

O pleito 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, que seria realizado em Viena, em julho daquele ano, sobre o tema “The Psychoanalytic Concept of Aggression: Theoretical, Clinical and Applied Aspects”. Só conseguiu escrever, porém, sem indicação de título, seis breves notas preparatórias, as quatro primeiras das quais foram publicadas por Jan Abram, em 2013a¹. Nos comentários a seguir, utilizarei a minha tradução do 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 as mais longas em fragmentos também numerados³. Meu propósito é examinar o sentido da mudança revolucionária pleiteada por Winnicott e, ao mesmo tempo, apontar os caminhos de pesquisa e de desenvolvimento pessoal pelos quais ele chegou a um lugar onde se sentia real e podia viver e pensar criativamente, o que lhe permitia desafiar, explicitamente, a ortodoxia da IPA⁴.

2. Nota 1, fragmento 1: o pleito por uma revolução em psicanálise

Estou pleiteando um tipo de revolução em nosso trabalho. Vamos reexaminar o que fazemos.

* 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. A primeira versão deste texto era precedida do seguinte resumo: “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 clinicar e pesquisar nesse quadro”.

As Notas de Winnicott citadas e analisadas foram traduzidas pelo autor. Citações de outros autores cujas referências estão em outros idiomas também foram traduzidas pelo autor.

¹ Ver Abram, 2013a, pp. 311-317, para o texto das quatro notas e comentários. O texto corrido dessas notas encontra-se no anexo.

² Todas as citações de livros de Winnicott são referenciadas na bibliografia. Cada vez que for necessário para preservar o sentido, incluirei modificações em traduções usadas.

³ O conjunto das notas encontra-se no anexo.

⁴ Um exame desse mesmo desafio, lançado em outros textos de Winnicott, encontra-se em Loparic, 1996a e 2001/2017.

O texto do artigo planejado por Winnicott inicia-se por um pedido de revolução dirigido aos psicanalistas. Antes de 1971, sua obra contém observações semelhantes a respeito de mudanças revolucionárias em outras áreas da saúde, tais como a pediatria, a psiquiatria infantil, a assistência social e a educação, entre outras, formuladas, em geral, à maneira britânica. Algumas vezes, ele adverte o leitor de que esta ou aquela proposta sua não é nem original, nem “revolucionária” (1989a/1994, p. 22). Não raramente, entretanto, ele assume posições que modificam a psicanálise tradicional, tanto teórica quanto clinicamente⁵. Outras vezes, reconhece “revoluções” na clínica promovidas por outros profissionais, 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 haja poucos anos atrás fosse realmente revolucionário. (1962e/1983, p. 181)

O caráter revolucionário da obra de Winnicott no campo da psicanálise foi devidamente reconhecido na literatura secundária. Já em 1971, talvez por conhecer as notas de Winnicott que estou comentando, M. Khan escolhe a distinção entre as necessidades do ego (necessidades maturacionais, na terminologia da Escola Winnicottiana de São Paulo) e as necessidades do id como exemplo de uma “mudança revolucionária de ênfase no pensamento analítico e na prática analítica contemporânea” (Khan, 1975/2000, p. 15)⁶. Essa linha de interpretação que foi significativamente aprofundada e reforçada por uma série de autores, tais como R. Schafer (1976), M. I. Little (1981), Greenberg e Mitchell (1983), P. C. Horton e colaboradores (1988), J. M. Hughes (1989/1998), por E. O. Dias, Z. Loparic e seus colaboradores da Escola Winnicottiana (em trabalhos publicados a partir de 1996), J. Abram (2013b), J. Abram e R. D. Hinshelwood, 2018), O. Eshel (2019) e mais recentemente por T. H. Ogden (2022)⁷.

Nas notas de 1971, o pedido de Winnicott por uma revolução na clínica psicanalítica é formulado num tom marcadamente pessoal e é dirigido à comunidade terapêutica dos psicanalistas que iria se reunir num congresso em Viena, cidade de Freud. O contexto das notas

⁵ Ver 1962d/1983, pp. 154-155 e 1969d/1994, pp. 198-199.

⁶ Ao assinalar o caráter revolucionário do pensamento de Winnicott, Khan revela uma certa timidez. Ela fala de mudança de ênfase, quando, de fato, a revolução produzida por Winnicott consistia em substituição do paradigma sexual-metapsicológico de Freud pelo paradigma maturacional-experiencial, vertido numa linguagem nova com dimensões filosóficas ainda a explorar (ver Loparic, 2001/2017).

⁷ A recepção da revolução de Winnicott em outras áreas da saúde mereceria um estudo a parte.

revela que ele estava perfeitamente consciente de que tal atitude seria recebida como provocação, se não como agressão (“assassinato do pai”).

Winnicott também sabia que assumir uma atitude revolucionária exigia condições pessoais, a saber, a maturidade pessoal. É neste sentido que convém interpretar a seguinte frase: “Os adultos amadurecidos infundem nova vitalidade no velho, antigo e ortodoxo ao recriá-lo depois de destruí-lo” (1960a/2011, p. 138). Maturidade significa saúde, e a 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 trajetória *natural*, e é o que desejamos para todas as pessoas. (1968a/1999, p. 20)

Embora nessa citação (como em outras passagens, por exemplo, em 1939/1997, p. 69) a capacidade pessoal para a revolução e a revolta pareça estar relacionada mais diretamente ao campo político, o contexto total da frase autoriza a inclusão da capacidade de produzir modificações revolucionárias em outros campos, por exemplo, no campo teórico. Nas notas 2, 3 e 4, Winnicott faz, como veremos, alusão às condições pessoais das quais se valeu 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 vista? A Nota 1 não deixa claro. Seria possível pensar que ele estivesse falando de revolução num sentido emprestado do senso comum (1962e/1983, pp. 181-182). É mais provável, entretanto, que ele se referisse a uma revolução num sentido mais técnico, emprestado, por exemplo, de Thomas Kuhn, teórico das revoluções científicas muito em evidência em 1970. Nesse ano, saiu a segunda edição de seu livro *The Structure of Scientific Revolutions*, originalmente publicado em 1962, 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 a tese de que ele teria proposto uma revolução paradigmática no sentido de Kuhn⁸. Essa perspectiva se

⁸ Ver, por exemplo, Loparic, 2001/2017. As ideias de Kuhn – que retomavam e elaboravam à luz da teoria da ciência, de Wittgenstein em particular, o conceito de revolução que vinha sendo usado na historiografia da física – foram usadas também para reformular a filosofia e a historiografia das ciências biológicas (Hodge e Radick, 2009, capítulo 11), humanas (Bird, 2000, capítulo 7) e mesmo das ciências formais, como a matemática (Gillies,

mostrou frutífera, atraindo cada vez mais seguidores no Brasil e no exterior, e continuarei utilizando-a no presente trabalho.

Pois bem, o que faz o psicanalista winnicottiano? Ele trata de problemas de saúde “mental”, a saber, de distúrbios do processo de amadurecimento saudável ou, numa linguagem emprestada da filosofia, um distúrbio daquilo que está em jogo na vida humana, a saber: o ir sendo, o continuar existindo que se revela em amostras temporais do potencial inato da natureza humana e cujo principal componente é a tendência à integração (1969b/2017, p. 223). A teoria da tendência à integração, componente central da teoria winnicottiana do potencial herdado inscrito na natureza humana, oferece, vale notar, a elaboração e o enriquecimento da temática tratada pela psicologia do ego (H. Hartmann) e, de 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 psicanalistas nas duas últimas décadas, isto é, desde que Freud morreu. (1969b/2017, p. 224)

Como procede o psicanalista winnicottiano? Aplica na clínica e na pesquisa a teoria do amadurecimento:

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, os psicanalistas, enquanto cientistas, 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 no campo de estudos escolhido e soluções já encontradas para os antigos fatos já descobertos 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 observam o que acontece com o paciente, seja na transferência, ou na vida real; em seguida, relacionam a experiência clínica e a vida com a teoria que seguem, e modificam a teoria e seu programa de

1992). Kuhn (2024) reelaborou e reafirmou suas teses sobre as revoluções científicas, em particular, sobre a incomensurabilidade na ciência, volume que reuni seus últimos escritos, em parte inéditos.

pesquisa quando estes se mostram insuficientes 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 de sua patologia são explicitados e articulados, e ele não se cansa de enfatizar isso, em termos da sua teoria do amadurecimento. Neste contexto, a doença é (quase) o mesmo que a imaturidade segundo a idade. E, no tratamento de problemas maturacionais, são empregados procedimentos que reproduzam, na relação terapêutica, os cuidados dispensados pelo ambiente facilitador no processo de amadurecimento, em especial os dos pais e da família, incluindo um levantamento de fatos clinicamente relevantes, sua compreensão (interpretação) e um manejo das situações.

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 [*holding*]. 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 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 à clínica? As questões a respeito da solubilidade dos problemas de saúde por meio dos procedimentos disponibilizados pela psicanálise – tema epistemológico e metodológico de origem kantiana retomado por Kuhn e outros⁹ – estão presentes 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 complementar, um certo grau de integração, socialização e autodescoberta que não teria alcançado ou não poderia alcançar sem ela. (1968c/1994, p. 169)

Esse trecho resume os principais meios e objetivos da terapia winnicottiana: a realização, facilitada pelo ambiente, da tendência à integração do indivíduo numa pessoa

⁹ Teses de Winnicott sobre a solubilidade e os procedimentos para a resolução desses problemas foram examinadas em Loparic, 2025b e 2025c. A origem kantiana dos dois tópicos foi objeto principal da minha *Semântica transcendental da Kant* (Loparic, 2024c).

inteira; as trocas com outras pessoas; e o conhecimento de si como uma amostra no tempo da natureza humana que tem valor.

Passo agora a explicitar, ainda que parcialmente, a justificativa e o teor do pedido de Winnicott por uma revolução no trabalho psicanalítico, formulado na Nota 1 e contido implicitamente nas notas 2, 3 e 4.

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

Pode ser que, ao lidar com o inconsciente reprimido, estejamos em conluio com o paciente e com as defesas estabelecidas.

Quais são as razões para Winnicott se dispor a enfrentar a cúpula da IPA com uma proposta de revisão revolucionária do paradigma freudiano? A principal é a existência de problemas insolúveis pela aplicação da ciência psicanalítica no tratamento da psicose, encoberta pelo conluio do terapeuta com as defesas produzidas pelo falso si-mesmo do paciente que se fez de enfermeiro-babá. Winnicott está se referindo ao conluio entre os terapeutas e os pacientes psicóticos fronteirios (*borderline*), pacientes que, a fim de se defenderem contra a ameaça de retorno das agonias primitivas – originárias do medo de aniquilamento, isto é, da quebra da continuidade do ser (do ir sendo) e do conseqüente colapso do processo de estabelecimento de um si-mesmo unitário verdadeiro como centro de controle de atos espontâneos e de integração de funções somáticas – não confiam mais apenas em *defesas psicóticas primárias*, tais como desintegração ativa ou cisão em verdadeiro e falso si-mesmo verdadeiramente psicótico, que esconde o si-mesmo verdadeiro, se faz passar por ele, apresenta-se como uma pessoa inteira e assume o controle de tudo que acontece. Ao invés disso, os fronteirios, aproveitando-se de conquistas maturacionais que vão alcançando, produzem um falso si-mesmo que como centro de controle de várias funções do eu e de técnicas de autocuidado adquiridas em fases mais tardias usadas, no lugar de cuidados maternos que falharam, como *defesas psicóticas secundárias*¹⁰. Esse si-mesmo é falso por não ser criativo, nem espontâneo, isto é, porque seus serviços de proteção são uma cópia ou derivam, de alguma

¹⁰ Ver, 1952b/2000, p. 305, 1965a/1983, pp. 15-16, 1962c/1983, p. 57, 1959-1964/1983, p. 124, 1963e/1983, p. 201. Nesses casos, trata-se de duplo autoengano, a saber, de falsas soluções de problemas mal formulados (1961b/1994, p. 58). Por exemplo, a histeria pode esconder uma agonia intolerável, que causa problemas, mas nunca aparece claramente como loucura (1963d/1983, p. 220). Sobre essa leitura de aspectos centrais da teoria winnicottiana da psicose fronteira, ver Loparic, 2025a.

forma, da sublimação do tipo freudiano de serviços maternos não prestados¹¹. Por exemplo, eles passam a apresentar defesas de tipo neurótico que não foram criadas contra angústias propriamente neuróticas – as que se originam na ambivalência do relacionamento à base de instintos sexuais com uma mesma pessoa da família – mas, repito, contra as angústias provenientes da ameaça, ou mesmo da experiência de quebra da unidade pessoal: colapso, aniquilamento. Nesses casos, a defesa não resulta em desintegração pessoal, ou seja, em “verdadeira” esquizofrenia, mas em esquizoidia, condição daqueles pacientes que ensombram elemento esquizoide, desintegrativo, numa personalidade nem psicótica, nem desintegrada em outros aspectos. A Nota 1 continua:

No caso neurótico claro não há dificuldade, porque a análise completa é feita por intermédio 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 de casos puros de neurose, se é que eles existem¹², trata-se de decifrar e comunicar verbalmente ao paciente o sentido sexual da sintomatologia da qual ele padece; isto é, o sentido das manifestações cifradas do seu inconsciente reprimido. Dessa forma, pretende-se ajudar o paciente a se lembrar de seu segredo sexual (na metapsicologia: “libidinal”) inconfesso e livrá-lo do retorno patógeno, cifrado por meio de metonímias e metáforas, na vida consciente. Nos casos de esquizoidia, essa mesma sintomatologia de tipo neurótico pode ser desenvolvida, conforme disse, pelo paciente. Porém, ele não a utiliza como defesa contra o retorno compulsivo da parte da vida consciente *que foi experienciada* – isto é, *que aconteceu, mas que não deveria ter acontecido* – e acabou *reprimida pela censura*, seja social ou interna, caindo no inconsciente freudiano. Desta vez, assumindo a figura de enfermeiro de si mesmo, ele a utiliza como defesa contra a dor revelada em angústias impensáveis, pelo *que não aconteceu, mas precisava ter acontecido*, nos estágios iniciais da vida. Esse não aconteceu – a saber, a ausência da experiência de continuidade do ser e de

¹¹ Para Winnicott, a sublimação freudiana, por ser adaptativa e a serviço de satisfação substitutiva dos instintos não é uma atividade criativa (1971b/1975, pp. 95 e 103). Sobre o falso si-mesmo que atua com base na sublimação, ver Winnicott que diz: “Pode-se ver facilmente que muitas vezes esta defesa do falso *self* pode ser a base de um tipo de sublimação, quando a criança cresce para se tornar um ator. Com relação a atores, há aqueles que podem ser eles mesmos e representar, enquanto há outros que só podem representar, e que ficam completamente perdidos quando não exercem um papel, não sendo por isso apreciados e aplaudidos (reconhecidos como existentes)”. (1960c/1983, p. 136).

