

A teoria winnicottiana do amadurecimento como guia da prática clínica

Elsa Oliveira Dias

IBPW/IWA

Resumo: Partindo da concepção winnicottiana de que a natureza do distúrbio maturacional está relacionada com o ponto de origem do mesmo, na linha do amadurecimento, este estudo visa mostrar que a teoria do amadurecimento pessoal serve de horizonte teórico para o diagnóstico clínico e orienta a tarefa clínica. Inicialmente, são apresentados os pressupostos básicos que norteiam a teoria e suas características centrais. Em seguida, apresenta-se, sucintamente, a classificação mais simples e mais usualmente formulada por Winnicott: a que inclui as psicoses, as depressões e as neuroses. Por último, à guisa de ilustração, mostra-se que um mesmo distúrbio do ponto de vista da sintomatologia, no caso, a paranoia, pode ter diferentes naturezas, segundo o momento do amadurecimento em que a falha ambiental fez surgir a dificuldade na vida do indivíduo.

Palavras-chave: Winnicott, amadurecimento, diagnóstico, classificação, paranoia.

Abstract: Based on Winnicott's notion that the nature of psychic disorders relates to their origin – within the maturational process – this study aims to show that the theory of personal maturation can be used as a theoretical horizon for clinical diagnoses and as a guide for clinical work. Firstly, fundamental assumptions upon which the theory is based, as well as its main characteristics, are provided. Secondly, we present briefly the simplest classification normally used by Winnicott, which includes psychoses, depressions and neuroses. Lastly, by way of example, we show that one same disorder (in this case, paranoia), in terms of symptoms, can have different natures, according to the moment of the maturational process when the environmental failure made the difficulty emerge in the individual's life.

Keywords: Winnicott, maturation, diagnosis, classification, paranoia.

1. Introdução

Há várias maneiras de enunciar a novidade da psicanálise de D. W. Winnicott e uma delas refere-se à prática clínica que decorre de sua nova perspectiva teórica. Enquanto, na psicanálise tradicional, existe um método que caracteriza, por excelência, a própria tarefa analítica – a interpretação dos conflitos inconscientes relativos a material censurado e reprimido – não se pode dizer o mesmo da clínica winnicottiana¹. Embora seja perfeitamente possível explicitar as implicações clínicas de sua teoria, não se pode formular, num enunciado geral, um método ou uma técnica que definiriam o modo como se trabalha, psicanaliticamente, na perspectiva winnicottiana. A razão é simples: o que determina o trabalho a ser feito – e a maneira como deve ser conduzido determinado tratamento – é a necessidade do paciente, e esta varia enormemente conforme a natureza do distúrbio que se apresente. Sabemos dos textos

¹ Na psicanálise tradicional, a existência de um método psicanalítico único é possível pois, para ela, de modo geral, os distúrbios psíquicos levam, em última análise, a um conflito pulsional de caráter edípico ou pré-edípico. Veja um exame mais completo do uso da interpretação em Winnicott em Dias, (2023).

winnicottianos já clássicos que o que serve, por exemplo, para um paciente neurótico ou depressivo não serve, de modo algum, para pacientes cuja problemática central é psicótica, ou mesmo para os antissociais.

Os distúrbios psíquicos podem ter naturezas radicalmente diferentes, como ocorre com os dois pares de distúrbios mencionados: enquanto as neuroses e as depressões denotam conflito inconsciente, relativo a material reprimido, e ocorrem em indivíduos cuja personalidade foi bem fundada, no início da vida, e que num certo momento adoeceram ao terem que lidar com a ansiedade resultante de urgências instintuais, as psicoses, assim como a tendência antissocial, são resultados do fracasso ambiental em favorecer a continuidade de ser e, portanto, a continuidade dos processos de amadurecimento nas etapas mais primitivas em que impera a dependência. Estes distúrbios apontam para falhas na estruturação da personalidade (as psicoses) ou do caráter (a tendência antissocial).

Pelo fato de haver uma diferença crucial de natureza entre os distúrbios e, portanto, entre o que se requer no tratamento de cada um deles, Winnicott enfatiza a importância essencial do diagnóstico como guia da ação terapêutica².

O fato essencial é que baseio meu trabalho no diagnóstico. Continuo a elaborar um diagnóstico na continuidade do tratamento, um diagnóstico individual e outro social, e trabalho de acordo com o mesmo diagnóstico³. Nesse sentido, faço psicanálise quando o diagnóstico é de que este indivíduo, em seu ambiente, quer psicanálise [tradicional]. Posso até tentar estabelecer uma cooperação inconsciente, ainda quando o desejo consciente pela psicanálise está ausente. Mas, em geral, a psicanálise [cujo método é a interpretação do conflito reprimido inconsciente] é para aqueles que a querem, necessitam e podem tolerá-la. (1962a/1983, p. 154)

Em outro artigo, de 1968, diz ainda Winnicott que “se nossos diagnósticos fossem melhores, nós nos pouparíamos e pouparíamos, aos nossos pacientes, muito tempo e desespero” (1968/1994, p. 182).

Existem complicações adicionais para a clínica que é regida pela teoria do amadurecimento, pois as necessidades de determinado paciente podem variar numa mesma

² Também na psicanálise dos anos 1930 e 40, a questão do diagnóstico foi essencial, mas as razões eram outras do que aquela enfatizada mais tarde por Winnicott: tratava-se, naquele momento, de distinguir os chamados casos bem escolhidos, uma vez que, para Freud e Anna Freud, a psicanálise só se aplicava às neuroses, não às psicoses. Foi Melanie Klein que, ao analisar crianças pequenas, introduziu a ideia de que a psicose poderia ser tratada pelo método psicanalítico. Da perspectiva de Winnicott, portanto, Freud e Anna Freud, por, naturalmente, pensarem e praticarem a psicanálise em sua formulação tradicional, têm razão em afirmar que a psicanálise alcança apenas as neuroses. Mas, para o psicanalista inglês, também Klein teria razão ao incluir as psicoses no tratamento psicanalítico, desde que ela tivesse feito a ressalva de que essa inclusão exige uma revisão profunda dos fundamentos teóricos e uma modificação essencial da etiologia e, por decorrência, nos métodos e na técnica.

³ Winnicott usa, aqui, o termo “social” para significar “familiar”. Corroborando esse sentido, veja-se o texto “Darão as escolas progressistas excesso de liberdade à criança” (1965b/1987), item “Classificação A”.

sessão, na medida em que este, a despeito de padecer de um aspecto doente da personalidade, tem também aspectos sadios. O analista terá que lidar com ambos, simultaneamente, atento ao fato de que, *se há um aspecto doente, este é tão doente quanto possível* e não se pode afrouxar o cuidado, pensando contar com a parte desenvolvida da personalidade. Além disso, se a análise transcorre bem e o paciente amadurece, as necessidades variarão ao longo do tratamento e o analista necessita estar preparado para reconhecer e lidar com todos os aspectos e fases do amadurecimento, desde os mais desenvolvidos aos mais primitivos.

