

A regressão na clínica psicanalítica: um estudo comparativo entre Klein e Winnicott¹

Alexandre Patricio de Almeida²

Filipe Pereira Vieira³

Resumo

Este artigo examina as convergências e divergências entre as ideias de Melanie Klein e D. W. Winnicott no que diz respeito à noção de regressão na clínica psicanalítica. Trata-se de um estudo teórico-conceitual, fundamentado em uma extensa revisão bibliográfica e respaldado tanto pelo conhecimento prévio dessas teorias quanto pela experiência clínica dos autores. Para Klein, a regressão não contribui positivamente para o processo analítico, pois, de acordo com a autora, o tratamento visa a garantir a conquista e a elaboração da posição depressiva. A regressão, nesse contexto, seria um retrocesso, levando o indivíduo de volta à posição esquizoparanoide. Em contraste, para Winnicott, a regressão tem como objetivo retomar algum estágio do desenvolvimento emocional que não pôde ser integrado devido à ocorrência de falhas ambientais. Ao regredir, o indivíduo tem a oportunidade de elaborar e integrar esse estágio que antes não pôde ser experienciado, desta vez, diante da confiabilidade de um *setting* especializado. Com o intuito de expandir nossos argumentos, recorre-se, ao final, a uma vinheta clínica para ilustrar os temas discutidos.

Palavras-chave: Regressão. Klein. Winnicott. Psicanálise. Clínica.

1 Este trabalho resulta, em parte, da pesquisa realizada durante uma dissertação de mestrado, defendida em agosto de 2023, no Programa de Pós-graduação em Psicologia Clínica da PUC-SP, e de um estudo de pós-doutorado realizado no mesmo Programa e na mesma Instituição, entre 2022 e 2024. Agradecemos ao CNPq pelo apoio financeiro que tornou possível sua realização.

2 Psicanalista, mestre e doutor pelo Programa de Estudos Pós-graduados em Psicologia Clínica da PUC-SP. Professor titular da UNIFEV (Votuporanga, São Paulo, Brasil), no curso de Pós-graduação em Psicanálise Clínica: O Sujeito Contemporâneo. Autor de diversos livros e artigos. Atualmente, realiza um pós-doutorado na PUC-SP, trabalhando com a comparação de diferentes linhagens psicanalíticas e sua relação com a psicopatologia. Finalista do Prêmio Jabuti (2023). Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-6429-8083>. E-mail: alexandrepatriciodealmeida@yahoo.com.br

3 Psicanalista e psicólogo. Mestre e doutorando em Psicologia Clínica pela PUC-SP (São Paulo, Brasil). Autor de artigos científicos e do livro “A interpretação psicanalítica: revisitando Klein e Winnicott”, publicado pela editora Blucher. Cocriador do podcast “Psicanálise de boteco”. Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-3914-3124>. E-mail: filipepevi@hotmail.com

Algumas palavras iniciais

“Como é que se explica que o meu maior medo seja exatamente em relação: a ser? E, no entanto, não há outro caminho” (Lispector, 2020, n.p.).

Uma das mais importantes diferenças entre as linhagens kleiniana e winnicottiana é, sem dúvida, o uso da “regressão” no processo de análise. Para Klein, não faz sentido algum um paciente regredir, pois, segundo a sua teoria, a regressão simbolizaria um retorno à “posição esquizoparanoide” – que, para ela, representa um estágio ainda mais acentuado do sofrimento psíquico. Uma das maiores aquisições do tratamento psicanalítico kleiniano é a conquista e a elaboração da “posição depressiva”, que capacita o indivíduo a se responsabilizar por seus impulsos e a lidar com a ambivalência, indicando certo grau de maturidade psíquica.

Essa passagem, no entanto, requer um trabalho psíquico significativo, já que implica uma nova percepção da realidade em contraste com a posição esquizoparanoide. Tal transformação, por sua vez, envolve a integração de aspectos dolorosos da experiência, promovendo uma compreensão mais complexa e equilibrada de si e do outro – o que Klein nomeou de relações de objeto total. É esse enfrentamento que capacita o paciente a sair do ciclo de cisão, alcançando maior capacidade de reparação e simbolização.

Para Winnicott, todavia, a regressão representa uma oportunidade de resgatar a linha do desenvolvimento que se “interrompeu” em algum estágio da vida devido à incidência de falhas ambientais severas. Através desse retorno, o indivíduo pode reviver um evento traumático específico, mas, desta vez, amparado pela presença do analista em um ambiente seguro e confiável.

O método utilizado neste estudo consiste em uma revisão teórico-conceitual, fundamentada em uma extensa pesquisa bibliográfica sobre o tema da “regressão”, a partir das perspectivas kleiniana e winnicottiana. Este tipo de pesquisa, comum em psicanálise (cf. Mezan, 2024), baseia-se na análise crítica de textos clássicos e contemporâneos aliados à experiência clínica dos autores. Guiamo-nos, assim, pelos vértices de uma “pesquisa teórico-metodológica”, “responsável em última instância pelo crescimento e aperfeiçoamento da disciplina psicanalítica, que complementa e dá suporte à clínica” (Naffah Neto & Cintra, 2012, p. 41).

Para iniciar este percurso, explicamos, a seguir, a concepção kleiniana de amadurecimento psíquico, destacando os motivos pelos quais, segundo a autora, a regressão não pode ser considerada como algo positivo no tratamento analítico.

O desenvolvimento psíquico kleiniano e a noção de regressão

Klein desenvolveu grande parte de sua teoria a partir da análise de crianças muito pequenas. Observando-as, percebeu que, desde o início da vida, nossa psique é permeada por impulsos sádicos e vorazes. Para ela, o bebê já nasce marcado por essa força destrutiva que

Freud (1920/2010) chamou de “instinto de morte” (*death instinct*)⁴, levando-o a perceber o mundo externo como uma ameaça à sua existência. Em seu texto “Sobre a teoria da ansiedade e da culpa”, Klein (1948/2023b) afirma, de forma contundente: “Assim, em minha concepção, o perigo resultante do trabalho interno do instinto de morte é a primeira causa de ansiedade” (p. 56).

Nesse sentido, “A necessidade vital de lidar com a ansiedade força o ego arcaico a desenvolver mecanismos e defesas fundamentais” (Klein, 1946/2023a, p. 27, grifos nossos). Dentre essas defesas, a mais importante e fundamental é a “cisão” (*split*). É através dela que o bebê preserva o seu ego, projetando para fora dele toda essa gama de emoções incompreensíveis e ausentes de simbolismo. A verdade é que: “O bebezinho desamparado deseja, sobretudo, voltar ao conforto do útero materno, portanto, seu ego frágil não sustenta a tensão provocada pelo instinto de morte que, para Klein, é potencialmente destrutivo” (Almeida, 2022, p. 145, grifos nossos). A esse funcionamento primário, a nossa autora denominou “posição esquizoparanoide”.

Devido às frequentes sensações de desconforto – como fome, dor, sono, excesso de estímulos etc. –, ocasionadas pelo contato com o ambiente, o recém-nascido sente-se constantemente perseguido por forças hostis. Isso é resultado direto da clivagem do ego e, conseqüentemente, dos fragmentos que são projetados no meio externo como uma forma de defesa primária.

Ora, se a primeira defesa do infante é a clivagem do ego, que projeta partes de si mesmo para fora, teremos aí um desequilíbrio, conforme aponta Almeida (2022):

Por outro lado, como diz o dito popular, teremos, então, “dois pesos e duas medidas”. Ou seja, se o ego cinde e fica, por sua vez, despedaçado ao projetar suas angústias aniquiladoras para fora, o objeto externo também ficará cindido por efeito dessas penosas projeções. Desse modo, o bebê percebe a mãe que cuida e acalenta como um objeto bom, na medida em que a intensidade de suas projeções diminui – o que a autora chamou de *seio bom*. Simultâneo a isso, quando as projeções ocorrem de maneira muito avassaladora e desordenada, a mãe é sentida como ruim, por mais que ela exerça um cuidado por esse bebê – aqui, nos encontramos com o *seio mau* (p. 145, grifos nossos).

Sendo assim, a cisão, para Klein, é um poderoso mecanismo de defesa do nosso psiquismo. A autora atribui a ela uma importância comparável à repressão no pensamento de Freud (ver “Notas sobre alguns mecanismos esquizoides”, Klein, 1946/2023a). Ao mesmo tempo, é importante lembrarmos que a cisão é um recurso crucial utilizado pela psique ainda imatura devido ao fato de o bebê ser “incapaz” de lidar com a ambivalência de sentimentos – ele não possui maturidade suficiente para perceber que “ama e odeia” o mesmo objeto (a figura materna). Sobre essa ideia, Thomas Ogden (2017) propõe uma interessante analogia. Vejamos:

Apesar de Klein não utilizar analogias etológicas, eu faria uma analogia entre a clivagem e a resposta não-aprendida de um pintinho, frente à percepção do padrão das

4 Gostaríamos de avisar ao leitor que substituímos a tradução original em português de “pulsão” por “instinto”, pois, na tradição inglesa da psicanálise, não existe o termo “pulsão” (*Trieb*, no alemão de Freud).

asas de um falcão. A reação do pintinho é a de fugir e não de atacar o falcão (exceto quando encurralado), isto é, *separar-se do perigo*. . . . Cada uma das defesas psicológicas primitivas pode ser vista como uma construção sustentada no modo de manejo do perigo observado na clivagem, isto é, construída com base no esforço biologicamente determinado de *gerar segurança através do distanciamento entre ameaçador e ameaçado* (pp. 53-54, grifos nossos).

