A capacidade de estar só na velhice: uma clínica do holding

Flávia Maria de Paula Soares

IBPW/IWA

Resumo: Este artigo trata da capacidade de estar só na velhice a partir da perspectiva dessa fase ser um tempo de amadurecimento pessoal no qual a principal tarefa do amadurecimento é integrar a *de-integração* do *self* em direção à morte. A hipótese aqui levantada é que na velhice há um retorno da condição de dependência absoluta ou relativa e uma fragilização da capacidade de estar só que exige a presença do cuidador-terapeuta, na realidade, tal como uma mãe suficientemente boa, para a realização do *holding* para manter a consistência de um *setting* terapêutico como um ambiente facilitador do amadurecimento. Para sustentar esse *setting* terapêutico o analista precisa ter desenvolvido em si a capacidade de identificação cruzada. A tarefa de integrar a *de-integração* do *self* ocorre por um processo de reconstrução da história no nível verbal e através da regressão à dependência saudável pode se ter acesso às experiências pré-verbais do paciente idoso.

Abstract: This article deals with the ability to be alone in old age from the perspective of this phase being a time of personal maturation in which the main task of maturation is to integrate the de-integration of the self towards death. The hypothesis raised here is that in old age there is a return of the condition of absolute or relative dependence and a weakening of the capacity to be alone that requires the presence of the caregiver-therapist, in fact, such as a mother good enough, to perform the holding to maintain the consistency of a therapeutic setting as an environment that facilitates maturation. To sustain this therapeutic setting, the analyst needs to have developed in himself the capacity for cross-identification. The task of integrating the de-integration of the self occurs through a process of reconstruction of history at the verbal level and through regression to healthy dependence can have access to the pre-verbal experiences of the elderly patient.

1. Introdução

A proposição inicial desse trabalho é que há amadurecimento pessoal na velhice e esse consiste na integração da *de-integração*¹ do *self* em direção à morte como sinal de saúde (1988/1990). Winnicott ensina que “[...] mais cedo ou mais tarde, começa o processo de crescer para menor, e isso é doloroso no princípio, até nos habituarmos” (1970c/2012, p. 250).

Para cada etapa da vida existem exigências e para cada exigência existe a necessidade da realização das tarefas básicas. Essas tarefas se tornam mais complexas no decorrer da vida e confluem para a integração do *self* em uma unidade. É assim durante quase todas as etapas do amadurecimento. Entretanto, no final da vida as tarefas do amadurecimento pessoal adquirem outra configuração: na velhice, a primeira tarefa é integrar na psique o declínio físico, pois o final da vida implica a desaceleração das funções corporais e a elaboração imaginativa das funções corpóreas em razão do declínio biológico real. (que inauguram a entrada na velhice) isto é, a degeneração física – anatômica, fisiológica e da fisionomia – e a dependência vão passar a integrar o *self*. Diante disso, a velhice vai fazer parte da personalização psicossomática. A segunda tarefa, desencadeada pela primeira, consiste na constatação da limitação do tempo, da finitude e a recriação da história no espaço potencial compartilhado com o cuidador-terapeuta.

É preciso se esclarecer que, se até então, a integração do *self* promovia a continuidade do sentimento de ser e de existir. Na medida em que o indivíduo envelhece, e em razão da proximidade real da morte como perspectiva de futuro, ele passa a ter a necessidade de integrar a *de-integração* do *self*. Trata-se de, nesse processo, de integrar a morte – o não-estar-vivo – como parte da vida, constituindo uma identidade final e poder morrer. Nesse sentido, o velho, como o indivíduo que está na fase da velhice, precisa realizar um movimento circular em direção às origens, por meio da regressão à dependência (saudável) e reencontrar a solidão fundamental e a experiência de não-existir. É o que Winnicott denominou de “segunda morte”.

Esse processo de amadurecimento específico de integrar a *de-integração*, por ser posterior e baseado na integração anterior – durante a vida deste indivíduo –, possui as características de saúde. Em resumo, a integração é a da *de-integração* em direção à morte com o repertório, os recursos da maturidade em seu auge, para o indivíduo poder revisar a sua vida e poder voltar, regredir de modo saudável ao início, e poder estar pronto para morrer. A vida

¹ Optei por utilizar a escrita pelo formato de *de-integração* quando for o caso de integrar o fim da vida, quando a continuidade de ser vai se desfazer de modo saudável, próprio da velhice. O termo desintegração, em geral, na teoria winnicottiana, é reservado para uma condição patológica decorrente de intrusão ambiental, caos, despersonalização indicativos de psicoses (Winnicott, 1990).

então muda de direção: a integração – como desenvolvimento maduro – é da *de-integração* que faz parte do ciclo da vida.

