

Inéditos Loparic

Volume 2, Loparic Preprints – 2026

*Os fronteiriços de Winnicott**

Z. Loparic

IBPW/IWA

Resumo: O presente trabalho oferece um estudo da teoria winnicottiana dos distúrbios fronteiriços, patologias nas quais o núcleo do distúrbio é do tipo pré-EU SOU (psicótico), mas o paciente possui suficiente organização pessoal para ser capaz de elaborar defesas diferentes das que caracterizam a esquizofrenia propriamente dita e que são baseadas em aquisições maturacionais e técnicas de autocuidado posteriores ao período de EU SOU. Os resultados serão apresentados na forma de comentários de textos de Winnicott sobre esse assunto, citados como ilustrações de tópicos teóricos e clínicos, identificados e ordenados com base na análise estrutural prévia do paradigma winnicottiano. Esse tipo de apresentação, que segue meus comentários semelhantes, visa a promover o surgimento de um tipo de literatura sobre Winnicott, que é raro em estudos winnicottianos, mas existe de longa data em outras áreas, por exemplo, na filosofia. Diferentemente do que oferecem artigos e livros, aqui o propósito é prover material teoricamente articulado e explicado a ser usado no estudo, ensino e pesquisa da obra de Winnicott, e mesmo fora da área meramente acadêmica, a saber, como orientação da prática clínica do tipo winnicottiano.

O conjunto de meus comentários será, portanto, mais do que uma mera antologia de textos de Winnicott sobre os fronteiriços e menos do que um manual, pois visa antes a dar a palavra a Winnicott de forma articulada do que em apresentar meus enquadres de suas ideias.

Palavras-chave: Winnicott, fronteiriços, defesas primárias, defesas secundárias, tratamento.

* Este comentário é baseado no material preparatório que foi usado na elaboração da minha palestra “O caráter exemplar da patologia fronteiriça” proferida online sob o título “O paciente *borderline*” no XVII Colóquio Winnicott de Campinas realizado em 11/11/2023.

1. A contribuição inaugural de Elsa Dias

Os comentários que seguem serão baseados, como indicado no resumo, em conceitos centrais do paradigma winnicottiano, os que, desde o início dos anos 1990, orientaram a pesquisa, o ensino e as práticas da Escola Winnicottiana de São Paulo. Ideais seminais dessa interpretação de Winnicott foram enunciadas por Elsa O. Dias em 1993, na introdução de um texto que preserva toda sua atualidade, em particular para o tema do presente colóquio:

A Dias, 1994/2023, p. 67

Um dos aspectos técnicos mais fecundos do pensamento de Winnicott consiste no uso do que chamaremos com ele de “falha” do analista, com referência, sobretudo, às fases de regressão à dependência no tratamento de pacientes fronteiriços (*borderline*). Extremamente provocante, esse ponto requer explicitação teórica complexa, especialmente acerca de dois conceitos intimamente imbricados e centrais na sua obra: Primeiro, o caráter específico do adoecer psicótico (que gerou uma nova classificação das patologias), seja qual for a organização patológica em que ele se manifeste. Segundo, a qualidade peculiar do desenvolvimento emocional durante o período mais primitivo, o de dependência absoluta, em especial no que se refere a pacientes que regridem à dependência.

Comentário: Dias chegou à problemática da natureza e da etiologia da psicose e do tratamento da psicose em geral a partir de um aspecto específico e desafiador do tratamento da psicose fronteiriça: o valor terapêutico de uso por parte de paciente de falhas pessoais e de erros técnicos do terapeuta, desde que não sejam excessivos. A problemática da psicose o conduziu à reconstrução da teoria winnicottiana do amadurecimento – tema ignorado nos estudos winnicottianos naquela época e indevidamente negligenciado até hoje – como base para a patologia winnicottiana, a saber para a teoria winnicottiana dos distúrbios maturacionais em geral, e como guia na clínica winnicottiana desses distúrbios. Nesse texto inaugural, logo seguido de outros textos sobre a teoria e a clínica das psicoses, Dias esboçou resultados fundamentais de uma pesquisa revolucionária que produziu um novo paradigma para a psicanálise e outras áreas da saúde, resultados que contribuíram, de maneira decisiva, para a formação de uma comunidade científica internacional winnicottiana, reunida desde 2013 na *International Winnicott Association (IWA)*.¹

¹ Ver em particular Dias (2003/2024).

Sobre a importância da contribuição de Elsa para a constituição da comunidade winnicottiana do IBPW e em âmbito internacional, ver Minhot, 2023. A respeito da tese da revolução winnicottiana ver Loparic 1995 e 1996.

2. Os pacientes fronteiriços na pesquisa clínica de Winnicott

1) Erros de diagnóstico psiquiátrico levaram ao estudo da sintomatologia esquizoide

B 1965a/1999, pp. 176-177

Em função de erros de diagnóstico [a esquizofrenia é uma doença física] os psicanalistas têm sido forçados a estudar pessoas esquizoides, e começam a ter coisas a dizer sobre pessoas que lhes trazem uma sintomatologia esquizoide. Nesse trabalho do psicanalista, a esquizofrenia aparece como um distúrbio da estruturação da personalidade.

Comentário: Os psicanalistas não desenvolveram uma posição comum sobre esse diagnóstico. No que segue, apresentarei a posição de Winnicott formulada em termos da teoria das perturbações do processo de integração pessoal e das defesas correspondentes, acompanhada de algumas das suas observações críticas sobre do diagnóstico da psicanálise tradicional².

2) Relevância do estudo de casos fronteiriços para a teoria da patologia esquizoide

C 1967a/1999, p. 11

(1) Na doença esquizoide, o fenômeno da desintegração é uma característica, especialmente o medo da *desintegração* e a organização patológica de defesas destinada a dar um alerta em relação à desintegração. [...] **(2)** A integração é um processo de tal tipo que certas características da vida infantil reaparecem na psicanálise dos casos fronteiriços.

Comentário: **(1)** Aqui, como em outros textos, o termo “esquizoide” (etimologia: dissociado + semelhante a) é usado por Winnicott para fazer referência à toda a gama de distúrbios desintegrativos que incluem tanto os da esquizofrenia propriamente dita como as patologias esquizoide e fronteira. A desintegração da personalidade já aconteceu (devido à reação à falha ambiental patógena) e é sinalizada por angústia contra a qual são erguidas organizações defensivas. Em **(2)** Winnicott retoma uma das teses centrais do seu paradigma, a de que existe uma vinculação clínica entre os rumos de desenvolvimento infantil e os estados patológicos, visível em especial no material clínico encontrado nos casos de pacientes fronteiriços.

D 1954/2005, p. 85

O que é mais importante, porém, é que na análise de casos fronteiriços fui capaz de dar minha pequena contribuição para novos progressos, por meio dos quais o cuidado ambiental total se combina com o trabalho analítico.

