado explicitamente em 1971, não foi reconhecido. Mesmo depois de ter sido levado ao público postumamente em 2013, não foi notado, quanto menos atendido, pela grande maioria dos psicanalistas e profissionais em outras áreas da saúde. Até hoje, as ideias radicais de Winnicott continuam em grande parte ignoradas. Na melhor das hipóteses, continuam sendo assimiladas, muitas vezes de forma desatenta e mesmo distorcida, pelo que, nos dias de hoje, passou a se chamar de “psicanálise” – forma não científica de cultura pós-moderna, sem autores titulares, sem obras de referência e sem comunidades de pesquisa identificáveis. A alternativa consiste em dizer que não basta apenas ler Winnicott, nem mesmo aplicar-se a estudar as ideias da sua autoria inconfundível; é preciso continuar a pesquisa de caráter científico que ele iniciou e elaborar, articular, ampliar e, conforme resultados colhidos na experiência clínica e na vida, modificar a sua obra. Fazendo o que ele mesmo fazia quando usava Freud para progredir no estudo da natureza humana, sem se deixar amarrar pelo dogmatismo repetitivo e estéril ou se entregar ao vale tudo teórico e clínico³⁵. E para que essas tarefas possam ser realizadas, é preciso criar, como assinalou Balint,

Sobre a importância dessa mudança para a reformulação da psicanálise tradicional, ver 1960/1983, p. 38 e 1961/1994, p. 5. Sobre a relevância do paradigma winnicottiano para a outras áreas da saúde, ver, por exemplo, os capítulos de Winnicott, 2011, parte 2.

³⁵ O coquetel de ideias hoje chamado de “psicanálise” vem sendo denunciado como não científico e mesmo mistificador com veemência crescente, algumas vezes com boas (Sokal e Bricmont) e outras, por más razões (Pasternak e Orsi, 2023) A alternativa indicada acima tem suas bases claramente identificáveis no próprio Freud,

instituições especificamente winnicottianas de ensino e pesquisa, passo que o próprio Winnicott não se via em condições de dar, mas que no século XXI foi dado por vários grupos de estudiosos de suas ideias e usuários de suas práticas clínicas³⁶.

Referências

- Abram, J. (2012). D. W. W.'s Notes for the Vienna Congress 1971: A Consideration of Winnicott's Theory of Aggression and an Interpretation of the Clinical Implication. In J. Abram. (org.), *Donald Winnicott Today* (pp. 302-330). London: Routledge, 2013.
- Altmann de Litvan, M. (org.) (2022). *Clinical Research in Psychoanalysis Theoretical Basis and Experiences through Working Parties*. London: Routledge.
- Dias, E. O. (1993). A regressão à dependência e o uso terapêutico da falha do analista. In E. O. Dias, *Sobre a confiabilidade e outros estudos* (pp. 67-81). São Paulo: DWWeditorial, 2023.
- Dias, E. O. (2008). A teoria winnicottiana do amadurecimento como guia da prática clínica. *Natureza Humana*, 10(1), pp. 29-46.
- Dias, E. O. (2024). *A teoria do amadurecimento de D. W. Winnicott*. São Paulo: DWWeditorial.
- Dias, E. O. (2005). Winnicott em Nova Iorque: um exemplo da incomunicabilidade entre paradigmas. *Natureza Humana*, 7(1), pp. 179-206.
- Fairbairn, W. R. D. (1944). As estruturas endopsíquicas consideradas em termos de relações de objeto. In W. Fairbairn, *Estudos psicanalíticos da personalidade* (pp. 65-107). Rio de Janeiro: Interamericana, 1980.
- Instituto Winnicott (2024). *20 anos de formação winnicottiana, 2004-2024*. DWWeditorial.
- Loparic, Z. (1996). Winnicott: uma psicanálise não edipiana. *Percurso*, (17), pp. 41-48.
- Loparic, Z. (1997). Winnicott e M. Klein: conflito de paradigmas. In I. F. M. Catafesta (org.), *A clínica e a pesquisa no final do século Winnicott e a Universidade* (pp. 43-60). São Paulo: IPUSP.