Além de não se poder falar de uma técnica única, em Winnicott, tampouco se deve entender o trabalho analítico, tal como ele o concebe, como uma técnica. Ao formular sua concepção da tarefa terapêutica, na introdução ao livro *Consultas terapêuticas em psiquiatria infantil* (1971b/1984), Winnicott afirma que o trabalho terapêutico ali descrito dificilmente pode ser entendido como uma técnica, já que não existem dois casos iguais; o trabalho não pode sequer ser copiado porque, afirma, “o terapeuta deverá estar envolvido em cada caso como pessoa, razão pela qual não há sequer duas entrevistas que sejam semelhantes quando realizadas por dois psiquiatras” (1971b/1984, p. 17).

2. A teoria do amadurecimento como guia da ação terapêutica

A clínica winnicottiana está baseada numa teoria dos distúrbios psíquicos que, por sua vez, tem como fundamento a teoria do processo de amadurecimento pessoal do indivíduo. Esta teoria, segundo o próprio Winnicott, é a “espinha dorsal” (*backbone*) do seu trabalho teórico e clínico⁴. Ele é explícito ao traçar a íntima conexão existente entre a teoria dos distúrbios psíquicos e a teoria do amadurecimento:

Precisamos chegar a uma teoria do amadurecimento normal para podermos ser capazes de compreender as doenças e as várias imaturidades, uma vez que não nos damos por satisfeitos a menos que possamos preveni-las e curá-las. (1962b/1983, p. 65)

A teoria está baseada em algumas concepções que podem ser resumidamente apresentadas:

a) Todo indivíduo humano é dotado de uma tendência inata ao amadurecimento, ou seja, à integração numa unidade. Apesar de inata, contudo, a tendência não vai de si, como se bastasse a mera passagem do tempo. Trata-se de uma tendência e não de uma determinação.

⁴ Além de Winnicott afirmar, inúmeras vezes, ao longo da sua obra, que a teoria do amadurecimento é central no seu pensamento, ele utiliza essa expressão decisiva, “espinha dorsal” (*backbone*), no texto “A liberdade”, (1969a/1989, p. 184).

Para que a tendência venha a realizar-se, o bebê depende fundamentalmente da presença de um ambiente facilitador que forneça cuidados suficientemente bons. Isso é tanto mais verdadeiro quanto mais primitivo o estágio que consideramos.

b) O amadurecimento começa em algum momento após a concepção e, quando há saúde, não cessa até a morte.

c) Toda a obra de Winnicott está pensada em termos da sua concepção do que é saúde e do que é doença. Contrariamente à concepção da psiquiatria, e da própria psicanálise, que entendem a saúde como ausência de doença – o que parece altamente insuficiente a Winnicott – a saúde é um estado complexo, que tem suas próprias exigências e deve ser pensado em si mesmo. Por essa razão, ele assinala, em sua teoria, a existência de dificuldades que pertencem ao próprio fato de estar vivo e de amadurecer. Essa concepção de saúde atravessa todo o seu pensamento e tem implicações maiores do que pode parecer à primeira vista, a saber, que, desde o início, *a vida é difícil em si mesma* e a tarefa de viver, continuar vivo e amadurecer é uma batalha que sempre permanece.

d) Quando há saúde, o amadurecimento continua em curso e o impulso criativo é preservado. Com isso, a vida é sentida como valendo a pena ser vivida, a despeito de dificuldades e sofrimentos.

e) A doença é fundamentalmente imaturidade. A mais grave das imaturidades é não ter tido condições de se integrar num eu.

f) Não há nenhum aspecto, saudável ou doente, da existência humana, cujo sentido seja independente do momento do processo ao qual pertence ou no qual teve origem, visto que a classificação winnicottiana dos distúrbios emocionais é primariamente maturacional e apenas secundariamente sintomatológica. Por exemplo, não se pode responder à pergunta sobre o que significa a agressividade em Winnicott sem estabelecer a etapa do amadurecimento a que estamos nos referindo.

g) Por ter concebido a saúde como continuidade do amadurecimento devido à resolução satisfatória das diferentes tarefas que se sucedem, Winnicott pôde entender o distúrbio psíquico, ou mais propriamente falando, o distúrbio maturacional, como interrupção desse processo, por falta de facilitação ambiental ou como distorção. A natureza dos distúrbios varia segundo o estágio em que a dificuldade se estabeleceu. Naturalmente, isso fornece ao terapeuta um mapeamento da etiologia de cada distúrbio.

3. A teoria do amadurecimento

Em que consiste a teoria do amadurecimento? Na descrição e conceituação das diferentes tarefas, conquistas e dificuldades que são inerentes ao crescimento em cada um dos estágios da vida, desde o momento em que tem início um estado de ser, ainda na vida intrauterina, estendendo-se pela infância, adolescência, juventude, idade adulta e velhice até a morte. A ênfase da teoria recai sobre os estágios iniciais, pois é nesse período que vão sendo constituídos os alicerces da personalidade e da saúde psíquica. As tarefas que caracterizam os estágios iniciais – a integração no tempo e no espaço, a habitação da psique no corpo, o início das relações objetivas e a emergência do si-mesmo que irá se tornar unitário –, jamais se completam e continuam a ser as tarefas fundamentais de toda a vida. Essas tarefas não são de natureza instintual – como serão algumas delas um pouco mais tarde –, mas pertencem ao que se poderia chamar linha identitária, ou relacional, do amadurecimento: referem-se à necessidade de existir, de sentir-se real e de chegar a estabelecer-se como uma identidade unitária, incluída aí a capacidade de relacionar-se com o mundo e com os objetos externos, e de estabelecer relacionamentos interpessoais.

Apesar de o processo de amadurecimento não ser linear, algumas conquistas têm pré-requisitos e só podem ser alcançadas depois de outras, que são a sua condição de possibilidade. Ou seja, a resolução satisfatória das tarefas de cada estágio depende de ter havido sucesso na resolução das tarefas dos estágios anteriores. Se ocorre fracasso na resolução da tarefa de certa etapa, novas tarefas vão surgindo, mas o indivíduo, não tendo completado a aquisição anterior, carece da maturidade necessária para fazer-lhes frente. Ele pode até resolvê-las, mobilizando a mente e/ou uma integração defensiva e postiva do tipo falso si-mesmo, mas, por serem apoiadas em bases falsas, não farão parte intrínseca do seu si-mesmo como conquistas pessoais. Quando isso ocorre, o processo de amadurecimento pessoal é paralisado e um distúrbio maturacional se estabelece.