A cisão do ego tende a ser o resultado de uma forte ansiedade que está relacionada, entre outros aspectos, à necessidade frustrada de controle. O recém-nascido não consegue “organizar” essa nova realidade – sentida por ele como ameaçadora. O que ele pode fazer, nesse funcionamento cindido, é “reagir”. Nesse sentido, Klein (1946/2023a) salienta: “O impulso destrutivo é parcialmente projetado para fora (deflexão do instinto de morte) e, acredito, prende-se ao primeiro objeto externo, o seio da mãe” (p. 27).

Um aspecto significativo da abordagem kleiniana é o destaque dado ao fator constitutivo. Isso, porém, não significa que a autora desconsidere o papel do ambiente no desenvolvimento emocional. Em outras palavras, para Klein (1946/2023a), o impacto das forças instintuais inatas tem um peso maior na formação do ser. Acompanhemos as suas ideias:

Temos razões, creio eu, para supor que algumas funções que encontramos no ego mais tardio lá *estão desde o início*. Proeminente entre elas é a de lidar com a ansiedade. Considero que a ansiedade surge da operação do instinto de morte dentro do organismo, é sentida como medo de aniquilamento (morte) e toma a forma de medo de perseguição. O medo do impulso destrutivo parece ligar-se imediatamente a um objeto, ou melhor, é vivenciado como medo de um incontrolável objeto dominador (pp. 26-27, grifo nosso).

Dado o poder avassalador do instinto de morte, o bebê inevitavelmente passa a perceber a figura cuidadora como algo persecutório. Devido à imaturidade e à ausência de uma capacidade simbólica desenvolvida, o lactente projeta suas próprias ansiedades internas na figura materna, enxergando-a de maneira confusa e fragmentada – em termos kleinianos, temos, aqui, uma relação de objeto parcial.

Essa é a razão pela qual o bebê leva algum tempo para entender que a mãe que cuida (seio bom) é a mesma mãe que falha (seio mau). Citamos Klein (1946/2023a):

A questão que se coloca é se alguns processos ativos de cisão dentro do ego podem ocorrer mesmo num estágio tão inicial. Como supomos, o ego *arcaico cinde ativamente o objeto e a relação com este e isso pode implicar certa cisão ativa do próprio ego*. De qualquer modo, o resultado da cisão é uma dispersão do impulso destrutivo sentido como fonte de perigo. Sugiro que a ansiedade primária de ser aniquilado por uma força destrutiva interna, com a resposta específica do ego de despedaçar-se ou cindir-se, pode ser extremamente importante em todos os processos esquizofrênicos (p. 27, grifo nosso).

Assim, o dilema da posição esquizoparanoide surge quando o sujeito projeta seus fragmentos hostis para fora, fazendo com que a ameaça interna pareça uma presença livre no ambiente externo. Dessa forma, o mundo e seus objetos começam a ser percebidos como igualmente hostis pelo indivíduo fragmentado, gerando o que Klein (1946/2023a) denomina “ansiedade persecutória”. Citamos a autora:

A introjeção e a projeção também são usadas desde o início da vida a serviço desse objetivo primário do ego. A projeção, tal como Freud descreveu, origina-se da deflexão do instinto de morte para fora e, a meu ver, ajuda o ego a superar a ansiedade livrando-o de perigo e de coisas más. A introjeção do objeto bom é também usada pelo ego como uma defesa contra a ansiedade (p. 29).

Contudo, uma mudança significativa ocorre nos bebês quando suas vivências são predominantemente satisfatórias: ao atender de forma consistente às necessidades do lactente, a figura materna passa a ser percebida como um “objeto bom”. Nesse contexto, uma das primeiras experiências plenamente gratificantes é a amamentação, que vincula uma necessidade fisiológica a uma vivência psíquica positiva.

Aqui, observamos uma conexão entre o corpo (fome) e o psiquismo (sensação de saciedade). Em síntese, ao receber o seio nutridor, o bebê direciona toda a sua gratificação a esse objeto, percebendo-o como o “seio bom”. Da mesma forma, ele projeta seus impulsos destrutivos no “seio mau”, que tende a se intensificar à medida que a figura cuidadora o frustra. Vejamos:

Portanto, além da separação entre um seio bom e um seio mau na fantasia do bebê, o seio frustrador – atacado em fantasias sádico-orais – é sentido como fragmentado; e o seio gratificador – tomado para dentro sob a prevalência da libido de sucção – é sentido como inteiro. Esse primeiro objeto bom interno atua como um ponto focal no ego (Klein, 1946/2023a, p. 28).

Segundo Klein (1946/2023a), os processos de cisão, onipotência e idealização do “seio bom” e o ódio pelo “seio mau” predominam aproximadamente até os quatro meses de idade. Inicialmente, ela se refere a essa dinâmica como “posição paranoide”⁵; entretanto, em 1946, definiu o termo definitivo que se consagrou na psicanálise: “posição esquizoparanoide”.

Em resumo, enquanto o ego do bebê permanece “fragmentado”, ele projeta sua destrutividade, originada do instinto de morte, no único objeto com o qual mantém contato. Esse objeto é ainda percebido de forma parcial, pois tanto a criança quanto a figura materna estão fusionadas devido ao uso constante de “identificações projetivas”⁶. Como consequência desses ataques, o bebê passa a temer retaliações do objeto, imaginando-se perseguido e ameaçado de destruição com a mesma intensidade da sua própria agressividade inicial. Essa dinâmica constitui grande parte das ansiedades centrais na posição esquizoparanoide.

5 Em uma nota de rodapé do artigo “Notas sobre alguns mecanismos esquizoides”, Klein afirma que até a data dessa publicação (1946), ela utilizava o termo “posição paranoide” como sinônimo da “posição esquizoide”, proposta por W. R. D. Fairbairn (Klein, 1946/2023a, p. 24).

6 A “identificação projetiva” é um mecanismo de defesa originário da posição esquizoparanoide, que ocorre desde o início da vida do bebê. “Sendo ainda tão precário e vendo-se assaltado por pulsões tão violentas, o ego arcaico não encontra outro caminho senão enviar ‘partes do seu self’ (aqui, ‘self’ abrange um conglomerado primitivo ‘ego-id’) ao ambiente, *para que este ambiente providencie algum tipo de processamento destes seus aspectos ‘insuportáveis’*” (Cintra & Figueiredo, 2010, p. 103, grifos nossos). Podemos pensar a identificação projetiva como um “grito de socorro”, pois, ao não conseguir processar alguma ansiedade, a “cisão” é a única saída encontrada pela psique para expulsar tamanha turbulência interna. Quando essas partes más do ego são projetadas para fora, o indivíduo sente-se aliviado. Porém, é importante lembrarmos: toda projeção envolve um empobrecimento do ego, afinal, uma parte do ego é sempre impulsionada para fora, resultando no seu enfraquecimento e numa fusão/mistura entre sujeito-objeto.

Nessa posição, dois tipos de angústia predominam: 1) a angústia de aniquilamento, resultante da ação do instinto de morte; e 2) a angústia persecutória, que emerge quando o bebê se sente ameaçado e perseguido pelo objeto externo, alvo de suas projeções destrutivas.

Em decorrência da extrema fragilidade do ego arcaico, “. . . essas experiências são sentidas desde o início como sendo causadas por objetos. Mesmo se esses objetos são sentidos como externos, através da introjeção eles se tornam perseguidores internos e assim reforçam o medo do impulso destrutivo interno” (Klein, 1946/2023a, pp. 26-27).

Dito de outra forma: tudo é uma grande confusão na vida inicial do bebê que, se não se utilizar da cisão (percebendo, assim, a realidade de maneira dividida, entre boa e má), poderá, facilmente, enlouquecer. Como bem afirma Ogden (2017):

O bebê *deve ser capaz de clivar* para que possa se alimentar de modo seguro, sem a intrusão da ansiedade de que está machucando sua mãe e sem a ansiedade de que ela irá machucá-lo. É necessário que o bebê sinta que a mãe que está cuidando dele é totalmente amorosa e não tem conexão alguma com a mãe que o “machuca” ao fazê-lo esperar. A ansiedade que emerge do pensamento que a mãe acolhedora e a mãe frustrante são a mesma roubaria do bebê a garantia que ele necessita para se alimentar de forma segura (pp. 62-63, grifo nosso).