¹² Sobre as dúvidas de Winnicott a esse respeito, ver 1961b/1994, p. 58.

estabelecimento de um si-mesmo unitário em condições de tornar-se um centro de gestos espontâneos, que constitui o inconsciente winnicottiano – revela-se patógeno e passa a pesar sobre toda a vida futura do paciente.

Por não consistir em material representacional (mental) reprimido, o inconsciente não acontecido pode ser recuperado em termos de memória consciente, nem, portanto, ser objeto de comunicação verbal compreensível; pode apenas ser *revivido* e, dessa forma, *integrado no presente*, numa situação de regressão à dependência em relação a um terapeuta de confiança total. Sendo assim, a comunicação por palavras entre terapeuta e paciente, ensaiada de acordo com a regra básica da psicanálise freudiana “Diga tudo sem censura”, é a própria negação da ausência daquela comunicação que precisaria acontecer. Na origem *dessa* 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 às suas necessidades instintuais, mas às suas necessidades de integração e de controle onipotente da situação (1963b/1983, p. 171). Não se trata, porém, de uma negação no sentido de uma resistência ao reprimido, como em Freud; trata-se, antes, de um *conluio* entre os dois, numa tentativa de administrar, de forma insatisfatória e fútil, a falta de capacidade de contato por parte do paciente e a ignorância do analista tradicional em relação a seu estado clínico¹³. O analista pode ter suas razões teóricas e pessoais, enquanto o paciente apela para os serviços secundários de autossustentação do seu falso si-mesmo, que se fez de babá¹⁴. O revés clínico gerado pelo conluio entre o paciente psicótico – que, lançando mão do seu falso si-mesmo, faz de si um falso neurótico e se defende do aniquilamento como se se tratasse de uma lacuna na consciência gerada pela censura moral – e o terapeuta – que desconhece Winnicott – é fatal, pois: 1) o paciente não se cura; 2) o terapeuta não tem condições de *ver* seus sintomas não neuróticos – a dissociação e mesmo a cisão na personalidade, as angústias impensáveis e as defesas psicóticas subjacentes às neuróticas –, e não pode, portanto, mobilizar procedimentos para tratar de forma eficiente esse tipo de problema clínico.

¹³ 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. Ver a observação de Winnicott sobre Jung, que, por *mentir* ao concordar com Freud sobre o conteúdo de um sonho, evitou, *nesse contexto*, o conluio e a fuga da psicose para a neurose, que caracteriza os pacientes denominados de “fronteiriço” (1964a/1964, p. 369). Outros detalhes sobre este episódio serão comentados a seguir.

¹⁴ Sobre o si-mesmo no papel de enfermeiro, ver 1960c/1983, p. 138. Sobre a dissociação ou, mais precisamente, a cisão na estrutura da personalidade em pacientes fronteirios, revelada em termos de oposição entre o verdadeiro espontâneo e o falso si-mesmo defensivo, ver 1965a/1983, p. 15. O uso pelo indivíduo do falso si-mesmo como parte de uma estratégia inconsciente de defesa contra o não acontecido, que significa aniquilamento, é explicado em 1962c/1983, p. 56.

O mesmo tipo de anomalia da psicanálise tradicional pode ser constatado em efeitos clínicos do conluio do terapeuta com formações defensivas geradas pelo falso si-mesmo cindido do paciente (neuroses, distúrbios psicossomáticos, dissociação entre aspectos femininos e masculinos de personalidade, comportamento antissocial e, no extremo, suicídio, obra do falso si-mesmo), produzidas por pacientes fronteiros contra a ameaça de retorno do colapso.

Pela expressão “caso fronteiro [borderline case]” 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 psiconeurose 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 psicótico) 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)

Os pacientes fronteiros, diferentemente dos esquizofrênicos puros, apresentam uma ampla gama de formações defensivas, além das puramente psicóticas. O tratamento desses pacientes exige do terapeuta, portanto, uma estrutura de personalidade que lhe permita entrar em identificação cruzada com o paciente em dois níveis de defesa, e lhe impõe uma grande variedade de requisitos – atitudes, papéis e procedimentos. Estes, tomados em sua totalidade, caracterizam a cura pelo cuidado (*care-cure*) proposta por Winnicott, em divergência explícita à clínica tradicional, centrada na cura pela palavra (*talking-cure*).

Antes de desenvolver esse ponto, gostaria de observar que Freud excluiu de sua clínica casos de psicose como não tratáveis e, nesse sentido, “errados”. Ele não atendia os loucos, pacientes que sofreram colapso aniquilador e que conseguiram esboçar defesas do tipo psicótico puros ou fronteiros¹⁵; também não atendia os pacientes com outros tantos problemas maturacionais; atendia, basicamente, apenas os neuróticos¹⁶. A mesma exclusão é operada

¹⁵ Em Winnicott, “psicose” é o nome técnico para as defesas contra a loucura, ver 1963c/1994, p. 72. O enunciado básico da teoria winnicottiana da loucura e das defesas psicóticas encontra-se em 1965c/1994.

¹⁶ Ver 1963c/1983, p. 198. Enquanto Freud sustenta que todo mundo é neurótico, mal ou bem resolvido (a castração aceita), Winnicott se pergunta se todo mundo é louco: “A nova pergunta é: ‘Todo bebê é louco?’ Esta é uma questão que não pode ser respondida em poucas palavras, mas a primeira resposta deve certamente ser negativa. A teoria não envolve a ideia de uma fase de loucura no desenvolvimento infantil; apesar disso, deve-se deixar aberta a porta para a formulação de uma teoria em que uma certa experiência de loucura, seja o que for que isto possa significar, é universal. Isto quer dizer que é impossível pensar numa criança que tenha sido tão bem cuidada, em sua primeiríssima infância, que não tenha havido sequer uma ocasião para uma tensão excessiva de sua personalidade, tal como se achava integrada em determinado momento. Tem-se de conceder, contudo, que, muito grosseiramente falando, existem dois tipos de seres humanos: aqueles que não têm consigo uma experiência

implicitamente pelos freudianos, quando elaboram inercialmente excelentes análises neuróticas de psicóticos, compactuando com o inconsciente de tipo freudiano, produzido pela repressão da instintualidade, seja do tipo genital, freudiano, ou do tipo alimentar, mais kleiniano. Ao contrário disso, Winnicott mostra ser necessário fazer outra coisa: facilitar a retomada da integração pessoal não alcançada na primeira infância de forma suficientemente segura, para que o paciente possa dispensar a produção de organizações de defesa primárias, seu reforço, ou mesmo substituição pelas secundárias¹⁷. Seguindo o processo de amadurecimento do início ao fim, Winnicott inclui, em sua clínica, além dos fronteirços, também os casos de tendência antissocial, além de redesenhar, de forma não menos revolucionária, o diagnóstico e a etiologia dos distúrbios depressivos e da sexualidade¹⁸. Na verdade, fez muito mais do que isso: ele abriu espaço para o tratamento de *todo e qualquer distúrbio do processo de amadurecimento* segundo uma das principais linhas maturacionais (pessoal, somática, mental, social, cultural)¹⁹. Cabe ressaltar que a clínica maturacional de Winnicott se aplica exclusivamente aos problemas maturacionais, tais como definidos na sua patologia, e não aos problemas hereditários, ou do funcionamento mental, ou cerebral do tipo abordado pela medicina, pela pediatria e pela psiquiatria infantil e adulta organicista.

4. Nota 1, fragmento 3: atendimento às necessidades dos pacientes fronteirços – o ponto de partida para a busca de uma prática clínica revolucionária

O que se precisa de nós, visto que, 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, a não quando visto de fora.

O conluio com as defesas secundárias de diferentes tipos de fronteirços não atende ao que eles necessitam. O que eles necessitam? O mesmo que todos os bebês. Todo bebê precisa de *ser visto para se aperceber*, isto é, para se estabelecer como um todo unitário e pessoal que

significante de colapso mental na primeiríssima infância, e aqueles que a têm, e que, portanto, precisam fugir dela, ou então flertar com ela, temê-la, e, até certo ponto, estar sempre preocupados com sua ameaça” (1965c/1994, p. 96).

¹⁷ Sobre esse tipo de inconsciente e as diferenças entre o inconsciente freudiano e junguiano, ver 1963c/1994, pp. 72-73.

¹⁸ 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, 1996a e 2001/2017.

¹⁹ Sobre as principais linhas maturacionais, ver Loparic, 2024a.

junta o passado experienciado, o presente e o futuro antecipado²⁰, como um existente e para poder olhar criativamente para o mundo externo. Esse ponto está muito bem formulado no seguinte trecho:

Vejo que estou conectando apercepção com 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)

Visto por quem? Visto pela mãe. Se essa necessidade não for atendida, haverá 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; a apercepção, o olhar criativo e integrador cede lugar ao olhar passivo da percepção, resultado da estimulação externa; consequentemente, há um empobrecimento de trocas entre o mundo subjetivamente concebido e o objetivamente percebido, trocas essas que são a chave dos relacionamentos objetivos e que faltam na psicose, levando a um retraimento para o mundo subjetivo como defesa. Na sequência do trecho citado, os 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.

Da mesma forma, os psicóticos têm a necessidade, decorrente do fato de existirem ameaçados pelo aniquilamento, de *ser vistos* como um todo, como um si-mesmo unitário composto por partes inatas ou a serem adquiridas, ou recuperadas (ver 1970a/1994, p. 210). Vistos onde? No rosto de outros seres humanos não preocupados com seus próprios assuntos, mas atentos, nem que seja num espaço-tempo restrito, com a necessidade de reiniciar o processo de integração que o paciente colocou sob seus cuidados. Tal como o bebê, o paciente adulto precisa ser *testemunhado*, ou seja, antecipado, e, desta feita, reconhecido, tanto de forma verbal

²⁰ Este conceito de ser cuidado pelo olhar de um outro ser humano, com origem na experiência cotidiana e clínica, é radicalmente diferente do conceito de reconhecimento de Honneth (2009), inspirado na especulação hegeliana sobre as manifestações de figuras de Espírito Absoluto na consciência humana.

quanto não verbal, como alguém em processo de integração pessoal com base, principalmente, na continuidade de ser, de existir, no tempo, no espaço, no corpo, no relacionamento objetal, não como alguém possuindo essas ou aquelas qualidades mentais (cognitivas etc.), morais (de caráter), sexuais ou físicas.

Psicoterapia não é fazer interpretações argutas e apropriadas; em geral, trata-se de devolver ao paciente, a longo prazo, aquilo que o paciente traz. É um derivado complexo do rosto que reflete o que há para ser visto. Essa é a forma pela qual me apraz pensar em meu trabalho, tendo em mente que, se o fizer suficientemente bem, o paciente descobrirá seu próprio si-mesmo e será capaz de existir e sentir-se real. Sentir-se real é mais do que existir; é descobrir um modo de existir como si mesmo, relacionar-se aos objetos como si mesmo e ter um si-mesmo para o qual retirar-se, para relaxamento. (1967a/1975, p. 161)

Na terapia do paciente psicótico, trata-se também de lhe devolver, de uma posição externa, o que ele trouxe, a saber, sua desintegração, cisão ou dissociação. Esse caminho, de certo doloroso, para a recuperação da continuidade de ser e da realidade do si-mesmo será ilustrado pelo caso FM analisado nos comentários da Nota 3.

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

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 acontece como uma defesa em uma pessoa aparentemente inteira.

Conforme o fragmento 4, as psicanálises tradicionais fracassam por não poderem identificar e atender a necessidade de *holding* que reúne uma personalidade quebrada. A psicanálise elaborada com base em 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”, leia-se aqui da desintegração ou da cisão na personalidade. Na patologia maturacional winnicottiana, a desintegração pertence a um grupo de defesas que não são erguidas contra os efeitos, na vida consciente, do retorno do inconsciente reprimido freudiano, mas, como vimos, contra uma ameaça de retorno do aniquilamento ou do colapso de um indivíduo humano que está começando a existir. Esse estado clínico inconsciente 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. Esse estado inconsciente não é mental, não é uma lacuna no fluxo de estados representacionais e afetivos da consciência, mas diz respeito ao enfraquecimento, ou mesmo à perda da capacidade inicial, presente na natureza humana, de abarcar algo de tudo o que se apresenta. Em outras palavras, o inconsciente winnicottiano consiste na falta patógena da 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 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 livrar-se regredindo à dependência absoluta no relacionamento em termos de transferência psicótica com o terapeuta, que ofereça *holding* por identificação cruzada ou até mesmo pela primária²¹ (para a qual Winnicott se dispôs no caso FM, como veremos a seguir), que, em algum momento, inevitavelmente falhe, e que, dessa maneira, propicie ao paciente a oportunidade de acessar o colapso originário vivido na infância de forma amenizada, atualizando e incorporando, assim, a intrusão ambiental acontecida, mas não experienciada na época original. Desse modo, fica facilitado o começo de interação pessoal e existencial (ambiental, objetal) do paciente.

