

Do espaço virtual ao espaço potencial

Alice Queiroz Telmo Romano¹

RESUMO

No início de 2020 a pandemia da Covid-19 tornou necessário o distanciamento social. Frente a esta realidade, inúmeras atividades e trabalhos passaram a ser realizados remotamente. Assim, o atendimento psicanalítico também passou da modalidade presencial para a virtual. Este artigo se propõe a investigar quais mudanças no *setting* podemos observar e esperar nesta nova modalidade do atendimento. Neste trabalho também são analisadas vinhetas clínicas, a partir das quais a autora articula os conceitos winnicottianos ambiente e espaço potencial para pensar a clínica psicanalítica no contexto virtual.

Palavras-chave: Espaço potencial. Ambiente. Atendimento virtual. Pandemia.

1 INTRODUÇÃO

Março de 2020 chegou trazendo mudanças nunca pensadas, mas que precisaram ser rapidamente executadas. A pandemia causada pela Covid-19 tornou o distanciamento social uma das primeiras medidas de proteção e controle frente ao caos que se instalava no mundo. Sim, uma ameaça em nível global, um vírus que ataca as vias respiratórias com a possibilidade de matar, se espalhou pelo mundo em pouco mais de três meses. Poderia ser o roteiro de um filme e talvez já tenha

1 Psicóloga e Psicanalista. Membro Associado do Centro de Estudos Psicanalíticos de Porto Alegre (CEPdePA). Mestre em Psicologia Social (PUCRS). Professora da Faculdade de Psicologia (UniRitter).

sido. Mas agora não é. Muitos tiveram dificuldade (alguns ainda têm) de acreditar que esta é uma realidade.

Frente a esta realidade, alguns dos principais pensadores contemporâneos escreveram sobre o momento que estamos vivendo. Estes escritos foram compilados em uma publicação intitulada *Sopa de Wuhan*. Em um texto, Žižek (2020) chama a atenção para a triste realidade de que foi preciso uma catástrofe para nos propormos a repensar as características básicas da sociedade em que vivemos.

De fato, é imperativo rever o modelo econômico no qual estamos inseridos, as políticas que o Estado pratica, os investimentos e desinvestimentos em saúde pública, as formas de trabalho, o sistema educacional, e por aí vai. A psicanálise, evidentemente, não poderia ficar de fora, primeiro porque trabalhamos com e somos sujeitos desta sociedade em transformação. E, segundo, a mudança na modalidade de atendimento (presencial para *on-line*) também implica reflexão acerca de sua própria prática.

O coronavírus causou impacto na vida de todos, porém não de maneira democrática. Parar de trabalhar ou conseguir trabalhar de casa não é algo disponível a todos. Ainda assim, muitos se viram forçados a uma intensa e abrupta parada de diversas atividades que não só o trabalho. Um movimento social nunca pensado até então. Sobre isso, Berardi escreve:

Pero he aquí la sorpresa, el giro, lo imprevisto que frustra cualquier discurso sobre lo inevitable. Lo imprevisto que hemos estado esperando: la implosión. El organismo sobreexcitado del género humano, después de décadas de aceleración y de frenesí, después de algunos meses de convulsiones sin perspectivas, encerrado en un túnel lleno de rabia, de gritos y de humo, finalmente se ve afectado por el colapso: se difunde una gerontomaquia que mata principalmente a los octogenarios, pero bloquea, pieza por pieza, la máquina global de la excitación, del frenesí, del crecimiento, de la economía... (BERARDI, 2020, p. 40).

Sobre esta parada uma paciente me relatou a melhor metáfora que escutei e que para ela não foi tão metáfora assim. No começo do distanciamento social,

esta paciente lembrou um acidente automobilístico que sofreu há muitos anos. Relatou que houve o choque entre dois veículos e, com o impacto da batida, ela voou para fora do seu veículo, caindo muitos metros à frente. Ela fez a relação com o momento atual, onde fizemos uma parada das atividades, parada esta comparável a um choque, e que sentiu o corpo ainda em movimento com o impacto da batida. Em alguma medida, também sinto o que a paciente relatou. Voltarei a este ponto.

O distanciamento social demanda que fiquemos em casa. Isso significa realizar o trabalho de casa, reduzir os deslocamentos, deixar de ver presencialmente as pessoas, enfim, sair de casa o mínimo possível. Para o corpo, isso significou uma parada real, ou seja, um cessar de atividades que nem todos os corpos haviam experienciado até então. E como o corpo responde? Da maneira que ele sabe responder, com dores de cabeça, insônia, bruxismo, etc.