Comentário: Winnicott se diminui ao chamar de “pequena” sua imensa contribuição aqui mencionada, que continua revolucionando os rumos da psicanálise e de outras disciplinas na área da saúde. A descoberta da patologia fronteira foi, portanto, como adivinhou Elsa Dias,

² Para uma análise do conceito winnicottiano de esquizofrenia, ver Loparic, 2025.

um dos principais motivos da revolução winnicottiana e é objeto de teorização na parte central do paradigma winnicottiano.

3) Delimitação do alcance da teoria dos casos fronteiriços: ela não se aplica ao estudo e ao tratamento de casos de colapso total (quebra da continuidade de existir e aniquilamento da estrutura da personalidade) ou de loucura organizada

E 1965b/1994, p. 96

(1) É importante enunciar este fato, o 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 fronteiriços.³ (2) Não é provável que os progressos na compreensão da psicose provenham do estudo direto do paciente insano que sofreu muito grave colapso. (3) Na atualidade, portanto, o trabalho dos analistas acha-se aberto à crítica de que o que é verdadeiro para o caso fronteiro [borderline] não se aplica ao caso de colapso ou de loucura organizada. (4) Indubitavelmente, se descobrirá que existem diferenças significativas entre a loucura – que é às vezes acessível ao exame e até mesmo ao tratamento no caso limítrofe – e a loucura do caso de colapso total. (5) Apesar disso, por enquanto, tem-se de fazer o trabalho que pode ser feito e ele pode ser um desenvolvimento natural da aplicação da técnica psicanalítica aos aspectos mais profundamente perturbados das personalidades de nossos pacientes.

Comentário: (1) Embora não defina o conceito de loucura, Winnicott admite que, na sua época, o estudo psicanalítico da loucura se baseia principalmente de casos fronteiriços. (2) Entretanto, o estudo de pacientes loucos (“insanos”) em termos de patologia fronteira não promete trazer grandes avanços à pesquisa de distúrbios pré-EU SOU (psicoses)⁴. (3) Surge, portanto, a objeção de que o diagnóstico de loucura difere do diagnóstico de esquizofrenia fronteira. (4) Winnicott concede a validade dessa objeção e reconhece que existem diferenças significativas entre dois tipos de loucura: a revelada pelos casos fronteiriços e a presente em casos de colapso total. Vale notar: o colapso não gera fronteiriços (defesas secundárias contra desintegração), mas loucos (loucura organizada). Há, portanto, necessidade em introduzir a loucura relacionada ao colapso total, à quebra da ‘linha contínua de sua existência’ (1966c/2005, p. 155) como categoria separada no quadro das patologias maturacionais pré-EU SOU, tese para a qual Winnicott parece inclinar-se tanto no artigo da citação (“A psicologia da loucura”)⁵, como em vários outros comentários clínicos espalhados pela sua obra. (5) Mesmo

³ Citei Winnicott de acordo com as traduções usadas. Entretanto, farei modificações que se fazem necessárias para corrigir erros terminológicos ou conceituais e mesmo para proteger os originais de Winnicott da deselegância da tradução.

⁴ Uma justificativa deste meu neologismo é fornecida, por exemplo, pela seguinte afirmação de Winnicott: “Por ‘psicose’ se faz referência [...] à doença que tem seu ponto de origem nos estágios do desenvolvimento individual anteriores ao estabelecimento de um padrão individual de personalidade” (1965b/1994, p. 95).

⁵ Um comentário sobre esse artigo encontra-se em Loparic, 2026c.

assim, o estudo da *loucura de colapsados* em termos da *loucura de desintegrados* ainda é a melhor opção⁶.

Leitura complementar:

O tratamento winnicottiano é sempre também uma pesquisa de cunho científico

F 1965a/1999, p. 174

Todo analista faz pesquisa, mas não uma pesquisa planejada enquanto tal, pois o analista precisa seguir necessidades que se modificam e os objetivos da pessoa em análise. Esse fato nunca pode ser ocultado. O tratamento do paciente não pode ser adiado por necessidades de pesquisa, e jamais se pode repetir o contexto da observação. O melhor é que o analista volte a examinar o que aconteceu, relacione isso com a teoria e modifique a teoria de modo apropriado.

Comentário: A clínica winnicottiana é, ao mesmo tempo, uma atividade terapêutica e de pesquisa, sendo que esta última é realizada de acordo uma linha de pesquisa consiste em ir colhendo dados sobre o paciente e ir elaborando-os no quadro de uma teoria sempre sujeita à modificação. Aqui Winnicott retoma uma posição sobre o estudo científico da natureza humana que enunciou 20 anos antes (ver 1945/1997, p. 31). Vale notar que, embora a teoria winnicottiana da natureza humana e suas amostras no tempo de amadurecimento seja uma ciência, tal como a psicanálise freudiana, podendo ser vista como uma extensão da fisiologia, sua aplicação na análise e manejo não é uma experimentação científica, pois depende de fatores subjetivos não elimináveis (ver citação **F**).

4) Aspectos da pesquisa winnicottiana com os fronteiriços

a) Relevância dos casos fronteiriços para a teorização sobre a esquizofrenia

G 1969a/1994, p. 352

(1) Posso dizer que minhas opiniões [sobre a esquizofrenia] se forjaram em meu consultório, no tratamento, nem sempre exitoso, mas às vezes suficientemente bem-sucedido de casos fronteiriços [*borderline*] em que a regressão à dependência era uma questão acentuada e, em verdade, essencial. (2) Acho-me agudamente ciente da importância do fator qualitativo no meio ambiente quando isso é minha própria compreensão e conduta e um paciente fica, por um período de tempo, fundido comigo, o analista.

Comentário: O termo “fusão” é o sinônimo winnicottiano para “identificação primária”, termo emprestado a Freud e usado num sentido modificado. Um dos exemplos mais interessantes de fusão do analista com o paciente encontra-se no caso FM (ver item 9, abaixo).⁷

⁶ Winnicott discrimina várias versões de colapso (Winnicott, 1959-64/1983, p. 127). No presente contexto, eu estou me referindo à versão que ele chama de “estado originário de colapso”, que resulta em “loucura originária” (Winnicott, 1965/1994, p. 99). Para detalhes, ver Loparic, 2026c.

⁷ Uma análise resumida desse tipo de caso encontra-se em Loparic, 2024.

b) Um caso trágico

H 1988/1990, p. 21

Nessa mesma época [durante a Segunda Guerra Mundial], fui cedendo lentamente à tentação de tratar de pacientes adultos do tipo psicótico, e descobri que era possível aprender muito sobre a psicologia da primeira infância com adultos profundamente regredidos no decorrer do tratamento analítico, o que não teria sido possível pela observação direta de crianças, nem mesmo pela análise de crianças de dois anos e meio. Esse trabalho psicanalítico com adultos psicóticos revelou-se extremamente extenuante e absorvente, e nem sempre muito bem-sucedido. Em um caso que terminou tragicamente, dei 2.500 horas de minha vida profissional, sem nenhuma esperança de remuneração. No entanto, aquele trabalho ensinou-me mais que qualquer outro, de qualquer natureza.