Paradoxalmente, o lactente precisa dividir o ego para poder confiar no “seio bom” – um objeto seguro que o conforta em meio ao seu intenso terror esquizoparanoide. Contudo, o uso excessivo dessa divisão dificulta sua capacidade de lidar com a ambivalência. Quando o indivíduo sente uma necessidade constante de se proteger através da clivagem, isso indica uma confiança relativamente baixa no ambiente externo. A esse respeito, vejamos o que Petot (2016) tem a dizer:

Na falta desta separação, o bom objeto não pode ser considerado como tal, sendo assim impossível para o lactente proteger e assegurar, na e através de uma relação de confiança com o objeto ideal, a segurança do ego. Na ausência desta clivagem primitiva do bom e do mau seio (incluindo a forma extrema que opõe o seio “ideal” ao “seio muito mau”) não pode haver edificação do bom objeto e não há, portanto, nada que tenha a natureza propícia a constituir o núcleo (core) organizador do ego, em seguida, do superego (pp. 109-110).

Grosso modo, de acordo com a linhagem kleiniana, desde os primeiros momentos de vida, o bebê vai introjetando o seio de diversas formas como uma espécie de mosaico constituído por múltiplas peças. Assim, se o seio é “sentido” como uma representação do seu mundo interno, há de se convir que o recém-nascido nunca estará diante do mesmo seio até que o seu senso de percepção se amplie e o ego arcaico amadureça.

Quando os cuidados são predominantemente satisfatórios, o bebê consegue, enfim, internalizar o que Klein (1946/2023a) chamou de “bom objeto” – associado às lembranças de uma experiência de cuidado acolhedora –, o que contribui para a integração do ego. Por volta dos seis meses, geralmente coincidente com o desmame, a ansiedade do bebê passa a ser sentida de maneira diferente, pois as relações de objeto, antes parciais, tornam-se totais. Em outras palavras, a criança passa a reconhecer que a mãe que cuida (boa) e a mãe que frustra (má) são a mesma pessoa. Surge, então, um conflito: ao atacar o “seio mau”, o bebê teme que possa também ferir o “seio bom”.

Esse momento marca uma nova etapa no desenvolvimento psíquico. Ao alcançar certo grau de integração, o bebê começa a se “responsabilizar” pelos ataques ao “seio bom”, que merece seu amor e gratificação, e assim conquista o que Klein (1946/2023a) denominou “posição depressiva”. Nas palavras da autora:

Com a introjeção do objeto completo, em torno do segundo trimestre do primeiro ano, são dados passos significativos para a integração. Isso implica mudanças importantes na relação com os objetos. Os aspectos amados e odiados da mãe não são mais sentidos como tão separados, e o resultado é uma intensificação do medo da perda, estados afins ao luto e um forte sentimento de culpa, porque os impulsos agressivos são sentidos como dirigidos contra o objeto amado. A posição depressiva passa para o primeiro plano. A própria experiência dos sentimentos depressivos, por sua vez, tem por efeito uma maior integração do ego, porque resulta numa maior compreensão da realidade psíquica e numa melhor percepção do mundo externo, como também numa maior síntese entre situações internas e externas (p. 38).

Nesse estágio de amadurecimento, o indivíduo começa a experimentar a realidade externa de uma forma mais complexa e coesa. Durante a posição esquizoparanoide, sua percepção do mundo era dividida de forma rígida entre bom e mau, com os objetos externos sendo vistos de maneira fragmentada e sem nuances. Essa divisão simplificada servia como uma defesa contra sentimentos de medo e desamparo, uma vez que facilitava a projeção dos impulsos destrutivos e agressivos em objetos específicos ao mesmo tempo em que preservava outros, como fontes de segurança e satisfação.

Com a transição para uma percepção mais integrada, o indivíduo deixa de ver o mundo externo em extremos rígidos e passa a reconhecer que os mesmos objetos podem tanto frustrar quanto satisfazer. Essa capacidade de perceber os objetos como “totais”, ou seja, contendo aspectos bons e maus simultaneamente, marca um avanço significativo: ele começa a lidar com a ambivalência, compreendendo que a figura materna, por exemplo, pode cuidar e frustrar ao mesmo tempo sem deixar de ser a mesma pessoa. Esse novo entendimento permite que ele forme vínculos mais realistas e duradouros, pois as figuras externas deixam de ser idealizadas ou demonizadas e passam a ser percebidas com suas devidas imperfeições e qualidades.

Na abordagem kleiniana, é essencial explorar o período primitivo da vida do paciente, já que ele se manifesta principalmente na relação transferencial – no “aqui e agora” com o analista. Essa é a única forma de compreender a raiz da transferência, que reflete ansiedades persecutórias, sentimentos de culpa e agressividade. Klein (1952/2023c) enfatiza a importância de interpretar tanto as transferências positivas quanto as negativas. Para ela, assim como os instintos de vida e morte (amor e ódio) estão profundamente entrelaçados, a ambivalência domina a cena transferencial, ora de maneira cindida, ora de forma integrada. Como diz a própria autora:

Em termos gerais, na mente do bebê, toda experiência externa está entrelaçada com suas fantasias e, no entanto, toda fantasia contém elementos da experiência real, e é unicamente *analisando a situação de transferência em sua profundidade* que seremos capazes de descobrir o passado, tanto em seus aspectos realistas como em seus aspectos fantasiosos (p. 86, grifo nosso).

A figura do analista pode representar simultaneamente o bom e o mau objetos introjetados pelo paciente, encarnando aspectos tanto acolhedores quanto frustrantes de suas experiências iniciais. É somente através da conexão contínua entre experiências atuais e primitivas que passado e presente podem, de fato, se integrar, promovendo uma conexão mais profunda e estruturante no que diz respeito à relação analítica.

Em resumo, ao reduzir a ansiedade persecutória, característica da posição esquizoparanoide, e ao trabalhar a culpa associada à responsabilidade por impulsos destrutivos, oriunda da posição depressiva, o indivíduo começa a lidar melhor com a ambivalência. Esse processo fortalece o ego e permite uma integração gradativa, alcançada por meio da interpretação das fantasias inconscientes, eixo central da técnica kleiniana.

Considerando o trabalho minucioso que envolve a elaboração da posição depressiva, não é possível, dentro dessa perspectiva, ver a regressão à posição esquizoparanoide como um ganho. A cisão do ego ocorre naturalmente em momentos de grande ameaça quando o aparelho psíquico não consegue suportar o estresse. Entretanto, se o ego conseguir reintegrar-se após o impacto, há um avanço em direção à maturidade psíquica. Essa maturidade é alcançada quando o indivíduo se responsabiliza por sua posição no mundo, isto é, ao se colocar em primeira pessoa, de maneira implicada. Assim, a regressão à posição esquizoparanoide é vista como um retrocesso indesejável.

Outros analistas kleinianos também trouxeram importantes reflexões sobre a regressão analítica. Um exemplo notável é o texto de Paula Heimann e Susan Isaacs (1952/1969), intitulado “Regressão”. Nele, as autoras apontam que o colapso da fase genital – que representa uma conquista da maturidade psíquica – afeta simultaneamente a libido, os instintos destrutivos e as realizações do ego. Esse processo regressivo envolve, portanto, uma espécie de deterioração do caráter e enfraquecimento das sublimações, o que pode interferir na aquisição dos impulsos reparadores, essenciais para a saúde mental.

Enquanto o indivíduo consegue manter seus impulsos destrutivos sob controle e reparar eventuais danos, ele é capaz de operar na fase genital, tolerando a frustração real e direcionando a libido para novos objetos. A sublimação, ao ser sustentada, permite que a busca por novas fontes de gratificação o ajude a lidar com as frustrações.

No entanto, se a reparação e a sublimação falham, as defesas do ego se desmoronam. As gratificações ligadas à libido se perdem, os impulsos destrutivos se intensificam e antigas ansiedades pré-genitais ressurgem. Nesse cenário, o desespero e o medo de perseguição tornam as frustrações insuportáveis, desencadeando um círculo vicioso em que os impulsos arcaicos e suas ansiedades voltam com força, enquanto a sublimação e a reparação entram em colapso. Para Heimann e Isaacs (1952/1969), esse é um dos prejuízos atribuídos à regressão.

Jan Abram (2018), em um trabalho recente, corrobora as nossas constatações:

Minha impressão é que Melanie Klein deve ter observado muitos desses desenvolvimentos. Winnicott estava escrevendo sobre *holding* e interpretação desde meados da década de 1950, quando ela ainda estava viva, e seu trabalho sobre regressão, como você sabe, foi muito desaprovado por Klein, Segal e Joseph. Tenho a sensação de que Klein nunca teria concordado com muitos dos desenvolvimentos depois que ela morreu porque as evidências sugerem que é improvável que ela tenha mudado de ideia

sobre suas formulações. Portanto, embora reconheça a diferença de idade entre Klein e Winnicott, considero importante e valioso comparar suas perspectivas, apesar da discrepância de idade e época (p. 152, tradução nossa).

Em contraste, nas próximas linhas, demonstraremos como a regressão pode ser percebida como algo positivo para o processo psicoterapêutico na linhagem winnicottiana.