4. Critérios para uma classificação dos distúrbios maturacionais

Segundo a teoria winnicottiana dos distúrbios maturacionais, a natureza do distúrbio está relacionada com a etapa, na linha do amadurecimento, em que a dificuldade surgiu, ou seja, com o estado de imaturidade ou maturidade relativa em que o indivíduo se encontrava e com a natureza da tarefa com a qual ele (bebê ou criança) estava envolvido por ocasião do fracasso ambiental. O tipo do distúrbio tem também a ver com o tipo de falha ambiental – materna e/ou paterna –, responsável pelo padrão ambiental traumatizante. Isso nos leva à seguinte exigência

com relação ao diagnóstico: qualquer que seja o fenômeno que queiramos considerar, na doença ou na saúde, ele só poderá ser devidamente apreciado se levarmos em conta todo o processo de amadurecimento do indivíduo, desde os estágios mais primitivos, e se pudermos localizar o estágio em que o fenômeno teve origem. “Um dos problemas mais difíceis de nossa técnica psicanalítica”, diz Winnicott, “consiste em saber qual a idade emocional do paciente num dado momento da relação transferencial” (1949a/2000, p. 263). Só assim poderemos compreender a natureza do problema com o qual o indivíduo está envolvido, proceder a uma classificação do distúrbio e fornecer cuidados específicos segundo sua necessidade. É preciso “pensar sempre em termos do *indivíduo que se desenvolve* e isto significa retornar a épocas muito remotas e tentar determinar o ponto de origem” (1960a/1989, p. 64).

Em largos traços, pode-se dizer que, segundo Winnicott, as *psicoses* são distúrbios relacionados ao fracasso ambiental em facilitar as conquistas dos estágios iniciais – que começam em algum momento da vida intrauterina e vão até o estágio do EU SOU, quando o pequeno indivíduo alcança uma integração mais estável, ou seja, uma identidade unitária. Isso ocorre por volta de um ano ou um ano e meio de idade. Se o ambiente falha repetidas vezes, ao modo de um padrão estabelecido, em se adaptar às necessidades do bebê durante a etapa de dependência absoluta (ou mesmo um pouco depois, de dependência relativa), ocorrem traumas, que geram agonias impensáveis, e o processo de amadurecimento pessoal é interrompido nesse momento primitivo em que estão sendo constituídos os alicerces da personalidade. Aqui tem início uma organização defensiva primitiva, que é no que consiste o distúrbio psicótico. Naturalmente, haverá diferentes tipos de distúrbio psicótico conforme a etapa – dentro dos estágios iniciais de dependência absoluta e início da dependência relativa – em que o bebê for traumatizado pelas falhas ambientais e conforme o tipo de falha ambiental que produziu o trauma.

Após a conquista da identidade unitária (nesse marco do amadurecimento que é o estágio do EU SOU), a criança, que tem agora entre um e dois anos, terá que, nas palavras de Winnicott, começar a tornar-se preocupada pelo resultado, em si mesma e no outro, da sua impulsividade instintual, isto é, terá que se defrontar com a tarefa de integrar sua impulsividade instintual e a destrutividade que lhe pertence; o outro, nesse início de conquista, é a mãe, pois a maturidade relativa da criança a restringe à relação dual (ela só se dará conta da existência do pai, na segunda metade desse estágio).

Esta é a tarefa central do estágio do concernimento (*concern*), o qual tem longa duração: o início se dá após a conquista do EU SOU – pois somente sendo um eu é que o indivíduo pode sentir-se responsável por algo, atos ou pensamentos – e nunca se completa antes dos 5 anos.

Talvez se possa dizer que o auge se dá por volta dos 2 anos e meio. Com esta conquista, que vai lentamente se estabelecendo, a criança deixa de ser incompadecida (*ruthless*) para tornar-se compadecida (*concerned*) o que significa que ela adquire as capacidades de se responsabilizar e de sentir culpa pelos resultados da instintualidade tornada pessoal, precisando então consertar – ou, nas palavras de Winnicott, remendar (*to mend*) – os estragos ou buracos que imagina ter feito no corpo “cheio de riquezas” da mãe. Quando o ambiente favorece a conquista, o indivíduo vai se apropriando, sem muito susto, da destrutividade que pertence à sua própria natureza. Com isso, torna-se capaz, de maneira natural e saudável, de deprimir cada vez que a sua destrutividade se manifesta, pondo em risco a relação com a pessoa amada. A depressão que resulta desta problemática é chamada por Winnicott de depressão reativa, e é muito diferente (talvez não na sintomatologia, mas na etiologia e na natureza do sofrimento) das depressões de origem psicótica. É provável que as depressões reativas não sejam exatamente as que mais chegam às nossas clínicas. Diz Winnicott:

As depressões encontradas clinicamente na psiquiatria pouco têm a ver com a posição depressiva. Referem-se mais à despersonalização, ou à desesperança quanto aos relacionamentos objetivos. Ou dizem respeito à sensação de inutilidade que deriva do desenvolvimento de um falso si-mesmo. Esses fenômenos pertencem ao estágio anterior à posição depressiva no desenvolvimento individual. (1954/2000, p. 367)⁵

Se a mãe falha na sua tarefa, específica para este momento, de sobreviver aos ataques impulsivos da criança e de reconhecer e aceitar o gesto restitutivo, que permite a instauração do chamado círculo benigno – machucar e sarar –, haverá risco de *depressão patológica*, pois a criança não saberá o que fazer com a culpa relativa ao fato de ela se ver destruindo exatamente aquilo de que mais precisa e a quem ama⁶.

Nos casos favoráveis, em que também essa conquista da capacidade para o concernimento é alcançada, a criança, que já pôde sedimentar as bases de sua personalidade, passará a lidar com as ansiedades que resultam das relações com outras pessoas, percebidas

⁵ O conceito de “posição depressiva” de Melanie Klein constitui, segundo Winnicott, a maior contribuição dessa autora para a psicanálise. Mas, guardando os pontos centrais do conceito kleiniano, Winnicott o reformulou a partir de seu próprio entendimento de natureza humana e de amadurecimento e o rebatizou de estágio do concernimento (*stage of concern*). Contudo, ele muitas vezes se refere a essa conquista com a expressão “posição depressiva”, já consagrada no universo psicanalítico, sobretudo nas palestras proferidas na Sociedade Britânica, ainda que, em suas palavras, “o termo ‘posição depressiva’ é um nome ruim para um processo normal, mas ninguém até agora encontrou outro melhor. Minha própria sugestão é a de que o chamemos de ‘estágio de concernimento’.” (1954/2000, p. 358)

⁶ Os riscos envolvidos na má resolução da tarefa do estágio do concernimento são a inibição dos impulsos instintuais, que pode ser severa, ou a depressão reativa patológica, que não leva, como afirma Jan Abram na ementa do item Depressão, em seu *A linguagem de Winnicott* (Abram, 2007, p. 148), a um bloqueio do processo de amadurecimento, o que é próprio, sim, das psicoses.

como externas. Em especial, terá que enfrentar o conflito relativo às questões de lealdade e deslealdade com relação aos pais, o que a prepara para a situação triangular em que o complexo edípico pode ser efetivamente experimentado entre pessoas inteiras (*whole persons*)⁷. As ansiedades aqui mobilizadas são relativas à vida instintual – ou seja, à administração dos estados excitados, que já incluem a genitalidade, em meio às relações interpessoais –, aos afetos e às fantasias que têm lugar na realidade psíquica pessoal e desenvolvem ali toda uma novela interior.

