**Testemunhar em ato: considerações sobre a escuta psicanalítica na cena hospitalar**

Victória De Angelis

A clínica psicanalítica na instituição hospitalar é, a um só tempo, a mesma clínica realizada no consultório e uma clínica absolutamente diferente e, por isso, específica. Um fator determinante para tal diferença é de que a escuta do psicanalista no hospital é realizada na mesma cena em que, em geral, se dão acontecimentos capazes de fazer irromper o sofrimento do paciente. Há, nessa cena íntima, aparelhos, sons, cheiros, corpos expostos, infecções, cortes não-cicatrizados, drenos, familiares, amigos; às vezes, também tragédias e mortes. Dessa forma, a clínica é atravessada, incessantemente, pelo fato de ser *in loco*, no sentido de que há ali, *na cena* hospitalar, elementos não discursivos que não costumam compor o enquadre do consultório.

É certo que o psicanalista *presencia* muito no hospital e que sua atuação é constantemente atravessada por esse fato. A alteração do enquadre tornou-se uma problemática fundamental do campo. Não à toa tenha sido esse o principal ponto que outrora provocou longas desconfianças sobre a viabilidade de uma atuação psicanalítica no contexto hospitalar (MORETTO, 2002): afinal, como escutar[[1]](#footnote-1) alguém em um contexto tão peculiar, sem atrapalhar-se? Na presente investigação, essa problemática foi tida, não como impasse intransponível, mas como potencialidade, como produtora de importantes questões. Por exemplo, se afirmamos a pertinência dessa clínica (ibidem), então resta compreender como se dá o atravessamento da escuta psicanalítica pelos elementos não discursivos e se eles podem, de alguma forma, ser aproveitados para a própria escuta – ou, ainda, se interessa descartá-los.

Foi em torno dessa dimensão da presença do analista na cena hospitalar, dos elementos que nela presentificam-se e das implicações de uma escuta *in loco* que surgiu a questão instigadora desta pesquisa: há algo da atuação de um psicanalista no hospital, em determinados casos, que configura-se como um *testemunho* ou um *testemunhar*?

As investigações teóricas iniciais encontraram certa confusão semântica que, posteriormente, permitiram explorar os diversos sentidos do testemunho e do que poderia configurar-se como tal no contexto hospitalar. Essa confusão foi sinalizada por Seligmann-Silva (2010), quando relembra que, na língua portuguesa, “testemunho e testemunha também indicam esta confusão entre personagem (que testemunha) e seu papel de portador de um testemunho" (p. 4).

Pensando no contexto hospitalar, ao diferenciar os sujeitos possíveis do testemunho temos, inicialmente, duas possibilidades: tanto o testemunho enquanto produção verbal (fala) do sujeito (o paciente, o familiar, o profissional da Equipe de Saúde, dentre outros), quanto o testemunho como postura ou ato de presença do analista na cena hospitalar. A fim de ilustrar tal variedade semântica, são descritas a seguir três situações hipotéticas, mas comumente vividas em hospitais.

Como um primeiro tipo de situação, pensemos que o analista, ao adentrar o leito para atender uma pessoa hospitalizada, depara-se com um corpo seminu e inchado, então integrando aquele enquadre analítico. Há uma suspensão inicial: antes que o sujeito possa falar algo, o analista vê, sente. E o sujeito, por sua vez, sabe que o analista presenciou aquela cena íntima. Por certo, são várias as situações em que o analista, como equipe de Saúde, depara-se com o corpo exposto, com cheiros fortes, com pessoas em coma ou sob sedação frente a seus familiares, enfim, situações que implicam uma completa quebra das barreiras do que se consideraria como íntimo em outros contextos — inclusive no consultório. O próprio fato de que não raro presencia-se, no leito, momentos quase imediatamente anteriores à morte de alguém cujos familiares o psicanalista está atendendo (e talvez ainda escutará novamente após o falecimento), já inaugura um tipo de experiência (e, talvez, de vínculo) diferente daquele que se vive no consultório.