O termo *de-integração* está sendo proposto nesse contexto como um conceito teórico sobre a experiência do envelhecer. O conceito *de-integração* será utilizado para definir a última tarefa do amadurecimento pessoal como uma conquista final – talvez a mais difícil de todas – de poder “sacrificar” a continuidade do *self* e poder morrer. O amadurecer na velhice, de que trata Winnicott, é o tempo de conquista da “capacidade para morrer”. E quais são as condições ambientais facilitadoras dessa difícil tarefa do amadurecimento pessoal? Quais são as condições ambientais para que o velho possa integrar a *de-integração* do *self*?

Durante o processo de envelhecimento e a aproximação da morte, como realidade, ocorre progressivamente um afastamento do mundo social e o recolhimento para casa, de volta para os “braços da mãe”. Diante da morte e do retorno às origens da solidão, do ponto de vista do ambiente, o velho torna-se novamente dependente dos cuidados ambientais – *holding* e *handling*, tal como realizado pela mãe suficientemente boa, no início da vida, para poder morrer. Diante da constatação da proximidade da morte, o indivíduo volta à condição de dependência em relação ao ambiente, e este precisa se tornar novamente pessoal, como foi no início da vida para sustentar o percurso de amadurecimento do velho. Para compreender a especificidade dos cuidados ambientais em relação à clínica com os velhos proponho que a capacidade de estar só conquistada no início da vida se fragiliza quando o indivíduo atinge a fase da velhice.

2. A capacidade de estar só, na presença do outro

A capacidade de estar só na presença do outro se constitui nas primeiras fases da formação do eu separado do não-eu, que irá formar o *self* como base da identidade pessoal e diferenciação da realidade interna e externa. Descrita por Winnicott (1957/1983) como uma capacidade sofisticada e sinal de amadurecimento, ela remete tanto à individuação – e, portanto, à integração do *self* como unidade – como também inclui a percepção da separação da mãe e a elaboração dessa separação.

Segundo Winnicott (1957/1983), na infância, a conquista da capacidade de estar só, na presença de alguém, refere-se à internalização do outro, de início, a mãe, como objeto bom no psiquismo da criança. Quando ocorre essa internalização da mãe como *imago*, a criança atinge a capacidade de estar só na presença do outro. Conforme Winnicott, “[...]A capacidade de ficar só depende da existência de um objeto bom na realidade psíquica do indivíduo” (1957/1983, p.

34). Essa capacidade é uma conquista e “é sinônimo de maturidade emocional” (1957/1983, p. 33). Mas é preciso esclarecer: a que Winnicott se refere quando propõe a expressão “na presença do outro”? De início, a presença do outro é a presença real da mãe que, em função da imaturidade do bebê, conta com a compensação do apoio do ego auxiliar materno. Esse apoio, posteriormente, é internalizado como objeto bom.² À medida que a mãe é internalizada, o indivíduo “se torna capaz de ficar só sem o apoio frequente da mãe ou de um símbolo da mãe” (1957/1983, p. 34), a criança pode prescindir da presença materna, pois a referência de si mesmo foi estabelecida em seu interior. A experiência de estar só não se refere ao isolamento ou reclusão real em relação ao outro. Diferentemente de estar só e de uma suposta forma de autossuficiência pessoal, a capacidade de estar só na presença do outro o inclui no seu interior.