Nessa etapa, o ambiente já não tem o mesmo tipo de importância que tinha nas etapas anteriores, mas é vital que se mantenha estável de maneira a propiciar boas condições para que a criança, despreocupada com a segurança do lar, que se mantém por si mesmo, possa defrontar e elaborar sua problemática pessoal interna e não sucumbir em uma neurose.

Uma das questões de maior relevância para a clínica winnicottiana é que, na análise de qualquer tipo de paciente, à medida que o trabalho prossegue e a confiabilidade se estabelece, nunca pode ser excluída, em princípio, a possibilidade de uma psicose aparecer ou de elementos psicóticos emergirem, pois pode acontecer, em qualquer dos casos, que se descubra a existência de um distúrbio psicótico sob todas as outras coisas (cf. 1988/1990, p. 185). Caso haja uma psicose subjacente, esta pode surgir, justamente, em virtude da confiabilidade ambiental na situação analítica, visto que o indivíduo que carrega em si a agonia impensável precisa adoecer, e adoecerá se achar um ambiente propício para ser tratado. É a isto que Winnicott chama de regressão à dependência. Para aqueles analistas que dizem não ter nenhum interesse em casos de psicose, Winnicott oferece sua experiência como resposta:

A minha experiência clínica com casos de adultos deve ser presumida como sendo a de um psicanalista que, quer lhe agrade ou não, vê-se envolvido no tratamento de pacientes fronteiros e daqueles que, talvez imprevisivelmente, tornam-se esquizoides durante o tratamento. (1967/1994, p. 151)

Por tudo isso, Winnicott é incisivo ao afirmar que a teoria psicanalítica concebida originalmente para a compreensão das neuroses é insuficiente para compreender e tratar as patologias psicóticas ou dos episódios de natureza psicótica que surgem no tratamento analítico.

⁷ Para Winnicott, o indivíduo só se torna uma pessoa inteira, uma *whole person*, quando, após integrar-se numa identidade unitária, num eu, integra também a instintualidade e a destrutividade nela contidas. Ou seja, a integração num EU ainda não basta; é preciso que ele integre as consequências do fato de estar vivo e ter apetites, e seja capaz de levar em conta o outro como pessoa. Com respeito ao Édipo, Winnicott disse: “Não posso ver nenhum valor na utilização do termo ‘Complexo de Édipo’ quando um ou mais de um dos três que formam o triângulo é um objeto parcial. No Complexo de Édipo, ao menos do meu ponto de vista, cada um dos componentes do triângulo, é uma pessoa total, não apenas para o observador, mas especialmente para a própria criança.” (1988/1990, p. 67).

Diz ainda que, não só ele mesmo, mas alguns outros psicanalistas, vêm chamando atenção “para a inaplicabilidade da assim chamada técnica psicanalítica clássica no tratamento da esquizofrenia” (1964b/1994, p. 372), referindo-se ao fato de a teoria tradicional ter utilizado, para o estudo das psicoses, os mesmos elementos conceituais que haviam sido utilizados para as neuroses, desconhecendo a diferença essencial entre esses dois tipos de distúrbio. Numa neurose pura, se é que tal formação pode ainda ser suposta, a estrutura da personalidade está intacta e o indivíduo adoece ao lidar com as dificuldades inerentes à instintualidade no quadro das relações interpessoais. Nas psicoses, o amadurecimento foi paralisado num certo momento dos estágios iniciais, em função de um padrão ambiental traumático. O bebê, por precisar sistematicamente reagir ao trauma, perde a espontaneidade, a esperança e a capacidade de descansar. Uma cisão defensiva se opera nele. O verdadeiro si-mesmo, espontâneo e criativo, fica recuado e protegido da ameaça de aniquilamento, por um falso si-mesmo que se estabelece como sendo a pessoa real; é ele que se apresenta ao mundo como um eu, sendo, contudo, uma prótese. Ou seja, é ele que leva a cabo a tarefa de integrar-se numa unidade e de relacionar-se com a realidade externa; a integração, contudo, é externa, operada de fora, por elementos tirados do ambiente, e não pessoais; a espontaneidade foi soterrada e está fora de alcance.

São esses os casos de indivíduos que, podendo ser altamente competentes em suas áreas de atuação e ter inclusive alcançado sucesso, queixam-se de uma permanente falta de sentido, e de sentirem, no fundo de si mesmos, que a vida não vale a pena. Eles se sentem uma farsa, um embuste. O fato é que, a despeito de terem adquirido a capacidade de lidar com as exigências da realidade compartilhada, suas experiências iniciais foram tão deficientes ou distorcidas que o analista provavelmente será a primeira pessoa na vida a lhes fornecer certas coisas que são simples e essenciais, a saber, a oportunidade de viverem experiências primitivas em um ambiente que, desta vez, atenderá às necessidades específicas do momento. No caso das patologias psicóticas, se se quer chegar ao problema efetivo do paciente, a regressão à dependência é necessária. Esta afirmação está baseada numa necessidade do paciente e *não* da teoria, ou do que seria uma “técnica” winnicottiana.

5. As possíveis diferentes naturezas de uma mesma sintomatologia segundo a teoria do amadurecimento

Saliento ainda uma vez que a classificação winnicottiana dos distúrbios psíquicos segue um critério maturacional, não sintomatológico: distúrbios com sintomatologias muito semelhantes podem ser de diferentes naturezas, conforme o ponto de origem do distúrbio na

linha do amadurecimento inicial e o tipo de falha ambiental que o provocou. A título de exemplo, que poderia ser qualquer outro, mencionarei diferentes fenômenos clínicos de ansiedade persecutória. Para Winnicott, os distúrbios paranoicos não configuram, em si mesmos, uma categoria nosológica, mas são sempre uma complicação – que, em geral, torna mais negativo o prognóstico – da esquizofrenia, ou da tendência antissocial, ou da depressão. Sendo de diferentes naturezas, essas perturbações de tipo paranoide exigem diferentes abordagens terapêuticas.