A respeito dos estados psicossomáticos, McDougall (2013, p. 22) coloca que: “[...] é o corpo que se comporta de maneira ‘delirante’; ele ‘hiperfunciona’ ou inibe funções somáticas normais e o faz de modo insensato no plano fisiológico. O corpo enlouquece.”. O corpo, ao se ver obrigado a parar, inicia sua própria loucura. Com o corpo parado, a mente, como que dominada pela força da inércia, demanda que sigamos em movimento. Surge aí uma exigência de produtividade insana. Assista *lives*, faça *lives*, escreva, estude, encontre um novo *hobby*, não pare!

E foi neste contexto que uma colega do grupo de estudos Paradoxo, grupo que se dedica a escutar os textos winnicottianos, sugeriu que lêssemos *Assistência residencial como terapia* de Winnicott (1970). Este texto foi uma palestra proferida na Associação de Assistentes Sociais para crianças desajustadas. Winnicott inicia este texto com a ideia do crescimento para baixo, a qual ele explana da seguinte forma:

Há muito crescimento que é crescimento para baixo. Se eu tiver uma vida razoavelmente longa, espero encolher e tornar-me suficientemente pequeno para passar pelo estreito buraco chamado de portas da morte. Não preciso ir longe para encontrar um psicoterapeuta cheio de empáfia. Sou eu. Na década de trinta, estava aprendendo a ser psicanalista e

sentia que, com um pouco mais de treinamento, um pouco mais de habilidade e um pouco mais de sorte, poderia mover montanhas se fizesse as interpretações certas no momento certo. [...] A certa altura, eu chegava a dizer que só poderia haver terapia na base de 50 minutos cinco vezes por semana, durante tantos anos quantos fossem necessários, por um psicanalista devidamente treinado. [...] Fiz com que estas palavras soassem como bobagem, mas não é minha intenção que o sejam; quero simplesmente dizer que essa é uma espécie de começo. Mas, mais cedo ou mais tarde, começa o processo de crescer para menor, e isso é doloroso no princípio até nos habituarmos (WINNICOTT, 1970, p. 249-250).

Winnicott brinca aqui com mais um paradoxo, “o crescer para baixo” ou “crescer para menor”, que apresenta a ideia radical de que às vezes não é preciso fazer “mais” e, sim, pelo contrário, fazer “menos”. A respeito desta passagem, Dias (2002, p. 345) comenta: “[...] começa já em vida e significa a capacidade crescente de depurar o que é essencial, embora trate-se, muitas vezes, de algo tremendamente simples, mas sem o qual todo o resto fica sem sentido.”.

Esse paradoxo, tão atual, se fez ainda mais necessário em tempos de pandemia, distanciamento e contínua exigência por produtividade. Para poder crescer, precisamos, talvez mais do que nunca, entender o que é essencial, o que necessita de cuidado e do que podemos prescindir. O “para menor” evoca também a humildade necessária para crescer. Virtude essa que a pandemia da Covid-19 nos fez relembrar.

Neste mesmo texto, Winnicott fala sobre a instituição que acolhia crianças durante a segunda guerra mundial. A partir deste e outros trabalhos institucionais, Winnicott pôde ampliar o olhar para sua clínica. Como grupo, decidimos reler este texto como uma forma de pensar as mudanças no *setting* que ocorrem neste momento. A respeito deste local, ele escreve o seguinte:

Bem depressa eu aprendi que a terapia estava sendo feita na instituição, pelas paredes e pelo telhado; pela estufa de vi-

dro que forneciam um alvo magnífico para pedras e tijolos, pelas banheiras absurdamente grandes [...] A terapia estava sendo realizada pelo cozinheiro, pela regularidade da chegada das refeições à mesa, pelas colchas das camas quentes e coloridas, pelos esforços de David para manter a ordem apesar da escassez de pessoal e um constante senso de inutilidade de tudo isso [...] (WINNICOTT, 1970, p. 251).

Winnicott descreve uma terapia que ultrapassava as quatro paredes de um consultório, uma terapia que estava sendo feita também pelo ambiente. E este outro *setting* me fez refletir sobre esta mudança de *setting* que estamos vivendo com os nossos pacientes. E a levantar algumas questões: Este é um novo *setting*? Sem dúvida o espaço físico é outro, mas podemos qualificar como um novo *setting*? Existem contraindicação, pacientes ou casos para os quais sessões *on-line* não poderiam ser realizadas?