Comentário: Mais detalhes sobre essa paciente, ver 1966b/1999 pp. 39-42.

5) Dimensões da condição humana revelados pela pesquisa dos fronteiros

I 1963b/1983, p. 212

(1) Então, eu comecei a analisar pacientes que se revelaram ser *borderline* ou que vieram a ter sua parte louca atendida e alterada. (2) Foi o trabalho com pacientes *borderline* que me levou (quer eu quisesse ou não) à condição humana mais precoce, e quero dizer aqui, à vida inicial do indivíduo, ao invés de mecanismos mentais da mais tenra infância.

Comentário: (1) Note-se a menção da distinção entre os pacientes fronteiros e os que sofrem de loucura ainda que possuam partes sadias na personalidade. (2) A pesquisa clínica dos fronteiros levou Winnicott a se distanciar da teoria kleiniana da lactância e, de um modo geral, da teorização sobre o paciente em termos mecanismos mentais herdada de Freud.

6) Os problemas a tratar dizem respeito aos distúrbios maturacionais, não às disfunções de mecanismos mentais

J 1962b/1994, p. 59

Quando voltamos o olhar para as nossas análises de crianças e adultos tendemos a ver mecanismos, antes que bebês. Mas se olharmos para um bebê, vemos um bebê que está sendo cuidado. Os processos de integração, de separação, de conseguir viver no corpo e de relacionar-se com objetos, são, todos eles, questões de amadurecimento e realização. Inversamente, o estado de não ser separado, de não ser integrado, de não estar relacionado a funções corporais, de não se achar relacionado aos objetos, este estado é muito real; temos de acreditar nestes estados que pertencem à imaturidade. O problema é: como o bebê sobrevive a tais condições?

Comentário: A mudança da clínica de mecanismos mentais para a clínica de bebês, criança e adultos como indivíduos em processo de integração é um marco fundamental da quebra do paradigma da psicanálise tradicional. Em outras palavras, o problema não é mais o funcionamento mental, mas a aquisição da capacidade de levar uma vida que valha o esforço para ser vivida.

7) Quebra das regras básicas da clínica padrão freudiana por pacientes fronteiriços

K 1959/1983, p. 150

(1) O paciente borderline atravessa gradativamente as barreiras que denominei de técnica do analista e atitude profissional e força um relacionamento direto de tipo primitivo, chegando até o limite de fusão. (2) Isto é realizado de modo gradual e ordenado, e a recuperação é correspondentemente ordenada, a não ser quando faz parte da doença que caos deve reinar soberano tanto fora como dentro.

Comentário: (1) Regressão quebra gradualmente a atitude profissional de terapeuta neutro e distante pode ir até forçar a fusão. (2) O tratamento feito de forma gradual e ordenada, isto é, por provisão de oportunidade para padronização em termos de vários tipos de identificação (projetiva, cruzada), leva à recuperação também ordenada, a não ser quando a defesa consiste em criação de caos, isto é, em desintegração ativa, fragmentação da personalidade, que desativa o processo de amadurecimento e torna o caso difícil.

8) Mudanças de diagnóstico

L 1959-1964/1983, p. 121

De fato, se torna evidente ao analista no curso de seu trabalho analítico que [...] o diagnóstico do paciente não apenas fica cada vez mais claro à medida que a análise prossegue como também se altera. Uma histérica pode se revelar uma esquizofrênica subjacente, uma pessoa esquizoide pode vir a ser um membro sadio de um grupo familiar doente, um obsessivo pode se revelar um depressivo.

9) Mudança de diagnóstico implica na mudança de tratamento

M 1959/1983, p. 148

[...] quero descrever agora as espécies de diagnósticos que a meu ver alteram todo o problema e me fazem desejar concordar com a afirmação com a qual acabo de discordar. O tema sob discussão poderia ser intitulado *o papel do analista*; é este papel que pode variar de acordo com o diagnóstico do paciente.

Comentário: Foi precisamente essa mudança de diagnóstico que fez Winnicott pleitear uma revolução na prática terapêutica (1971/2017, p. 355)⁸. A seguir darei mais exemplos de mudanças de diagnóstico e de aplicação de categorias diagnósticas mistas no campo dos transtornos borderline⁹.

⁸ Para uma análise desse pedido, ver Loparic, 2023.

⁹ Casos fronteiriços podem ser relacionados a conflitos internos (depressão reativa e neurose), à privação (variedades de psicose: autismo, transtornos psicossomáticos, tendência ao suicídio) e à privação (variedades de comportamento antissocial: tendência antissocial, desempenho, transtorno de carta. Outros grupos de sintomas fronteiriços podem, sem dúvida, ser identificados. Uma tentativa de classificação de distúrbios fronteiriços encontra-se em Loparic, 2026b.

3. Precursores

1) Antecipações de Freud e de freudianos

a) Análise modificada de Winnicott aplicada ao tratamento de fronteiriços é uma extensão da psicanálise de Freud

N 1960a/1983, p. 53

Freud foi capaz de descobrir a sexualidade infantil em uma nova visão porque ele a reconstruiu a partir de seu trabalho analítico com pacientes neuróticos. Ao estender seu trabalho para cobrir o tratamento de pacientes psicóticos borderline, foi possível para nós reconstruir a dinâmica da dependência infantil e da infância, e o cuidado materno que satisfaz essa dependência.

Comentário: A extensão da obra de Freud proposta por Winnicott é revolucionária: com base em pesquisa clínica com pacientes considerados errados pela psicanálise freudiana (não neuróticos), ela substitui, no papel de teoria-guia, a teoria da sexualidade pela teoria do amadurecimento, isto é, pelo estudo do destino do potencial herdado inato na natureza humana, ao mesmo tempo que preserva uma parte de resultados teóricos e clínicos de Freud reformulados na linguagem do paradigma winnicottiano (ver 1988/1990, parte 2) .

b) Abertura em Freud para o estudo de fronteiriços

O 1959-1964/1983, p. 115

Freud já havia introduzido a ideia de dependência (amor anaclítico pelo objeto) (Freud, 1914), e os temas de fraqueza e força do ego se tornaram significativos na metapsicologia psicanalítica. Deste modo, uma linguagem foi criada para a descrição dos casos borderline e distúrbios de caráter. Os elementos narcisistas no paciente foram considerados indicações de distúrbio do ego, tornando difícil para a psicanálise ser efetiva em seu tratamento, por causa da capacidade enfraquecida, do paciente, para o desenvolvimento da neurose de transferência (Freud, 1937).