Como condição para que todo esse processo e essa capacidade se desenvolvam, é necessário que o ambiente – pessoal – seja suficientemente bom, isto é, que seja confiável, previsível e estável. Segundo Winnicott, a “[...] maturidade e capacidade de estar só significam que o indivíduo teve oportunidade através da maternidade suficientemente boa de construir uma crença num ambiente benigno” (1957/1983, p. 34). De agora em diante, torna-se possível prescindir da efetiva benevolência do meio ambiente, tendo o objeto bom sido introjetado e disponível mesmo nas adversidades. Quando a capacidade de estar só se estabelece, ela propicia que o indivíduo possa ter uma referência em si mesmo, pois adquire confiança (que recebeu de sua mãe) sem que precise recorrer sempre a ela ou ao símbolo materno, ou seja, sem depender da presença real de outra pessoa.³ Conforme Winnicott explica:

A relação do indivíduo com este objeto interno, junto com a confiança com relação às relações internas, lhe dá autossuficiência para viver, de modo que ele ou ela fique temporariamente capaz de descansar contente mesmo na ausência de objetos e estímulos externos. (1957/1983, p. 34)

A capacidade de estar só permanece como capacidade em constante manutenção e em progressiva sofisticação no decorrer da vida, mas isso não significa que o indivíduo se desliga do outro. O que muda é que os modos de identificações com o outro e a sociedade se transformam: da mãe-ambiente como pessoal até a identificação à sociedade que se torna mais “pulverizada”, mas não menos eficaz.

² A noção de objeto bom vem da psicanálise kleiniana, da posição depressiva (1957/1983, p. 34).

³ A minha hipótese é a de que, na velhice, a capacidade de estar só se fragiliza, pois, a mãe, como objeto bom internalizado, precisa se efetivar na relação real com a pessoa que assume os cuidados, tal como a mãe suficientemente boa.

Obviamente, à medida que a criança se desenvolve, o processo de maturação se sofisticava e as identificações se multiplicam; e a criança se torna então, cada vez menos dependente de receber o reflexo do *self* do rosto da mãe, do pai e de outras pessoas com quem tenha relacionamento parental ou fraternal. (1966b/1975, p. 135)

3. A capacidade de estar só, na velhice

A minha hipótese é a de que, na velhice, a capacidade de estar só se fragiliza, pois, diante do empobrecimento social – de volta para casa – e a proximidade da morte, o objeto bom internalizado precisa se efetivar na relação real com a pessoa que assume os cuidados para com o velho, tal como uma mãe suficientemente boa. Excluindo-se os velhos que sofrem de doenças neurológicas (neurodegenerativas, demenciais etc.) que afetam o cérebro como aparato básico da psique, a clínica mais tarde na vida demonstra a possibilidade de desenvolvimento pessoal e emocional, sob determinadas condições, a saber, a prévia integração do *self* como unidade em cada fase do amadurecimento pessoal e a existência, na velhice, de um ambiente suficientemente bom (o terapeuta em sua personalidade).

Mas o que promove a passagem da relação com o ambiente abstrato para a necessidade da relação de mutualidade íntima, com alguém de carne e osso e psique, na velhice? Ao se deparar com a morte como perspectiva real, o velho tem ativada em si a tendência inata pessoal ao amadurecimento. A tendência a integrar a *de-integração*, o fim, coloca o velho na posição de dependência anteriormente vivida na relação com a mãe, pois, ainda que parte dele se mantenha adulto (velho), a outra é identificada ao bebê que ele foi.

Na velhice, a capacidade de estar só como conquista árdua constantemente refeita durante a vida, não se mostra suficiente para sustentar a tarefa de retorno às origens ao lembrar a história e aceitar a morte. A dependência do final da vida é característica da natureza humana, mas ela contém os recursos adquiridos durante o processo de encaminhamento para a independência relativa e interdependência em relação ao ambiente, ainda que fragilizados na velhice. No retorno à dependência, o cuidador-terapeuta precisa restituir a representação psíquica do objeto bom, que era internalizado e consistente. É preciso a retomada de um ego auxiliar do cuidador-terapeuta, na realidade externa, como apoio para que seja possível ao velho regredir à experiência da solidão fundamental própria do ser humano.

[...] a representação mental do mundo interno permanece relevante – ou *imago* do mundo interno é mantida viva – por meio do reforço dado pela presença da mãe [cuidador] externa, separada e concreta, assim como de sua técnica de cuidado infantil. (1966b/1975, p. 135)

O cuidador-terapeuta suficientemente bom deverá se adaptar às necessidades do velho, tal como a mãe se adaptou às necessidades do bebê. Se o velho está em dependência das condições ambientais, a qualidade da adaptação do cuidador às necessidades do indivíduo lhe são correspondentes. Uma questão sobre a problemática do ambiente estável e previsível na velhice é explicada por Winnicott (1967/1975, p. 159) pela temporalidade da alternância presença e ausência do cuidador como símbolo da união e tolerância ao afastamento. Se o tempo de ausência do cuidador dura mais do que o tolerável para o velho, a *imago* corre o risco de se esmaecer e o velho pode vir a apresentar uma psicopatologia em decorrência de falhas ambientais na fase da velhice.