Ser e continuar sendo: a regressão como um ato de esperança

Winnicott é, sem dúvida, um pensador da natureza humana. Sua formação em pediatria permitiu-lhe observar de perto os desafios do amadurecimento infantil (cf. Almeida & Naffah Neto, 2021). A experiência adquirida no trabalho com mães, bebês, crianças, adolescentes e famílias ampliou sua compreensão das complexas interações entre ambiente e indivíduo desde os primeiros momentos de vida. Ele notou que o desenvolvimento pessoal não segue uma trajetória linear; ao contrário, tendemos a regressar a estágios iniciais da vida quando enfrentamos crises ou dificuldades.

Ao aplicar a teoria e o método psicanalítico em seus pacientes, Winnicott validou diversas descobertas fundamentais para a psicanálise, mas também identificou diferenças importantes entre suas observações cotidianas e certas afirmações de Freud e Klein. Em suas releituras dos textos clássicos, ele revisou os papéis da sexualidade e do complexo de Édipo tanto nos processos saudáveis quanto nos patológicos do desenvolvimento emocional. Embora continuasse a valorizar esses fenômenos, o autor britânico apontou outros fatores que, segundo ele, eram igualmente centrais para os adoecimentos psíquicos.

Winnicott ainda introduziu uma nova visão do ser humano, fundamentada na ideia de “ser”. Para ele, o indivíduo evolui de um estado de “não ser” para o “ser”; esse estado de ser implica viver a partir de si mesmo sem ser pressionado ou moldado pelas demandas do mundo. Tal concepção representa uma nova ontologia, que também se liga a uma teoria da saúde e da inserção do indivíduo na vida cultural.

Em uma palestra proferida na *Psychotherapy and Social Psychiatry Section* da *Royal Medico-Psychological Association*, em 8 de março de 1967, intitulada “O conceito de indivíduo saudável”, Winnicott (1967/2021f) afirmou:

A vida de um indivíduo saudável é caracterizada tanto por medos, sentimentos conflituosos, dúvidas e frustrações como por características positivas. O principal é o que o homem ou a mulher sintam que *estão vivendo a própria vida*, assumindo responsabilidades pela ação ou pela inatividade, e sejam capazes de assumir o crédito pelo sucesso e a culpa pelas falhas. Em outras palavras, pode-se dizer que o indivíduo passou da dependência para a independência, ou para a autonomia (p. 29).

Pois bem, podemos dizer que Winnicott é um autor da psicanálise que se diferencia dos demais justamente por ter criado uma “teoria do desenvolvimento emocional” – ou “maturacional”, como preferem alguns autores. Logo, toda a clínica winnicottiana gira em torno desse referencial teórico.

No ensaio clássico “Desenvolvimento emocional primitivo”, Winnicott (1945/2021a) estabelece fundamentos para algumas de suas principais teses, que serão aprofundadas

ao longo de sua obra científica. Ele identifica três processos que se iniciam nos primeiros momentos de vida: 1) integração, 2) personalização e, como consequência destes, 3) realização – que envolve a percepção de tempo, espaço e outras propriedades da realidade, além da construção de uma unidade entre psique e soma.

Iniciemos pelo primeiro processo: a integração. Segundo Winnicott (1945/2021a), nascemos com uma tendência inata à integração, que se desenvolve especialmente por meio dos cuidados oferecidos pelo ambiente ao bebê. Esses cuidados envolvem o *holding* (acolher, segurar, aquecer) e o *handling* (banhar, trocar, manusear). Nessa fase de intensa dependência e vulnerabilidade, é essencial que a mãe esteja totalmente dedicada às necessidades do bebê, pois ambos vivem em uma espécie de fusão. O bebê ainda não distingue entre “eu” e “não-eu” – aspecto que inspirou a conhecida expressão winnicottiana: “não existe essa coisa que vocês chamam de bebê”⁷.

Winnicott (1945/2021a) emprega o termo “integração” tanto para designar a disposição inata ao amadurecimento quanto para referir-se às diversas integrações parciais que ocorrem progressivamente ao longo da vida, partindo do estado inicial de não-integração. A tarefa de se integrar ao tempo e ao espaço é fundamental para o desenvolvimento do bebê, pois, sem ela, não há possibilidade de sentido de realidade, deixando o infante imerso em uma espécie de abismo sem fim.

Embora a integração se inicie no período inicial da vida, o processo se estende por toda a infância, adquirindo novas formas e conexões que podem favorecer ou dificultar a percepção espaço-temporal. Integrar a criança ao tempo e ao espaço, contudo, não significa inseri-la diretamente no mundo externo; nos primeiros momentos da vida, ninguém está suficientemente amadurecido para sustentar ou sequer perceber o sentido de realidade (Naffah Neto, 2023).

O recém-nascido vive numa continuidade existencial estendida ao outro, marcada por alguns ritmos, como o batimento cardíaco da mãe, sua respiração e movimentos. Esse contato com o tempo é, de início, uma “continuidade de ser” – captada de maneira sutil. Assim, justamente pelo fato de habitar um mundo subjetivo, apresentar ao bebê a noção de tempo e espaço implica oferecer essas experiências de modo também subjetivo (cf. Almeida, 2023). Como bem observa Naffah Neto (2019):

Entretanto, esse sujeito ainda não existe inteiramente constituído, isto é, podemos dizer que não existe nenhuma pessoa ou que existe exclusivamente a primeira pessoa (considerando a experiência do bebê). Isso se torna menos complexo se lembrarmos que, nos tempos primitivos, o bebê funde-se com o ambiente nos estados de relaxamento, entrando em uma espécie de vivência oceânica – portanto, em sua experiência, não existe nenhuma pessoa. Entretanto, nos períodos em que é atravessado por uma urgência instintual e sofre integrações espaciotemporais efêmeras (capazes de conduzi-lo à busca

7 No texto “A ansiedade associada à insegurança”, Winnicott (1952/2021c) escreve que há uns dez anos ele havia provocado uma verdadeira confusão na Sociedade Britânica de Psicanálise ao enunciar a frase: “Isso que chamam de bebê não existe”. O autor se justifica, explicando melhor o que gostaria de ter dito: “... se vocês me mostrarem um bebê, mostrarão também, com certeza, alguém cuidando desse bebê, ou ao menos um carrinho ao qual estão grudados os olhos e ouvidos de alguém. O que vemos, então, é ‘a dupla de cuidados’” (p. 215).

do seio), um sujeito evanescente emerge para desaparecer em seguida – portanto, nesses fragmentos de tempo, *existe somente a primeira pessoa* [ênfase adicionada] (p. 214).

Assim, o primeiro sentido de tempo do bebê está profundamente ligado à presença contínua da mãe e à regularidade com que ela responde às suas inúmeras necessidades, que vão além das puramente fisiológicas. Nesse início, o lactente ainda não tem consciência da existência da mãe, mas sente os efeitos de sua presença e, aos poucos, começa a construir uma memória corporal dessa companhia. Para que a continuidade de seu ser se mantenha e seu mundo subjetivo permaneça vivo, o bebê precisa sentir-se assegurado por essa presença constante. É essa constância que possibilita o que Winnicott (1967/2021f) chamou de “ilusão de onipotência”: uma sensação de que suas necessidades são imediatamente atendidas, reforçando seu sentimento de segurança e unidade. Em suas palavras: “Refiro-me ao processo bidirecional em que a criança vive num mundo subjetivo e a mãe se adapta, com o intuito de dar a cada criança um suprimento básico da *experiência de onipotência*” (p. 23).

Agindo dessa forma, a mãe propicia que o bebê seja iniciado na periodicidade do tempo, tendo como matriz o seu próprio ritmo corporal. Naffah Neto (2023) afirma que, pela repetição da experiência, um sentido de futuro, ainda que precário, passa a ser constituído: o bebê começa a ser capaz de prever o que virá a partir das suas próprias necessidades, tornadas reais pela resposta materna. Se a mãe (ou o ambiente) impõe ao bebê um ritmo que lhe é externo, a sua temporalidade subjetiva e a sua “coesão psique-soma”⁸ acabam por ser prejudicadas, senão impedidas.

Igualmente importante, além da integração, é o desenvolvimento do sentimento de estar dentro do próprio corpo, ou seja, o estágio de “personalização”. “Novamente, é a experiência instintiva e a reiteração das silenciosas experiências de cuidados corporais que constroem, gradualmente, o que podemos chamar de *personalização satisfatória*” (Winnicott, 1945/2021a, p. 290, grifo nosso). Nessa etapa, por meio da elaboração imaginativa corporal⁹, o bebê vai, aos poucos, alocando sua psique no soma. Trata-se de um processo complexo e delicado que precisa ser sustentado pela presença da figura cuidadora. Nas palavras de Winnicott (1949/2021b):

Suponho que a palavra psique, aqui, significa elaboração imaginativa das partes, sentimentos e funções somáticos, ou seja, da vivacidade física. Sabemos que essa elaboração imaginativa depende da existência de um cérebro saudável em funcionamento, especialmente de certas partes dele. ... Gradualmente, os aspectos psíquico e somático do indivíduo em crescimento envolvem-se num processo de inter-relacionamento mútuo. Essa interação da psique com o soma constitui uma fase inicial do desenvolvimento individual (p. 408).