Além da reflexão acerca do atendimento *on-line*, o objetivo deste artigo é escrever para elaborar e para compartilhar. Neste período, vi o quão essencial foi o contato com os colegas e a participação no Centro de Estudos Psicanalíticos de Porto Alegre (CEPdePA) para tentar elaborar tudo isso que se passa. Neste artigo pretendo trazer algumas considerações acerca do *setting* e das sessões na modalidade virtual, relacionando principalmente com teoria winnicottiana e vinhetas clínicas.

2 REFLEXÕES SOBRE O *SETTING*

A mudança para o atendimento *on-line* ocorreu de forma abrupta e rápida frente ao imperativo da realidade. O avanço da pandemia da Covid-19 não deixou muitas opções ou tempo para que outra forma de trabalho fosse viável. O último dia em que atendi no consultório foi 17 de março 2020. Lembro-me de um sentimento de desconforto, estava com as janelas abertas e sentia o tempo inteiro uma insegurança pairando no ar.

Nesse dia atendi J., adolescente de 16 anos. Nos cumprimentamos apenas com um aceno no começo da sessão, ele comentou que na escola também não

podiam se tocar. Ele reclamou que sentia falta de poder abraçar e beijar as pessoas. Já havia previsão de as aulas na sua escola serem suspensas naquela semana. Ele disse que passava álcool gel o tempo todo e, de fato, estava com uma garrafa de álcool gel na sessão, que utilizava a cada 5 ou 10 minutos. Na hora me pareceu um exagero típico da adolescência, mas também refletia o desespero dos adultos que, naquele momento, já corriam de farmácia em farmácia em busca de álcool gel (que já estava em falta havia algum tempo).

Tendo em vista o clima de insegurança na última sessão no consultório, a minha própria análise, agora *on-line*, e as aulas na universidade, que já estavam sendo ministradas a distância, decidi propor para os pacientes sessões *on-line*. Com a maioria me comuniquei por *WhatsApp*, dizendo pensar que naquele momento seria melhor fazermos as sessões *on-line*. Todos concordaram. Decidi utilizar o *Google Hangouts* por sugestão de uma paciente e me mantive com esta ferramenta, pois senti que funcionou.

Como faço: crio uma conversa no *Google Hangouts*, onde, inicialmente, estou apenas eu. Copio o *link* da conversa e envio para o paciente via *WhatsApp*. Assim, o paciente decide em que momento entra na sessão. Acredito que, desta maneira, deixo espaço para o paciente ocupar a sua sessão de um jeito similar ao consultório físico, aonde o paciente vai até o local.

Considero relevante trazer estas informações de ordem prática para o artigo, pois, no início do distanciamento social, conversei diversas vezes com colegas a respeito do modo como cada uma estava atendendo. Estas trocas foram fundamentais para pensar estes primeiros momentos da prática do atendimento *on-line*.

Aponto agora alguns trechos da fala de Décio Gurfinkel realizada virtualmente no evento *Diálogos sobre a pandemia* (2020), e como eles ressoaram e me auxiliaram a pensar o *setting* neste momento. Gurfinkel inicia colocando que os elementos mais primitivos ficam postos no *setting* e, quando o *setting* se modifica, estes elementos também se movimentam. Acrescento que, além da mudança de *setting*, o distanciamento social e a ameaça real da Covid-19 também trouxeram muitas angústias à tona, como o medo da morte e da doença. Estes medos reais só vêm a somar com angústias primitivas, como angústia de aniquilação e desintegração.

O convidado norteia sua fala em cima de três características do *setting*. Primeiro, o *setting* como uma membrana permeável e flexível. Segundo, coloca o enquadre como processo e diz que o enquadre é o meio onde se dará a experiência analítica, esta sendo o fim. E por último traz o *setting* como análogo ao sonho, ou seja, podendo ser pensado desde perspectiva onírica (GURFINKEL, 2020). Com isso, ressalta que o espaço virtual também é uma outra cena. Ao abrir a possibilidade de pensar o virtual como outra cena, abre-se também a ideia de que não estamos apenas sujeitos a esta modalidade de tratamento, mas que podemos trabalhar com outros elementos inconscientes que esta outra cena poderá revelar.