4. “Tudo termina em casa” e nos braços da mãe: a clínica do *holding*, na velhice

Winnicott indaga:

O que as pessoas querem de nós, médicos e enfermeiros? O que queremos de nossos colegas, quando somos nós que ficamos imaturos, doentes ou velhos? Essas condições – imaturidade, doença e velhice – trazem consigo a dependência. Segue-se que é necessário haver confiabilidade. Como médicos, assistentes sociais e enfermeiros, somos chamados a ser confiáveis de modo humano (e não mecânico), a ter confiabilidade construída sobre nossa atitude geral. (1970b/1999, p. 106)

O terapeuta-cuidador winnicottiano pode ser qualquer pessoa, não somente um profissional *psi*. Ele pode ser um parente, um cuidador de idosos, uma vizinha, alguém da comunidade, ou um profissional de saúde (enfermeiro, médico, psicólogo ou psicanalista). Entretanto, torna-se necessário observar a qualidade do ambiente, pois o que se observa empiricamente referente aos cuidados físicos destinados aos velhos é que, principalmente quando eles estão institucionalizados, os cuidados frequentemente se reduzem à administração da alimentação, higienização, medicação etc. Esse modo de cuidado técnico de estilo biomédico prescritivo não gera o *handling* e o *holding* como sustentação psíquica. Não basta o manuseio em si, mas é necessário que haja, entre o indivíduo que está na velhice e o cuidador, uma relação de mutualidade terna, aos moldes da relação inicial mãe-bebê. Conforme Winnicott, “A existência psicossomática é uma conquista, e embora se baseie em uma tendência hereditária de crescimento, não se concretiza sem a participação ativa de um ser humano que segura e manuseia o bebê”. (1966a/ 2020, p. 10)

O cuidador-terapeuta precisa ter desenvolvido em si a capacidade de cuidar, isto é, necessita, primeiramente, ser um adulto que conquistou a maturidade pessoal e social conforme

o esperado para a sua idade, o que lhe permite se responsabilizar por si, pelos seus atos e por cuidar dos indivíduos imaturos, frágeis ou dependentes, presentes na sociedade. Na medida em que o indivíduo foi um bebê cuidado por uma mãe suficientemente boa, ele também pode ter condições de cuidar do outro como cuidador ou terapeuta. Outra condição para conseguir cuidar do outro é ter atingido a capacidade de identificação cruzada. De acordo com Winnicott,

[...] entendo com isso a função de alguém se identificar com os outros e a identificá-los consigo próprio. [...] Em termos coloquiais, estou me referindo ao fato de alguém ser capaz de calçar os sapatos de outra pessoa, e as questões de simpatia e antipatia. (1970a/1999, p. 32)

A identificação cruzada é responsável por duas qualidades do cuidador-terapeuta suficientemente bom. A primeira é que ele se identifica com o velho que está em processo de amadurecimento, sentindo por ele empatia e prestando-se à identificação vinda do velho, também movido pela empatia em relação ao cuidador-terapeuta. Como efeito do cruzamento empático, o cuidador-terapeuta acessa seus próprios conteúdos relativos à sua velhice, finitude e a própria morte, além da morte de seus pais.⁴ Para Jerusalinsky, independentemente da idade em que a perda dos pais possa ocorrer, ela remete o indivíduo ao

[...] confronto antecipado com a sua própria morte. Coloca-o então numa posição psíquica compatível com a velhice, porque a lógica da elaboração do luto o obriga a uma identificação com os pais perdidos. Ainda que tal identificação seja transitória (se o luto for normal), a experiência que ela representa se torna permanente. O que implica que esse sujeito precisará fazer uma elaboração suplementar (e provavelmente reiterativa) de suas relações com a morte. (Jerusalinsky, 2001, p. 13)

Quando o cuidador-terapeuta elabora esse conteúdo e o velho pode se identificar com ele se constitui a característica da identificação ser cruzada. Dessa forma, o cuidador-terapeuta amadurece sua velhice enquanto cuida do velho em crescimento emocional.