“O soma é o corpo vivo, que vai sendo personalizado à medida que é elaborado imaginativamente pela psique” (Dias, 2003, p. 104). “A natureza humana não é uma questão de corpo e mente¹⁰ – e sim uma questão de psique e soma inter-relacionados, sendo a mente um ornamento no ponto culminante de seu funcionamento” (Winnicott, 1988/2024, p. 45). O corpo elaborado imaginativamente é o corpo que respira, se move, descansa, mama, brinca

8 Winnicott (1988/2024) utiliza exatamente essa grafia na intenção de indicar as unidades psique e soma.

9 Ver Naffah Neto (2023).

10 Sobre a diferença entre psique e mente, ver Almeida, Naffah Neto e Vieira (2024).

etc. Tudo que é experienciado pelo bebê, através do seu corpo, será personalizado pela elaboração imaginativa.

Grosso modo, a conquista gradual do corpo está intimamente relacionada com o processo de espacialização do bebê. Durante todo o período em que a coesão psicossomática está ocorrendo, pela via dos cuidados maternos, os braços da mãe e o corpo do bebê são uma e a mesma coisa de modo que se pode dizer que *“a primeira morada do bebê é o próprio corpo do lactente no colo da mãe”* (Dias, 2003, p. 209).

No estágio da “realização”, o bebê começa a estabelecer “relações objetais” propriamente ditas (cf. Almeida & Naffah Neto, 2024). Para que algum sentido de realidade se forme, porém, é necessário que essa experiência seja oferecida ao bebê dentro da única realidade possível para ele: a realidade subjetiva, construída com base na confiabilidade do ambiente. Nesse contexto, o importante processo de desadaptação da mãe (ou figura materna) se torna a chave para impulsionar a desilusão do bebê – não como uma experiência negativa, mas como um passo essencial. Com o tempo, o lactente precisa reconhecer a existência de um mundo externo, em que seu controle é limitado. Se, nessa fase inicial, lhe for oferecida uma interação criativa e subjetiva com o ambiente, ele desenvolverá, gradualmente, a capacidade de se adaptar a essa nova realidade. Ao mesmo tempo, ele manterá sua capacidade de confiar e acreditar, encontrando um equilíbrio saudável entre o mundo subjetivo e o objetivo.

Lembremos, pois, que é somente a partir da ilusão primária que se pode esperar que a criança consiga aceitar a existência independente de um mundo externo e de assimilar as futuras desilusões: *“A adaptação ao princípio da realidade deriva espontaneamente da experiência de onipotência – isto é, no contexto do relacionamento com objetos subjetivos”* (Winnicott, 1963/2022b, p. 230). Quando a ilusão é bem instalada, a criança vem a saber, com o tempo, da existência separada da realidade externa, compreendendo agora que o mundo sempre esteve lá, independentemente da sua percepção. No entanto, o sentimento de que o mundo é criado pessoalmente não desaparece: *“Se o indivíduo permanece vivo, a sua raiz pessoal continua fincada no mundo imaginativo, e é somente a partir daí que a aceitação do mundo externo não equivale à aniquilação”* (Dias, 2003, p. 217).

Entre os vários aspectos que configuram o processo de desilusão, o desmame é uma conquista significativa. Se o próprio bebê não o faz, é a mãe quem deverá efetuar-lo. Por outro lado, o processo de separação precisa ser gradual e ponderado. A criança necessita libertar-se dos braços maternos sem o risco de cair num espaço vazio; ela tem de ir para uma área maior de controle, algo que possa simbolizar, metaforicamente, o lugar que ela deixou. Temos, assim, o surgimento dos fenômenos transicionais e objetos transicionais – um dos conceitos mais conhecidos e popularizados do nosso autor.

A área transicional obedece a uma lógica paradoxal, que ultrapassa a simples oposição entre ser e não ser: do ponto de vista da criança, esses objetos, embora sejam criados, não são exatamente o que representam. É neste espaço intermediário, entre o não-ser e o ser, que a existência do sujeito se desdobra, promovendo a construção de sua subjetividade. A aceitação da realidade nunca é completa, pois a tensão entre a realidade interna e a externa sempre permanece, e o alívio para essa tensão surge justamente nessa área intermediária da experiência, em que não há necessidade de contestação.

Os fenômenos transicionais não têm uma resolução final e constituem uma parte fundamental da vida do bebê, continuando presentes na vida adulta. Eles permanecem vivos na intensa experimentação relacionada às artes, à religião, ao imaginário e ao trabalho científico criativo. Em outras palavras, esses fenômenos não são limitados à infância ou aos primeiros momentos da constituição do sujeito, mas formam uma área intermediária que possibilita o viver criativo ao longo de toda a vida.

Após essa breve explicação da teoria winnicottiana, podemos constatar que o amadurecimento psíquico, para o nosso autor, nada mais é do que um árduo processo de “vir a ser” – com altos e baixos, idas e vindas. Citamos Naffah Neto (2019) novamente:

Mas o que acontece quando falhas ambientais precoces produzem um congelamento do processo de amadurecimento do bebê através da criação de um falso self patológico que, por meio do mecanismo da cisão, passa a encobrir o self verdadeiro, ainda em estado embrionário, como uma espécie de escudo protetor? Ocorre o que poderíamos designar como uma alienação da primeira pessoa na alteridade, ou seja, na segunda pessoa. Assim, o bebê deixa de agir em primeira pessoa – a partir de suas necessidades próprias – para reagir às intrusões de um ambiente traumatogênico, mimetizando seus traços na formação desse falso self patológico. Com o encobrimento do self verdadeiro, a primeira pessoa se eclipsa e quem assume o seu lugar é um mimetismo de outrem. Por essa razão, nas regressões à dependência, trata-se, justamente, de restaurar o funcionamento em primeira pessoa, propiciando ao paciente a participação ativa na construção do seu destino (p. 215).

Esse é o ponto central da psicanálise winnicottiana. Para Winnicott (1954/2021d), todos nós temos o “direito” de regredir aos estágios mais primitivos do desenvolvimento quando nossa integridade psíquica é ameaçada. A confiabilidade do ambiente, portanto, precisa garantir essa possibilidade de retorno, uma necessidade que acompanha o indivíduo até o fim da vida (cf. Almeida & Vieira, 2023).

Embora não se possa definir idades exatas para as etapas do amadurecimento, Winnicott (1945/2021a) sugere que, por volta de um ano a um ano e meio, as crianças começam a estabelecer a integração da personalidade, que se consolida entre os dois e três anos. Em algum momento da infância, o sujeito alcança a consciência de si como uma existência unitária, desenvolvendo uma identidade própria.

Se pudesse expressar esse sentimento nas primeiras fases da vida, a criança diria: “EU SOU”. Esse “EU” é fruto do longo e complexo processo de integração, iniciado desde os primórdios de sua experiência. Todavia, essa unidade do eu não é totalmente homogênea e sem conflitos; é um estado de integração espaço-temporal, no qual partes da identidade estão ligadas e organizadas, em contraste com um estado de fragmentação e dispersão.

Alcançar essa consciência de ser representa, paradoxalmente, um fim e um começo: a conquista de “EU SOU” – o sentimento de ser real e de existir como identidade – não é um fim em si, mas uma base a partir da qual a vida pode ser vivida. A criança, agora, sente-se mais ancorada no próprio corpo, percebendo-se delimitada pela pele, que a separa do que é externo, o que não pertence a ela. Ao mesmo tempo, passa a ter um “interior”, um espaço psíquico pessoal, onde registra suas experiências e constrói um vasto repertório de

memórias e fantasias, incluindo formações inconscientes reprimidas que enriquecem sua estrutura psíquica.

Diferentemente da teoria kleiniana, a abordagem de Winnicott é focada nas múltiplas fases do desenvolvimento individual e no processo de construção de uma identidade autêntica. Segundo ele, o objetivo é que o indivíduo alcance um estado de “ser” ancorado no sentimento de sentir-se real, de que a vida vale a pena ser vivida. Se essa condição não for atendida, o sujeito está condenado a uma existência falsa, pautada apenas no “fazer”.

De acordo com Winnicott (1954/2021d), portanto, a regressão pode ser um objetivo terapêutico legítimo, permitindo ao indivíduo descobrir seu verdadeiro “eu”, assumindo sua própria narrativa em primeira pessoa. Esse ponto de vista também contribui para pensarmos em diferentes manejos na prática clínica com os “casos difíceis”. Vejamos:

Os quadros de patologias mais graves certamente precisam de um tratamento diferenciado, orientado pelo manejo do analista e pelo *holding*, que poderá favorecer o processo de regressão à dependência do analisando, por meio de uma relação de confiabilidade, que se edifica na essência do encontro analítico. Tal processo pode, quando bem sustentado, recuperar os estágios da vida que ficaram congelados devido às falhas e às intrusões ambientais. Vale destacar, porém, que é o próprio paciente quem regride, valendo-se do seu gesto espontâneo, quando existem condições para isso (Almeida & Vieira, 2023, p. 276).

Klein e Winnicott: encontros e desencontros na prática analítica

Ao longo deste artigo, observamos que o bebê, segundo Winnicott (1954/2021d), precisa passar por diversas conquistas para alcançar uma integração saudável, sendo o ambiente um fator essencial nesse processo. Experiências precoces, vividas antes da integração de certas capacidades do ego, podem ser profundamente prejudiciais ao desenvolvimento do indivíduo.