Ao pensarmos as questões relativas ao *setting* que se impõem nestes tempos de pandemia, Gurfinkel (2020) aponta para três éticas da psicanálise. A ética do cuidado, ética do viver criativo e a ética da abertura ao não saber. Todas de igual importância. No entanto, acredito que neste momento a última se renovou frente aos atendimentos *on-line*. Passei a refletir sobre como eu estava escutando nas sessões *on-line*, como cada paciente se adaptava ao *on-line*, em quais ambientes eu adentrava, e que importância perceber estes ambientes poderia ter naquela análise, que combinações sobre o *setting* eu teria de rever ou retomar. Refletir sobre estas questões me levou a outra pergunta: O quão realmente abertos estávamos ao não saber?

A respeito do enquadre como processo, Bleger (2002) traz um contraponto em seu texto *Psicanálise do enquadre psicanalítico*, onde propõe pensarmos a situação analítica, ou seja, os fenômenos incluídos na relação terapêutica analista-paciente, dividida entre processo e não processo. O autor define como processo fenômenos da situação analítica os quais estudamos, analisamos e interpretamos. E acrescenta: “[...] porém inclui também um enquadre, isto é, um ‘não processo’, no sentido de que são as invariáveis que formam a moldura dentro da qual se dá o processo.” (BLEGER, 2002, p. 103).

Assim, Bleger (2002, p. 103) propõe estudar a situação analítica entendendo que: “[...] o enquadre corresponderia às invariáveis de um fenômeno, um método ou uma técnica, e o processo ao conjunto das variáveis.”. Ele também descreve como elementos do enquadre psicanalítico “[...] o papel do analista, o conjunto de fatores (ambiente) temporais e parte da técnica (na qual se inclui o estabele-

cimento e a manutenção de horários, honorários, interrupções regulamentadas etc.)” (BLEGER, 2002, p. 103).

A ideia do enquadre como um “não processo” evoca a estabilidade necessária para que outros processos possam aí se dar, tais como resistência e transferência. Sabemos, porém, que este enquadre ideal não existe, movimentações e modificações ocorrem. O analista, no entanto, fará interpretações no sentido de reestabelecer esta estabilidade. Como pontua Bleger:

O enquadre se mantém e tende a ser mantido (ativamente pelo psicanalista) como invariável e, enquanto existe como tal, parece inexistente ou não levado em conta, tanto como as instituições ou as relações das quais somente se toma consciência, justamente, quando elas faltam, ou se obstruem ou deixam de existir (BLEGER, 2002, p. 104).

Enquanto o enquadre mantiver suas características invariáveis, não percebemos a sua existência. Assim, Bleger (2002, p. 104) coloca que o enquadre também constitui um “mundo fantasma”, e com isso quer dizer o mundo “[...] da organização mais primitiva e indiferenciada. Aquilo que sempre está, só se percebe quando falta.”.

[...] podemos dizer que o enquadre do paciente é sua fusão mais primitiva com o corpo da mãe e que o enquadre do psicanalista deve servir para restabelecer a simbiose original, mas justamente com o objetivo de modificá-la. São problemas técnicos e teóricos, tanto a ruptura do enquadre quanto a sua manutenção ideal ou normal, mas o que modifica fundamentalmente toda a possibilidade de um tratamento profundo é a ruptura que o psicanalista introduz ou admite no enquadre. **O enquadre só pode ser analisado dentro do enquadre**, ou, em outros termos, a dependência e a organização psíquica mais primitiva do paciente só podem ser analisadas dentro do enquadre do analista, que não deve ser nem ambíguo, nem cambiante, nem alterado (BLEGER, 2002, p. 111, grifo do autor).

Em seu trabalho, Bleger (2002) defende a importância dos momentos de ruptura do enquadre, pois seriam a oportunidade para que questões de ordem primitiva e/ou simbióticas pudessem ser analisadas. O autor, no entanto, grifa a importância do enquadre dentro do analista. Ele não utiliza estas palavras, mas, quando escreve “o enquadre só pode ser analisado dentro do enquadre”, é possível compreender que se refere ao enquadre interno do analista.

A ideia do enquadre interno é posteriormente trabalhada por Green (2008). O autor ressalta a importância do enquadre como metáfora de um outro conceito, tal como o sonho, a proibição do incesto, os cuidados maternos. Quando um enquadre com esta analogia psicanalítica não é possível, o analista utilizará como referencial o seu enquadre interno, o qual ele define como:

[...] enquadre que ele [analista] internalizou no decorrer de sua própria análise e que, mesmo fora do trabalho analítico em psicoterapia, não está menos presente no espírito do analista, regendo o limite das variações que ele autoriza, o levando a salvaguardar as condições necessárias na busca de mudanças etc. (GREEN, 2008, p. 59).