Anos antes de 1971, no seu texto programático “O medo do colapso”, escrito provavelmente em 1963, mas só publicado postumamente, em 1974, Winnicott reconheceu o que era clinicamente óbvio: a futilidade *na* e, portanto, *da* análise tradicional dos casos de quebra ou de ameaça de quebra da continuidade de ser, isto é, das psicoses.

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 [*are having a good time*] em conluio com 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)

Há uma ponta de ironia nessa crítica de Winnicott: as sessões de psicanálise tradicional, com psicanalistas que não passaram por seleção ou autoseleção que os habilitasse para a identificação primária e cruzada com pacientes desintegrados ou cindidos, tendem a se tornar

²¹ Este conceito é definido em 1966a/1994, p. 140.

um divertimento, inicialmente prazeroso, para os dois participantes, mas que acaba em desastre terapêutico²². Logo mais, em 1964, em sua resenha da autobiografia de Jung, texto igualmente estratégico, Winnicott retorna a esse ponto:

É verdadeiramente difícil para aqueles que possuem personalidades unitárias sadias alcançar empatia com aqueles cujos si-mesmos [*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 no tratamento da esquizofrenia. (1964a/1994, p. 372)

Além de reafirmar que a psicanálise tradicional padece de problemas anômalos insolúveis, o que, na perspectiva de Kuhn, ensejaria uma mudança de paradigma pelos praticantes do campo, Winnicott aborda, nesse texto, dois outros assuntos importantes. Primeiro, aponta para o fato, mencionado acima, de que um analista com *personalidade apenas sadia* – entenda-se aqui, refugiado na sanidade e defendido contra a *loucura* que habita todo homem verdadeiramente maduro²³ –, alguém defendido, como, segundo Winnicott, era o caso do próprio Freud, poderia muito bem ter sido aprovado na formação das escolas de psicanálise tradicional, mas não na formação preconizada por Winnicott²⁴. Na mesma resenha, Winnicott oferece ainda um apontamento importante sobre a composição do *background* teórico no qual se move seu pensamento: além de Freud, Jung; mas Winnicott toma distância de ambos²⁵: “A fuga para a sanidade, de Freud, pode ser algo de que nós, psicanalistas, estamos tentando nos recuperar, tal como os junguianos estão tentando se recobrar do ‘*Self* [Si-mesmo] dividido’ de Jung e da maneira pela qual este lidou com ele” (1964a/1994, p. 366).

6. Nota 2: agressividade no relacionamento terapêutico

Minha própria análise estava sendo feita por meus colegas que, na época, aceitaram meu artigo: “O ódio na contratransferência”.

²² Para Ferenczi (1931), a análise que não termina é culpa do despreparo técnico do analista. Uma crítica a relatórios de casos psicanalíticos que se tornam peça de sedução do leitor é apresentada em Loparic, 2024b. Sobre o aspecto intrinsecamente doloroso do tratamento de pacientes fronteirizos, ver 1967c/1994, p. 156 e 1969a/2017, p. 217 e Loparic, 2025a.

²³ “Precisamos lembrar agora que a fuga à sanidade não é sinônimo de saúde. A saúde é tolerante com a doença; na verdade, a saúde tem muito a ganhar quando se mantém em contato com a doença em todos os seus aspectos, especialmente com a doença denominada esquizoide, e com a dependência” (1967d/2005, pp. 15-16). “Na vida cultural, porém, aceitamos a loucura, exatamente, como a aceitamos em bebês” (1959/1994, p. 47). “Os mesmos fenômenos que são de vida e morte para os pacientes esquizoide ou fronteirizos aparecem em nossas experiências culturais” (1966b/1975, p. 139).

²⁴ Algumas ideias-guia para uma formação winnicottiana estão esboçadas em Loparic, 2001/2017 e 2009.

²⁵ Sobre Freud e Jung como dois lados de uma mesma moeda – copertentes, mas reversos, isto é, irreconciliáveis –, ver Loparic, 2014.

Winnicott parece mostrar-se surpreso pelo fato de seus dois analistas, J. Strachey e, em seguida, J. Riviere, ambos ortodoxos, terem dado pareceres favoráveis à publicação de seu artigo “O ódio na contratransferência”, na *International Journal of Psychoanalysis* em 1949²⁶. De fato, encontramos neste artigo uma afirmação pouco ortodoxa sobre o papel do analista, complementar à discutida acima, que trata da agressividade mútua no relacionamento terapêutico: tal como bebê ou criança não pôde se desenvolver emocionalmente num ambiente materno depressivo ou sentimental a ponto de chegar a amar e a odiar (ver os problemas da Piggie com a integração do ódio da mãe), o paciente do tipo psicótico precisa do ódio do terapeuta para que ele mesmo possa odiar, começando pelo próprio analista (1947/2000, p. 287); isto, como Winnicott insiste, é para o paciente uma aquisição de saúde.

Na análise (de pesquisa) ou no manejo rotineiro de pacientes de tipo psicótico, uma forte tensão é imposta ao analista (psiquiatra, enfermeira psiquiátrica [*mental*]), tornando 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 ou não um recado implícito do paciente Winnicott a seus dois analistas (o artigo é baseado numa palestra de 1947 na BPS). Se for esse o caso, a Nota 2 deve ser lida como a retomada de uma tentativa inicial, em parte autobiográfica, de abordar a problemática – também autobiográfica – a respeito da origem e do manejo da agressividade, retomada nas Notas 4 e 5. Destaco aqui apenas um ponto²⁷: 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 pura e na sua versão *borderline*.

O que é que poderia ser o suficiente para que alguns dos pacientes [pacientes fronteirios] 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 [...] 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)

²⁶ Para publicação em veículos da BPS, os textos de Winnicott eram submetidos aos pareceristas que representavam a ortodoxia kleiniana.

²⁷ Ver comentários no que se segue. Para um exemplo de ausência desse tipo de experiência, ver Loparic, 2023a.

Nesse contexto, conviria discutir o que Winnicott tem a dizer no final dos anos 1960 sobre a mistura inevitável de bondade e crueldade que motiva o trabalho analítico²⁸.

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 si-mesmo [*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. (1971a/2017, p. 355)

Tudo faz crer que Winnicott esteja se referindo ao caso FM²⁹, que, de fato, é um dos casos exemplares da revolução promovida por Winnicott, e parece estar lembrado aqui como o exemplo máximo da superioridade de sua clínica, quando comparada com a freudiana tradicional³⁰.

Trata-se de um caso fronteiro³¹, e o relatório de Winnicott mostra como a dinâmica do processo de tratamento, essencialmente determinada pelo próprio paciente, lhe permitiu completar com sucesso uma análise que havia sido levada, até então, nos moldes da psicanálise freudiana tradicional; com essa mudança, ele conseguiu ajudar o paciente a vencer tanto a sua dissociação sexual, como a desintegração inicial e mais profunda, que fraturava a estrutura de sua personalidade.

Apesar de preservar alguma integração, o paciente FM, homem de meia-idade, casado, com filhos, desenvolveu, para surpresa de Winnicott, uma *completa* dissociação, mais precisamente, uma cisão entre ser si mesmo de sexo masculino (ter uma identidade masculina) e ser si mesmo, mas de sexo feminino. Pela cisão, ele pôde se defender contra um padrão de falhas maternas nos primeiros meses de sua vida: não apenas pelo desejo da mãe de que seu segundo filho fosse uma menina, mas pelo fato de ela *tratar seu corpo como o de uma menina* (pela colocação de fraldas etc.), foi-lhe efetivamente impossibilitada a integração de experiências relacionadas à sua instutualidade sexual masculina nascente. Por sua atitude, a mãe lhe impusera como tarefa maturacional a constituição de uma identidade sexual feminina sem base biológica, e, desta forma – essa é a etiologia maturacional introduzida por Winnicott –, ameaçou dois desenvolvimentos: o da elaboração imaginativa espontânea e não distorcida de

²⁸ Ver, 1967c/1994, p. 155 e 1969a/2017, p. 217.

²⁹ Ver, 1959/1994, 1963a/1994 e 1966a/1994.

³⁰ A caracterização de problemas da saúde formulados por Winnicott como exemplares do seu paradigma encontra-se em Loparic, 2009.

³¹ Para este diagnóstico, ver Loparic, 2025a.

sua identidade masculina, com base no seu corpo de menino, e, mais fundamentalmente, o estabelecimento do seu si-mesmo unitário espontâneo habitando esse corpo³².

Os analistas de FM anteriores a Winnicott, e ele próprio na primeira etapa de seu tratamento (de 1959 a 1964), mesmo produzindo competentes análises nos moldes freudianos (Winnicott faz relatos de várias dessas sessões entre 1959 e 1963), só conseguiram ver FM como um indivíduo supostamente integrado, porém com dificuldades de administração de sua bissexualidade, decorrentes da repressão materna; não conseguiram vê-lo 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 o fato e a natureza de sua cisão pessoal. Esta, na origem, não era sexual ou de gênero, mas do seu si-mesmo. O que FM precisava, como Winnicott dirá no relatório final desse caso, levado a cabo com êxito, é que a defesa por dissociação deveria ceder lugar a uma “aceitação da bissexualidade como uma qualidade do si-mesmo [*self*] total ou unitário” (1966a/1994, p. 137).

Como foi que Winnicott livrou FM de sua cisão pessoal escondida no abundante material colhido na primeira etapa do tratamento e claramente relacionado à repressão de sua identidade masculina em desenvolvimento? A partir de 1963, quando teve início a segunda parte do tratamento de FM, Winnicott começou a notar, em especial nos sonhos de FM, sinais de agonias impensáveis e, portanto, de ameaças de aniquilamento do seu si-mesmo ou mesmo de aniquilamentos já acontecidos. Nesse mesmo ano, ele escreveu seu estratégico artigo “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 ideias-guia de sua patologia e clínica alternativas: 1) diagnóstico de quebra precoce do estabelecimento da unidade pessoal nascente; 2) sintomatologia, contendo agonias impensáveis e um conjunto de organizações de defesa contra essas agonias, sendo duas delas a desintegração ativa, mais própria dos esquizofrênicos, e a cisão (entre o verdadeiro si-mesmo espontâneo, ativo, mas ameaçado e o falso si-mesmo autossustentador, reativo e não espontâneo), da qual se valem os fronteiriços; 3) o tratamento por cuidado-cura da quebra do si-mesmo que visa a liberar o paciente das agonias impensáveis e das respectivas defesas psicóticas e a ajudá-lo a recuperar, ou, conforme for, adquirir pela primeira vez a capacidade de existir como um si-mesmo unitário, a serviço de sua tendência para a integração.

³² 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.

Em 1963, Winnicott estava, portanto, de posse de uma ciência da natureza humana que lhe permitiria tomar consciência, nas sessões com FM, em 1966, de estar vendo e testemunhando no paciente a existência de *duas partes* totalmente cindidas da *mesma personalidade*; partes não sexuais, embora revestidas de diferenças sexuais dissociados. A cisão era gerada – e isso agora ficou claro – pela criação de um falso si-mesmo, como centro de operação de cuidado para como o si-mesmo ameaçado, mas que aja como usurpador, pois apresenta como a pessoa inteira. A produção se deu por *identificação cruzada defensiva com a mãe*, estratégia que preservava a unidade com a mãe, entretanto, a preço de perda de espontaneidade e criatividade. Foi como se FM estivesse sabendo de suas necessidades maturacionais integrativas básicas e dissesse à mãe: “Dos males, o menor: como dependo de você para poder existir como um si-mesmo minimamente integrado, vou sacrificar a minha espontaneidade e 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 travestimento sexual. Serei um *si-mesmo duplamente falso*: um, verdadeiramente psicótico, que preserve a cisão e um outro, fronteiroço, que a reconhece, mas a escamoteia, para proteger meu si-mesmo verdadeiro mínimo”. Por esse *conluio com a mãe em dois níveis*, a problemática primária da cisão, estado que caracteriza a esquizofrenia, no sentido de Winnicott, foi mantida e camuflada pela dissociação quase completa de tipo sexual a cargo do si mesmo. Creio que temos aqui mais uma figura de defesa secundária do tipo fronteiroço³³.

Como Winnicott conseguiu se liberar de seu próprio conluio inicial com a dissociação sexual de FM, no qual havia sido envolvido tanto por FM, quanto por ainda trabalhar com a teoria psicanalítica da bissexualidade? Como conseguiu ver esse paciente como um todo pessoal em busca de constituição e, em seguida, ajudá-lo a aceitar sua bissexualidade e a deixar de lutar contra sua masculinidade?