é claramente abraçada e fundamentada por Winnicott e, nos últimos anos, vem sendo defendida com ênfase também cada vez maior (ver, por exemplo, os trabalhos da Escola Winnicottiana de São Paulo e a coletânea de Altmann de Litvan, 2022).

³⁶ Diferentemente de Freud, Winnicott só assumiu a revolução que preparou na hora da morte e, por isso, não fundou instituições próprias. Depois da Squiggle Foundation, criada em 1981, as primeiras instituições e atividades dedicadas especificamente a Winnicott surgiram no Brasil, como é o caso dos Colóquios Winnicott (1995), do Grupo de Pesquisa em Práticas Psicoterápicas (GFPP) da PUC-SP (1999), da revista *Natureza humana* (1999), do Centro Winnicott de São Paulo (2001), da Sociedade Brasileira de Psicanálise Winnicottiana (2005), da editora DWWeditorial (2008), da Internacional Winnicott Association (2013), do Instituto Brasileiro de Psicanálise Winnicottiana (2015), entre outras. Para mais informações, ver Instituto Winnicott: *20 anos de formação winnicottiana*, São Paulo: DWWeditorial. O Instituto Winnicott de Roma (1984) e Winnicott Institut de Hannover usam seu nome a título de homenagem não para identificar suas atividades.

- Loparic, Z. (2017). Esboço do paradigma winnicottiano. In C. J. Motta e S. Piza (orgs.), *Thomas Kuhn e as ciências humanas* (pp. 182-237). São Paulo: DWWeditorial.
- Loparic, Z. (2005). Elementos da teoria winnicottiana da sexualidade. *Natureza Humana*, 7(2), 311-358.
- Loparic, Z. (2009). Os casos clínicos como exemplares do paradigma winnicottiano. *Winnicott e-Prints*, série 2, 4(1/2).
- Loparic, Z. (2014). *Winnicott e Jung*. São Paulo: DWWeditorial.
- Loparic, Z. (2024a). *Roda da vida*. São Paulo: DWWeditorial.
- Loparic, Z. (2024d). A estrutura e os usos dos casos clínicos de Winnicott. *Winnicott no Brasil*, 2023 (pp. 37-55). São Paulo: Dwweditorial.
- Loparic, Z. (2025a). Comentários sobre os pacientes fronteiros de Winnicott. *Boletim Winnicott no Brasil*. IBPW, Comentários. (No prelo)
- Loparic, Z. (2025b). Seminários de pesquisa sobre a revolução winnicottiana. *Boletim Winnicott no Brasil*, IBPW, Pesquisa. (No prelo).
- Loparic, Z. (2025c). Solubilidade dos problemas clínicos. *Inéditos Loparic*. Winnicott, Clínica Maturacional. (No prelo)
- Loparic, Z. (2025d). Resolução de problemas clínicos. *Inéditos Loparic*. Winnicott, Casos Clínicos. (No prelo)
- Pasternak, N. e Orsi, C. (2023). *Que bobagem!* São Paulo: Contexto.
- Riviere, J. (1927). Symposium on Child Analysis. In. Hughes, A. (org.). *The Inner World and Joan Riviere*. London: Karnac Books, 1991.
- Sokal, A. e Bricmont, J. (1997). *Imposturas intelectuais*. Rio de Janeiro: Record, 2012.
- Winnicott, D. W. (1939). O infrator delinquente e habitual. In D. Winnicott, *Pensando sobre crianças* (pp. 68-69). Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.
- Winnicott, D. W. (1945). Desenvolvimento emocional primitivo. In D. Winnicott, *Da pediatria à psicanálise* (pp. 218-232). Rio de Janeiro: Imago, 2000.
- Winnicott, D. W. (1947). O ódio na contratransferência. In D. Winnicott, *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas* (pp. 277-287). Rio de Janeiro: Imago, 2000.
- Winnicott, D. W. (1948). Pediatria e psiquiatria. In D. Winnicott, *Da pediatria à psicanálise* (pp. 233-253). Rio de Janeiro: Imago, 2000.
- Winnicott, D. W. (1951). Notas sobre as implicações gerais da leucotomia (Parte III do Capítulo 64, Terapia física do transtorno mental: Leucotomia). In D. Winnicott, *Explorações Psicanalíticas* (pp. 416-419). Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