Quando é um aspecto da esquizofrenia, pode-se supor que a susceptibilidade à perseguição foi instalada muito cedo. De fato, é possível encontrar uma disposição paranoide em bebês muito pequenos. A primitividade do fenômeno fez com que alguns investigadores, em especial os de orientação kleiniana, atribuíssem o distúrbio ao fator constitucional. Não precisamos, contudo, da hipótese constitucional se, diante dos fenômenos precoces de ansiedade persecutória, levarmos em conta dois fatos: 1) o de o bebê ter uma pré-história – a vida intrauterina, o nascimento e o período imediatamente subsequente ao nascimento, e 2) o de a dependência do bebê ser máxima e significativa tão logo se inicia um estado de ser e ao longo dos primeiros meses de vida, *o que é de extrema importância na apreciação dos distúrbios persecutórios primitivos*. Quando se fala em cuidados suficientemente bons, está se falando da confiabilidade ambiental e isso significa, acima de tudo, ser capaz de proteger o bebê de coisas imprevisíveis, de sustos e de descontinuidades que traumatizam.

Enumero abaixo alguns dos diferentes pontos de origem da paranoia, sem pretender, é claro, esgotar o quadro:

1. Uma disposição paranoide primitiva pode derivar de uma experiência de nascimento traumática. Diferentemente de Klein, para quem a etiologia da ansiedade paranoide deriva basicamente do sadismo oral e da ambivalência, diretamente relacionados ao instinto de morte, e, portanto à constituição, para Winnicott uma disposição paranoide primitiva pode derivar de uma experiência ambiental, por exemplo, um parto traumático. Em sua perspectiva, o nascimento não é traumático em si mesmo, mas será traumático caso surjam dificuldades que o retardem ou o precipitem. Todo o processo de nascimento é, com certeza, uma descontinuidade, mas se corre bem, esta não ultrapassa o nível do que é tolerável para o bebê. Se, contudo, houver demora ou antecipação do parto, o bebê ficará exposto a uma descontinuidade mais prolongada do que a que talvez consiga tolerar (cf. 1949a/2000, p. 273). Isso imprime no bebê um “padrão de expectativa de interferência em seu ‘ser’” (1949a/2000, p. 273) e pode, portanto, gerar uma disposição paranoide.

Minha sugestão, baseada na minha experiência psicanalítica, é a de que em certos casos nos quais a história [da paranoia] remonta ao nascimento, há uma predisposição tão forte para as ideias persecutórias (bem como para um padrão organizado para a perseguição), que nesses casos a paranoia provavelmente não deriva do sadismo oral. Em outras palavras, a meu ver existem certos casos de paranoia latente nos quais a análise da paranoia em termos de recuperação do sadismo oral em sua extensão total não acarreta a resolução completa, pois existe a necessidade adicional de uma revivência da experiência traumática do nascimento no interior do *setting* analítico. (1949a/2000, p. 273)

2. Outra origem para a disposição paranoide precoce, talvez a mais frequente, deriva de um padrão de impossibilidade ou dificuldade da mãe para o contato pessoal com seu bebê, e/ou de um padrão de imprevisibilidade ambiental após o nascimento deste, pelo fato de a mãe, muitas vezes por sua própria psicopatologia, não ser capaz de lhe oferecer um sentido continuado de proteção. As invasões ambientais geram reações imediatas no bebê, reações que são traumáticas, pois interrompem a continuidade de ser, numa etapa muito inicial da vida.

A perturbação que força o bebê a reagir retira-o de um estado de “ser”. Este estado de “ser” só pode ser obtido sob certas condições. *Enquanto está reagindo, um bebê não está “sendo”*. (1949a/2000, p. 267)

Em outro texto, Winnicott corrobora esse mesmo ponto:

A alternativa a ser é reagir, e reagir interrompe o ser e o aniquila. Ser e aniquilamento são as duas alternativas. O ambiente tem por isso como principal função a redução ao mínimo de intrusões a que o lactente deva reagir com o consequente aniquilamento do ser pessoal. (1960b/1983, p. 47)

Nesses casos, o bebê, ao invés de simplesmente continuar sendo, relaxado e sem tensão, é tomado por um estado de alerta que o impede de descansar. O que acontece, então, é uma interrupção da continuidade de ser. Se esse estado se torna um padrão, há uma paralisação do processo de amadurecimento: uma cisão se estabelece, como parte central de um sistema defensivo primitivo, visando prevenir a invasão tornada potencial. É esse o estado de coisas que caracteriza, segundo Winnicott, as patologias esquizofrênicas. “A palavra doença”, diz ele, “torna-se apropriada quando *o sentido de segurança não chegou à vida da criança a tempo de ser incorporado às suas crenças*” (1946/1987, p. 122; os itálicos são meus).

3. Uma diferente fonte de paranoia, também primitiva, deriva da falta de pronto atendimento às tensões instintuais, do desconforto ao qual o bebê fica à mercê, sem amparo. Explicando melhor: antes de a psique alojar-se no corpo, as tensões instintuais são tão intrusivas quanto qualquer intrusão que venha do ambiente – “os instintos podem ser tão externos como

o troar de um trovão” (1960/1983, p. 129) – e, para que essas tensões não interrompam a continuidade de ser, o bebê precisa da facilitação ativa por parte da mãe na boa resolução da excitação surgida.

Deve-se lembrar que, para que ocorram invasões, o ambiente não precisa ser ativamente invasivo: já será invasivo por não ser facilitador. Quando a mãe atende prontamente à urgência instintual, o que ela evita não chega a ser já uma frustração, mas sim a *interrupção da continuidade de ser*, pois, diz Winnicott, “as demandas instintivas podem ser ferozes e assustadoras e, a princípio, podem aparecer à criança como ameaças à sua existência” (1949b/1971, p. 90). E ainda, se, ao atender à exigência instintual, a mãe for também capaz de fornecer apoio de ego e propiciar experiências globais, que incluem mutualidade e comunicação, todo o percurso deslanchado pela tensão instintual torna-se uma experiência que fortalece o ego e favorece a coesão psicossomática da criança. Sem esse apoio, porém, as tensões instintuais, mesmo que satisfeitas, ao invés de serem gradualmente integradas e pessoalizadas, permanecem externas; com o tempo, elas se tornam “perseguidoras” – pois “ter fome é como estar possuído por lobos” (1949b/1971, p. 90) –, chegando a estabelecer uma disposição paranoide, que pode tomar a forma de hipocondria, por exemplo, devido à permanente ameaça de despersonalização.