O primeiro passo consistiu no seguinte: numa sessão, já em 1966, Winnicott fez a *experiência*, de início pouco clara teoricamente e emocionalmente difícil, de que aí, diante dele, não estava um homossexual, mas uma *menina* (*girl*, não mulher feita, *woman*, pois as partes cindidas e falsificadas de uma pessoa não amadurecem); *ele a viu, ouviu-a falar, falou com ela*, inclusive da sua enveja de pênis. Ao mesmo tempo, não podia deixar de perceber que o indivíduo que estava aí, deitado no seu divã, era um *homem adulto*. Após uma pausa, o paciente disse: "Se eu fosse falar a alguém a respeito dessa garota, seria chamado de louco". Observação

³³ Em Loparic, 2025a, discuto a definição winnicottiana da patologia fronteira e reconstruo a classificação de tipos desse distúrbio maturacional que se encontra espalhada em sua obra.

seguinte de Winnicott fechou a questão: “Não é que *você* tenha contado isto a alguém; sou *eu* que vejo uma garota e escuto-a falar, quando, na realidade, há um homem em meu divã. O louco sou”. FM *se reconheceu* imediatamente nesse olhar e nesse falar louco, desintegrado, de Winnicott (para o qual seu olhar foi levado por essa menina que o solicitava) e disse: “Você esteve falando com os *dois lados de mim*” (1966a/1994, p. 135, meus *itálicos*). Nesse momento, sentiu-se integrado, sadio. Ficou liberado de um *dilema* que pesou sobre ele durante sua vida toda: o de ser dividido no seu ser si-mesmo e de ter escondido essa divisão psicótica latente – a divisão entre *ter a mãe* para poder continuar a existir, mas tendo de *ser sexualmente que nem a mãe*, e *ir confrontando a mãe*, ao opor, como defesa, por meio da dissociação sexual manifesta, à falsa menina um menino e, em seguida, um homem adulto inviabilizado³⁴. A dissociação sexual extrema fazia parte da defesa secundária fronteiriça do FM, construída pelo seu si-mesmo facilitador, contra a irrupção da ameaça da agonia impensável que revelava as falhas da defesa primária em termos de cisão entre o si-mesmo verdadeiro de FM e o seus falso si-mesmo este sim usurpador.

No contato extremante vívido, do qual não se defendeu, Winnicott ficou unido a FM pelo seu lado menina, disfarce cindido defensivo, agora ficava claro, do seu si-mesmo ameaçado. Esse contato vívido abriu caminho para sua comunicação com o outro lado do si-mesmo de FM, que se escondia na outra das suas personagens falsas, o menino, só que agora, na relação com Winnicott, e não mais ameaçado, como havia sido pela mãe, e mesmo bem-vindo. Até então, a análise de FM *não estava completa* e estava fadada a permanecer interminável. Ao aceitar ser colocado na posição de analista louco por uma das personalidades do paciente, Winnicott reencenou a loucura do ambiente materno que enlouqueceu FM. Ele devolveu a FM o que este lhe trouxe na transferência e, desta feita, abriu caminho para FM chegar a si mesmo como louco cindido, e, tendo feito essa vivência, começar a se recuperar do estado de ser louco, a deixar de se defender pela cisão e a se integrar. Dessa maneira, Winnicott completou as análises anteriores da bissexualidade de FM, conforme indica a Nota 3 citada acima, 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, estava iniciado o processo pelo qual ele poderia alcançar o que propõe a terapia winnicottiana: algum grau de integração, socialização e autodescoberta.

Essa experiência clínica alcançada em 1966 permitiu a Winnicott construir um dos mais importantes elementos de sua teoria sobre a natureza e o tratamento da cisão/dissociação que

³⁴ Sobre esse dilema no relacionamento, ver Winnicott,

caracteriza a sintomatologia básica da psicose fronteira, a saber: 1) a afirmação de que o si-mesmo de um paciente como FM tem partes inconscientes não sexuais; 2) a afirmação de que uma dessas partes procurava, também de forma inconsciente, um relacionamento por identificação ou fusão, sem a presença de impulsos instintuais (identidade chamada por Winnicott de “primária”); 3) a ideia de que esse tipo de busca pelo objeto só poderia ser realizado por um paciente em estado de regressão à dependência absoluta de seu terapeuta, transformado em objeto subjetivo; 4) a ideia de que o atendimento à necessidade de um relacionamento fusional dessa parte liberaria a outra parte do si-mesmo do paciente para o relacionamento oposto, não mais fusional, nem identificatório, renunciando a separação e o confronto, e podendo, com o tempo, amadurecer, até incluir a busca de objetos 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 a terminologia e postula, no processo do amadurecimento humano saudável, a existência de um *dilema* (termo já usado, como vimos, no relato do caso em 1966) básico no relacionamento objetal, o de uma *oposição* que somente 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*)³⁵. A mudança brusca imposta pelo ambiente de um “chifre” do dilema para o outro, isto é, do confrontar para o ser confrontado, está na origem das patologias maturacionais que perturbam a constituição do si-mesmo e a integração dos instintos na vida humana, como aconteceu com FM ainda no colo da mãe.

Por ilustrar o caminho do tratamento e da pesquisa que começa por defesas secundárias, que caracterizam a psicose fronteira, e chega a defesas primárias, típicas da esquizofrenia no sentido de Winnicott, o caso FM serve para entender sua afirmação de que “o estudo psicanalítico da loucura, seja o que for o que signifique, está sendo efetuado principalmente com base na análise dos que são chamados de casos fronteiros” (1965c/1994, p. 96).

³⁵ 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.

8. Nota 4: sobre a destrutividade do artigo de 1968

Por fim, esses assuntos acabaram se perdendo em minha vida cotidiana 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 da pessoa. Ele envolve a teoria do início da fantasia e introduz também a ideia de que a agressão não é gerada pela externalidade do objeto, de modo que o lugar e o momento de origem da externalidade do objeto não são na origem destrutivos. (1971a/2017, p. 356)

A palestra em questão, pronunciada no final de 1968 na New York Psychoanalytic Society e publicada como artigo em 1969, não foi bem recebida pelo público composto majoritariamente por kleinianos³⁶. Além de se referir ao tema central da palestra – a sobrevivência do objeto, isto é, a existência separada do mundo, como ingrediente do tratamento de fronteiros –, a Nota 4 destaca duas outras concepções igualmente novas presentes no artigo: primeiro, a teoria da etapa maturacional na qual se origina a fantasia (não a fantasição, *fantasying*, do tipo psicótico); segundo, a ideia de que a agressão, isto é, o comportamento ou ato destrutivo, não é uma reação ao comportamento intrusivo (na linguagem de Freud, frustrante) de objetos externos percebidos como externos, mas que a própria externalidade de objetos externos tem *sua origem* num lugar (*place*) e num tempo (*moment*), isto é numa área em que *ainda não há destrutividade*. Essa ideia – que pode ser relacionada à bondade originária do bebê, indistinguível do seu funcionamento sadio, estabelecida pela incorporação criativa de cuidados da mãe suficientemente boa (1962f/1983, pp. 89 e 91) – tem tudo para gerar controvérsias. J. Abram, por exemplo, comenta o final da Nota 4 nos seguintes termos: “Presumivelmente, esse ‘destrutivos’ refere-se ao instinto [*instinct*] de morte, e não ao uso alternativo de Winnicott de ‘destrutivo’ como mobilidade benigna – caso contrário, as notas não fazem sentido” (Abram, 2013a, p. 328, minha tradução). Não se vê por que Winnicott, em 1971, num texto programático, ter-se-ia dado o trabalho de excluir do lugar e do momento da origem da externalidade de objetos a pulsão de morte, parte da metapsicologia freudiana que ele já havia rejeitado enfaticamente desde pelo menos 1952 (ver a carta a Money-Kyrle). A sugestão de que ele estaria incluindo na origem da destrutividade da “mobilidade benigna” não é mais convincente pois essa tese, de 1950, foi rapidamente deixada de lado por ele. Resta ainda a hipótese de que Winnicott abandonou a ideia de que a origem da externalidade está no relacionamento objetal em termos de impulso amoroso primitivo que seria também destrutivo.

³⁶ Uma discussão detalhada do que estava em jogo nesse episódio encontra-se em Dias, 2005.

Nessa hipótese, a Nota 4 exige que se reexamine a tese “central” do artigo de 1969 de que existe um “instinto destrutivo [*destructive drive*] que cria a externalidade” (1968b/1994, p. 176), um “primeiro instinto” que, conforme Winnicott diz nos comentários complementares de janeiro de 1969, seria “*uma só coisa, algo que chamo de ‘destruição’ e que poderia ainda ser chamado de “instinto combinado amor-conflito” (combined love-strife drive), sendo que essa unidade é primária*” (1969f/1994, p. 190). Em particular, cabe a pergunta de saber se o “instinto” em questão é primitivo no sentido de ser ativo desde os primórdios da vida humana (desde a concepção?), ou no sentido de ser uma forma de funcionamento somático desenvolvida e integrada mais tarde na vida do bebê ou da criança³⁷.

A segunda alternativa permite que se pense numa área inicial de controle onipotente sem resistência ou destruição, assegurada pela identificação primária do bebê com a mãe que desenvolveu a preocupação materna primária. Nessa perspectiva, o final da Nota 4 adquire um peso especial, pois abre espaço para a afirmação de que, dias antes de morrer, Winnicott ensaiou uma formulação da tese de que a destrutividade que emerge no relacionamento inicial do bebê humano com o mundo não se origina no instinto, na motilidade ou num impulso, mas na fonte já prevista em *Natureza humana*, em 1954, a saber, a interrupção da continuidade do ser por uma intrusão que desafia a tendência para a integração e impõe reação em termos dessa mesma tendência sob pressão. Um evento desse tipo modifica toda a história da vida do bebê, pois implica a perda de si mesmo, da onipotência originária e do mundo subjetivo ou, se acontecer um pouco mais tarde, nos estágios de dependência relativa, um fracasso da paulatina aceitação dessa perda – da ilusória semelhança a Deus onipotente, criador todo poderoso do céu e da terra, proporcionada pela mãe suficientemente boa.

A ideia aludida aqui de um espaço e tempo sem destrutividade no processo de amadurecimento, em que se origina durante o processo de amadurecimento a destruição não parcial, mas total do mundo subjetivo, aparece de forma mais desenvolvida numa carta de 1963 a um colega não identificado da qual se tem um pequeno extrato, que consiste em um diagrama acompanhado de comentário (1963f/1994, p. 179).

³⁷ Essa última hipótese é sugerida implicitamente em 1988/1990, pp. 99n e 156.



Esta linha está entre atuar na área da onipotência e fora dela. Quando se trata de simplesmente atravessar a linha então a linha é lugar para a destruição 100%.

Convém aproximar essa área nuclear de experiência de onipotência, espaço-tempo de criatividade primária, absolutamente espontânea e onipotente³⁸, e de controle sobre tudo que é criado, sobre o mundo onde ainda não há destruição, do conceito de área de livre de conflito de Hartmann, conforme a observação de Winnicott de que, na discussão de processo maturacionais, “temos de introduzir a ‘esfera livre de conflitos’ de Hartmann, que na realidade, e acho que estou certo em dizê-lo (ele não se importou quando lhe falei isso), tem a ver com as tendências herdadas” (1967b/1994, p. 440). Com efeito, Winnicott buscou várias vezes em Hartmann, psicanalista tradicional, apoio para sua afirmação revolucionária de que, no início da vida, não há conflito entre as tendências do potencial herdado nem entre o indivíduo humano e o ambiente facilitador³⁹. Em particular, a destruição só acontece na saída da área de atuação espontânea para a área de relacionamento com fenômenos não criados, fora do controle onipotente, e é total, no sentido de descreir, desconstruir, tudo que é criado, construído, e que foi atribuído ao mundo até então, mas não é suicida, pois não destrói o si-mesmo criador. Essa travessia não é imposta por qualquer instinto ou impulso baseado em funções somáticas (movimento, alimentação), que vise alcançar esse ou aquele objetivo pelo relacionamento objetal, mas consiste na realização de uma das tarefas básicas do processo de amadurecimento decorrente da tendência para integração: a de reconhecer o princípio de realidade, ou seja, o

³⁸ Sobre a criação do mundo, inclusive da mãe, pelo bebê humano, ver Winnicott, 1988/1990, pp. 130-131.

³⁹ M. Khan, colaborador próximo de Winnicott, escreveu uma homenagem a Hartmann na qual destaca a importância do seu conceito de esfera livre de conflitos. Ve Khan, 1971.

fato da realidade externa existir desde sempre em si e por si mesma. Na saúde, ao fazer essa jornada,

o bebê é auxiliado por lhe serem fornecidas (pela mãe devotada comum) áreas de experiência de onipotência ao mesmo tempo em que faz experiências com incursões além da linha, na terra devastada da realidade destruída [*into the wasteland of destroyed reality*]. Esta terra mostra ter características suas próprias, ou valor de sobrevivência etc., e, de modo surpreendente, a criança a individual descobre que a destruição total não significa destruição total. (1963f/1994, p. 179)

A mãe devotada comum assegura a experiência de onipotência e, além disso, a de excursões, isto é, de *idas* para a área não controlada de modo algum e de *voltas* para a área totalmente controlada, que acontecem na área intermediária entre essas duas e que será chamada, a partir de 1967, de espaço potencial. Mediante essa experiência, a criança adquire a capacidade de perceber a realidade objetivamente, isto é, como externa, permanente em si mesma, como propriedades dela mesma, da qual vai precisar para poder continuar a jornada de amadurecimento, ao passo que preserva a capacidade primária de criar fenômenos cuja permanência é assegurada, sem seu conhecimento, pela mãe (dupla dependência) e cujas propriedades são os sentidos atribuídos espontaneamente relacionados a necessidades maturacionais desse período⁴⁰. No início do processo de amadurecimento, o fato de existência do mundo, que o bebê o tenha criado ou não, é mesmo experienciado como um *insulto*, apenas a maioria das pessoas pode dizer:

[Nossos pais] cometeram erros cometeram erros, frustraram-nos constantemente e coube a eles apresentarem-nos ao Princípio de Realidade, arqui-inimigo da espontaneidade, criatividade e do sentido de Real; MAS, eles nunca nos abandonaram. de verdade. [...] Gradualmente, a criança aprecia ser ‘libertada’; isso corresponde à apresentação que lhe é feita do Princípio da Realidade, que no início se choca com o Princípio do Prazer (onipotência revogada). (1961c/2012, pp. 268 e 269)

Do lado da criança, a sanidade assim adquirida implica compromisso que consiste numa forma de trapaça, isto é, realizada pelos serviços do falso si-mesmo⁴¹.