Assim, esse primeiro exemplo remete ao puro ato de *presenciar* o real da cena: ato, intencional ou não, que está para além de escutar. Daí desdobram-se as primeiras questões acerca da temática: o que fazemos com isso que vemos, ouvimos, cheiramos, entreouvimos (por exemplo, conversas que talvez não devêssemos ter ouvido), que, enfim, presenciamos? Ou dito de outro modo: o que, da posição de analista, fazemos (ou não) com isso que, a partir da presença, inevitavelmente testemunhamos no hospital? E como isso vem a se articular na relação transferencial?

Por sua vez, o segundo exemplo é um desdobramento do primeiro, na medida em que representará situações cuja frequência deve-se à configuração peculiar dessa clínica (presenciar *in loco*). Falo de situações em que o paciente, enquanto dirige sua fala ao analista, refere-se ao próprio corpo ou à própria internação como “prova” de seu sofrimento, assim convocando o analista ao lugar de testemunha de sua condição (e.g., “você vê como eu estou?”). Há aí, em muitos casos, a demanda de que o reconhecimento se manifeste sob a forma de um testemunho verbalizado pelo analista — i.e., o sujeito demanda que o Outro expressamente reconheça algo sobre sua experiência de hospitalização. O endereçamento para que se testemunhe uma cena, uma dor, um sofrimento. Questões que derivam-se daí são, por exemplo, a respeito dessa demanda (ou necessidade?) de uma testemunha para si; ou, ainda, e fundamentalmente, se deverá o analista, afinal, responder e testemunhar.

Por fim, a terceira situação que proponho remete-nos a quando o analista testemunha (a princípio, no sentido mais comum de escutar) o testemunho do sujeito: quando a demanda do sujeito é dar ele mesmo um testemunho sobre um acontecimento que lhe passou. O testemunho, então, como uma saída possível da angústia através do relato. Na medida em que é um relato direcionado ao Outro, é importante que alguém se coloque disponível para escutá-lo, como experiência de alteridade. Diante de uma demanda como essa, um psicanalista sabe o que fazer. Nesse mesmo sentido, Kupermann (2016) propõe explicitamente a função do analista no hospital como também a de testemunha — proposta que será desdobrada ao longo do texto.

Sumamente, enquanto a primeira situação refere-se a um tipo experiência inevitável no contexto hospitalar, a segunda e a terceira, diferentemente, são experiência apenas possíveis nesse mesmo cenário e que, ainda, implicam, a seu modo, o sujeito enderece uma demanda ao analista.

Ainda, em relação à experiência de alteridade na cena hospitalar, há uma dimensão traumatogênica que, na medida em que ameaça cada um dos três cenários abordados, permite refletir acerca dos efeitos do testemunho. A partir da hipótese psicanalítica sobre o trauma (SOLLER, 2021), sabe-se que uma experiência de profunda ruptura (como muitas vezes é vivida a hospitalização e o encontro com a doença) tem um potencial traumático importante. O trauma se dará na relação intrínseca da experiência de sofrimento com a alteridade. A depender da configuração eu-Outro que vai sendo estabelecida em cada experiência, pode haver maior, menor ou nenhuma possibilidade de que o acontecimento produtor de sofrimento possa inserir-se no campo da alteridade; o oposto, seria o efeito de *silêncio* ou de *fala* *inaudita* no campo do Outro (KUPERMANN, 2016; MORETTO, 2019). Nesse sentido, testemunhar não seria, a princípio, uma postura exclusiva do psicólogo/psicanalista na instituição. Pode-se resgatar diversas ocasiões em que outros profissionais da equipe de Saúde falham em disponibilizar uma presença aberta ao sofrimento, daí podendo advir uma experiência traumática para o sujeito hospitalizado e/ou seus acompanhantes. Entretanto, as considerações da presente pesquisa se darão em torno unicamente do papel do psicanalista.

Diante do exposto, o **objetivo** primordial deste trabalho consistiu em reunir elementos teóricos capazes de subsidiar o início de uma investigação em torno da problemática do testemunho no hospital, especificamente no que tange à experiência de escuta do psicanalista na cena hospitalar — diante do real que inaugura no sujeito uma experiência disruptiva.