4. Outra origem muito primitiva da paranoia pode ocorrer quando o impulso criativo do bebê – seu gesto espontâneo – é inibido, juntamente com a motilidade que o acompanha. Há mães que se dispõem a dar de mamar para seus filhos, mas não apreciam toda a movimentação, voracidade e vivacidade própria dos estados excitados, e os coíbem. Com isso, o impulso – que é pessoal e criativo, pois parte do bebê e de sua excitação – é inibido e o bebê passa a movimentar-se não a partir do impulso, mas apenas quando reage à invasão. Pode-se assim estabelecer, no indivíduo, um padrão de reatividade em que toda a espontaneidade fica soterrada; o buscar algo (*reaching out*) fica retido e não há mais impulsividade pessoal. O bebê continua a viver, dirá Winnicott, “porque foi atraído pela experiência erótica, mas, além da vida erótica, que nunca é sentida como real, há uma vida puramente reativa e agressiva, dependente da experiência de oposição” (1950/2000, p. 303). Essa situação desfavorável está na origem de uma das formas de paranoia: o indivíduo procura sempre a invasão e, mais tarde, a perseguição, que irá deflagrar o movimento, pois só vivencia alguma experiência ao reagir a ela. Para sentir-se vivo, ele passa a necessitar de uma perseguição contínua⁸.

⁸ Para aprofundar este ponto, veja os itens II e III do texto de Winnicott (1950/2000), “A agressividade em relação ao desenvolvimento emocional”, capítulo XVI de *Da pediatria à psicanálise*.

5. Uma origem um pouco mais tardia da ansiedade paranoica, mas ainda dentro dos estágios iniciais, localiza-se no momento em que, após o período de adaptação absoluta, começa a ocorrer a desadaptação da mãe. Existem casos em que a confiabilidade ambiental, que havia se estabelecido no período de dependência absoluta, falha exatamente no momento em que se inicia a separação da unidade mãe-bebê, e começa a se abrir o primeiro espaço entre eles, o espaço potencial, a ser preenchido de início pelos objetos transicionais. É nesse ponto, dirá Winnicott, que ocorre

[...] um perigo alternativo, o de que esse espaço potencial possa ser preenchido com o que nele é injetado a partir de outrem que não o bebê. Parece que tudo o que provenha de outrem, nesse espaço, constitui material persecutório, sem que o bebê disponha de meios para rejeitá-lo. (1966/1975, p. 141)

Talvez seja esse mesmo tipo de falha ambiental, aliado a uma exploração precoce das funções mentais, o que está na origem de uma categoria extremamente incômoda de paranoia, que só aparece em etapas mais tardias, e que pode afetar pessoas que chegam a ocupar posições de autoridade ou responsabilidade. Trata-se de indivíduos cujo impulso criativo foi inibido, pois é evidente a sua falta de contato com a experiência sempre mutável da vida, quando ela é viva. É bastante provável, igualmente, que essas pessoas não vivenciaram no início da vida a tão necessária experiência de onipotência, durante a qual o mundo – subjetivo, é claro – esteve sob seu controle; por exemplo, o seio aparece quando surge a fome e desaparece quando a fome cessa. Por lhes faltar o sentimento de poderem criar e transformar o mundo, essas pessoas vivem, defensivamente, *dominadas por um sistema de pensamento* e suas vidas são rigidamente estruturadas em torno desse sistema; elas mantêm uma convicção absoluta, que jamais pode ser posta em dúvida, de que só é possível viver dentro de um certo sistema em que separam, rigidamente, o bem do mal. Isto promove, evidentemente, o sentimento de ter tudo sob controle. Dúvidas, de maneira geral, estão excluídas do sistema, pois geram inquietação e movimento, o que aproxima o indivíduo, perigosamente, da vida, diferentemente dos princípios que, ao contrário, como diz Winnicott, “são coisas mortas” (1969b/2005, p. 228). Além disso, nesse tipo de paranoia, o indivíduo, juntamente com os que o cercam, são os únicos eleitos para estarem sempre do lado da verdade: “O sistema deve ser constantemente posto em prática para explicar algum fato, sendo a alternativa (para o indivíduo que tem essa enfermidade) uma grave confusão de ideias, uma sensação de caos e de perda de qualquer previsibilidade” (1971c/1971, p. 189).

6. Outro tipo de disposição paranoide, inteiramente distinto dos anteriores, é o que provém do temporário sentimento de perseguição, que pertence ao amadurecimento normal, relativo à aquisição do estatuto da identidade unitária. A aquisição do estatuto do EU SOU é sentida, pela criança, como uma ousadia, pois a separação do eu, como identidade unitária, implica o repúdio de tudo o que é não-eu e o indivíduo recém-integrado passa a aguardar a perseguição retaliatória da realidade externa repudiada. Trata-se, assinala Winnicott, de uma passagem difícil, na qual a criança se sente “infinitamente vulnerável”; se ela não for devidamente protegida pelo ambiente, nesse momento, a suscetibilidade à perseguição, que em princípio é passageira, pode se instalar como uma característica paranoide da personalidade.

7. Há também um tipo de paranoia que tem na origem uma privação e que, portanto, está articulada com a tendência antissocial. Winnicott utiliza o termo “deprivação” para referir-se ao que resulta de falhas ambientais posteriores à conquista do EU SOU, que são já percebidas pela criança como falhas. O indivíduo “deprivado” é aquele que teve um bom começo, formou uma crença na confiabilidade ambiental, teve o sentimento de “poder contar com...”, quando, de forma súbita, perde esse algo com o qual contava. Isso lhe dá uma espécie de crédito que o faz pedir constantemente por ressarcimento. Ou o leva a um tipo de paranoia em que não pode confiar que algo bom perdure. Uma paciente de Winnicott, Sarah, de 16 anos, era uma adolescente sofrida, que sistematicamente destruía seus bons relacionamentos. Tinha sonhos de estar sendo perseguida e, algumas vezes, mesmo na vigília, sentia que poderia ser apunhalada pelas costas. No decorrer de uma entrevista terapêutica, Winnicott reconstruiu, com auxílio do *squiggle game*, a desilusão que ela sofrera, por volta de 1 ano e nove meses, quando sua mãe, grávida de seis meses de seu irmão, não pudera mais carregá-la e se transformara, de particularmente boa em uma mãe não boa. Era esse o padrão de sua paranoia: se encontrasse algo muito bom, esse muito bom sempre iria em algum momento se transformar e ela, portanto, o perderia. Para não sentir a perda, ela de antemão o odiava e o destruía.