Comentário: O texto de Freud sobre o narcisismo (1914/2010) trouxe considerações metapsicologias formuladas numa linguagem que permitiam que se descreva distúrbios fronteiriços e de caráter, ao mesmo tempo revelavam os limites da clínica freudiana baseada na interpretação da transferência neurótica. Esse histórico, que contém uma homenagem a Freud, ocupara um lugar estratégico na exposição por Winnicott da sua nova “classificação psiquiátrica” (1959-1964/1983). Os problemas relevantes que forçaram essa classificação, isto é, a elaboração de uma nova patologia e uma nova clínica, são precisamente os de pacientes fronteiriços, decorrentes da privação, e os transtornos de antissociais, consequências da deprivação.

Leitura complementar:

Reformulação do conceito de amor anaclítico de Freud na linguagem winnicottiana

P 1959-1964/1983, p. 122

Tem-se reconhecido nos últimos anos que para se comunicar com o self verdadeiro onde se deu uma importância patológica ao falso self é necessário para o analista antes de mais nada propiciar condições que permitam ao paciente delegar ao analista a carga do ambiente internalizado, e assim se tornar uma criança altamente dependente, mas imatura e real; então, e somente então, o analista pode analisar o self verdadeiro. Isso poderia ser uma enunciação atual da dependência anaclítica de Freud, em que o impulso instintivo cede ao auto preservativo. Dependência no paciente esquizoide ou no caso borderline no analista é uma realidade marcante, de modo que muitos analistas preferem evitar o encargo e selecionam os seus pacientes cuidadosamente.

c) Histórico da questão de técnica no tratamento dos casos fronteiriços e de distúrbio de caráter entre os freudianos

Q 1959-1964/1983, pp. 115-116

Com o passar do tempo gradativamente estudar psicose começou a fazer mais sentido. Ferenczi (1931) contribuiu significativamente ao examinar uma análise fracassada de um paciente com distúrbios de caráter não apenas como um fracasso na seleção, mas como uma deficiência da técnica psicanalítica. A ideia implícita aí era que a psicanálise poderia aprender a adaptar sua técnica ao tratamento de distúrbios de caráter e casos borderline sem se tornar diretiva, e sem mesmo perder seu rótulo de psicanálise.

Comentário: (1) Winnicott observa que em seu artigo de 1931, Ferenczi propôs modificações significativas na técnica psicanalítica especificamente para incluir o tratamento de casos fronteiriços (expressão winnicottiana) e de transtornos de caráter (expressão original de Ferenczi), mas continuou (em submissão intelectual a Freud, poderíamos acrescentar) para chamá-la de “psicanálise”. Em muitos textos, Winnicott parece seguir o revisionismo de Ferenczi e fala de “análise modificada” que pode ser proveitosamente acrescentada à “análise padrão” (ver 1962a/1983, p. 152). Contudo, ele deixa claro que o trabalho com pacientes pré-EU SOU “não é analítico” e consiste em fazer “outra coisa” que não a análise (1962a/1983, pp. 152 e 155). Pode-se “chamar isso de psicanálise ou não”, mas a verdade é que quando um psicanalista está trabalhando com pessoas esquizoides, por exemplo, a interpretação torna-se menos importante e a manutenção de um ambiente confiável e ego-adaptativo é essencial. Na verdade, “a confiabilidade do cenário é uma experiência primária, não algo lembrado e reencenado na técnica do analista (1963b/1983, p. 216). Vale notar, a teoria dos processos maturacionais de Winnicott, que é a base do seu conceito de manejo, tampouco é psicanálise (1962b/1994, p. 59). Winnicott insistiu nessas diferenças até o fim nos últimos dias de sua vida e teve coragem de pedir a seus colegas psicanalistas não uma revisão, mas uma revolução na prática psicanalítica que já estava acontecendo em seus escritos desde pelo menos 1945.

2) A contribuição de Jung

a) *Insights* excepcionais de Jung

Jung apresentou à comunidade terapêutica excepcionais insights nos sentimentos dos que são “mentalmente cindidos”:

1964/1994, p. 366

Jung, ao descrever-se, fornece-nos um quadro de esquizofrenia de infância, e, ao mesmo tempo, sua personalidade demonstra uma força de um tipo tal que o capacitou a curar-se sozinho. Custosa mente, ele se recobrou, e parte do que isso custou para ele é o que ele nos pagou, se pudermos escutar e ouvir, em termos de seu excepcional *insight*. *Insight* do quê? *Insight* dos sentimentos daqueles que são mentalmente cindidos.

Comentário. A excepcional contribuição de Jung não diz respeito ao inconsciente reprimido constituído de estados do aparelho psíquico expulsos da área da consciência, mas à cisão na estrutura da personalidade essencialmente distinta de uma mente do tipo freudiano; nem ao tratamento pela palavra, mas à auto cura bastante exitosa, ainda que não completa, alcançada pelo seu falso si-mesmo cujos serviços Jung teve condições de dispensar no final da sua vida (Winnicott, 1964, p. 368).¹⁰

b) Jung e a terapia dos pacientes fronteiriços

R 1959/1983, pp. 147-148

[Jung, segundo Fordham] “tem certeza de que o paciente ter efeitos drásticos no analista e que isto pode induzir manifestações patológicas nele”. Ele [Fordham] afirma que este é particularmente o caso quando são tratados casos de esquizofrenia borderline; e Jung desenvolve este tema de modo interessante.

Comentário: Há boas razões de pensar que a teoria e a clínica winnicottiana dos fronteiriços e dos pré-EU SOU em geral preserva e desenvolve elementos centrais da contribuição junguiana para o estudo da esquizofrenia (ver Loparic, 2014).

4. Defesa fronteiriça contra as agonias impensáveis

1) Dois efeitos da falha materna no pré-EU SOU

S 1962c/1983, p. 57

Aqui é preciso [...] examinar o que ocorre ao bebê que não tem cuidados suficientemente bons no estágio precoce antes de ter distinguido o "eu" do "não-eu". Este é um tema complexo por causa dos graus e variantes que pode apresentar a ineficiência materna. Convém, de início, nos referirmos:

1- às distorções da organização do ego que constituem as bases das características esquizoides, e

2- à defesa específica do cuidado de si mesmo, ou ao desenvolvimento de um *self* que cuida de si próprio, e à organização de um aspecto falso da personalidade (falso no sentido que revela um derivado não do indivíduo, mas de um aspecto materno no

¹⁰ Sobre o diagnóstico de Jung como fronteiriço, ver Loparic, 2026b.

acoplamento mãe-filho). Esta é a defesa cujo êxito pode se constituir em uma nova ameaça à base do self, embora designada para escondê-lo e protegê-lo.