Não à toa, o pediatra e psicanalista britânico destaca:

- A doença psicótica está relacionada a uma falha ambiental num estágio primitivo do desenvolvimento emocional do indivíduo. A sensação de inutilidade e irreabilidade derivam do desenvolvimento de um falso self que surge como proteção ao verdadeiro self.
- O setting analítico reproduz as técnicas de maternagem da primeira e primeiríssima infância. O convite à regressão resulta de sua confiabilidade.
- A regressão de um paciente é um retorno organizado à dependência inicial ou à dupla dependência. O paciente e o contexto fundem-se um ao outro para criar a situação bem-sucedida original do narcisismo primário. O progresso a partir do narcisismo primário tem novo início, com o verdadeiro self agora capaz de enfrentar as falhas do ambiente sem a organização de defesas que envolvam a proteção do verdadeiro self por um falso self.
- Nesta medida, a doença psicótica pode ser tratada apenas por uma provisão ambiental especializada acoplada à regressão do paciente.
- O progresso a partir dessa nova posição, com o verdadeiro self entregue ao ego total, pode agora ser estudado em termos dos complexos processos do crescimento individual (Winnicott, 1954/2021d, pp. 474-475).

Essa citação de Winnicott sintetiza os objetivos do trabalho analítico – a depender do grau de integração do ego – bem como aponta a importância da regressão no tratamento de pacientes gravemente traumatizados. Esse aspecto também diferencia sua técnica da abordagem de Klein, que não trabalha com a concepção de trauma, mas sim com a força instintual – em especial o instinto de morte – como fator central na origem dos adoecimentos. Citamos a nossa autora:

A força do ego – refletindo o estado de fusão entre os dois instintos – é, creio, *constitucionalmente determinada* [ênfase adicionada]. Quando, na fusão, predomina o instinto de vida – o que faz supor uma ascendência da capacidade de amar –, o ego é relativamente forte e mais capaz de suportar a ansiedade suscitada pelo instinto de morte e de contrabalançá-la. Na medida em que a força do ego pode ser mantida e incrementada é, em parte, afetada por fatores externos, especialmente a atitude da mãe em relação ao bebê. No entanto, mesmo quando predominam o instinto de vida e a capacidade de amar, impulsos destrutivos continuam a ser defletidos para o exterior e contribuem para a criação de objetos persecutórios e perigosos, que são reintrojados. Além disso, os processos primários de introjeção e projeção levam a constantes mudanças na relação do ego com seus objetos, com flutuações entre objetos internos e externos, bons e maus, segundo as fantasias e emoções do bebê, e segundo o impacto de suas experiências reais (Klein, 1958/2023e, p. 304).

Klein (1957/2023d) verificou que, em qualquer fase da vida, quando a relação com o bom objeto é profundamente perturbada – com a inveja desempenhando um papel central –, não apenas a segurança e a paz internas são afetadas, mas também ocorre uma deterioração do caráter. A presença predominante de objetos internos persecutórios intensifica os impulsos destrutivos; em contrapartida, quando o bom objeto está bem estabelecido, a identificação com ele fortalece a capacidade de amar, os impulsos construtivos e o sentimento de gratidão.

Klein (1957/2023d) também enfatizou a importância do objeto persecutório arcaico, simbolizado pelo seio que é sentido como retaliador, devorador e venenoso. Quando o bebê projeta sua inveja, isso intensifica sua ansiedade tanto nas fases iniciais quanto em etapas posteriores do desenvolvimento. O “superego invejoso” aparece, então, como uma força que sabotagem todas as tentativas de reparação e criação, impondo ao indivíduo uma constante e exaustiva exigência de gratidão.

Esse estado de perseguição é acompanhado por sentimentos de culpa, pois o indivíduo percebe que seus objetos internos persecutórios resultam de seus próprios impulsos invejosos e destrutivos, que originalmente feriram o bom objeto. A necessidade de punição, alimentada pela desvalorização persistente do *self* cria, então, um círculo vicioso que reforça esse sofrimento psíquico.

Para Klein (1957/2023d), o objetivo final de uma análise consiste em integrar a personalidade do paciente. A afirmação de Freud de que “onde era id, ego será” reflete essa direção. Os processos de cisão emergem nos estágios mais primitivos do desenvolvimento e, quando excessivos, estão associados a traços paranoides e esquizoides, que podem fundamentar a esquizofrenia. No desenvolvimento saudável, essas tendências (a posição esquizoparanoide) são amplamente superadas na fase marcada pela posição depressiva,

promovendo uma integração bem-sucedida. Esse avanço prepara o ego para operar a repressão, que Klein acredita se consolidar cada vez mais a partir do segundo ano de vida.

Isso posto, podemos destacar algumas considerações fundamentais que, para facilitar o entendimento, apresentamos em tópicos:

1. Winnicott não trabalhava com o conceito de instinto de morte e tampouco acreditava em um ego arcaico capaz de projetar e introjetar desde o nascimento. Essa diferença altera toda a sua concepção das psicopatologias e, conseqüentemente, de suas intervenções clínicas.
2. Embora Klein tenha desenvolvido sua teoria com base na dualidade instintual, ela nunca ignorou a importância do ambiente. No entanto, sua compreensão das fantasias primitivas direciona sua postura analítica de maneira única. Na linhagem kleiniana, o objetivo da análise é permitir a introjeção do bom objeto e reduzir a força do instinto destrutivo por meio de interpretações do conteúdo inconsciente.

Em contrapartida, Winnicott (1971/2019) argumenta de forma contundente que: *Psicoterapia não é fazer interpretações perspicazes e apropriadas* [ênfase adicionada]; em grande medida, é devolver constantemente ao paciente aquilo que ele mesmo traz. Trata-se de uma complexa derivação do rosto que reflete o que está lá para ser visto. Gosto de pensar dessa maneira sobre meu trabalho e que, se eu o fizer bem o bastante, o paciente encontrará o próprio self e será capaz de existir e de se sentir real. Sentir-se real é mais do que existir; é encontrar um modo de viver como si mesmo, de se relacionar com objetos como si mesmo e de ter um self para onde fugir em busca de relaxamento (p. 187).

Em termos gerais, é possível considerar que, enquanto Klein buscava transformar as fantasias primitivas através da interpretação, reduzindo, assim, o fluxo de cisões, Winnicott visava a proporcionar um ambiente capaz de devolver ao paciente a própria experiência de ser, facilitando a integração da unidade psique-soma.

A seguir, compartilhamos uma vinheta clínica que, a nosso ver, pode ilustrar de forma prática essas diferenças fundamentais.

Um caso: duas leituras

João, um homem de 35 anos, carrega no corpo e na alma as marcas de uma ansiedade sufocante – insônia, pensamentos incessantes e angustiantes –, uma barreira que o afasta de relações íntimas e o envolve em um vazio constante, quase irreal. Em suas memórias, a infância se revela como um território de ausências e silêncios: uma mãe frequentemente distante, consumida pelo excesso de trabalho, e um pai crítico, frio, que parecia sempre ao alcance, mas nunca verdadeiramente ali.

De acordo com a abordagem kleiniana, a análise de João poderia se aprofundar nas suas fantasias inconscientes, nos conflitos entre o instinto de vida e o instinto de morte. O analista, então, exploraria os sentimentos de perseguição e medo que o analisando projeta

nas figuras de autoridade, percebendo-as como um objeto interno perseguidor – ou seja, situado na posição esquizoparanoide. Nesse cenário, a técnica kleiniana envolveria constantes interpretações, ajudando João a reconhecer e integrar esses elementos destrutivos de seu inconsciente, buscando amenizar a intensidade dos impulsos destrutivos e favorecendo, desse modo, a introjeção de um bom objeto. Esse processo poderia guiá-lo rumo à posição depressiva, permitindo-lhe reconstruir uma visão mais coesa e menos fragmentada de si mesmo e do mundo.

Aqui, porém, vale um adendo: embora Klein (1957/2023d) não associe a seguinte citação diretamente à ideia de uma regressão propriamente dita, já que, conforme mencionamos, na sua teoria a regressão tenderia em direção à posição esquizoparanoide, ela afirma:

Levando a análise até a mais remota infância, possibilitamos ao paciente *reviver situações fundamentais* [ênfase adicionada] – uma revivescência a que me referi muitas vezes como “lembranças em sentimento”. Ao longo dessa revivescência, torna-se possível ao paciente desenvolver uma atitude diferente para com suas frustrações arcaicas. Não há dúvida de que, se o bebê foi de fato exposto a condições muito desfavoráveis, o retrospectivo estabelecimento de um objeto bom não pode desfazer as más experiências iniciais. Contudo, a introjeção do analista como um objeto bom, se não está baseada em idealização, tem em certa medida o efeito de prover um objeto bom interno, lá onde ele estava faltando. Além disso, o enfraquecimento das projeções e, portanto, a aquisição de maior tolerância, ligada a um menor ressentimento, torna possível ao paciente encontrar alguns aspectos do passado e *reviver lembranças agradáveis* [ênfase adicionada], mesmo quando a situação inicial foi muito desfavorável (pp. 297-298).