Frente à mudança do atendimento presencial para o atendimento *on-line*, pergunto que tipo manifestação podemos esperar desta ruptura de *setting*. Em geral, as rupturas se dão ou por parte do paciente, ou por parte do analista. A pandemia é algo que afeta ambos, mas não vem de um ou outro, especificamente. Não sei qual o impacto disso, de qualquer forma, acredito que possamos esperar manifestações primitivas.

Gostaria de trazer brevemente a vinheta clínica de uma paciente que interrompeu o tratamento durante a quarentena. Quando propus as sessões *on-line*, ela concordou, sem aparentemente apresentar resistência. No entanto, com o andamento das sessões, suas associações pareceram ir cessando. Havia temas sobre os quais ela não queria falar através da ligação de vídeo. Quando questionava, ela dizia que seria melhor falar presencialmente. Não chegou a propor uma sessão presencial, e a mim também não ocorreu propor. Naquele momento, também havia uma expectativa geral de que em breve terminaria a quarentena.

No consultório era uma paciente que pouquíssimas vezes teve dificuldade em falar ou associar. Havia questões relacionadas à falta de sigilo em seu ambiente, mas o que ficou mais marcante foi a impossibilidade de seguir falando e associando. Quando apontava essa diferença ou até a dificuldade que ela parecia estar tendo para falar, a paciente dizia perceber isso também, mas que não conseguia entender o porquê. Ela acabou interrompendo antes que pudéssemos compreender e com a promessa de que presencialmente retornaria.

Que elementos primitivos ou simbióticos estavam depositados no enquadre desta análise? Penso em algumas hipóteses, uma delas é de que talvez estes elementos encontrassem vazão de outra maneira no *setting* presencial. Através do olhar, tom da voz, do ambiente físico. Quando isto se perde, o que acontece com estes elementos? Antes eles podiam circular de maneira “não dita”, pois o *setting* presencial garantia isso. E depois? O que talvez tenha ficado excessivo para ela sustentar, sem a minha presença física?

O *setting* interno da analista também precisa ser questionado. Faltou sustentação do *setting* interno? Penso que na época houve elementos que não consegui perceber e talvez tenham a ver com esta mudança de modalidade, presencial para virtual. O caso e as leituras me fizeram ficar mais atenta para o que pode surgir de impossibilidade e também de possibilidade frente às modificações do enquadre em tempos de pandemia.

3 DO ESPAÇO VIRTUAL AO ESPAÇO POTENCIAL

Nesta parte do artigo comentarei outras duas vinhetas clínicas, articulando-as com conceitos winnicottianos, em especial o ambiente e o espaço potencial. A partir desta articulação, abordarei algumas reflexões sobre o trabalho com pacientes na modalidade virtual.

Para Winnicott (1971), no começo da vida do bebê a mãe é o ambiente, e o do bebê é a mãe. Da perspectiva do bebê, não existe distinção entre ele e a mãe ou entre a mãe e o ambiente, pois ele vive um estado de completa dependência da mãe, chamado de dependência absoluta. É através da maternagem suficientemente boa que o lactente poderá gradualmente entrar em contato com as falhas do ambiente.

Nas palavras do autor: “[...] a mãe suficientemente boa é aquela que efetua uma adaptação ativa às necessidades do bebê, uma adaptação que diminui gradativamente, segundo a crescente capacidade deste em aquilatar o fracasso da adaptação e em tolerar os resultados da frustração.” (WINNICOTT, 1971, p. 25).

Nessa adaptação, muitas vezes sutil, a mãe proporciona ao bebê “[...] a ilusão de que o seio dela faz parte do bebê, de que está, por assim dizer, sob o controle mágico do bebê.” (WINNICOTT, 1971, p. 26). Se o ambiente consegue se adaptar com sucesso às necessidades do bebê, este, por sua vez, consegue seguir o processo natural de maturação. Gradualmente a mãe irá desiludir o seu bebê e aos poucos esta dupla vai da dependência absoluta para a dependência relativa, onde o bebê pode tolerar um pouco mais a frustração.

Winnicott (1971, p. 26) coloca que “Os fenômenos transicionais representam os primeiros estádios do uso da ilusão [...]”, é através destes momentos do uso da ilusão, proporcionados pela mãe suficientemente boa, que poderá se construir a terceira área, este espaço entre a criatividade primária e a percepção objetiva. Logo abordarei este tema, antes trarei uma vinheta clínica para pensar o ambiente.