Comentário: Dependendo do estágio em que ocorre, a falta da provisão ambiental adequada pode tornar-se um trauma e provocar *reações* desintegrativas, bloqueadoras ou distorcivas, do processo de amadurecimento e das conquistas integrativas, que constituem *traumas endógenos* subsequentes aos *exógenos*, decorrentes de falhas ambientais (1967b/1994, pp. 154-155)¹¹. Os efeitos das reações são assinalados no conteúdo das agonias impensáveis (1962c/1983, p. 57; 1967b/1994, p. 155). As principais organizações de defesa são a desintegração ativa (desfazimento geral da integração que leva aos estados caóticos, que não devem ser confundido com a não integração originária) e cisão (*split*) entre, de um lado, o verdadeiro si-mesmo, espontâneo e criativo, e, do outro, o falso si-mesmo, complacente e imitador, que se apresenta como protetor do si-mesmo verdadeiro contra intrusões futuras e sua exploração pelo mundo externo. Nesse contexto, por “cisão” refiro-me à defesa por uma forma mais branda e mais sofisticada de desintegração, a saber, à cisão subtotal entre partes do si-mesmo que ainda preserva o si-mesmo total.¹²

5. A cisão entre o verdadeiro e o falso si-mesmo nos casos fronteiriços

T 1965c/1983, pp. 15-16

(1) Um aspecto do obstáculo ao surgimento do ego produzido por falha no ambiente é a dissociação [*dissociation*] que se verifica nos casos borderline em termos de self verdadeiro e falso. (2) Desenvolvo este tema com um ponto de vista próprio, observando sinais indicativos dessa dissociação em pessoas normais e na vida diária (um self particular reservado para intimidades e um self público orientado para a socialização), examinando também a patologia dessa condição. (3) No polo extremo da doença encaro o self verdadeiro como algo potencial, oculto e protegido pelo falso self e submisso, que mais tarde acaba se tornando uma organização defensiva baseada nas várias funções do aparelho do ego e suas técnicas de se autopreservar. Isto está relacionado também ao conceito de ego observador.

Comentário: (1) A dissociação – note-se a oscilação terminológica de Winnicott – entre verdadeiro e falso si-mesmo responde pela distorção do ego, isto é, da tendência na personalidade a alcançar unidade pessoal. Também é chamada de cisão (*split*), concebida como a forma sofisticada de dissociação entre o verdadeiro e o falso si-mesmo (1961a/2005, pp. 160-161) (2) A dissociação observa-se tanto na saúde como na doença, por exemplo, nos casos fronteiriços. (3) Nesses casos, o falso si-mesmo produz uma variedade de defesas, que podem

¹¹ Note-se que bloqueio ou distorção são reações diferentes das que geram colapso ou aniquilamento.

¹² Sobre a cisão subtotal ver Loparic, 2026d.

ser classificadas em graus de severidade e que usam aquisições de vários estágios resultantes da tendência a integração (“funções do aparelho do ego”).

2) O si-mesmo verdadeiro

U 1960b/1983, p. 135

O conceito de um falso self tem de ser contrabalançado por uma formulação do que poderia, com propriedade, ser denominado self verdadeiro. No estágio inicial o self verdadeiro é a posição teórica de onde vem o gesto espontâneo e a ideia pessoal. A gesto espontâneo é o self verdadeiro em ação. Somente o self verdadeiro pode ser criativo e se sentir real. Enquanto o self verdadeiro é sentido como real, a existência do falso self resulta em uma sensação de irreabilidade e em um sentimento de futilidade.

3) O falso si-mesmo

a) Sua função

V 1960b/1983, p. 135

O falso self, se bem-sucedido em sua função, oculta o self verdadeiro ou então descobre um jeito de possibilitar ao self verdadeiro começar a existir.

4) Graus do de defesas organizadas pelo falso si-mesmo

W 1960b/1983, pp. 130-131

(1) 1-Em um extremo: o falso *self* se implanta como real e é isso que os observadores tendem a pensar que é a pessoa real.

2-Menos extremo: o falso self defende o self verdadeiro; o *self* verdadeiro, contudo, é percebido como potencial e é permitido a ele ter uma vida secreta.

3-Mais para o lado da normalidade: o falso self tem como interesse principal a procura de condições que tornem possível ao *self* verdadeiro emergir. Se essas condições não podem ser encontradas, então novas defesas têm de ser reorganizadas contra a espoliação do *self* verdadeiro, e se houver dúvida o resultado clínico pode ser o suicídio. Suicídio neste contexto é a destruição do *self* total para evitar o aniquilamento do *self* verdadeiro. Quando o suicídio é a única defesa que resta contra a traição do *self* verdadeiro, então se torna tarefa do falso self organizar o suicídio.

4-Ainda mais para o lado da normalidade: o falso self é construído sobre identificações (como no exemplo da paciente mencionada, cujo ambiente de sua meninice e sua amaseca real lhe deu muito do colorido da organização de seu falso self).

5-Na normalidade: o falso *self* é representado pela organização integral da atitude social polida e amável, um "não usar o coração na manga", como se poderia dizer.

Comentário: Os graus 1 e 2 são defesas que atual por substituição do verdadeiro pelo falso si-mesmo. As outras três consistem em condições produzidas pelo falso si-mesmo para facilitar as manifestações do verdadeiro si-mesmo. Conforme o comentário ao grau 3, quando fracassa em prover tais condições e o verdadeiro si-mesmo é espoliado e, nesse sentido aniquilado – ou seja, quando a cisão subtotal entre os dois não surte efeito e o indivíduo está no estado assinalado pela angústia impensável – o falso si-mesmo assume a função de assassinar o si-mesmo total. Temos aqui uma parte da teoria winnicottiana do suicídio, a segunda parte da qual trata do suicídio não como defesa contra a espoliação, mas como atualização de morte que

já aconteceu para defender o indivíduo do medo de retorno dessa morte no futuro¹³. Consideração de graus 3, 4 e 5 do falso si-mesmo é essencial para a classificação das organizações de defesa pré-EU SOU, inclusive das que caracterizam os fronteiriços.

Leituras complementares:

1. Um modo de atuação do si-mesmo falso: tornar-se ator

X 1960b/1983, p. 137

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 também 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).

2. Atuação do falso si-mesmo em casos esquizofrênicos

Y 1963a/1983, p. 202

(1) Aqui poderia ser introduzido o conceito de *self* verdadeiro e falso. É essencial incluir esse conceito na tentativa de compreender o quadro clínico enganoso apresentado em muitos casos de doença do tipo esquizofrênico. **(2)** O que se apresenta é um falso eu, adaptado às expectativas de vários níveis do ambiente do indivíduo. Com efeito, o si-mesmo submisso ou falso é uma versão patológica do que normalmente seria chamado de aspecto polido e socialmente adaptado da personalidade normal.

Comentário: O estudo da cisão entre o verdadeiro e o falso si-mesmo ajuda descobrir os disfarces, produzidos pelo falso si-mesmo, sob os quais os estados verdadeiramente esquizofrênicos (as variedades de desintegração) são apresentados, tanto na vida real patológica, quando ajudam o esquizofrênico a se socializar, como na clínica sem fim, quando pedem, em termos de defesas secundárias, o conluio enganador do terapeuta.