8. Outra origem da paranoia, que pertence à linha instintual do amadurecimento, é a que está associada à ansiedade diante do aspecto destrutivo inerente à impulsividade instintual. Trata-se de uma paranoia de origem mais tardia – de outra natureza, portanto – pois a criança, que agora tem um eu, começa a sentir-se preocupada e responsável pelos resultados de sua impulsividade. Aqui, é necessário considerar várias modalidades. Em uma delas, toda a linha da agressividade, desde as raízes, foi prejudicada; isso ocorre, por exemplo, nos casos em que a mãe não tolera os estados excitados do bebê e, portanto, os impulsos deste acabam sendo inibidos. Não podendo exercer a impulsividade primitiva voraz, de maneira inoprimida, ele não tem como lidar com a tarefa que pertence ao estágio do concernimento, a saber, integrar,

amadurecendo, a destrutividade inerente à vida instintual primitiva. Com isso, os próprios impulsos são sentidos como invasivos ou persecutórios, acarretando, talvez, novamente, um estado de hipocondria, que é a forma da paranoia quando a perseguição vem de dentro; ela se manifesta pelo temor constante de que alguma fagulha da agressividade possa escapar ao controle e ganhar terreno.

Uma segunda forma desse mesmo tipo de paranoia, relacionado à impulsividade instintual, aponta para a existência já estabelecida de perseguidores internos – os chamados objetos maus, isto é, que foram incorporados durante experiências insatisfatórias ou persecutórias; se é esse o caso, o indivíduo provoca o mundo externo para que o persiga, de modo a obter alívio da perseguição interna, evitando assim expor-se muito à loucura do delírio. Há uma terceira modalidade, talvez a mais pesquisada pela psicanálise tradicional, e que também foi considerada por Winnicott com relação à conquista da capacidade para o concernimento: trata-se daquela em que o indivíduo é incapaz de chegar a um acordo com sua destrutividade pessoal, talvez por não ter tido o tipo de mãe que favorece a entrada no círculo benigno. Nesses casos, ele projeta para fora, no mundo e nos outros, de maneira sistemática e maciça, os impulsos destrutivos que, naturalmente, acabam por retornar sob a forma de perseguidores.

6. Para finalizar

O que expus foi uma tentativa de apresentar uma amostra da riqueza diagnóstica contida na teoria do amadurecimento pessoal, quando utilizada como guia para o entendimento dos fenômenos da saúde assim como dos distúrbios psíquico-maturacionais. À luz da teoria do amadurecimento, cada distúrbio poderá ser visto sob esse largo espectro, o que exige, por parte do analista, um exame atento da história emocional e relacional do paciente desde as fases mais primitivas para discernir qual foi o ponto de origem da dificuldade num caso particular. Sem esse background teórico, não é possível atinar com a natureza específica do distúrbio.

Pelo exercício que desdobrei acima, acerca das paranoias, creio ter deixado claro que a tarefa terapêutica deve variar segundo a raiz específica da paranoia que se apresenta. Tendo em vista que as cinco primeiras modalidades de paranoia mencionadas remetem aos estágios primitivos, anteriores à integração do si-mesmo numa identidade unitária, o trabalho clínico deverá ser de puro manejo – adaptado, naturalmente ao tipo de necessidade do paciente – de modo a facilitar a regressão à dependência que se fizer necessária; a primeira dessas modalidades, por exemplo, irá requerer, adicionalmente, “uma revivência da experiência

traumática do nascimento no interior do *setting* analítico” (1949a/2000, p. 273). Com respeito à sexta modalidade, que é uma decorrência natural da conquista do EU SOU, o terapeuta deverá, por curto espaço de tempo, “colocar-se entre o mundo externo repudiado e o indivíduo recém-integrado” (1988/1990, p. 141), pois com essa proteção “o padrão paranoide não se tornará necessariamente organizado e o indivíduo terá chance de desenvolver um impulso instintual verdadeiro” (1988/1990, p. 141). Na sétima modalidade, que tem na origem uma deprivação, trata-se já de interpretação – sobre o fundo de manejo, é claro –, não no sentido tradicional, mas em um dos sentidos especificamente winnicottianos, a saber, tal como escrevi em outro estudo, o de

[...] tecer os nexos entre as dificuldades, impedimentos, inconsistências e pavores atuais, que aprisionam e atormentam o paciente e as de seu ambiente inicial, a apresentação talvez deficiente do mundo que lhe foi propiciada na tenra infância e que, provavelmente, não apenas impediu que conquistas básicas fossem feitas como deflagrou e instituiu padrões defensivos de se relacionar com o mundo e os outros. (Dias, 2023, p. 95)⁹

No oitavo item, que diz respeito a um ponto de origem mais tardio da paranoia no amadurecimento, envolvendo já aquisições maturacionais relativas ao concernimento e aos mecanismos mentais de projeção e introjeção, cabe agora a interpretação de voracidade primitiva (no sentido de que talvez não tenha sido bem integrada por ocasião da conquista da capacidade para o concernimento) e de dificuldade com a conquista da ambivalência. Pode também caber aqui o tipo de interpretação em que o analista esclarece o paciente sobre seu estado atual em termos de amadurecimento, não de modo teórico, mas com frases que apontem, por exemplo, para conquistas que ficaram inacabadas. “Parece que você nunca pôde experimentar isso até o fim, não é? Talvez vá precisar dessa experiência.” Conforme o ponto de origem da dificuldade, assim se posiciona e trabalha o terapeuta. Winnicott é bastante convicto do valor que essa teoria tem para o exercício da clínica:

Gradualmente foi sendo construída uma teoria extremamente complexa do desenvolvimento emocional do ser humano, de modo que apesar de toda a nossa terrível e ao mesmo tempo fascinante ignorância, atualmente contamos com hipóteses de trabalho muito úteis, hipóteses, é bom que se diga, que realmente funcionam. Existe atualmente uma quantidade de material suficiente para que seja possível tentar formular ideias sobre os bebês, ideias que sejam importantes tanto para o psiquiatra quanto para o médico de crianças, e eu gostaria de ser uma das pessoas a tentar fazê-lo. (1948/2000, p. 233)

⁹ Em *Interpretação e manejo na clínica winnicottiana* (Dias, 2023), explicitarei os vários sentidos da interpretação na perspectiva de Winnicott.

Formulada à luz da teoria do amadurecimento, a psicopatologia winnicottiana traz uma contribuição fundamental para a clínica psicanalítica, orientando o diagnóstico e dando um norte para o terapeuta, que precisa estar ciente da idade emocional em que o paciente se encontra, num dado momento do processo analítico, seja para dar-se conta da imaturidade ali exposta, seja para acompanhar o paciente nas diferentes etapas do seu amadurecimento, incluindo fases seja de grande dependência, seja de crescente independência. Esse horizonte favorece em especial o tratamento dos casos chamados difíceis, que não podiam ser abrangidos pela psicanálise tradicional.

Mas isso não é tudo; também é possível, a partir dessa teoria, repensar procedimentos terapêuticos em vários outros campos da saúde – a pediatria, a psiquiatria infantil, a fonoaudiologia, a enfermagem, a terapia ocupacional, – assim como nortear o que compete à assistência social e à educação em termos de cuidados que favorecem o amadurecimento. Tudo isso representa, ainda, uma contribuição preciosa a todos os que se envolvem em políticas de prevenção.