Dito de outra forma, de acordo com a perspectiva kleiniana, ao revivermos “lembranças em sentimentos” (*memories in feelings*) (Klein, 1957/2023d), no tratamento analítico, temos a chance de sentir novamente aquilo que ficou escondido – como uma lembrança carregada de sensações – quase como reviver uma infância esquecida, mas que ainda pulsa. Nesse trajeto de retorno, o paciente pode, finalmente, aprender a encarar aquelas frustrações primitivas de outro jeito, com um olhar menos marcado pela dor inicial.

Esse novo encontro com um “objeto bom” não pode apagar as marcas deixadas pelas primeiras experiências de sofrimento. Porém, ao acolher o analista como esse novo objeto bom – e não apenas uma figura idealizada –, algo genuíno se estabelece dentro do analisando. Com isso, as antigas projeções, que lançavam ressentimentos sobre o mundo, vão perdendo força, surgindo, então, uma tolerância maior, uma suavização da mágoa. Esse movimento abre espaço para que o paciente se reconecte, ainda que timidamente, com partes de sua história que podem até ter sido luminosas mesmo em um passado sombrio. Trata-se, pois, de uma espécie de reconciliação: com o outro, com o mundo e, aos poucos, consigo mesmo.

Por outro lado, a perspectiva winnicottiana visaria à criação de um ambiente terapêutico acolhedor, onde João pudesse encontrar a segurança e o amparo que não experienciou em seu desenvolvimento emocional. Ou seja, um analista que se orienta por essa linhagem entenderia que a falha ambiental na infância do paciente resultou em um trauma que necessita ser “elaborado imaginativamente” por meio de um *setting* especializado. Para tanto, é primordial a criação de um ambiente “suficientemente bom”, onde o paciente possa

reexperimentar – ou, talvez, experimentar pela primeira vez – a confiança e a dependência. Aqui, as interpretações seriam usadas com cautela de forma a permitir que João abaixasse as defesas de seu “falso self” e desse espaço ao surgimento do “self verdadeiro”. Em Winnicott, a presença esmagadora do falso self equivale a um estado de irreabilidade, uma vida que se desenrola à margem, nunca sentida em primeira pessoa.

Nesse contexto, o manejo e o acolhimento são o núcleo da técnica, proporcionando uma experiência de *holding*, na qual o analista sustenta uma possível regressão do paciente a estados de dependência primária. Essa regressão possibilitaria que João (re)vivenciasse, com segurança, os estágios iniciais de seu desenvolvimento emocional na intenção de promover maior coesão da unidade psique-soma.

Cabe salientarmos, todavia, que Winnicott (1960/2022a) destaca a existência de diferentes níveis de falso self, desde uma adaptação social saudável – em que ocorre uma renúncia à onipotência para viabilizar o convívio social e manter a saúde mental – até formas de submissão completa, nas quais o verdadeiro self permanece oculto, resultando na ausência de espontaneidade. Nos casos mais extremos, isso gera um sentimento de vazio e uma sensação de que a vida perdeu o sentido. Em casos menos graves, o indivíduo mantém a organização defensiva enquanto espera por condições favoráveis que lhe permitam deixar essa defesa de lado.

Essa é a hipótese que embasa o conceito de regressão em Winnicott. Na teoria do amadurecimento emocional, a regressão está ligada às falhas ambientais dos primeiros estágios de desenvolvimento e à forma como o indivíduo responde a essas falhas. No que se refere ao falso self, é fundamental reconhecermos ainda que, embora ele constitua um entrave ao amadurecimento contínuo, essa organização defensiva também funciona como uma proteção ao self verdadeiro, que se mantém resguardado, aguardando uma nova oportunidade de se manifestar – a depender da provisão ambiental – e continuar a se desenvolver.

A teoria winnicottiana nos ensina que é natural e saudável o indivíduo proteger seu self diante das falhas ambientais significativas, “congelando” a situação original. Simultaneamente, persiste uma esperança inconsciente (e eventualmente consciente) de que, em algum momento, surgirá a oportunidade de reviver e curar essa falha dentro de um ambiente seguro e acolhedor que permita a regressão terapêutica. Nesse âmbito, a regressão é compreendida como parte de um processo de cura natural, que pode ser produtivamente estudado mesmo em indivíduos saudáveis.

Contudo, para que a regressão à dependência ocorra, é necessário que o indivíduo tenha alcançado, anteriormente, uma organização egoica suficiente, permitindo-lhe desenvolver um falso self enquanto mantém a crença na possibilidade de corrigir a falha original. Em casos extremos, o terapeuta pode precisar ir até o paciente, oferecendo-lhe, ativamente, uma “boa maternagem” – experiência que o paciente, por si só, não teria como esperar (Winnicott, 1954/2021d).

À guisa de conclusão

Diante das reflexões construídas ao longo deste artigo, obtidas por meio de um rigoroso estudo teórico-conceitual aliado à prática clínica, é possível percebermos as contribuições de Klein e Winnicott como trilhas que, ainda que desenhadas sobre terrenos

diferentes, convergem para o mesmo horizonte de alívio e reconstrução no que tange ao tratamento psicanalítico. Em Klein, a análise assume a forma de uma espécie de expedição, por assim dizer, ao núcleo das fantasias primitivas; isto é, um trabalho cuidadoso de escavação profunda, no qual as interpretações abrem passagem para a compreensão, a transformação e a diminuição das cisões do ego.

Embora Klein (1957/2023d) não utilize o conceito de regressão como dispositivo clínico explícito, sua abordagem não deixa de lançar mão da revivescência da infância remota. Ela nos fala de um retorno às experiências mais primitivas, no qual o paciente é capaz de reviver “lembranças em sentimento” – essas recordações que, mais do que ideias, são emoções vívidas, condensadas em fragmentos sensoriais e afetivos. Para a autora, possibilitar o acesso a essas camadas profundas abre a chance de que o paciente ressignifique suas frustrações arcaicas, transformando aquilo que antes era dor ou perda em uma fonte de integração egoica.

Winnicott, por sua vez, nos propõe uma perspectiva quase artesanal da clínica, em que o analista cria, peça a peça, um ambiente “suficientemente bom” para que o paciente possa afrouxar as defesas de seu falso *self* e se aventurar na reconstituição de seu *self* verdadeiro – não à toa, esse autor, ao lado de Sándor Ferenczi, são os grandes precursores do que alguns estudiosos chamam de “ética do cuidado” em psicanálise (cf. Almeida, 2023). Nesse espaço protegido, a regressão não representa apenas um movimento de volta à infância, mas um regresso ao lar psíquico, ao lugar onde o *self* originário pode, pela primeira vez, repousar e se reconhecer em sua própria pele. Trata-se de um espaço que acolhe não para interpretar as fragmentações, mas para possibilitar ao paciente uma experiência segura e renovadora de ser (e continuar sendo, “em primeira pessoa”).

Tais distinções – entre a clínica das fantasias de Klein e a da regressão de Winnicott – refletem a diversidade interna à psicanálise, uma disciplina em que múltiplas vozes ecoam, oferecendo respostas distintas às dores da psique humana. Klein nos oferece o rigor das interpretações, o desafio de enfrentar e transformar os conflitos instintuais, incluindo o instinto de morte. Winnicott, por outro lado, lembra-nos da primazia do ambiente, da necessidade de criar um “ninho terapêutico” que permita ao paciente reconstituir sua existência a partir de si mesmo.

Essa multiplicidade é o que confere amplitude à nossa ciência. Ela nos obriga a uma escuta plural e implicada; ou seja, uma psicanálise polifônica, em que cada teoria não só enriquece a compreensão acerca das origens do sofrimento psíquico, mas amplia o alcance das possibilidades de cura.

Referências

- Abram, J. (2018). Holding and the mutative interpretation. In J. Abram & R. D. Hinshelwood, *The clinical paradigms of Melanie Klein and Donald Winnicott: Comparisons and dialogues* (pp. 141-147). Londres: Routledge.
- Almeida, A. P. (2022). A depressão para Melanie Klein: Quando as trevas aprisionam o ego. In A. P. Almeida & A. Naffah Neto (Orgs.), *Perto das trevas: A depressão em seis perspectivas psicanalíticas* (pp. 137-172). São Paulo: Blucher.