Durante a quarentena, C. relatou uma situação com sua mãe que tantas outras vezes antes do período de distanciamento já havia acontecido e o deixado angustiado. Agora, no entanto, a angústia era maior, pois se sentia com menos recursos frente à impossibilidade de sair de casa. Esta é uma mãe que muitas vezes se mostrou invasiva na vida do filho. Durante a sessão em que C. me relatou a situação, me senti em grande sintonia com o sentimento que ele descreveu de como era estar nesta casa com estas pessoas. Quase me senti lá. No fundo da imagem, vi o quarto de C., me chamou a atenção o instrumento musical, pois muitas vezes falou o quanto a música o acalmava. Reparei também em um quadro, uma imagem fotográfica de um mamífero com o seu filhote.

Trouxe esta vinheta, pois aconteceu em uma das primeiras sessões *on-line* e foi onde apareceu uma sensação que me acompanhou em muitas sessões com diferentes pacientes. A sensação “quase me sinto lá”. O que significa estarmos entrando no ambiente dos nossos pacientes? (E eles no nosso?). Na teoria *winnicottiana* vemos como o ambiente faz parte de um começo que antecede as palavras, e

por isso talvez seja difícil falar dele. Ao entrar virtualmente na parcela que C. me permite ver do seu quarto, outra cena se descortina, através de imagens, ruídos e sensações estamos captando algo mais do mundo interno dos nossos pacientes.

O quadro no quarto de C. despertou a minha atenção da mesma forma que um sonho ou um ato falho. Uma imagem que comunica algo sobre uma relação mãe e filho e que, não por acaso, está no enquadramento da imagem da ligação de vídeo. O que comunica? Como trabalhar isto em sessão? São perguntas que ainda me faço. Contudo, a partir de Winnicott, é possível pensar que estas imagens do ambiente talvez falem de um outro ambiente, aquele dos começos, onde as sensações se sobrepujam às palavras.

Retomo agora o conceito dos fenômenos transicionais para trazer outra vinheta clínica. Winnicott (1971, p. 14) escreve: “Introduzi os termos ‘objetos transicionais’ e ‘fenômenos transicionais’ para designar a área intermediária de experiência entre o polegar e o ursinho, entre o erotismo oral e a verdadeira relação de objeto [...]”. É entre a realidade interna e a externa que se encontra o campo dos fenômenos transicionais, sobre os quais o autor escreve:

Minha reivindicação é a de que, se existe necessidade desse enunciado duplo, há também a de um triplo: a terceira parte da vida de um ser humano, parte que não podemos ignorar, constitui uma área [...] que não é disputada, por que nenhuma reivindicação é feita em seu nome, exceto que ela exista como lugar de repouso para o indivíduo empenhado na perpétua tarefa humana de manter as realidades interna e externa separadas, ainda que inter-relacionadas (WINNICOTT, 1971, p. 15).

Na terceira área percebemos uma dimensão do viver que não depende nem da realidade interna, nem da realidade externa. É o espaço em que ambas as realidades se encontram, ao mesmo tempo em que separam o interior do exterior. Quando se inicia a divisão entre eu e não eu, o estágio de dependência absoluta é abandonando para ingressar no estágio de dependência relativa, momento no qual o bebê faz uso do objeto transicional (ABRAM, 2000).

De acordo com Winnicott (1971, p. 19), “[...] o termo objeto transicional, segundo minha sugestão, abre campo ao processo de tornar-se capaz de aceitar diferença e similaridade.”. É através do objeto transicional que o bebê poderá posteriormente fazer uso de símbolos. A partir dos fenômenos transicionais, se iniciará a caminhada da relação com o objeto subjetivo até o objeto objetivamente percebido. Este também é o caminho de conhecimento da alteridade, onde se começa a perceber semelhanças e diferenças.

A respeito de semelhanças, abro aqui um parêntese para retomar algo que escrevi no início do artigo, sobre sentir o impacto da parada das atividades de maneira similar à qual a paciente descreveu no acidente de carro. O momento atual é único em muitos sentidos, para um dos quais gostaria de chamar a atenção, que é o fato de estarmos vivendo a mesma situação dos nossos pacientes. Talvez não vivenciando da mesma maneira, pois isto depende da vida e da singularidade de cada um. Mas estamos todos (ou quase todos) em casa, saindo o mínimo possível, incertos em relação ao futuro. Como pensar essas diferenças e semelhanças no processo de análise? Fecho o parêntese e inicio outra vinheta clínica.