⁴⁰ Ver 1966c/2012, p. 125: “Toda criança precisa tornar-se capaz de criar o mundo (a técnica adaptativa da mãe faz com que isso seja sentido como um fato), caso contrário o mundo não terá significado [*meaning*]. Todo bebê precisa ter suficiente experiência de onipotência para tornar-se capaz de ceder à onipotência à realidade externa ou a um princípio-Deus”.

⁴¹ O que os pais fizeram “poderá (com sorte) ter o efeito de levar esses indivíduos a superarem a fase de trapaça [*cheating*] antes de chegarem à idade de enfrentar o princípio de realidade e o fato de que a onipotência é subjetiva. Não só a onipotência é subjetiva como, enquanto fenômeno subjetivo, é uma experiência real – quer dizer, no princípio, quando tudo está correndo bastante bem” (1966c/2012, p. 126).

O que acontece na doença pode ser entendido com base no texto do diagrama acima: o bebê inevitavelmente faz o caminho de ida, mas, se não tiver apoio materno, não tem condições para fazer o caminhar de volta. Ele se perde de si em maior ou menor grau e fica confrontado pela terra devastada da realidade que destruiu o que poderá vir a alimentar seu ódio⁴². A devastação não recai sobre o mundo subjetivo como tal, mas sobre a realidade que fica *sem sentido subjetivo*, pessoal, criado, e, por isso, irreal, apenas *residual*, mas assim mesmo existente⁴³. Não podendo se manter no mundo de controle onipotente e continuar a ser absolutamente espontâneo, criativo e, nesse sentido, real, nem mesmo trapacear, pois está sem apoio para tanto, ele tem de submeter-se a uma outra realidade, que ele poderá ao mesmo tempo vir a odiar. Esse distúrbio crucial do processo de amadurecimento de origem ambiental será resolvido tipicamente pelo falso si mesmo, que defende o que ainda resta do potencial herdado do indivíduo estabelecendo-se como administrador de um ser aí humano sem espontaneidade, sem criatividade e irreal, ou pelo suicídio.

A destrutividade total inicial experienciada na fronteira da área de experiência de onipotência que é parte integral da personalidade é ilustrada por um sonho de Winnicott que se

⁴² Esse tema é frequente na poesia modernista. No *The Waste Land* (A terra devastada), famoso poema de T. S. Eliot, cuja obra Winnicott conhecia bem; após lermos versos sobre a ruína do mundo da cultura (Londres e outras capitais da cultura ocidental, Atenas, Jerusalém, Alexandria e Viena, seriam cidades “irreais”), encontramos os seguintes versos sobre a irrealidade do mundo externo, o que anuncia a irrealidade e, neste sentido, a morte do homem ocidental (Eliot, 2015, p. 141, tradução ligeiramente modificada):

Nós que vivíamos estamos agora morrendo
Com um pouco de paciência [...]
Aqui não há água, apenas rocha
Rocha sem água no caminho arenoso
O caminho que acima se enrosca entre os montes [...]
Houvesse água deveríamos parar e tomar
Entre rochas não se pode parar nem pensar. [...]
Montanhosa boca morta de dentes cariados que não pode cuspir
Aqui não se fica de pé nem deitado nem sentado
Nem mesmo silêncio há nos montes
Só seco trovão infértil sem chuva
Nem mesmo há solidão nos montes.

⁴³ Apesar das diferenças, creio ser frutífero aproximar a devastação do mundo da realidade subjetiva sob controle onipotente, teorizada por Winnicott, com a desumanização do mundo cotidiano das coisas à mão, descrita por Heidegger. O problema do sentido da realidade das coisas em si do mundo externo, central na análise maturacional, não é menos fundamental na analítica existencial de *Ser e tempo*, ver Heidegger, 1927/2012, § 43. Nos dois casos, esse sentido, que é o de objetividade acessada na representação, em particular na percepção, é radicalmente diferente do sentido atribuído ao existir humano: em Winnicott, é revelado não na percepção, mas na experiência de “estar aí para ser” e de se tornar um existente, para começar no mundo subjetivo; em Heidegger, no fenômeno de ter que ser (*Zu-Sein*) decorrente do cuidado (*Sorge*), estrutura que, na origem, rege o ter-que-ser no mundo de afazeres humanos. Os procedimentos de resolução e condições para sua execução possuem também semelhanças significativas: nos dois casos, a criação ou constituição desse sentido é relacionado aos elementos dinâmicos inerentes à natureza humana; em Winnicott, à preocupação para com o controle onipotente derivada da tendência para integração, componente essencial da estrutura da personalidade humana, em Heidegger, ao “impulso” (*Trieb*) ou “vontade” (*Wille*), que são “modificações do cuidado”. O controle por meio de pensamentos, pelo *cogito*, é possibilitado por condições prévias que caracterizam o eu sou não suspenso no cogito, ponto que opõe os dois autores a Descartes e os aproxima de Kant.

refere “a uma camada profunda de destrutividade, mas, ainda assim, a um lidar um tanto sofisticado (em termos do eu) dessa destrutividade” e que resolve um “mistério de um elemento de sua psicologia”, de modo que a compreensão da teoria winnicottiana da área de experiência de onipotência, da experiência da jornada é facilitada pelo material proveniente da sua contínua prática de *autoanálise*⁴⁴. Convém notar, que nesse mesmo ano (1963) Winnicott leu a autobiografia de Jung, soube do suicídio da irmã de uma paciente (ver os comentários da Nota 5) e escreveu o “Medo do colapso”, texto que trata da agressividade do bebê que se origina da necessidade de recuperar no presente o controle onipotente que foi perdido no passado, e, em paralelo, discute a agressividade contra o terapeuta, pela qual o paciente recupera, no presente, no relacionamento de transferência, ainda que de forma limitada, a onipotência que teve, ainda que na forma de uma ilusão, na área de experiência infantil⁴⁵.

O “mistério” pessoal, revelado também em vários outros sonhos, do qual a análise tradicional não conseguia livrá-lo, consistia num recorrente sentimento de que tudo estaria bem se alguém *cindisse* a sua cabeça e extraísse algo, tal como um tumor ou abscesso, que estava lá atrás do nariz. Um determinado sonho, que não era um pesadelo, pois estava dentro de sua capacidade pessoal (Winnicott diz “do meu eu”) de suportar tensões e foi “imensamente satisfatório” desvendou o mistério⁴⁶.

O sonho tem três partes. Primeiro, Winnicott sonhou que “havia uma destruição absoluta” e que o mundo inteiro e todas as pessoas, inclusive ele, sofreram destruição dessa magnitude por algo externo não identificado; destruição absoluta no sentido de um aniquilamento puro e simples, desvinculado, diz Winnicott, de qualquer tipo de abrandamento (*mollification*), isto é, de relativização em termos desse ou daquele tipo de relacionamento destrutivo a base instintual com tais ou quais objetos objetivamente percebidos (crueldade, sensualidade, sadomasoquismo, envenenamento, armas explosivas etc.).

Na segunda parte do sonho, Winnicott sonhou que *ele próprio* era agente de uma destruição igualmente absoluta de tudo, de um fim do mundo, ficando apenas ele a salvo. Esse sonho continha, portanto, um problema para ele (Winnicott diz, usando o jargão de Freud, “para

⁴⁴ Outros dados da autoanálise de Winnicott serão discutidos nos comentários da Nota 5.

⁴⁵ Esse ponto central da teoria winnicottiana do tratamento dos distúrbios pré-EU SOU (psicoses) está desenvolvido em 1963d/1983, p. 232.

⁴⁶ O relato, muito complexo e resumido deste sonho, foi propositadamente vertido por Winnicott em termos emprestados da linguagem da metapsicologia freudiana (talvez porque o destinatário da carta fosse um freudiano), linguagem criada, como sabemos, para especular sobre o aparelho psíquico freudiano e que, obviamente, não poderia ser utilizada para descrever adequadamente a dinâmica de processos maturacionais e a estrutura de personalidade tal como concebidos por Winnicott. A linguagem do paradigma winnicottiano, portanto, precisa em cada caso ser depurada, do que darei um exemplo no comentário que se segue.

o ego”) resolver, a saber, o problema de *como integrar* na sua personalidade, na sua história de vida, esses dois aspectos da destruição total, a padecida e a infligida.

A solução, que ele sentiu como imensamente satisfatória, foi alcançada num terceiro momento do sonho, quando ele (freudianamente: seu “terceiro eu”) *acordou ainda no sonho* e soube que sonhou, primeiro, ter sido destruído e, em seguida, ser, ele próprio, o agente destruidor, mas não suicida. Desse modo, não havia mais cisão nele, nem mesmo dissociação entre “esses três eu’s” (*the three I’s*) pois agora cada um deles estava inteiramente em contato com os outros.

Passo agora à autoanálise winnicottiana do sonho. Winnicott acordou com uma dor de cabeça muito forte, sentindo sua cabeça cindida ao meio, com uma lacuna (*gap*) negra entre as metades direita e esquerda. Ocorreram-lhe as palavras “dor de rachar” (*splitting headache*) para descrever o que sentia, e isso o ajudou a terminar de acordar. Então, ele se lembrou do sonho e se deu conta que agora sabia que tinha essas três partes, agora não chamadas de eu’s mas de *três si-mesmos essenciais* (*these three essential selves*), o *S(3)* “que podia se lembrar estar sonhado de ser *S(2)* e *S(1)*”⁴⁷. Winnicott acrescenta: “Sem *S(3)*, eu tenho de permanecer cindido, solucionando o problema alternadamente em sadismo e masoquismo, utilizando o relacionamento com objetos, isto é, relacionando-me com objetos objetivamente percebidos”. Ele teve perfeita consciência também de que seu problema pessoal doloroso revelado nesse e outros sonhos, que agora estava simbolizado pela dor de cabeça, foi resolvido já no sonho: *ele* estabeleceu-se no sonho como um *si-mesmo unificado* ou seja, como resultado positivo da sua tendência a integração pessoal, e superou a cisão entre *as duas partes de si mesmo*, a destruída por e a destruidora; já no sonho *ele era três*: ele mesmo destruído, ele mesmo destruidor onipotente, mas não autodestruidor e ele mesmo tendo essas duas partes, melhor dito, existindo e atuando dessas duas maneiras. Ele se sonhou como centro de operações que podia controlar a elaboração imaginativa (no caso onírica, sonhada) de si mesmo *sendo* totalmente aniquilado e de si mesmo *sendo* aniquilador de tudo⁴⁸. Deu-se conta, portanto, de que experienciou como parte de si uma destrutividade espontânea e não reativa e que essa lhe servia de pano de fundo (*backcloth*), como diz Winnicott, para a fantasia de destrutividade total, tanto sofrida como

⁴⁷ Winnicott anota que Freud fala de um “eu observador” entre o Id e o mundo externo (1989b/1994, p. 36). Aqui, Winnicott usa uma linguagem claramente influenciada por Jung para referir-se à mediação entre operações das diferentes partes do si-mesmo. Essa mediação não acontece em termos de observação, uma atividade consciente, mas em termos de atividade integrativa inconsciente de um si-mesmo, experienciada inicialmente em sonho, expulso da área de onipotência, que se sonha destruído por completo e que, em seguida, destrói tudo exceto a si mesmo. Para evitar que se perpetue o choque semântico entre os paradigmas de Winnicott e de Freud, substituo *I(1)*, *I(2)* e *I(3)* do texto de Winnicott, *I* significando eu, por *S(1)*, *S(2)* e *S(3)*, usando *S* para simbolizar o si-mesmo.

⁴⁸ Sobre o si-mesmo como “centro de operações” (*operational center*) constituído anteriormente ao surgimento de um eu, ver 1954c/2000, p. 389.

executada. Note-se que a área de experiência de onipotência anterior às duas destruições sonhas não aparece no sonho. Tudo faz pensar que a destruição sofria pelo *S(1)* pose ser atribuída a realidade externa que por privação destrói a continuidade do ser e processo de estabelecimento do si-mesmo unitário o que resulta na ruína da área da inocência inicial.

Na interpretação sugerida aqui, essa destrutividade profunda do *S(2)*, reconhecida por *S(3)* como parte da estrutura de sua personalidade, anterior a qualquer relacionamento objetal – aquém, portanto, como vimos, de sadismo e de masoquismo, que não visa a recuperar o controle sobre isso ou aquilo, que não segue o programa do princípio de prazer freudiano, mas o poder ilimitado sobre tudo o que foi criado, exercido em primeira pessoa⁴⁹ –, não reativa, mas restitutiva, é a fonte principal de todas as outras, sem que seja preciso invocar o instinto de morte, os movimentos físicos potencialmente destrutivos ou o impulso amoroso primitivo destrutivo.