- Almeida, A. P. (2023). *Por uma ética do cuidado: Winnicott para educadores e psicanalistas* (Vol. 2). São Paulo: Blucher.
- Almeida, A. P., & Naffah Neto, A. (2021). A teoria do desenvolvimento maturacional de Winnicott: Novas perspectivas para a educação. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 24(3), 517-536. <https://doi.org/10.1590/1415-4714.2021v24n3p517-3>
- Almeida, A. P., & Naffah Neto, A. (2024). Um estudo comparativo entre as teorias de Klein e Winnicott: Analisando o conceito de fantasia. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 27, e230636. <https://doi.org/10.1590/1415-4714.e230636>
- Almeida, A. P., Naffah Neto, A., & Vieira, F. P. (2024). A construção do pensar: Um estudo comparativo entre Bion e Winnicott. *Natureza Humana – Revista Internacional de Filosofia e Psicanálise*, 26(1), 40-59. <https://doi.org/10.59539/2175-2834-v26n1-692>
- Almeida, A. P., & Vieira, F. P. (2023). Nem tudo é holding na clínica winnicottiana. In S. Gomes (Org.), *Winnicott: seminários mineiros (ambiente e holding)* (pp. 273-286). São Paulo: INM Editora.
- Cintra, E., & Figueiredo, L. (2010). *Melanie Klein: estilo e pensamento*. São Paulo: Escuta.
- Dias, E. O. (2003). *A teoria do amadurecimento de D. W. Winnicott*. Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (2010). Além do princípio do prazer. In S. Freud, *Obras completas* (Vol. 14, pp. 161-239). São Paulo: Companhia das Letras. (Obra original publicada em 1920)
- Heimann, P., & Isaacs, S. (1969). Regressão. In M. Klein, P. Heimann, S. Isaacs, & J. Riviere, *Os progressos da psicanálise* (pp. 185-215). Rio de Janeiro: Zahar. (Obra original publicada em 1952)
- Klein, M. (2023a). Notas sobre alguns mecanismos esquizoides. In M. Klein, *Inveja e gratidão e outros ensaios (1946-1963)* (pp. 19-49). São Paulo: Ubu. (Obra original publicada em 1946)
- Klein, M. (2023b). Sobre a teoria da ansiedade e da culpa. In M. Klein, *Inveja e gratidão e outros ensaios (1946-1963)* (pp. 50-71). São Paulo: Ubu. (Obra original publicada em 1948)
- Klein, M. (2023c). As origens da transferência. In M. Klein, *Inveja e gratidão e outros ensaios (1946-1963)* (pp. 78-89). São Paulo: Ubu. (Obra original publicada em 1952)
- Klein, M. (2023d). Inveja e gratidão. In M. Klein, *Inveja e gratidão e outros ensaios (1946-1963)* (pp. 229-298). São Paulo: Ubu. (Obra original publicada em 1957)
- Klein, M. (2023e). Sobre o desenvolvimento do funcionamento mental. In M. Klein, *Inveja e gratidão e outros ensaios (1946-1963)* (pp. 299-312). São Paulo: Ubu. (Obra original publicada em 1958)
- Lispector, C. (2020). *A paixão segundo G. H.* Rio de Janeiro: Rocco.
- Mezan, R. (2024). O método psicanalítico no texto acadêmico: Três exemplos e algumas observações. *Jornal de Psicanálise*, 57(106), 187-214. <https://doi.org/10.5935/0103-5835.v57n106.13>
- Naffah Neto, A. (2019). Em primeira pessoa. *Natureza humana*, 21(2), 211-219.
- Naffah Neto, A. (2023). *Veredas psicanalíticas: À sombra de Winnicott*. São Paulo: Blucher.
- Naffah Neto, A., & Cintra, E. M. U. (2012). A pesquisa psicanalítica: A arte de lidar com o paradoxo. *ALTER – Revista de Estudos Psicanalíticos*, 30(1), 33-50.

- Ogden, T. (2017). *A matriz da mente: Relações objetais e o diálogo psicanalítico*. São Paulo: Blucher.
- Petot, J.-M. (2016). *Melanie Klein II: O ego e o bom objeto*. São Paulo: Perspectiva.
- Winnicott, D. W. (2019). O papel de espelho da mãe e da família no desenvolvimento infantil. In D. W. Winnicott, *O brincar e a realidade* (pp. 177-188). São Paulo: Ubu. (Obra original publicada em 1971)
- Winnicott, D. W. (2021a). Desenvolvimento emocional primitivo. In D. W. Winnicott, *Da pediatria à psicanálise* (pp. 281-299). São Paulo: Ubu. (Obra original publicada em 1945)
- Winnicott, D. W. (2021b). A mente e sua relação com o psicossoma. In D. W. Winnicott, *Da pediatria à psicanálise* (pp. 408-426). São Paulo: Ubu. (Obra original publicada em 1949)
- Winnicott, D. W. (2021c). Ansiedade associada à insegurança. In D. W. Winnicott, *Da pediatria à psicanálise* (pp. 212-217). São Paulo: Ubu. (Obra original publicada em 1952)
- Winnicott, D. W. (2021d). Aspectos clínicos e metapsicológicos da regressão no contexto analítico. In D. W. Winnicott, *Da pediatria à psicanálise* (pp. 462-485). São Paulo: Ubu. (Obra original publicada em 1954)
- Winnicott, D. W. (2021f). O conceito de indivíduo saudável. In D. W. Winnicott, *Tudo começa em casa* (pp. 21-42). São Paulo: Ubu. (Obra original publicada em 1967)
- Winnicott, D. W. (2022a). Distorção do ego em termos de self verdadeiro e falso self. In D. W. Winnicott, *Processos de amadurecimento e ambiente facilitador* (pp. 177-194). São Paulo: Ubu. (Obra original publicada em 1960)
- Winnicott, D. W. (2022b). Comunicação e falta de comunicação levando ao estudo de certos opostos. In D. W. Winnicott, *Processos de amadurecimento e ambiente facilitador* (pp. 229-247). São Paulo: Ubu. (Obra original publicada em 1963)
- Winnicott, D. W. (2024). *Natureza humana*. São Paulo: Ubu. (Obra original publicada em 1988)

The Regression in Psychoanalytic Clinic: A Comparative Study Between Klein and Winnicott

Abstract

This article examines the convergences and divergences between the ideas of Melanie Klein and D. W. Winnicott regarding the notion of regression in psychoanalytic practice. It is a theoretical-conceptual study based on an extensive literature review, supported by both prior knowledge of these theories and the authors' clinical experience. For Klein, regression does not contribute positively to the analytical process, as the aim of treatment, according to her, is to secure the attainment and elaboration of the depressive position. In this context, regression would be a setback, taking the individual back to the schizoid-paranoid position. In contrast, for Winnicott, the purpose of regression is to revisit a stage of emotional development that could not be integrated due to environmental failures. By regressing, the individual has the opportunity to process and integrate this stage, this time in the presence of a specialised, reliable setting. To expand on our arguments, a clinical vignette is presented at the end to illustrate the themes discussed.

Keywords: Regression. Klein. Winnicott. Psychoanalysis. Clinical Practice.

La Régression dans la Clinique Psychanalytique: Une Étude Comparative entre Klein et Winnicott

Résumé

Cet article examine les convergences et divergences entre les idées de Melanie Klein et de D. W. Winnicott en ce qui concerne la notion de régression dans la clinique psychanalytique. Il s'agit d'une étude théorico-conceptuelle, fondée sur une vaste revue de la littérature et soutenue à la fois par la connaissance préalable de ces théories et par l'expérience clinique des auteurs. Pour Klein, la régression ne contribue pas positivement au processus analytique, car, selon elle, le traitement vise à garantir l'acquisition et l'élaboration de la position dépressive. La régression, dans ce contexte, serait un recul, ramenant l'individu à la position schizo-paranoïde. En revanche, pour Winnicott, la régression vise à reprendre un stade du développement émotionnel qui n'a pas pu être intégré en raison de défaillances environnementales. En régressant, l'individu a l'opportunité d'élaborer et d'intégrer ce stade qui, auparavant, n'avait pu être vécu, cette fois, dans la fiabilité d'un cadre spécialisé. Afin d'approfondir nos arguments, une vignette clinique est proposée à la fin pour illustrer les thèmes abordés.

Mots-clés : Régression. Klein. Winnicott. Psychanalyse. Clinique.

La Regresión en la Clínica Psicoanalítica: Un Estudio Comparativo entre Klein y Winnicott

Resumen

Este artículo examina las convergencias y divergencias entre las ideas de Melanie Klein y D. W. Winnicott en lo que respecta a la noción de regresión en la clínica psicoanalítica. Se trata de un estudio teórico-conceptual, fundamentado en una extensa revisión bibliográfica y respaldado tanto por el conocimiento previo de estas teorías como por la experiencia clínica de los autores. Para Klein, la regresión no contribuye positivamente al proceso analítico, ya que, según la autora, el tratamiento busca asegurar la conquista y elaboración de la posición depresiva. La regresión, en este contexto, sería un retroceso, llevando al individuo de vuelta a la posición esquizoparanoide. En contraste, para Winnicott, la regresión tiene como objetivo retomar alguna etapa del desarrollo emocional que no pudo ser integrada debido a fallas ambientales. Al regresar, el individuo tiene la oportunidad de elaborar e integrar esa etapa que antes no pudo ser vivenciada, esta vez, ante la confiabilidad de un entorno especializado. Con el fin de expandir nuestros argumentos, se recurre, al final, a una viñeta clínica para ilustrar los temas discutidos.

Palabras clave: Regresión. Klein. Winnicott. Psicoanálisis. Clínica.

Data de submissão: 13/6/2024

Data de revisão: 22/10/2024

Aceite: 28/10/2024