Na sessão de hoje liguei para M. pelo *WhatsApp*, como estávamos fazendo desde o começo da pandemia. Eu a atendo através do *WhatsApp*, pois ela me disse que desta forma era melhor. Quando ligava ela, sempre estava em um lugar diferente da casa. Às vezes na sala, enquanto alguém assistia televisão, às vezes em outro cômodo próximo ao corredor, onde alguém passava, às vezes no seu quarto, sem interrupções, mas ela dizia não ficar muito confortável, pois ficava sentada na cama.

No entanto, a sessão deste dia foi diferente. Ela disse que havia organizado um local com o computador, mas viu que não dava para fazer chamada de *WhatsApp* pelo computador. Perguntei se ela queria que eu enviasse o *link* do *Google Hangouts* para fazermos a ligação através do computador. Ela disse que sim. Na sessão de hoje M. pareceu mais à vontade. Ela lembrou do começo das sessões *on-line*, quando cada sessão era em um lugar, e riu um pouco desta configuração inicial. Disse que aos poucos foi vendo que precisava de um espaço para ela em casa, e disse isso não apenas em relação à sessão, mas a um espaço onde pudesse trabalhar e fazer outras atividades somente suas. Em relação à sessão, disse sentir falta dos momentos antes da sessão, quando ia pensando sobre o que falar. Este

geralmente era o momento no qual estava no carro, se deslocando para a sessão. Hoje ela disse ter trocado este momento por um banho antes da sessão.

Escolhi este fragmento, porque ilustra algo que observei em alguma medida em muitos pacientes, um período de ajuste. Neste tempo, o espaço da sessão pode ser testado, ora aqui, ora ali. Onde se sentiam mais confortáveis ou mais respeitados em relação ao sigilo. Um ajuste que nós analistas também vivenciamos em nossas casas, e que os pacientes vivenciaram não apenas com as sessões, mas com seus trabalhos e com suas famílias.

Da mesma maneira que podemos pensar o virtual como a outra cena, a cena onírica, entendo que também é possível pensar este espaço virtual da sessão como análogo à terceira área descrita por Winnicott. Isto, é claro, implica um processo de maturação e de construção o qual estará relacionado com a singularidade de cada paciente, de cada análise, e também com a forma com que o *setting* estava estabelecido presencialmente.

O termo “espaço potencial” surge no texto *A localização da experiência cultural*, onde Winnicott (1971) busca responder à pergunta: Onde se localiza a experiência cultural? Para além de curar sintomas neuróticos, ele deseja saber sobre o viver, o viver criativamente. Aqui ele inclui a experiência cultural dentro do espaço potencial e o espaço potencial como um espaço da terceira área, entre o sujeito e o ambiente. A respeito disso, ele escreve:

[...] *para o bebê* (se a mãe puder proporcionar as condições corretas), todo e qualquer pormenor de sua vida constitui exemplo do viver criativo. Todo objeto é um objeto ‘descoberto’. Dada a oportunidade, o bebê começa a viver criativamente e a utilizar objetos reais, para neles e com eles ser criativo (WINNICOTT, 1971, p. 141, grifo do autor).

Ao tomar o *setting* como uma metáfora dos cuidados maternos, percebe-se a importância de deixar que o paciente descubra este *setting* como o bebê descobre os objetos. A vinheta clínica ilustra algo dessa descoberta, quando M. experimenta diferentes lugares para encontrar o seu lugar, e o lugar para a análise. Essa descoberta, ou redescoberta do *setting* (e da casa), talvez precise ser vivida assim como o

bebê descobre os objetos. E, quem sabe, desta maneira, seja possível transformar este espaço virtual em espaço potencial. “O espaço potencial entre o bebê e a mãe, entre a criança e a família, entre o indivíduo e a sociedade ou o mundo, depende da experiência que conduz à confiança. Pode ser visto como sagrado para o indivíduo, por que é aí que este experimenta o viver criativo.” (WINNICOTT, 1971, p. 142).

Nessa citação fica clara a importância da confiança para o surgimento do espaço potencial. Se a experiência vivida entre mãe e bebê, entre sujeito e sociedade, entre paciente e analista, levar à confiança, existe aí a base para o espaço potencial e, por consequência, para o viver criativo.