Outros textos dessa época assinalam que a mesma raiz pessoal da destruição poderá servir ao paciente, por exemplo, como pano de fundo de fantasias e ataques efetivamente dirigidos ao terapeuta. Se o terapeuta falhar depois de ter oferecido ao paciente a oportunidade para regredir e estabelecer um relacionamento de dependência confiável, ele repete a falha inicial numa situação semelhante. Se a falha acontecer apenas em doses que não excedam a capacidade de tolerância do paciente e o terapeuta tiver condições pessoais para não reagir aos comportamentos e atos de agressão, o paciente fará a experiência de o trazer sob seu controle e, desta forma, recuperar, ainda que no campo limitado do *setting* terapêutico, a experiência inicial de onipotência. Trata-se, aqui, de uma destrutividade que, paradoxalmente, promove o atendimento das necessidades maturacionais do si-mesmo⁵⁰. Esses são os ensinamentos que Winnicott extraiu de um sonho que ele não sonhou apenas para si, para alcançar em si e integrar a potência de criar e a de descreir, mas para Jung, que viveu sem alcançar essa integração e, também, para seus pacientes que sofriam da mesma “dor de cabeça”.

Em 1964, na página final do texto “Raízes da agressão”, Winnicott aborda a destruição primitiva chamada de “mágica”, isto é onipotente, que coexiste com seu oposto, a criação mágica, razão pela qual pode ser chamada de *descrição*, e “pertence ao fato de que os objetos mudam de serem parte de ‘eu’ para se tornarem ‘não eu’” (1964c/2012, p. 109). As duas

⁴⁹ Jung não teria chegado a esse grau de integração e nunca teve contato em primeira pessoa com o lado destrutivo de sua personalidade (1964a/1994, p. 370).

⁵⁰ Recentemente, desenvolvi argumentos a favor da tese de que a questão da origem da agressividade e de suas manifestações pode ser tratada sem recurso ao conceito de impulso destrutivo primitivo, utilizando apenas a tese de que todas as formas de destrutividade e agressividade se originam da interrupção da continuidade do ser, ou do não estabelecimento de um si-mesmo unitário (ver Loparic, 2024c, capítulos 1 a 5).

emergem da mesma fonte: a tendência para integração e controle, mesmo que limitado. Na saúde, essa mudança, inevitável devido à desadaptação da mãe, não acontece subitamente e sim gradualmente, o que permite ao bebê lidar com o “choque do reconhecimento da existência de um mundo que está fora do seu controle onipotente” (1964b/2012, p. 270), manter-se criativo e desenvolver formas de controle limitado, que incluem comportamentos e sentimentos agressivos. Se for concedido tempo suficiente para os processos de amadurecimento, a criança capacita-se para ser destrutiva *fisicamente*, a morder ou chutar e *emocionalmente*, desafiar, provocar, rejeitar, odiar esse ou aquele *objeto*, em vez de aniquilar magicamente o *mundo*. À luz desse desenvolvimento, é possível ver na agressão concreta como uma realização da destrutividade mágica a serviço do processo de amadurecimento. As ideias e os comportamentos efetivamente agressivos adquirem assim um valor positivo, e o ódio converte-se num sinal de civilização, sempre que tivermos presente todo o processo de evolução emocional do indivíduo, especialmente em suas primeiras fases (1964b/1982, p. 270).

Considerando esses textos de 1963/1964, a tese winnicottiana da criação da externalidade por um *instinto* ou *impulso* primitivo destrutivo pode ser abandonada a favor de *reconhecimento* da perda incontornável de controle onipotente sobre o mundo. O externo é o que está fora do controle onipotente. Se esta interpretação procede, em 1971, no final da Nota 4, Winnicott aparentemente ainda hesitava em aceitar todas as consequências da solução para o problema da origem da destrutividade alcançada no seu sonho sobre seus três si-mesmos.

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

Esta contribuição [o artigo planejado de 1971] consiste em uma fatia de minha vida. Espero ter a permissão de Freud para usar minha própria experiência na construção da teoria.

Esse texto, deveras intrigante, traz uma referência explícita à condição pessoal de Winnicott de promover uma revolução em psicanálise mencionada anteriormente. Essa condição foi o que lhe permitiu construir suas próprias teorias e ter coragem para discordar de Freud; mais do que isso, permitiu-lhe produzir alternativas radicais à teoria e à clínica psicanalíticas, visto que o paradigma freudiano se revelou teoricamente problemático e clinicamente ineficiente.

Para começar, vejamos se Winnicott precisava mesmo pedir permissão a Freud para tanto. Será que Freud exigia lealdade pessoal a ponto de proibir que os psicanalistas pratiquem

pesquisa científica de forma independente, e que promovam, mesmo discordando, o progresso da ciência que ele mesmo criou? É verdade que Jung, em sua autobiografia (que Winnicott conhecia bem), faz queixas de Freud nesse sentido⁵¹. Seja como for, no começo dos anos 1960, Winnicott deixa claro que, ao reivindicar sua independência na pesquisa, se sente pessoalmente à vontade em relação a Freud:

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 se referia a uma “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 à autonomia teórica e clínica começou já nos anos 1920, quando, no começo de sua formação em psicanálise e de sua terapia com Strachey, reconheceu que a dinâmica edípica não explica os distúrbios maturacionais de bebês muito novos, crítica essa retomada e aprofundada ao longo da sua obra. Esse caminho seguiu por várias etapas, entre elas a crítica a uma interpretação exclusivamente sexual das fantasias (1935), a afirmação do ambiente como fator etiológico patógeno externo (final dos anos 1930) e o reconhecimento de dois tipos de psicanálise – a que trata dos problemas de relacionamento entre pessoas inteiras acompanhadas de fantasias conscientes e inconscientes, e a que leva em conta a elaboração imaginativa da experiência instintual (1945) –, passando pelas teses de que: 1) a teoria freudiana de instintos de vida e de morte é uma mancada (*blunder*) (1953); 2) a teoria

⁵¹ Não se afaste da teoria da sexualidade, pedia Freud a Jung, que se sentia enganado.

da agressividade de Freud é falsa (1954); 3) a inveja não está nas origens, pois inclui atitudes que precisam ser adquiridas (1959); 4) o sonho não é uma realização do desejo reprimido, mas uma forma de elaboração imaginativa de processos maturacionais, entre eles os somáticos (1960); 5) o que está em jogo na vida é antes ser e sentir-se real, do que sexo e prazer (1967); 6) a teoria do narcisismo não chega ao início do acontecer humano (1968-1969).

A lista de discordâncias, algumas examinadas acima e outras abordadas a seguir, não termina aqui. Somadas, evidenciam a crise do paradigma freudiano e a gestação dos elementos positivos de uma alternativa revolucionária.

É verdade que Winnicott hesitou em marcar publicamente a distância que o separava de Freud. Em 1954, numa carta a Guntrip, terapeuta escocês, dirige palavras de censura a Fairbairn, também escocês de Edimburgo, por ele querer superar Freud:

A meu ver, quaisquer teorias originais que eu possa ter só são valiosas na condição de [serem] 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 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 um ano depois da publicação, por Winnicott e Masud Khan, da resenha sobre *Psychoanalytic Studies of the Personality* (1952) de Fairbairn, na qual, num tom áspero, os dois autores documentam (com citações) e denunciam o que seriam as contradições desse livro; a pior das quais sendo, a afirmação, atribuída a Fairbairn sem citação, de que a “libido busca objetos”. A alternativa dos resenhistas consiste em afirmar que um bebê tem necessidades instintuais, mas não tem mecanismos para buscar e 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 propriamente dito, 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*, também em 1954, a respeito das perturbações causadas pelos instintos biológicos, ou por forças impessoais, que vão e vêm na vida de um bebê ou de uma criança e requerem ação (1988/1990, p. 57). Em 1967, num texto autobiográfico, Winnicott muda de tom e se retrata, atribuindo a Fairbairn várias contribuições “tremendas”, destacando duas: a busca pelo objeto, que entra na área da transicionalidade e continua ao longo do processo de amadurecimento, e o sentimento de ser real (1967b/1994, pp. 442-443), as quais, 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 pelo 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 instintual [*drive-satisfaction*] às expensas do que ele chamou de “busca de objeto”. E Fairbairn estava trabalhando, como me acho aqui, sobre as maneiras pelas quais a teoria psicanalítica precisava ser desenvolvida ou modificada, caso o analista quera 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 referido livro de Fairbairn, num tácito reconhecimento do erro de interpretação cometido na resenha: quem busca o objeto não é a libido, mas o indivíduo humano com certa estrutura de personalidade. Essa frase faz parte do seguinte trecho:

A teoria das relações objetais nos conduz assim, inevitavelmente, a uma posição em que se não se pode considerar os ‘impulsos’ [*impulses*] 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 endo psíquicas 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. (Fairbairn, 1944/1980, pp. 69-70)

A segunda nota distingue entre necessidades (*needs*) e instintos (*drives*), distinção que está na base da teoria winnicottiana da dinâmica dos processos maturacionais e, em particular,

da teoria da necessidade inicial do bebê de alcançar uma identificação primária e um contato com a mãe (1970c/2013, pp. 75-76), sem que haja presença de instinto (ou de “libido”).

Voltemos a 1971, a hora madura para o grito de independência. Como Winnicott não teme a censura pessoal de Freud, que já havia morrido, nem, pelo visto, o seu dogmatismo, e, num certo sentido, se 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 de seus colegas da British Psychoanalytical Society (BPS). Considere-se a carta a Klein de novembro de 1952 contém críticas importantes a ela e a Riviere, sua segunda terapeuta, no período de 1936 a 1941⁵². Winnicott confessa a Klein que, em 1952, ao proferir a palestra “Ansiedade associada à insegurança”, na BPS, e defender certas teses sobre os efeitos da insegurança do bebê em relação à mãe, ele se arriscou a fazer um gesto criativo e espontâneo para ela, na esperança de um movimento dela em sua direção. Isso não aconteceu e o relacionamento entre eles foi cortado nesse nível profundo. Ele comenta o não acontecido:

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 de lidar com sua ambivalência.

Talvez não seja muito forçado entender que, nessa última frase da carta a Klein, Winnicott esteja se posicionando pessoalmente diante dela e mandando um recado a ela e a Riviere: “O que não consegui no relacionamento pessoal com Klein e na análise com Riviere, a saber, ser odiado e odiar, estou conseguindo pela autoanálise”. Poderia ser esta a fatia de vida que Winnicott tem em vista na Nota 5?⁵³ Na sequência da parte citada dessa nota (ver Nota 5,

⁵² Sobre o mesmo assunto, ver a carta dirigida a A. Freud e M. Klein, de junho de 1954a/2017.

⁵³ Seria interessante perguntar também sobre outras fatias da vida intelectual de Winnicott que não estão relacionadas às diferenças teóricas em relação a Freud e Klein, mas que poderiam ser relevantes para compreender

fragmento 2), ele se refere também, e sobretudo, ao desenvolvimento de seu próprio si-mesmo na autoanálise – posterior às duas análises tradicionais, com Strachey e Riviere –, para a qual ele foi lançado, como veremos em detalhe a seguir, pela análise do material de B.C., uma de suas pacientes, a partir de 1953. B.C. tinha uma mãe depressiva e uma irmã mais velha, F., que acabou cometendo suicídio.

Outros elementos da autoanálise que ajudaram Winnicott a se liberar da “moldura” dos fatores externos e a se “emancipar” deles, tal como a B.C., encontram-se mencionados em sua obra mesmo 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 contínua de Winnicott, que lhe permitiu situar a origem da destrutividade na dinâmica do processo de amadurecimento sem precisar levar em contar a hipótese de um impulso amoroso primitivo destrutivo, foi analisado acima em comentários da Nota 4. Um outro, que também mereceria ser estudado no contexto de um estudo biográfico, é a menção da conquista de um grau de insanidade, isto é, de loucura, da qual Freud ter-se-ia defendido, não desenvolvendo psicose, mas refugiando-se na sanidade e na racionalidade científica, refúgios considerados por Winnicott como sintomas de defesas das quais os psicanalistas não conseguiriam se livrar⁵⁴.

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 de que nós, psicanalistas, estejamos tentando nos recuperar, tal como os junguianos estão tentando se recobrar do “*self* dividido” de Jung e da maneira pela qual este lidou com ele. (1964a/1994, p. 366)

seu pedido por uma 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.

⁵⁴ 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 sanidade relativa, revelaria um sintoma, como um 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 mais dono de si que em 1952, Winnicott se lembra da paralisação de sua pesquisa revolucionária pela ausência de receptividade por parte do grupo Klein – em particular de sua pesquisa sobre o ambiente, que, depois de reiniciada, no final dos anos 1950, tornou-se um elemento central de seu paradigma – e 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. 438-439)

A censura de Riviere aos interesses teóricos de Winnicott foi perfeitamente consequente. Em 1927, recém-adepta de Klein, ela formulou uma posição sobre psicanálise que poderia ser usada como epígrafe superlativa a 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)

Há boas razões, portanto, para dizer que no começo da Nota 5, fragmento 1, Winnicott não esteja opondo a experiência extraída de “uma fatia de sua vida” a Freud, mas as dificuldades de relacionamento com Klein e com os kleinianos, e com o dogmatismo deles. É provável que o “longo tempo” de espera pela recuperação da capacidade de trabalho tenha se estendido entre os anos finais da análise com Riviere e o ano de 1945, quando Winnicott se propõe a oferecer seu artigo “Desenvolvimento emocional primitivo” para a discussão numa reunião científica da BPS. Procurando ser ouvido e criticado, desta vez publicamente, não mais entre as quatro paredes do consultório, ele trouxe um *texto programático* para sua virada paradigmática. Formulou seu projeto de estudo dos bebês e das crianças em paralelo com o estudo dos psicóticos, e tomou como guia os elementos de sua teoria, ainda incipiente, sobre o desenvolvimento emocional primitivo, que acabou sendo sua teoria mestra. Abordou, entre outros assuntos, problemas maturacionais que surgem na relação inicial entre a mãe e o bebê, e que aparecem regressivamente nas psicoses. O caminho da pesquisa revolucionária 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 não como psicanalista, mas como pediatra que se voltou para psiquiatria e como psiquiatra que continuou agarrado à pediatria, Winnicott enuncia, como se tivesse encontrado um ambiente intelectual e institucional mais favorável, uma tese central da revolução que estava promovendo, ao entrar tacitamente em conflito teórico frontal com Klein e Riviere⁵⁵.