3. A escala de distúrbios pré-EU SOU do tipo esquizoide e o papel do falso si-mesmo

Z 1963a/1983, p. 200

(1) No extremo da escala, para além da depressão esquizoide está a esquizofrenia propriamente dita. Aqui o relevo está em certas falhas de construção da personalidade. **(2)** Estas serão enumeradas, mas antes quero esclarecer que clinicamente pode haver uma área do funcionamento normal da personalidade, mesmo em um caso esquizoide grave, de modo que o desavisado pode ser enganado. Esta complicação será abordada abaixo sob a denominação de falso *self*.

¹³ Sobre elementos da teoria winnicottiana do medo do colapso, ver Loparic, 2026a.

Comentário: (1) A esquizofrenia propriamente dita consiste em um conjunto de organizações de defesa primárias contra angústias impensáveis decorrentes da desintegração. **(2)** Na esquizoidia, o indivíduo conta com partes sadias da personalidade. **(3)** O falso si-mesmo se vale dessas funções da personalidade, em geral aquisições mais tardias, para construir organizações de defesa secundárias a serem ativadas quando as agonias impensáveis ameaçarem de quebrar e atravessar o cinturão de defesas primárias, encobrindo estados esquizofrênicos originais por problemas localizados, que não atingem estrutura da personalidade, ou por aqueles que pertencem aos estágios mais avançados.

6. Sobre a patologia fronteira

1) Uma definição da patologia fronteira

AA 1968/1994, p. 172

(1) É na análise do tipo de caso *borderline* que se tem oportunidade de observar os delicados fenômenos que apontam para uma compreensão dos estados esquizofrênicos verdadeiros. **(2)** Pela expressão "caso *borderline*" quero significar o tipo de caso em que o cerne do distúrbio do paciente é psicótico, mas ele possui sempre suficiente organização psiconeurótica para ser capaz de apresentar uma psicose ou um transtorno psicossomático quando a ansiedade psicótica central ameaça irromper de forma grosseira.

Comentário: (1) Reafirmação do lugar de destaque para os fronteiros no estudo sobre estados esquizofrênicos verdadeiros, isto é, sobre as diferentes formas de desintegração da personalidade, o colapso à parte, produzidas em reação (trauma endógeno) à intrusão externa (trauma exógeno). **(2)** O núcleo da patologia fronteira é o estado de desintegração acompanhado de angústias impensáveis contra as quais são erguidas *defesas primárias*. Quando estas são rompidas pela angústia, o paciente recorre à neurose, à desordem psicossomática e a outras *defesas secundárias*, produzidas pelo falso si-mesmo de um grau mais próximo da saúde (ver o que segue), valendo-se de partes da estrutura inicial da personalidade que ficaram preservadas da reação desintegrativa ou de capacidades, mentais e outras, que foram adquiridas durante o processo de amadurecimento em estágios mais avançados.

2) Esquizofrenias e a patologia fronteira são organizações de defesa

AB 1967b/1994, p. 154

A partir daqui (e fico envergonhado por haver condensado o que quero dizer quase ao ponto do absurdo), comecei a ver a esquizofrenia e, especialmente, a enfermidade do caso fronteiro como sendo uma *sofisticada organização de defesa*. [...]

Comentário: Nos dois tipos de caso, as defesas são erguidas contra a agonias impensáveis que assinalam a desintegração de maior ou menor grau. Nos casos de

esquizofrenia, as defesas podem ser produzidas tanto pela desintegração ativa como pela autossustentação em termos do falso si-mesmo de grau 1. Nos casos de fronteiriços, por um conjunto de organizações de defesa produzidas pelo falso si-mesmo de grau 3, usando recursos emprestados de aquisições maturacionais emocionais intelectuais de estágios posteriores aos iniciais¹⁴.

3) Sobre a elaboração das organizações de defesa pelo falso si-mesmo

AC 1965c/1983, pp. 14-15

Um aspecto do obstáculo ao surgimento do ego produzido por falha no ambiente é a dissociação que se verifica nos casos *borderline* em termos de self verdadeiro e falso. Desenvolvi este tema ao meu modo próprio, observando sinais indicativos dessa dissociação em pessoas normais e na vida diária (um self particular reservado para intimidades e um self público orientado para a socialização), examinando também a patologia dessa condição. No polo extremo da doença encaro o self verdadeiro como algo potencial, oculto e protegido pelo falso self e submisso, que mais tarde acaba se tornando uma organização defensiva baseada nas várias funções do aparelho do ego e suas técnicas de se autopreservar.

4) O falso si-mesmo inspirado em babás

AD 1960b/1983, p. 130

Ainda mais para o lado da normalidade: o falso self é construído sobre identificações (como no exemplo da paciente mencionada, cujo ambiente de sua infância e cuja babá real lhe deu muito do colorido da organização de seu falso *self*).

5) Necessidade de regressão

AE 1988/1990, p.172

Quanto à minha própria experiência, aquela que mais me permitiu aprender foi a observação de regressões contínuas seguidas de progressão em casos de pacientes *borderline*, ou seja, de indivíduos que precisam chegar a um estado de doença do tipo psicótico no decorrer do tratamento.

6) Formação de terapeuta no atendimento da necessidade de regressão à dependência: análise modificada

AF 1959/1983, p. 149

No outro tipo de paciente a que me refiro [os “esquizofrênicos fronteiriços”] será necessária uma regressão. Se uma mudança significativa é o que se pretende conseguir, o paciente precisará passar por uma fase de dependência infantil. Novamente aqui a psicanálise não poderá ser ensinada, embora possa ser praticada de forma modificada. A dificuldade aqui está no diagnóstico, na identificação da falsidade da falsa personalidade que oculta o *self* verdadeiro imaturo. Se se quiser que o self verdadeiro oculto aflore por si próprio, o paciente terá de passar por um colapso como parte do tratamento, e o analista precisará ser capaz de desempenhar o papel de mãe para o lactente do paciente. Isto significa dar apoio ao ego em grande escala. O analista precisará permanecer orientado para a realidade externa ao mesmo tempo que identificado ou mesmo fundido com o paciente. O paciente precisa ficar extremamente dependente, absolutamente dependente mesmo, e estas palavras são certas mesmo

¹⁴ Uma classificação de defesas fronteiriças encontra-se em Loparic, 2026b.

quando há uma parcela sadia da personalidade que atua como um aliado do analista e na verdade informa ao analista como se comportar.

Comentário: A regressão prevista no diagnóstico de esquizofrenia fronteira, que pode ir até a fusão, implica, antes da retomada esperada do amadurecimento, o abandono do serviço de asseguramento oferecido pelo falso si-mesmo, uso da provisão ambiental oferecida pelo terapeuta e a passagem pelo colapso das defesas do tipo falso si-mesmo. Não se trata de regressão freudiana aos pontos de fixação do instinto sexual (ou da libido), mas de regressão à dependência de um ambiente potencialmente facilitador.