Ao trazer as vinhetas clínicas articuladas com os conceitos winnicottianos, procurei ilustrar um pouco da minha reflexão clínica a respeito destes primeiros atendimentos *on-line* em tempos de pandemia. Para finalizar, retomo um paradoxo de Winnicott abordado no início deste artigo, a ideia de “crescer para menor”, pois acredito que a atividade clínica sempre nos mostra o caminho de “crescer para menor”, o caminho do não saber, da interrogação.

4 CONCLUSÃO

Neste trabalho sei que arrisco estar escrevendo precocemente sobre um tema que, mais do que atual, é um tema corrente. Vivemos o atendimento virtual, vivemos a pandemia, sem saber ainda ao certo onde isso vai acabar. E, justamente por esta razão, escrevi com o propósito de fazer perguntas, de trazer a minha reflexão, de dialogar e, quem sabe, também elaborar o tanto que passou. As perguntas ficarão para serem respondidas *a posteriori*, ou talvez não, e novas perguntas serão formuladas.

Para concluir, cito uma ideia a respeito do *setting*: “Em qualquer situação clínica limite, o essencial do trabalho é feito primeiro no analista – é ele que sustenta a transferência – e, portanto, depende ao mesmo tempo de seu investimento e de sua criatividade.” (MACEDO, 2012, p. 13).

Esta é uma maneira de olhar para a clínica e para o trabalho como analista que está em consonância com a minha prática. O trabalho com psicanálise demanda constante investimento e criatividade. É preciso encontrar também o nosso viver criativo para sustentar isto na clínica com nossos pacientes.

REFERÊNCIAS

ABRAM, J. **A linguagem de Winnicott**: dicionário das palavras e expressões utilizadas por Donald W. Winnicott. Rio de Janeiro: Revinter, 2000.

BERARDI, F. Crónica de la psicodéflición. *In*: AGAMBEN, G. *et al.* **Sopa de Wuhan**: pensamiento contemporáneo en tiempos de pandemias. [S. l.]: ASPO, 2020. p. 35-54.

BLEGER, J. Psicanálise do enquadre psicanalítico. **Revista Latinoamericana de Psicoanálisis**, v. 5, p. 103-113, 2002.

DIAS, E. O. Da sobrevivência do analista. **Natureza humana**, São Paulo, v. 4, n. 2, p. 341-362, dez. 2002. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-24302002000200004&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 6 jul. 2020.

GREEN, A. **Orientações para uma psicanálise contemporânea**. Rio de Janeiro: Imago, 2008.

GURFINKEL, D. **Diálogos sobre a pandemia com Décio Gurfinkel**. [S. l.: s. n.], 2020. 1 vídeo (125 min). Publicado pelo canal CEPdePA Oficial. Disponível em: <https://youtu.be/iCmryqhXeeK>. Acesso em: 10 jul. 2020.

MACEDO, H. O. **Cartas a uma jovem analista**. São Paulo: Perspectiva, 2012.

MCDOUGALL, J. **Teatros do corpo**: o psicossoma em psicanálise. São Paulo: Martins Fontes, 2013.

WINNICOTT, D. W. (1970). Assistência residencial como terapia. *In*: WINNICOTT, D. W. **Privação e delinquência**. São Paulo: Martins Fontes, 2012. p. 249-259.

WINNICOTT, D. W. **O brincar e a realidade**. Rio de Janeiro: Imago, 1971.

ŽIŽEK, S. El coronavirus es un golpe al capitalismo a lo Kill Bill... *In*: AGAMBEN, G. *et al.* **Sopa de Wuhan**: pensamiento contemporáneo en tiempos de pandemias. [S. l.]: ASPO, 2020. p. 21-28.

Del espacio virtual para el espacio potencial

RESUMEN

A principios de 2020, debido la pandemia causada por el virus Covid-19, se hizo necesario el distanciamiento social. Ante esta realidad, actividades y trabajos comenzaron a llevarse a cabo de forma remota. Por lo tanto, la consulta psicoanalítica también cambio de presencial para la virtual. En este trabajo, se propone investigar qué cambios el en *setting* podemos observar y esperar en la nueva modalidad de consulta. En este trabajo, también son analizadas ventanas clínicas, donde la autora articula los conceptos winnicotianos de ambiente y espacio potencial para pensar la clínica psicoanalítica en el contexto virtual.

Palabras clave: Espacio potencial. Ambiente. Consulta virtual. Pandemia.