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, em sua resenha sobre a autobiografia de Jung:

Este [*Memories, Dreams, Reflections*, a autobiografia de Jung] é um livro que podemos nos permitir ser 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 tem de si é de esquizofrenia infantil, portanto, de desintegração ativa de personalidade, uma 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, como anotei anteriormente, e mentiu a Freud. Ao dizer essa mentira, isto é, ao *fingir um conluio* com Freud, 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 opostas às de

⁵⁵ O conflito entre o paradigma winnicottiano e o kleiniano foi estudado em Loparic, 1997.

Freud⁵⁶. Vale lembrar, no presente contexto, que a sugestão de Winnicott de que o nome “EU SOU” dado a Deus na Bíblia reflete o perigo que o indivíduo corre e 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 e ser insultado (1968d/2005, pp. 43-44). Essas palavras de 1968 são notáveis, porque oferecem mais uma pista para a derivação da agressão, da perseguição e da paranoia (e, consequentemente, da cisão defensiva) de sentimentos e gestos muito iniciais do ponto de vista maturacional (perigo de perda de segurança, ameaça ao eu, repúdio) e sem recurso à hipótese de impulso amoroso primitivo destrutivo, posição que foi amplamente discutida acima no comentário da Nota 4; em suma, sem a eterna guerra kleiniana entre o amor e o ódio, que, se é que existe, pertence aos estágios mais avançados e, quer seja ou não um resquício de kleinismo, é perfeitamente dispensável na economia da obra de Winnicott⁵⁷. Em 1971, ele se prontificou, portanto, diante dos olhares de seus colegas psicanalistas, a relacionar suas teses revolucionárias com sua autobiografia, e se propôs, em particular, a relatar o estabelecimento de seu si-mesmo pessoal num processo de amadurecimento cujos momentos foram lembrados e explicitados em sua autoanálise. Há razões para pensar que visava o mesmo objetivo que Jung em sua autobiografia⁵⁸. Não terminou esse projeto, mas seus escritos dão preciosas indicações de como essas partes chegaram a compor sua pessoa inteira.

10. Nota 5, fragmento 2: dados de um caso de paciente em busca de 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*

⁵⁶ Se não tivesse mentido para Freud, Jung teria começado uma análise com ele, que, segundo Winnicott, não poderia levá-lo à cura, ainda que pudesse propiciar 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 fronteiro do tipo neurótico.

⁵⁷ Ver Loparic, 2024c.

⁵⁸ Deixarei para 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 à emancipação de ambos em relação ao fascínio pela obra de Freud. Segundo Winnicott, Jung não estava “preparado, como homem, para confrontos com Freud” (1964a/1994, p. 370). A Nota 5 traz algumas indicações sobre o caminho de Winnicott para alcançar essa condição.

uma tivesse uma personalidade moldada por fatores ambientais e pela ausência de um si-mesmo 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, mas, como acontece, F. acabou com sua vida, em fevereiro, em que havia aniversários. (1971a/2017, p. 356, os itálicos são meus)

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, um colapso no processo de estabelecimento do seu si-mesmo unitário. Não recorreu à defesa por esquizoidia (desintegração), mas por cisão, e desenvolveu uma personalidade cindida do tipo falso si-mesmo complacente, 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 da onipotência e, por implicação, a capacidade de dizer não. Em virtude da tendência à integração, ambas as irmãs precisavam se encontrar e se centrar em si mesmas. F. não conseguiu e recorreu à defesa psicótica radical, o suicídio. Sabendo do fracasso da irmã, B.C. persistiu em sua busca, valendo-se, de forma aparentemente 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 lançou em minha própria análise, que continuava (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 si-mesmo 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. (1971a/2017, p. 356)

Esse texto é surpreendente: as anotações sobre a autoanálise de B.C. abriram o caminho para que Winnicott pudesse se lançar em sua própria autoanálise, continuá-la, estabelecer-se como uma pessoa emancipada e entrar, da mesma forma que Jung, num confronto aberto com Freud no artigo que estava preparando. Com efeito, esse fragmento de caráter nitidamente autobiográfico parece fazer parte da autobiografia que Winnicott começou a esboçar, mas que, infelizmente, ficou inacabada. Há razões para se pensar que a leitura das memórias de Jung, em 1963, teria estimulado adicionalmente seu processo de autoanálise – sobretudo no que se refere à superação da cisão em sua personalidade (o sonho de 1963, discutido anteriormente, pode ser

visto como uma evidência disso) e à integração da agressividade. Nos dois casos, observa-se a necessidade urgente de contar sua história de vida incluindo os problemas da cisão e a superação da cisão pela autoanálise (seria melhor dizer, pela autopoieses), o que lhe permitiu produzir posições revolucionárias e romper caminhos com Freud.

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 feitas às 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 mesmo uma sessão. Isso sempre significava que eu havia cometido algum erro técnico que agia como um impacto e quebrava a continuidade do tipo de vida que ela estava precariamente encontrando e vendo como o lugar onde ela mesma se encontrava. (1971a/2017, p. 356)

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, por meio da facilitação de Winnicott, no estado de regressão à dependência. Chegando em casa, fazia anotações, enquanto se recuperava da regressão. O acompanhamento desse processo ajudou Winnicott a percorrer uma trajetória semelhante e, no final da vida, começar a escrever as notas preparatórias para o presente artigo, retrazando o caminho intelectual e pessoal que o havia levado a dizer Não à psicanálise tradicional. Infelizmente, assim como deixou inacabada sua autobiografia, Winnicott não terminou o artigo e não descreveu o processo de sua emancipação intelectual e pessoal em relação a Freud, nem, tampouco, a kleinianos. Contudo, ele deixou em sua obra muitos indícios, alguns deles lembrados anteriormente, que permitem conjecturar as etapas que o levaram para um lugar no qual poderia plantar e fazer prosperar suas próprias ideias sobre o processo de amadurecimento emocional e pessoal, colhidas na experiência clínica e de vida e disponibilizadas em seus textos para debate público⁵⁹.

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

⁵⁹ Muitos desses indícios foram reconstruídos em Dias, 2003/2024 e Loparic, 1996a e 2001/2017.

aspectos da revolução pela qual pleiteou e que ele mesmo em parte realizou. Talvez o essencial da mudança realizada consista no fato de que a psicose, patologia que afastou Jung de Freud, tanto pessoal quanto teoricamente, tomou o lugar da neurose⁶⁰. Paradigmática em Freud, a neurose em Winnicott ficou sob a suspeita de não passar, em muitos casos, de uma formação do tipo falso si-mesmo dos pacientes fronteirios, uma falsa solução para problemas mal formulados de colapso na estrutura da personalidade⁶¹. Muitas outras coisas mudaram. Édipo, o andarilho mítico que terminou na cama da mãe, ficou parecendo mais um caso de saúde do que de doença, quando comparado ao bebê winnicottiano, que adoece no colo da mãe. 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 da realização no tempo de amadurecimento do potencial herdado da natureza humana, acompanhada de uma modificação radical da teoria da agressividade⁶². Na etiologia ampliada, malgrado a recusa ortodoxa, foram incluídos fatores externos e ambientais, irreduzíveis aos conflitos internos do paradigma antigo. A interpretação foi modificada, e deixou de ser exclusivamente sexual; tornou-se maturacional, mutativa, e foi complementada pelo manejo. O princípio do prazer deixou de comandar a busca por uma vida que valesse a pena ser vivida, pois do valer a pena o prazer não dá conta. A vida social e cultural não estava mais a serviço da sublimação da sexualidade e assumiu a promoção da criatividade. O tratamento saiu do divã do consultório e se reinventou como manejo estendido a serviço de atendimento à comunidade. A essa mudança da *Gestalt-switch* teórico-clínico-cultural da psicanálise propriamente dita – que situa o pensamento de Winnicott fora da psicanálise, mas que ao mesmo tempo lhe assegura grande importância para o futuro da psicanálise e para outras disciplinas da área da saúde mencionadas anteriormente⁶³ – caberia adicionar várias decorrências institucionais, como 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.

⁶⁰ Essa mudança foi descoberta e formulada por Dias (1993) num texto que se tornou referência orientadora das pesquisas sobre a revolução winnicottiana realizadas desde então na Escola Winnicottiana de São Paulo.

⁶¹ Ver Dias, 1993/2023.

⁶² Já escrevi que Winnicott era um pensador e cientista pós-metafísico (ver Loparic, 1996b), mesmo quando a metafísica teórica foi considerada, como, por exemplo, por Freud, numa acepção kantiana, como a parte filosófica do paradigma das ciências naturais (ver Loparic, 2023b). Hoje, parece-me melhor dizer que ele é um pré-metafísico ou um pré-socrático, no sentido de ter produzido, assim como Heidegger, um movimento de retorno às origens, mas, diferentemente de Heidegger, não à experiência do auto desvelamento do Ser, e, sim, à experiência de ser transmitida de geração em geração por seres humanos que já existem.

⁶³ Sobre a importância dessa mudança para a reformulação da psicanálise tradicional ver, 1960b/1983, capítulo 3. Sobre a relevância do paradigma winnicottiano para outras áreas da saúde, ver, por exemplo, parte 2 do livro *A família e o desenvolvimento individual* (1965d/2011).

Assim como 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 plenamente reconhecido. Mesmo depois de levado a público postumamente em 2013, não foi notado, quanto menos atendido, pela grande maioria dos psicanalistas e profissionais de outras áreas da saúde. Até hoje, as ideias radicais de Winnicott continuam em grande parte ignoradas. Na melhor das hipóteses, são assimiladas, muitas vezes de forma desatenta, quando não distorcida, no que, nos dias de hoje, passou a se chamar de “psicanálise” – forma não científica da cultura pós-moderna, sem autores titulares, sem obras de referência e sem comunidades de pesquisa identificáveis. A alternativa consiste em dizer, e recorro aqui a posição da nossa Escola, que não basta *ler* Winnicott, ou mesmo aplicar-se a estudar as ideias de sua autoria inconfundível; é preciso *continuar a pesquisa de caráter científico* que ele iniciou e elaborar, articular, ampliar e, conforme os resultados colhidos na experiência clínica e na vida, modificar 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 clínico⁶⁴. E, para que essas tarefas possam ser realizadas, é preciso criar, como assinalou Balint, instituições especificamente winnicottianas de ensino e de 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 clínicas⁶⁵.

⁶⁴ O coquetel de ideias hoje chamado de “psicanálise” vem sendo denunciado, com veemência crescente, como não científico e mesmo mistificador, algumas vezes com boas razões (Sokal e Bricquemont, 1997/2012), e outras, com más (Pasternak e Orsi, 2023). A alternativa indicada acima, que tem suas bases claramente identificáveis no próprio Freud, é fortemente abraçada e desenvolvida por Winnicott e, nos últimos anos, tem sido 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).

⁶⁵ Diferentemente de Freud, somente na hora de sua morte Winnicott assumiu a revolução que preparou 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 os Colóquios Winnicott (1995), o Grupo de Pesquisa em Práticas Psicoterápicas (GFPP) da PUC-SP (1999), a revista *Natureza Humana* (1999), o Centro Winnicott de São Paulo (2001), a Sociedade Brasileira de Psicanálise Winnicottiana (2005), a editora DWWeditorial (2008), a Internacional Winnicott Association (2013), o Instituto Brasileiro de Psicanálise Winnicottiana (2015), entre outras. Para mais informações, ver Instituto Winnicott (2024). O Instituto Winnicott de Roma (1984) e Winnicott Institut de Hannover usam seu nome a título de homenagem, e não para identificar suas atividades.