Do outro lado da relação de cuidado está o velho. Nesse momento da sua vida, ele tende a diminuir as suas relações sociais, restringindo-se ao contato com seus familiares, alguns amigos muito íntimos, ou apenas uma pessoa significativa. Nem sempre o velho tem acesso ao cuidador-terapeuta para receber cuidados adaptados à sua realidade de vida. Essa fase pode ser uma oportunidade para que ele se deixe cuidar pelo cuidador-terapeuta suficientemente bom

⁴ Por essa perspectiva, o velho contribuiria para sociedade madura e democrática indiretamente. Em razão do recolhimento do velho para casa e o adulto estar inserido socialmente, ao voltar para a sociedade, o adulto maduro, na função de terapeuta, leva sua experiência pessoal e o legado do velho para o espaço social.

em sua tarefa de reconstruir sua história no espaço potencial e, por fim, voltar ao estado de não-ser inicial pela via regressiva à dependência no *setting*.⁵

À princípio, se qualquer pessoa que tenha a capacidade de identificação cruzada pode fazer o *holding* nos cuidados com os velhos, a partir da minha experiência clínica em consultório privado e em instituições de longa permanência para idosos, constatei que o terapeuta-psicanalista apresenta mais condições para sustentar o ambiente (*holding*) diante dos conteúdos da história do paciente e de vivências regressivas que possam vir a se apresentar na relação pessoal com o velho. Conforme Winnicott,

Sempre que compreendemos profundamente um paciente e mostramos isso através de uma interpretação correta e oportuna, estamos de fato, oferecendo um *holding* ao paciente e tomando parte de um relacionamento no qual o paciente está, em algum grau, regredido e dependente. (1986/2001, p. 261)

Na condição de dependência, o manejo técnico psicanalítico que é colocado em ação se inicia pela regra fundamental da psicanálise – aos moldes da psicanálise freudiana: associação livre (por parte do velho) e atenção flutuante (por parte do terapeuta psicanalista e interpretação) em transferência quando o acesso à psique ocorre por meio da linguagem verbal. Na relação com os conteúdos da *de-integração do self*, o acesso ao mundo do velho precisa ser conduzido pelo cuidador-terapeuta a partir do manejo da regressão à dependência, e mesmo que ocorra a expressão verbal dos conteúdos, inclui-se, de modo mais intenso, as experiências pré-verbais e corporais. Conforme Winnicott,

Regressão é também um termo conveniente para uso na descrição do estado de um adulto ou de uma criança na transferência (ou para qualquer outro relacionamento dependente), quando uma posição avançada é abandonada, restabelecendo-se uma dependência infantil. Tipicamente, uma regressão desta espécie se dá da independência para a dependência. Neste emprego do termo, o meio ambiente se vê indiretamente incluído, uma vez que a dependência implica em meio ambiente que atenda à dependência. (1963/1994, p. 37)

Quanto mais dependente está o paciente, mais adaptado às necessidades do velho está o cuidador-terapeuta suficientemente bom-mãe ambiente. O grau de dependência e da regressão indica o modo de adaptação do terapeuta. Para finalizar, no amadurecimento na velhice, diante da certeza da morte, a ansiedade da *de-integração* será tolerada pelo velho na medida em que

⁵ Destaco, mediante a observação de Pegoraro: “ficar perto de quem morre requer uma boa preparação” (Pegoraro, 2020, p. 23).

haja suporte ambiental pessoal ⁶ que permita a ele entrar em contato novamente com a sua solidão mais íntima, podendo “se dar ao luxo de sacrificar a espontaneidade e mesmo [de] morrer” (1956/2000, p. 404).

Winnicott explica que:

Na regressão ocorrida dentro de um processo terapêutico, o paciente (de qualquer idade) deve revelar-se capaz de em algum momento alcançar uma não-consciência do cuidado ambiental e da dependência, o que significa que o terapeuta está dando uma adaptação suficientemente boa à necessidade. (1988/1990, p. 164)

Como último estágio da regressão, encontra-se a experiência de não-integração: A pessoa que tentamos ajudar precisa de uma nova experiência em um *setting* especializado. Nesse nível, o mais primitivo é o que exige mais preparo do terapeuta-psicanalista para sustentar o *setting* seguro e confiável. Loparic esclarece: “Se for capaz de acompanhar este movimento circular do paciente, o analista se encontrará confrontado” (Loparic, 2014, p. 14) “com o processo primário do paciente na situação em que esse processo tinha seu valor original” (1955/2000, p. 396) É no encontro entre o fim da segunda morte e o começo, anterior ao primeiro despertar, que se efetiva a “capacidade psíquica para morrer”.