- Winnicott, D. W. (1952). Carta 25 - Para Melanie Klein, 17 de novembro. In D. Winnicott, *O gesto espontâneo* (pp. 42-47). São Paulo: Martins Fontes, 2017.
- Winnicott, D. W. (1953). Resenha (escrita com M. Masud R. Khan) de *Psycho-Analytic Studies of the Personality*. In D. Winnicott, *Explorações Psicanalíticas* (pp. 316-322). Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.
- Winnicott, D. W. (1954a). Carta 43 - Para Anna Freud e Melanie Klein, 3 de junho. In D. Winnicott, *O gesto espontâneo* (pp. 87-90). São Paulo: Martins Fontes, 2017.
- Winnicott, D. W. (1954b). Carta 45 - Para Harry Guntrip, 20 de julho. In D. Winnicott, *O gesto espontâneo* (pp. 91-92). São Paulo: Martins Fontes, 2017.
- Winnicott, D. W. (1956). A tendência antissocial. In D. Winnicott, *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas* (pp. 406-416). Rio de Janeiro: Imago, 2000.
- Winnicott, D. W. (1959). Nada no centro. In D. Winnicott, *Explorações Psicanalíticas* (pp. 41-43). Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.
- Winnicott, D. W. (1960). Família e maturidade emocional. In D. Winnicott, *A família e o desenvolvimento individual* (pp. 129-138). São Paulo: Martins Fontes, 2011.
- Winnicott, D. W. (1961a). Psicanálise e ciência: amigas ou parentes? In D. Winnicott, *Tudo começa em casa* (pp. XIII-XVIII). São Paulo: Martins Fontes: 2005.
- Winnicott, D. W. (1961b). Psicose na infância. In D. Winnicott, *Explorações psicanalíticas* (pp. 53-58). Porto Alegre: Artmed, 1994.
- Winnicott, D. W. (1962a). Enfoque pessoal da contribuição kleiniana. In D. Winnicott, *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional* (pp. 156-162). Porto Alegre: Artmed, 1983.
- Winnicott, D. W. (1962b). Dependência no cuidado do lactente, no cuidado da criança e na situação psicanalítica. In D. Winnicott, *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional* (pp. 225-233). Porto Alegre: Artes Médicas, 1983.
- Winnicott, D. W. (1962c). A integração do ego no desenvolvimento da criança. In D. Winnicott, *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional* (pp. 55-61). Porto Alegre: Artmed, 1983.
- Winnicott, D. W. (1962d). Os objetivos do tratamento psicanalítico. In D. Winnicott, *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional* (pp. 152-155). Porto Alegre: Artmed, 1983.

- Winnicott, D. W. (1962e). Treinamento para psiquiatria de crianças. In D. Winnicott, *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional* (pp. 175-183). Porto Alegre: Artes Médicas, 1983.
- Winnicott, D. W. (1963a). Uma nota sobre um caso envolvendo inveja. In D. Winnicott, *Explorações Psicanalíticas* (pp. 62-64). Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.
- Winnicott, D. W. (1963b). Comunicação e falta de comunicação levando ao estudo de certos opostos. In D. Winnicott, *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional* (pp. 163-174). Porto Alegre: Artmed, 1983.
- Winnicott, D. W. (1963c). O medo do colapso (*Breakdown*). In D. Winnicott, *Explorações psicanalíticas* (pp. 70-76). Porto Alegre: Artmed, 1994.
- Winnicott, D. W. (1964a). Resenha de *Memories, Dreams, Reflections*. In D. Winnicott, *Explorações psicanalíticas* (pp. 365-372). Porto Alegre: Artmed, 1994.
- Winnicott, D. W. (1964b). A importância do *setting* no encontro com a regressão na psicanálise. In D. Winnicott, *Explorações Psicanalíticas* (pp. 77-81). Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.
- Winnicott, D. W. (1965a). Introdução. In D. Winnicott, *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional* (pp. 15-16). Porto Alegre: Artes Médicas, 1983.
- Winnicott, D. W. (1965b). O preço de desconsiderar a pesquisa psicanalítica. In D. Winnicott, *Tudo começa em casa* (pp. 171-182). São Paulo: Martins Fontes, 2005.
- Winnicott, D. W. (1965c). A psicologia da loucura: uma contribuição da psicanálise. In D. Winnicott, *Explorações psicanalíticas* (pp. 94-101). Porto Alegre: Artmed, 1994.
- Winnicott, D. W. (1966). Os elementos masculinos e femininos ex-cindidos encontrados em homens e mulheres. In D. Winnicott, *Explorações psicanalíticas* (pp. 134-144). Porto Alegre: Artmed, 1994.
- Winnicott, D. W. (1967a). O papel de espelho da mãe e da família no desenvolvimento infantil. In D. Winnicott, *O brincar e a realidade* (pp. 153-162). Rio de Janeiro: Imago, 1975.
- Winnicott, D. W. (1967b). Pós-escrito: D. W. W. sobre D. W. W. In D. Winnicott, *Explorações psicanalíticas* (pp. 433-443). Porto Alegre: Artmed, 1994.
- Winnicott, D. W. (1967c). O conceito de regressão clínica comparado com o de organização defensiva. In D. Winnicott, *Explorações psicanalíticas* (pp. 151-156). Porto Alegre: Artmed, 1994.
- Winnicott, D. W. (1968a). A amamentação como forma de comunicação. In D. Winnicott, *Os bebês e suas mães* (pp. 19-27). São Paulo: Martins Fontes, 1999.