Referências

- Abram, J. (2013a). DWW's Notes for the Vienna Congress 1971: A Consideration of Winnicott's Theory of Aggression and an Interpretation of the Clinical Implications. In J. Abram (org.), *Donald Winnicott Today* (pp. 302-330). London/New York: Routledge.
- Abram, J. (org.) (2013b). *Donald Winnicott Today*. London/New York: Routledge.
- Abram, J. e Hinshelwood, R. D. (2018). *The Clinical Paradigms of Melaine Klein and Donald Winnicott*. London/New York: Routledge.
- Altmann de Litvan, M. (org.) (2022). *Clinical Research in Psychoanalysis Theoretical Basis and Experiences through Working Parties*. London: Routledge.
- Bird, A. (2000). *Thomas Kuhn*. Chesham: Acumen
- 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. (2005). Winnicott em Nova Iorque: um exemplo da incomunicabilidade entre paradigmas. *Natureza Humana*, 7(1), pp. 179-206.
- Dias, E. O. (2003). *A teoria do amadurecimento de D. W. Winnicott*. São Paulo: DWWeditorial, 2024.
- Eliot, T. S. (2015). *Poemas*. São Paulo: Companhia das Letras.
- Eshel, O. (2019). *The Emergence of Analytic Oneness: Into the Heart of Psychoanalysis*. New York: Routledge.
- 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.
- Ferenczi, S. (1931). Child Analysis in the Analysis of Adults. In S. Ferenczi, *Contributions to Psycho-Analysis*. London: Hogarth, 1955.
- Heidegger, M. (1927). *Ser e tempo*. Campinas: Editora da Unicamp e Petrópolis: Editora Vozes, 2012.
- Gillies, G. (1992). *Revolutions in Mathematics*. Oxford: Oxford University Press.
- Greenberg, J. R. e Mitchell, S. A. (1983). *Object Relations and Psychoanalytic Theory*. Cambridge: Harvard University Press.
- Hodge J, e Radick, G (orgs.). (2009). *The Cambridge Companion to Darwin*. Cambridge: Cambridge University Press

- Honneth, A. (2009). *Luta por reconhecimento: a gramática moral dos conflitos sociais*. São Paulo: Editora 34.
- Horton, P. C., Gewirtz, H. e Kreutter, K. (orgs). (1988). *The Solace Paradigm: An Eclectic Search for Psychological Immunity*. Madison/Connecticut: International Universities Press.
- Hughes, J. M. (1989). *Reformulando o território psicanalítico: o trabalho de Melaine Klein, W. R. D. Fairbairn e D. W. Winnicott*. Rio de Janeiro: Revinter, 1998.
- Instituto Winnicott (2024). *20 anos de formação winnicottiana*. São Paulo: DWWeditorial.
- Khan, M. M. (1971). Beyond Conflictual Dynamics: a Tribute to Heinz Hartmann. *Dynamische Psychiatrie*, 10.
- Khan, M. M. (1975). Introdução por M. Masud R. Khan. In D. W. Winnicott, *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas* (pp. 11-54). Rio de Janeiro: Imago, 2000.
- Kuhn, T. S. (1962). *A estrutura das revoluções científicas*. São Paulo: Perspectiva, 2009.
- Kuhn, Th. S. (2024). *A incomensurabilidade na ciência*. São Paulo: UNESP.
- Little, M. I. (1981) *Transference Neurosis and Transference Psychosis*. New York/London: Jason Aronson.
- Loparic, Z. (1996a). Winnicott: uma psicanálise não edipiana. *Percursos*, (17), pp. 41-48.
- Loparic, Z. (1996b). Winnicott e o pensamento pós-metafísico. In I. F. M. Catafesta (org.), *D. W. Winnicott na Universidade de São Paulo* (pp. 21-45). São Paulo: Lemos
- 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.
- Loparic, Z. (2001). Esboço do paradigma winnicottiano. In C. J. Motta e S. Piza (orgs.), *Thomas Kuhn e as ciências humanas* (pp. 182-237). São Paulo: DWWeditorial, 2017.
- Loparic, Z. (2005). Elementos da teoria winnicottiana da sexualidade. *Natureza Humana*, 7(2), pp. 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. (2023a). Comentário sobre o capítulo 23 do livro *O ambiente e os processos de maturação de Winnicott*. In *Boletim Winnicott no Brasil*, 2024, IBPW, Comentários, pp. 29-51, 26/07/2023.
- Loparic, Z. (2023b). *A semântica transcendental de Kant*. São Paulo: DWWeditorial.

- Loparic, Z. (2025a). Os fronteiriços de Winnicott. In *Boletim Winnicott no Brasil*, IBPW, Artigos.
- Loparic, Z. (2024a). *Roda da vida*. São Paulo: DWWeditorial.
- Loparic, Z. (2025b). Solubilidade dos problemas clínicos. *Boletim Winnicott no Brasil*, IBPW, Artigos. (No prelo)
- Loparic, Z. (2025c). Resolução de problemas clínicos. *Boletim Winnicott no Brasil*. IBPW, Artigos. (No prelo)
- Loparic, Z. (2024b). A estrutura e os usos dos casos clínicos de Winnicott. In Z. Loparic, *Winnicott no Brasil, 2023* (pp. 37-55). São Paulo: DWWeditorial.
- Loparic, Z. (2024c). *Seminário de pesquisa*, v. 1, capítulos 4 e 5. In *Boletim Winnicott no Brasil*, IBPW, Pesquisa, pp. 2-35, 12/06/2024.
- Ogden, T. H. (2022). *Coming to Life in the Consulting Room: Toward a New analytic Sensibility*. London: Routledge.
- 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.
- Schafer, R. (1976). *A New Language for Psychoanalysis*. New Haven and London: Yale University Press.
- Sokal, A. e Bricmont, J. (1997). *Imposturas intelectuais*. Rio de Janeiro: Record, 2012.
- Winnicott, D. W. (1939). O infrator delinquente e habitual. In D. W. Winnicott, *Pensando sobre crianças* (pp. 68-69). Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.
- Winnicott, D. W. (1945). Desenvolvimento emocional primitivo. In D. W. Winnicott, *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas* (pp. 218-232). Rio de Janeiro: Imago, 2000.
- Winnicott, D. W. (1947). O ódio na contratransferência. In D. W. Winnicott, *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas* (pp. 277-287). Rio de Janeiro: Imago, 2000.
- Winnicott, D. W. (1948). Pediatria e psiquiatria. In D. W. Winnicott, *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas* (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. W. Winnicott, *Explorações Psicanalíticas* (pp. 416-419). Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.
- Winnicott, D. W. (1952a). Carta 25 - Para Melanie Klein, 17 de novembro. In D. W. Winnicott, *O gesto espontâneo* (pp. 42-47). São Paulo: Martins Fontes, 2017.
- Winnicott, D. W. (1952b). Psicoses e cuidados maternos. In D. W. Winnicott, *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas* (pp. 305-315). Rio de Janeiro: Imago, 2000.

- Winnicott, D. W. (1953). Resenha (escrita com M. Masud R. Khan) de *Psycho-Analytic Studies of the Personality*. In D. W. 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. W. 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. W. Winnicott, *O gesto espontâneo* (pp. 91-92). São Paulo: Martins Fontes, 2017.
- Winnicott, D. W. (1954c). Aspectos clínicos e metapsicológicos da regressão no contexto psicanalítico. In D. W. Winnicott, *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas* (pp. 374-392). Rio de Janeiro: Imago, 2000.
- Winnicott, D. W. (1959). Nada no centro. In D. W. Winnicott, *Explorações Psicanalíticas* (pp. 41-43). Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.
- Winnicott, D. W. (1959-1964). Classificação: existe uma contribuição psicanalítica à classificação psiquiátrica? In D. W. Winnicott, *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional* (pp. 114-127). Porto Alegre: Artes Médicas, 1983.
- Winnicott, D. W. (1960a). Família e maturidade emocional. In D. W. Winnicott, *A família e o desenvolvimento individual* (pp. 129-138). São Paulo: Martins Fontes, 2011.
- Winnicott, D. W. (1960b). Teoria do relacionamento paterno-infantil. In D. W. Winnicott, *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional* (pp. 38-54). Porto Alegre: Artes Médicas, 1983.
- Winnicott, D. W. (1960c). Distorção do ego em termos de falso e verdadeiro self. In D. W. Winnicott, *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional* (pp. 128-139). Porto Alegre: Artes Médicas, 1983.
- Winnicott, D. W. (1961a). Psicanálise e ciência: amigas ou parentes? In D. W. Winnicott, *Tudo começa em casa* (pp. XIII-XVIII). São Paulo: Martins Fontes: 2005.
- Winnicott, D. W. (1961b). Psicose na infância. In D. W. Winnicott, *Explorações psicanalíticas* (pp. 53-58). Porto Alegre: Artmed, 1994.
- Winnicott, D. W. (1961c). Variedades de psicoterapia. In D. W. Winnicott, *Privação e delinquência* (pp. 263-274). São Paulo: WMF Martins Fontes, 2012.
- Winnicott, D. W. (1962a). Enfoque pessoal da contribuição kleiniana. In D. W. 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. W. 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. W. 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. W. 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. W. 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. (1962f). Moral e educação. In D. W. Winnicott, *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional* (pp. 88-98). Porto Alegre: Artes Médicas, 1983.
- Winnicott, D. W. (1963a). Uma nota sobre um caso envolvendo inveja. In D. W. 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. W. 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. W. Winnicott, *Explorações psicanalíticas* (pp. 70-76). Porto Alegre: Artmed, 1994.
- Winnicott, D. W. (1963d). Atendimento hospitalar como complemento de psicoterapia intensiva na adolescência. In D. W. Winnicott, *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional* (pp. 218-224). Porto Alegre: Artes Médicas, 1983.
- Winnicott, D. W. (1963e). Os doentes mentais na prática clínica. In D. W. Winnicott, *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional* (pp. 196-206). Porto Alegre: Artes Médicas, 1983.
- Winnicott, D. W. (1963f). Um sonho de D. W. W. Relacionado a uma resenha de um livro de Jung (Parte II do Capítulo 34, Sobre “O uso de um objeto”). In D. W. Winnicott, *Explorações Psicanalíticas* (pp. 178-179). Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

- Winnicott, D. W. (1964a). Resenha de *Memories, Dreams, Reflections*. In D. W. Winnicott, *Explorações psicanalíticas* (pp. 365-372). Porto Alegre: Artmed, 1994.
- Winnicott, D. W. (1964b). As raízes da agressividade. In D. W. Winnicott, *A criança e o seu mundo* (pp. 262-270). Rio de Janeiro: LTC, 2017.
- Winnicott, D. W. (1964c). Raízes da agressão (Parte do capítulo 10, Agressão e suas raízes). In D. W. Winnicott, *Privação e delinquência* (pp. 102-110). São Paulo: WMF Martins Fontes, 2012.
- Winnicott, D. W. (1965a). Introdução. In D. W. 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. W. 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. W. Winnicott, *Explorações psicanalíticas* (pp. 94-101). Porto Alegre: Artmed, 1994.
- Winnicott, D. W. (1965d). *A família e o desenvolvimento individual*. São Paulo: Martins Fontes, 2011.
- Winnicott, D. W. (1966a). Os elementos masculinos e femininos ex-cindidos encontrados em homens e mulheres. In D. W. Winnicott, *Explorações psicanalíticas* (pp. 134-144). Porto Alegre: Artmed, 1994.
- Winnicott, D. W. (1966b). A localização da experiência cultural. In D. W. Winnicott, *O brincar e a realidade* (pp. 133-144). Rio de Janeiro: Imago, 1975.
- Winnicott, D. W. (1966c). A ausência de um sentimento de culpa. In D. W. Winnicott, *Privação e delinquência* (pp. 119-126). São Paulo: WMF Martins Fontes, 2012.
- Winnicott, D. W. (1967a). O papel de espelho da mãe e da família no desenvolvimento infantil. In D. W. 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. W. 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. W. Winnicott, *Explorações psicanalíticas* (pp. 151-156). Porto Alegre: Artmed, 1994.
- Winnicott, D. W. (1967d). O conceito de indivíduo saudável. In D. W. Winnicott, *Tudo começa em casa* (pp. 3-22). São Paulo: Martins Fontes, 1999.
- Winnicott, D. W. (1968a). A amamentação como forma de comunicação. In D. W. 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. W. Winnicott, *Explorações Psicanalíticas* (pp. 171-177). Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.
- Winnicott, D. W. (1968c). O pensar e a formação de símbolos. In D. W. Winnicott, *Explorações Psicanalíticas* (pp. 167-169). Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.
- Winnicott, D. W. (1968d). *Sum: eu sou*. In D. W. 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. W. 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. W. 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. W. Winnicott, *O gesto espontâneo* (pp. 230-232). São Paulo: Martins Fontes, 2017.
- Winnicott, D. W. (1969d). A experiência mãe-bebê de mutualidade. In D. W. Winnicott, *Explorações Psicanalíticas* (pp. 195-202). Porto Alegre: Artmed, 1994.
- Winnicott, D. W. (1969e). A pílula e a lua. In D. W. Winnicott, *Tudo começa em casa* (pp. 197-213). São Paulo: Martins Fontes, 2005.
- Winnicott, D. W. (1969f). O uso de um objeto no contexto de *Moisés e o Monoteísmo* (Parte VII do Capítulo 34, Sobre “O uso de um objeto”. VII. In D. W. Winnicott, *Explorações Psicanalíticas* (pp. 187-191). Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.
- Winnicott, D. W. (1970a). Sobre as bases para o *self* no corpo. In D. W. Winnicott, *Explorações psicanalíticas* (pp. 203-218). Porto Alegre: Artmed, 1994.
- Winnicott, D. W. (1970b). A cura. In D. W. Winnicott, *Tudo começa em casa* (pp. 105-114). São Paulo: Martins Fontes, 2005.
- Winnicott, D. W. (1970c). A dependência nos cuidados infantis. In D. W. Winnicott, *Os bebês e suas mães* (pp. 73-78). São Paulo: Martins Fontes, 2013.
- Winnicott, D. W. (1971a). Notes for the Vienna Congress. In D. W. Winnicott, *The Collected Works of D. W. Winnicott: Vol. 9, 1969-1971* (pp. 355-356). Nova York: Oxford University Press, 2017.
- Winnicott, D. W. (1971b). A criatividade e suas origens. In D. W. Winnicott, *O brincar e a realidade* (pp. 95-120). Rio de Janeiro: Imago, 1975.
- Winnicott, D. W. (1988). *Natureza humana*. Rio de Janeiro: Imago, 1990.
- Winnicott, D. W. (1989a). Um ponto de técnica. In D. W. Winnicott, *Explorações Psicanalíticas* (pp. 22-23). Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

Winnicott, D. W. (1989b). Ideias e definições. In D. W. Winnicott, *Explorações Psicanalíticas*.
D. W. Winnicott (pp. 36-37). Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.