Ao chegar ao estado “normal” de não-integração, o velho retorna à re-integração final sob os cuidados do cuidador-terapeuta-psicanalista: Loparic encerra a explicação:

Finalmente, o estado de não estar vivo, cheio de paz só poderia ser alcançado mediante uma regressão extrema, não defensiva ou reativa, para a condição de pré-dependência. Ela também propicia cura, mas não a cura de um relacionamento mal-sucedido, e sim de todo relacionamento, em particular da integração no tempo. (Loparic, 2014, p. 12)

E assim o velho fecha o ciclo da temporalidade da vida, encontra-se consigo mesmo e “pode morrer” nos “braços da mãe-terapeuta”.

Todo mundo morre, mas ter a “capacidade emocional” para morrer é para poucos. Como terapeuta, a capacidade de “estar junto” com quem morre é uma experiência marcante, difícil e transformadora que exige maturidade. Afinal, o dia da morte é um dos dias mais importantes da vida.

⁶ As dificuldades de um paciente, por exemplo, podem ser decorridas de um medo de morrer que nada tem a ver com o medo da morte, mas é inteiramente uma questão de um medo de morrer sem que ninguém se encontre junto a ele na ocasião, isto é, sem ninguém que se interesse por alguma maneira derivada diretamente do relacionamento parento-filial muito inicial. Pacientes desse tipo podem organizar a vida de maneira a jamais se acharem sós (1965/1994, p. 98).

Referências

- Jerusalinsky, A. (2001). Psicologia do envelhecimento. *Associação Psicanalítica de Curitiba em Revista – Envelhecimento: uma perspectiva psicanalítica*, V(5), p. 11-26.
- Loparic, Z. (2014). Temporalidade e regressão. *Winnicott e-Prints*, 9(2), 1-19.
- Pegoraro, R. (2020). Cuidados paliativos: atenção ao doente e não à doença. *Dossiê*. Curitiba: Editora PUCPRESS, 3(4).
- Winnicott, D. W. (1955). Formas Clínicas da transferência. In D. W. Winnicott, *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas* (pp. 393-398). Rio de Janeiro: Imago, 2000.
- Winnicott, D. W. (1956). A preocupação materna primária. In D. W. Winnicott, *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas* (pp. 399-405). Rio de Janeiro: Imago, 2000.
- Winnicott, D. W. (1957). A capacidade para estar só. In D. W. Winnicott, *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional* (pp. 31-37). Porto Alegre: Artes Médicas, 1983.
- Winnicott, D. W. (1963). O medo do colapso (*Breakdown*). In D. W. Winnicott, *Explorações Psicanalíticas* (pp. 70-76). Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.
- Winnicott, D. W. (1965). A psicologia da loucura: uma contribuição da psicanálise. In D. W. Winnicott, *Explorações Psicanalíticas* (pp. 94-101). Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.
- Winnicott, D. W. (1966a). A mãe dedicada comum. In D. W. Winnicott, *Os bebês e suas mães* (pp. 1-11). São Paulo: Martins Fontes: 1999.
- 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. (1967). 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. (1970a). Vivendo de modo criativo. In D. W. Winnicott, *Tudo começa em casa* (pp. 23-39). São Paulo: Martins Fontes, 1999.
- Winnicott, D. W. (1970b). A cura. In D. W. Winnicott, *Tudo começa em casa* (pp. 105-114). São Paulo: Martins Fontes, 1999.
- Winnicott, D. W. (1970c). Assistência residencial como terapia. In D. W. Winnicott, *Privação e delinquência* (pp. 249-260). São Paulo: WMF Martins Fontes, 2012.
- Winnicott, D. W. (1986). Holding e interpretação. São Paulo: Martins Fontes, 2001.
- Winnicott, D. W. (1988). Natureza humana. Rio de Janeiro: Imago, 1990.