Sem esse horizonte, diz Winnicott, ficamos empacados em nosso trabalho. Não há dúvida de que é também esse o sentido da afirmação de Winnicott: “A única companhia que tenho, ao explorar o território desconhecido de um novo caso, é a teoria que levo comigo e que se tem tornado parte de mim, e em relação à qual não tenho sequer que pensar de maneira deliberada” (1971b/1984, p. 14).

Referências

- Abram, J. (2007). *The language of Winnicott. A dictionary of Winnicott's use of words*. Londres: Karnac.
- Dias, E. O. (2023). *Interpretação e manejo na clínica winnicottiana*. São Paulo, DWWeditorial.
- Winnicott, D. W. (1946). Alguns aspectos psicológicos da delinquência juvenil. In D. Winnicott, *Privação e delinquência* (pp. 119-126). São Paulo: Martins Fontes, 1987.
- Winnicott, D. W. (1948). Pediatria e psiquiatria. In D. Winnicott, *Da pediatria à psicanálise: Obras escolhidas* (pp. 233-253). Rio de Janeiro: Imago, 2000.
- Winnicott, D. W. (1949a). Memórias do nascimento, trauma do nascimento e ansiedade. In D. Winnicott, *Da pediatria à psicanálise: Obras escolhidas* (pp. 254-276). Rio de Janeiro: Imago, 2000.

- Winnicott, D. W. (1949b). O desmame. In D. Winnicott, *A criança e seu mundo* (pp. 89-94). Rio de Janeiro: Zahar, 1971.
- Winnicott, D. W. (1950). A agressividade em relação ao desenvolvimento emocional. In D. Winnicott, *Da pediatria à psicanálise: Obras escolhidas* (pp. 288-304). Rio de Janeiro: Imago, 2000.
- Winnicott, D. W. (1954). A posição depressiva no desenvolvimento emocional normal. In D. W. Winnicott, *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas* (pp. 355-373). Rio de Janeiro: Imago, 2000.
- Winnicott, D. W. (1958). *Da pediatria à psicanálise: Obras escolhidas* (Traduzido por Davy Bogomoletz). Rio de Janeiro: Imago, 2000. (Título original: *Collected Papers: Through Paediatrics to Psycho-analysis*)
- Winnicott, D. W. (1960a). Agressão, culpa e reparação. In D. Winnicott, *Tudo começa em casa* (pp. 63-70). São Paulo: Martins Fontes, 1989.
- Winnicott, D. W. (1960b). Teoria do relacionamento paterno-infantil. In D. Winnicott, *O ambiente e os processos de maturação* (pp. 38-54). Porto Alegre: Artes Médicas, 1983.
- Winnicott, D. W. (1962a). Os objetivos do tratamento psicanalítico. In D. Winnicott, *O ambiente e os processos de maturação* (pp. 152-155). Porto Alegre: Artes Médicas, 1983.
- Winnicott, D. W. (1962b). Provisão para a criança na saúde e na crise. In D. Winnicott, *O ambiente e os processos de maturação* (pp. 62-69). Porto Alegre: Artes Médicas, 1983.
- Winnicott, D. W. (1964a). *A criança e o seu mundo* (Traduzido por Álvaro Cabral). Rio de Janeiro: Zahar, 1971. (Título original: *The Child, the Family and the Outside World*)
- Winnicott, D. W. (1964b). Resenha de *Memories, Dreams, Reflections* (C. J. Jung). In D. Winnicott, *Explorações psicanalíticas* (pp. 365-372). Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.
- Winnicott, D. W. (1965a). *O ambiente e os processos de maturação* (Traduzido por Irineo Constantino Schuch Ortiz). Porto Alegre: Artes Médicas, 1983. (Título original: *The Maturation Processes and the Facilitating Environment*)
- Winnicott, D. W. (1965b). Darão as escolas progressistas excesso de liberdade à criança? In D. Winnicott, *Privação e delinquência* (pp. 237-242). São Paulo: Martins Fontes, 1987.
- Winnicott, D. W. (1966). A localização da experiência cultural. In D. Winnicott, *O brincar e a realidade* (pp. 133-144). Rio de Janeiro: Imago, 1975.

- Winnicott, D. W. (1967). O conceito de regressão clínica comparado com o de organização defensiva. In D. Winnicott, *Explorações psicanalíticas* (pp. 151-156). Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.
- Winnicott, D. W. (1968). O uso da palavra “uso”. In D. Winnicott, *Explorações psicanalíticas* (pp. 191-183). Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.
- Winnicott, D. W. (1969a). A liberdade. In D. Winnicott, *Tudo começa em casa* (pp. 181-188). São Paulo: Martins Fontes, 1989.
- Winnicott, D. W. (1969b). Carta 122 - Para M. B. Conran, 8 de maio. In D. Winnicott, *O gesto espontâneo* (pp. 224-229). São Paulo: Martins Fontes, 2005.
- Winnicott, D. W. (1971a). *O brincar e a realidade* (Traduzido por José Octávio de Aguiar Abreu & Vanede Nobre). Rio de Janeiro: Imago, 1975. (Título original: Playing and Reality)
- Winnicott, D. W. (1971b). *Consultas terapêuticas em psiquiatria infantil* (Traduzido por Joseti Marques Xisto Cunha). Rio de Janeiro: Imago, 1984. (Título original: Therapeutic Consultations in Child Psychiatry)
- Winnicott, D. W. (1971c). Conceitos contemporâneos de desenvolvimento adolescente e suas implicações para a educação superior. In D. Winnicott, *O brincar e a realidade* (pp. 187-202). Rio de Janeiro: Imago, 1975. Também In D. Winnicott, *Tudo começa em casa* (pp. 145-163). São Paulo: Martins Fontes, 1999, com o título, A imaturidade do adolescente.
- Winnicott, D. W. (1984). *Privação e delinquência* (Traduzido por Álvaro Cabral). São Paulo: Martins Fontes, 1987. (Título original: Deprivation and Delinquency)
- Winnicott, D. W. (1986). *Tudo começa em casa* (Traduzido por Paulo Sandler). São Paulo: Martins Fontes, 1989. (Título original: Home is Where We Start From)
- Winnicott, D. W. (1988). *Natureza humana* (Traduzido por Davy Litman Bogomoletz). Rio de Janeiro: Imago, 1990. (Título original: Human Nature)
- Winnicott, D. W. (1989). *Explorações Psicanalíticas* (Traduzido por José Octávio de Aguiar Abreu). Porto Alegre: Artes Médicas, 1994. (Título original: Psycho-Analytic Explorations)