Leitura complementar:

1. Ensino extraído da observação da regressão na transferência psicótica

AG 1960b/1983, p.129

Minha contribuição para este tema se deriva de meu trabalho ao mesmo tempo

1. como pediatra, com mães e lactentes e

2. como psicanalista cuja clínica inclui uma série pequena de casos *borderline* tratados com análise, mas necessitando experimentar, na transferência, uma fase (ou fases) de regressão severa à dependência. A experiência me levou a verificar que pacientes dependentes ou em regressão profunda podem ensinar o analista mais sobre o início da infância do que se pode aprender da observação direta dos lactentes, e mais do que se pode aprender do contato com as mães que estão envolvidas com os mesmos.

Comentário: Ver a citação I acima e comentário.

2. Descrição da esquizofrenia em termos da regressão

AH 1963c/1994, p. 72

(1) Em um meio ambiente facilitador desse tipo, o indivíduo passa por um desenvolvimento que pode ser classificado como integrador, ao qual se acrescentam a personalização (ou conluio psicossomático) e, depois, o relacionamento objetal [*object-relating*] (2) [...] Observar-se-á que, em uma descrição desse tipo, o movimento para a frente no desenvolvimento corresponde estreitamente à ameaça de um movimento retrógrado (e defesas contra esta ameaça) na doença esquizofrênica.

Comentário: (1) Integração, entenda-se no espaço e no tempo¹⁵, a personalização, o assentamento do si mesmo ou da pessoa (inercialmente também chamada de “psique”¹⁶) no corpo e o relacionamento com outros seres humanos (“objetos”) são as três das principais linhas do processo de integração pessoal pelo menos desde o nascimento. De fato, a palavra “integração” “abrange quase todas as tarefas do desenvolvimento” (1967a/1999, p. 11). (2)

¹⁵ Ver 1962c/1983, p. 58.

¹⁶ Para essa distinção, ver (1969b/1994, p. 430).

Antecipação de teses sobre a conexão entre as intrusões dos fatores externos nos estágios iniciais posteriores ao nascimento e as distorções ou mesmo a parada do processo de amadurecimento, no essencial da integração, seguida de redefinição na linguagem do paradigma winnicottiano de conceitos usuais de esquizofrenia e, por conseguinte, de psicose como reversão do processo integrativo acompanhada de defesas que constituem a doença propriamente dita.

7) Um exemplo de regressão à dependência extra transferencial: o amigo poeta procurado alojamento

AI 1966a/1999, pp. 3-4

Quando eu estudava medicina, tive um amigo poeta. Como muitos de nós, era uma das pessoas que dividiam alguns aposentos muito bons na parte mais pobre de North Kensington. Vou contar, a seguir, como conseguimos os tais alojamentos.

Meu amigo, o poeta, que era muito alto e preguiçoso, e estava sempre fumando, caminhava por uma ladeira quando viu uma casa que lhe pareceu muito agradável. Tocou a campainha. Uma mulher veio até a porta, e ele gostou da expressão de seu rosto. Então, disse: "Gostaria de alugar um quarto aqui", ao que a mulher respondeu que tinha uma vaga, perguntando-lhe quando viria. Ele disse: "Já vim." Assim, ele entrou e, quando a mulher mostrou-lhe o quarto, disse: "Acontece que estou doente, e preciso ir imediatamente para a cama. A que horas o chá será servido?" Meu amigo foi para a cama, de onde não saiu por seis meses. Em poucos dias, todos nós estávamos muito bem instalados, mas o poeta continuou sendo o favorito da proprietária.

8) Um exemplo de defesa tipo fronteiroço retirado da literatura: o poeta pessoano

O poeta é um fingidor
Finge tão completamente
Que chega a fingir que é dor
A dor que deveras sente.

Sem querer patologizar o dizer poético, proponho aqui um exercício que consiste em ver o modo de pensar do poeta pessoano descrito nesta estrofe como exemplo de um tipo de defesa produzido pelo falso si-mesmo de uma pessoa fronteiroça.

O poeta de Pessoa chega ao ponto de *desrealizar* a dor verdadeira, a que deveras sente, e a substitui *por completo* pela dor fingida. Não deixa de sofrer, mas consegue defender-se da dor atual de que padece *indefeso* pela dor *controlada* na ficção.

Um pastiche dessa estrofe de Pessoa, gerado pela substituição de “poeta” por “fronteiroço”, consistiria em dizer que o fronteiroço winnicottiano é um fingidor, que finge tão completamente que chega, valendo-se de mecanismos mentais mobilizados inconscientemente pelo seu falso si-mesmo, a transformar a dor real intolerável – a dor das angústias impensáveis, relacionada à reação à intrusão externa que quebrou suas defesas egoicas, isto é, desativou os resultados iniciais da realização da tendência à integração presentes na estrutura da personalidade – em dor fingida, patologia secundária encobridora desse desastre existencial.

Em outras palavras, o fronteiro não deixa de sofrer, pois suas ficções têm, como diria Freud, realidade psíquica, mas ao menos defende-se do sofrimento experienciado, intolerável e impensável para ele, que pode, entretanto, ser descrito em termos de desintegração de seus modos de ser que, na primeira mamada teórica, fazem parte da sua realidade existencial¹⁷. Ele sofre, mas apenas no registro de estados representacionais, e de forma controlada pelo seu falso si-mesmo.

Alguns deles, recorrem como vimos, à aflição associada às questões de manejo de instintualidade genital, a saber à neurose, para encobrir a dor do desfazimento (*undoing*) da integração. Nem todos os doentes pré-EU SOU recorrem a essa estratégia. Há os que rejeitam a falsificação da sua dor e, desprezando o recurso ao conluio ambiental, preferem o suicídio. Semelhante recusa de soluções falsas observa-se no radicalismo dos adolescentes que, sofrendo de mesmos problemas de integração que os bebês e os pacientes pré-EU SOU, recusam-se a aceitar saídas para suas dúvidas e dilemas habitualmente oferecidas como ajuda pelos pais ou terapeutas e se sentem ameaçados pelas organizações de defesa neurótica. A única cura é o próprio processo de amadurecimento, que, ele sim pode ser facilitado (1961b/1994, p. 58).

Bibliografia

- Dias, E. O. (1994). A regressão à dependência e o uso terapêutico da falha do analista. In E. O. Dias, *Sobre a confiabilidade e outros estudos* (pp. 67-81). São Paulo: DWWeditorial, 2023.
- Dias, E. O. (2003). *A teoria do amadurecimento de D. W. Winnicott*. São Paulo: DWWeditorial, 2024.
- Ferenczi, S. (1931). Análise de crianças com adultos. In S. Ferenczi, *Psicanálise IV, Obras Completas* (pp. 79-95). São Paulo: WMF Martins Fontes, 2011.
- Freud, S. (1914). Introdução ao narcisismo. In S. Freud, *Introdução ao narcisismo: ensaios de metapsicologia e outros textos (1914-1916)* (pp. 13-50). São Paulo: Companhia das Letras, 2010.
- Loparic, Z. (1995). Winnicott e o pensamento pós-metafísico. *Psicologia USP*, 6(2), 39-61.
- Loparic, Z. (1996). Winnicott: uma psicanálise não-edipiana. *Percursos*, (17), 41-47.
- Loparic, Z. (2014). *Winnicott e Jung*. Coleção Winnicott em Foco. São Paulo: DWWeditorial.

