

Inéditos Loparic

Volume 1, Winnicott, Patologia Maturacional – 2025

Identidades sexuais como defesa*

Zeljko Loparic

Unicamp/IBPW/IWA

1. O pleito de Winnicott por uma revolução em psicanálise

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, previsto para ser realizado em Viena, em julho daquele ano. Só conseguiu escrever, porém, sem indicação de título, seis breves notas preparatórias, as quatro primeiras das quais foram publicadas por Jan Abram, em 2013¹. No artigo recente, (Loparic, 2024a), que é usado como fonte da grande parte deste trabalho, apresento uma tradução do texto completo das notas, publicado em *Collected Works* de Winnicott no volume 9, sob o título “Notes for the Vienna Congress”², seguida de comentários.

O esboço do artigo de Winnicott inicia-se como o seguinte pedido:

Estou pleiteando um tipo de revolução em nosso trabalho. Vamos reexaminar o que fazemos. (1971a/2017, p. 355)

2. Justificativa do pedido de revolução

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 fronteiros (*borderline*), pacientes que, a fim de se defenderem contra a

* O presente texto, apresentado originalmente como uma palestra no VI Congresso da IWA – Corpos e Identidades (setembro de 2025, Córdoba, Argentina), foi corrigido e revisado para a presente edição.

¹ Ver Abram, 2013, para o texto das quatro notas e comentários.

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

ameaça de retorno das agonias primitivas – originárias do medo de aniquilamento, isto é, da quebra da continuidade do ser (do ir sendo) e do consequente 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*³. 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 forma, da sublimação do tipo freudiano de serviços maternos não prestados⁴. 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)

³ Ver, 1952/2000, p. 305, 1965a/1983, pp. 15-16, 1962/1983, 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 (1961/1994, p. 58). Por exemplo, a histeria pode esconder uma agonia intolerável, que causa problemas, mas nunca aparece claramente como loucura (1963d/1983, p. 220).

⁴ 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)”. (1960/1983, p. 136).

No tratamento tradicional de casos puros de neurose, se é que eles existem⁵, 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 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 clínico⁶. O

⁵ Sobre as dúvidas de Winnicott a esse respeito, ver 1961/1994, p. 58.

⁶ 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,

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 babá⁷. 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.

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 psicose ou um transtorno psicossomático quando a ansiedade psicótica central ameaça irromper de forma grosseira. Em casos desse tipo, o psicanalista pode entrar em conluio durante anos com a necessidade que o paciente tem de ser psiconeurótico (em oposição a 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. (1968/1994, 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,

que caracteriza os pacientes denominados de “fronteiro” (1964/1994, p. 369). Outros detalhes sobre este episódio serão comentados a seguir.

⁷ Sobre o si-mesmo no papel de enfermeiro, ver 1960/1983, p. 138. Sobre a dissociação ou, mais precisamente, a cisão na estrutura da personalidade em pacientes fronteiros, 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 1962/1983, p. 56.

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 fronteirios⁸; também não atendia os pacientes com outros tantos problemas maturacionais; atendia, basicamente, apenas os neuróticos⁹. A mesma exclusão é operada 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 secundárias¹⁰. Seguindo o processo de amadurecimento do início ao fim, Winnicott inclui, em sua clínica, além dos fronteirios, também os casos de tendência antissocial, além de redesenhar, de forma não menos revolucionária, o diagnóstico e a etiologia dos distúrbios depressivos e da sexualidade¹¹. 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)¹². 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

⁸ 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 1965b/1994.

⁹ Ver 1963e/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 significativa 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” (1965b/1994, p. 96).

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

¹¹ Um exemplo de mudança revolucionária de Winnicott na teoria da sexualidade é a substituição do Édipo, o andarilho na cama da mãe, pelo bebê no colo da mãe como problema exemplar da psicanálise. Ver Loparic, 1996 e 2001/2017.

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

funcionamento mental, ou cerebral do tipo abordado pela medicina, pela pediatria e pela psiquiatria infantil e adulta organicista.

3. Exemplo de uma análise completa de um caso fronteiroço em que a identidade sexual é usada como defesa secundária

Nas notas mencionadas, Winnicott se refere a um caso de identidade sexual defensiva do qual conseguiu realizar uma análise completa.

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 FM¹³, 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 tradicional¹⁴.

Trata-se de um caso fronteiroço, 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 instabilidade 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 –,

¹³ Ver, 1959/1994, 1963a/1994 e 1966/1994.

¹⁴ A caracterização de problemas da saúde formulados por Winnicott como exemplares do seu paradigma encontra-se em Loparic, 2009.

ameaçou dois desenvolvimentos: o da elaboração imaginativa espontânea e não distorcida de sua identidade masculina, com base no seu corpo de menino, e, mais fundamentalmente, o estabelecimento do seu si-mesmo unitário espontâneo habitando esse corpo¹⁵.

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” (1966/1994, 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

¹⁵ 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.

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.

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 preserva a cisão e um outro, fronteiro, 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 fronteiro.

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

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*” (1966/1994, 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 inviabilizado¹⁶. 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

¹⁶ Sobre esse tipo de dilema no relacionamento, ver 1966/1994, p. 150.

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*)¹⁷. 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” (1965b/1994, p. 96).

¹⁷ 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.

Referências*

- Abram, J. (2013). 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.
- Loparic, Z. (1996). Winnicott: uma psicanálise não-edipiana. *Percursos*, (17), 41-47.
- 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. (2024a). O pleito de Winnicott por uma revolução em Psicanálise. *Boletim Winnicott no Brasil*, IBPW, Artigos, pp. 15-46, 13/12/2024.
- Loparic, Z. (2024b). *Roda da vida*. São Paulo: DWWeditorial. (Plataforma eletrônica on-line)
- Winnicott, D. W. (1952). 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. (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. (1960). 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. (1961). Psicose na infância. In D. W. Winnicott, *Explorações psicanalíticas* (pp. 53-58). Porto Alegre: Artmed, 1994.
- Winnicott, D. W. (1962). 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.

* Todas as referências, no corpo do texto, em que não constam o nome do autor são de D. W. Winnicott. Nos casos em que são mostradas duas datas, a primeira refere-se à publicação original e a segunda, à edição consultada.

- 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. (1964). Resenha de *Memories, Dreams, Reflections*. In D. W. Winnicott, *Explorações psicanalíticas* (pp. 365-372). Porto Alegre: Artmed, 1994.
- 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). A psicologia da loucura: uma contribuição da psicanálise. In D. W. Winnicott, *Explorações psicanalíticas* (pp. 94-101). Porto Alegre: Artmed, 1994.
- Winnicott, D. W. (1966). Os elementos masculinos e femininos ex-cindidos encontrados em homens e mulheres. In D. W. Winnicott, *Explorações psicanalíticas* (pp. 134-144). Porto Alegre: Artmed, 1994.
- Winnicott, D. W. (1968). 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. (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.