- Winnicott, D. W. (1968b). O uso de um objeto e o relacionamento através de identificações (Parte I do Capítulo 34, Sobre “O uso de um objeto”. In D. Winnicott, *Explorações Psicanalíticas* (pp. 171-177). Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.
- Winnicott, D. W. (1968c). O pensar e a formação de símbolos. In D. Winnicott, *Explorações Psicanalíticas* (pp. 167-169). Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.
- Winnicott, D. W. (1968d). *Sum: eu sou*. In D. Winnicott, *Tudo começa em casa* (pp. 41-51). São Paulo: Martins Fontes, 2005.
- Winnicott, D. W. (1969a). Carta 118 - Para F. Robert Rodman, 10 de janeiro. In D. Winnicott, *O gesto espontâneo* (pp. 215-218). São Paulo: Martins Fontes, 2017.
- Winnicott, D. W. (1969b). Carta 121 - Para J. D. Collinson, 10 de março. In D. Winnicott, *O gesto espontâneo* (pp. 222-224). São Paulo: Martins Fontes, 2017.
- Winnicott, D. W. (1969c). Carta 124 - Para William Sargant, 24 de junho. In D. Winnicott, *O gesto espontâneo* (pp. 230-232). São Paulo: Martins Fontes, 2017.
- Winnicott, D. W. (1969d). A experiência mãe-bebê de mutualidade. In D. Winnicott, *Explorações Psicanalíticas* (pp. 195-202). Porto Alegre: Artmed, 1994.
- Winnicott, D. W. (1969e). A pílula e a lua. In D. Winnicott, *Tudo começa em casa* (pp. 197-213). São Paulo: Martins Fontes, 2005.
- Winnicott, D. W. (1970a). Sobre as bases para o *self* no corpo. In D. Winnicott, *Explorações psicanalíticas* (pp. 203-218). Porto Alegre: Artmed, 1994.
- Winnicott, D. W. (1970b). A cura. In D. Winnicott, *Tudo começa em casa* (pp. 105-114). São Paulo: Martins Fontes, 2005.
- Winnicott, D. W. (1970c). A dependência nos cuidados infantis. In D. Winnicott, *Os bebês e suas mães* (pp. 73-78). São Paulo: Martins Fontes, 2013.
- Winnicott, D. W. (1971a). Inter-relacionar-se independentemente do impulso instintual e em função de identificações cruzada. In D. Winnicott, *O brincar e a realidade* (pp. 163-186). Rio de Janeiro: Imago, 1975.
- Winnicott, D. W. (1971b). Notes for the Vienna Congress. In D. Winnicott, *The Collected Works of D. W. Winnicott: volume 9 (1969-1971)* (pp. 355-356). New York: Oxford University Press, 2017.
- Winnicott, D. W. (1988a). *Natureza humana*. Rio de Janeiro: Imago, 1990.
- Winnicott, D. W. (1989). Ideias e definições. In D. Winnicott, *Explorações Psicanalíticas* (pp. 36-37). Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.