¹⁷ Aqui, o meu comentário aproxima Winnicott da tese de Heidegger de *Ser e tempo* de que os modos de ser que constituem o existir do homem não são estados representacionais psicológicos ou mentais.

- Loparic, Z. (2023). O caso Kathleen – Um comentário. *Boletim Winnicott no Brasil*, IBPW, Comentários pp. 52-77, 08/11/2023.
- Loparic, Z. (2024). O pleito de Winnicott por uma revolução em Psicanálise. *Boletim Winnicott no Brasil*, IBPW, Artigos, pp. 15-46, 13/12/2024.
- Loparic, Z. (2025). Os distúrbios do pré-EU SOU (psicoses) de Winnicott. *Inéditos Loparic*, Vol. 2, Winnicott, Patologia maturacional. (No prelo)
- Loparic, Z. (2026a). Topics for Discussion of Winnicott's Article "Fear of Breakdown". *Inéditos Loparic*, Vol. 2, Loparic Preprints. (No prelo)
- Loparic, Z. (2026b). Classificação dos fronteiriços winnicottianos. *Boletim Winnicott no Brasil*, IBPW, Artigos. (No prelo)
- Loparic, Z. (2026c). A Commentary on Winnicott's Psychology of Madness. *Inéditos Loparic*, Vol. 2, Loparic Preprints. (No prelo)
- Loparic, Z. (2026d). Basic Concepts of Winnicott's Theory of Schizophrenia. *Inéditos Loparic*, Vol. 2, Loparic Preprints.
- Minhot, L. (2023). Dossiê em homenagem a Elsa Oliveira Dias – A los 25 años de la tesis de doctorado de la Dra. Elsa Oliveira Dias titulada "La teoría de la psicosis de D. W. Winnicott": un instrumento invaluable para la generación de una comunidad. *Boletim Winnicott no Brasil*, IBPW, Dossiês, pp. 37-38, 30/06/2023.
- Winnicott, D. W. (1945). Para um estudo objetivo da natureza humana. In D. W. Winnicott, *Pensando sobre crianças* (pp. 31-37). Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.
- Winnicott, D. W. (1948). Pediatria e psiquiatria. In D. W. Winnicott, *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas* (pp. 233-253). Rio de Janeiro: Imago, 2000.
- Winnicott, D. W. (1954). Carta 42 – Para Sir David K Henderson, 20 de maio. In D. W. Winnicott, *O gesto espontâneo* (pp. 83-87). São Paulo: Martins Fontes, 2005.
- 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. (1959). Contratransferência. In D. W. Winnicott, *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional* (pp. 145-151). Porto Alegre: Artes Médicas, 1983.
- Winnicott, D. W. (1960a). Teoria do relacionamento paterno-infantil. In D. W. Winnicott, *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional* (pp. 38-54). Porto Alegre: Artes Médicas, 1983.

- Winnicott, D. W. (1960b). Distorção do ego em termos de falso e verdadeiro self. In D. W. Winnicott, *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional* (pp. 128-139). Porto Alegre: Artes Médicas, 1983.
- Winnicott, D. W. (1961a). Carta 82 – Para Masud Khan, 26 de julho. In D. W. Winnicott, *O gesto espontâneo* (pp. 160-161). São Paulo: Martins Fontes, 2005.
- Winnicott, D. W. (1961b). Psicose na infância. In D. W. Winnicott, *Explorações Psicanalíticas* (pp. 53-58). Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.
- Winnicott, D. W. (1962a). Os objetivos do tratamento psicanalítico. In D. W. Winnicott, *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional* (pp. 152-155). Porto Alegre: Artes Médicas, 1983.
- Winnicott, D. W. (1962b). Observações adicionais sobre a teoria do relacionamento parento-filial. In D. W. Winnicott, *Explorações Psicanalíticas* (pp. 59-61). Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.
- Winnicott, D. W. (1962c). A integração do ego no desenvolvimento da criança. In D. W. Winnicott, *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional* (pp. 55-61). Porto Alegre: Artes Médicas, 1983.
- Winnicott, D. W. (1963a). 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. (1963b). Distúrbios psiquiátricos e processos de maturação infantil. In D. W. Winnicott, *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional* (pp. 207-217). Porto Alegre: Artes Médicas, 1983.
- Winnicott, D. W. (1963c). O medo do colapso (*Breakdown*). In D. W. Winnicott, *Explorações Psicanalíticas* (pp. 70-76). Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.
- Winnicott, D. W. (1964). Resenha de *Memories, Dreams, Reflections*, C. G. Jung. In D. W. Winnicott, *Explorações Psicanalíticas* (pp. 365-372). Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.
- Winnicott, D. W. (1965a). O preço de desconsiderar a pesquisa psicanalítica. In D. W. Winnicott, *Tudo começa em casa* (pp. 171-182). São Paulo: Martins Fontes, 1999.
- Winnicott, D. W. (1965b). 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. (1965c). 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. (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). As origens do indivíduo. In D. W. Winnicott, *Os bebês e suas mães* (pp. 43-49). São Paulo: Martins Fontes, 1999.
- Winnicott, D. W. (1966c). Os elementos masculinos e femininos ex-cindidos encontrados em homens e mulheres (Parte I do capítulo 28, Sobre os elementos masculinos e femininos ex-cindidos [*split-off*]). In D. W. Winnicott, *Explorações Psicanalíticas* (pp. 134-144). Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.
- Winnicott, D. W. (1967a). O conceito de indivíduo saudável. In D. W. Winnicott, *Tudo começa em casa* (pp. 3-22). São Paulo: Martins Fontes, 1999.
- Winnicott, D. W. (1967b). O conceito de regressão clínica comparado com o de organização defensiva. In D. W. Winnicott, *Explorações Psicanalíticas* (pp. 151-156). Porto Alegre: Artes Médicas, 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. (1969a). Contribuição a um simpósio sobre inveja e ciúme (Parte IV do Capítulo 53, Melanie Klein: Sobre o seu conceito de inveja). In D. W. Winnicott, *Explorações Psicanalíticas* (pp. 350-352). Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.
- Winnicott, D. W. (1969b). Fisioterapia e relações humanas. In D. W. Winnicott, *Explorações Psicanalíticas* (pp. 427-432). Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.
- Winnicott, D. W. (1971). 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. (1988). *Natureza humana*. Rio de Janeiro: Imago, 1990.