Se, tal como apontou Freud ao longo de sua obra, é necessária e fundamental para a clínica em psicanálise, a articulação entre a prática clínica e a produção teórica, então este artigo constitui um esforço de reflexão teórica sobre questões contingencialmente produzidas no âmbito da prática da psicanálise em um Hospital Geral — como parte da equipe de Psicologia, em um programa de Aprimoramento em Psicologia Hospitalar.

A sensação insistente, em determinados atendimentos, de que se poderia estar, ali, exercendo algo como uma função de testemunha, provocou o desejo por iniciar esta investigação. A fim de resgatar o desenvolvimento teórico sobre essa temática, de modo amplo e a partir de diversos autores, foi realizada uma revisão narrativa, não extensiva, da literatura, sobretudo de cunho psicanalítico. O processo de coleta do material foi realizado de forma não sistemática, no período entre outubro e dezembro de 2021, a partir, tanto de bases de dados tais como Scielo e Google Scholar, quanto de indicações bibliográficas de pesquisadores e profissionais do campo. Da sistematização resultante da leitura dos materiais, criou-se condições para a escrita da reflexão proposta neste texto.

Assim, a fim de sedimentar uma investigação acerca do estatuto do testemunho na cena hospitalar e sua relação com a experiência do analista, será realizado um percurso reflexivo a partir das três situações acima descritas (que serviram como ilustração da problemática) em diálogo com as leituras realizadas. Os desdobramentos dessa interlocução encontram-se distribuídos ao longo dos momentos seguintes. Após algumas considerações preliminares, serão abordadas, primeiramente, questões em torno daquele *testemunhar* associado às experiências extremas e ao traumatismo — para tanto, resgataremos situações que, tanto implicam um endereçamento do sujeito ao Outro, quanto fazem refletir sobre a atuação do analista frente sofrimento do sujeito. Em um segundo momento, serão propostas reflexões em torno da própria experiência de afetação do analista na cena, seguidas das considerações finais.

**CONSIDERAÇÕES PRELIMINARES SOBRE O TESTEMUNHAR**

A questão do testemunho imediatamente remete-nos ao advento das catástrofes históricas do século XX. A literalidade do horror vivido constituiu ponto de partida para uma vasta escrita de testemunhos, movida pela necessidade frequentemente sentida pelos sobreviventes de manter presente e marcada a realidade irrepresentável a que foram expostos. A partir dessa face da literatura, diversos autores passaram a desenvolver concepções em torno da problemática do testemunho.

Segundo Agamben (1999, apud KOLTAI, 2016, p. 26), são três termos em latim que remetem à definição de testemunha:

“*Testis*, aquela que intervém como terceiro no conflito entre duas pessoas; *Superstes*, a que tendo vivido integralmente uma experiência, sobreviveu e pode contá-la aos outros; e *Auctor*, aquela em que seu testemunho exige sempre que algo – fato, ser, palavra – o anteceda, cuja realidade e força devem ser confirmadas ou certificadas.” (ibidem)

Os termos *testis* e *superstes* são aprofundados por Seligmann-Silva (2010), que as considera como as principais raízes semânticas relacionadas ao testemunho. A primeira, *testis*, remete à testemunha como um terceiro, uma instância que pode julgar outras duas partes por ter visto/assistido algo (há, portanto, um foco na visão). A outra, *superstes* (mais próxima a ‘sobrevivente’), é relativa a alguém que não apenas sobreviveu a algum acontecimento, mas também subsistiu muito além desse acontecimento — assim, tendo sido testemunha de tal fato e mantido-se nele. O foco auditivo em *superstes* poderia, segundo o autor, subsidiar uma relação com a história (factual) mais “auricular: aberta aos testemunhos e ao próprio evento do testemunhar”. Diante de tal complexidade, Seligmann-Silva propõe que o testemunho possa ser compreendido enquanto misto (não sem conflitos) "entre visão, oralidade narrativa e capacidade de julgar" (ibidem, p. 5). Sinaliza, ainda, que o testemunho revela uma dimensão da linguagem marcada pela "passagem constante, necessária e impossível entre o 'real' e o simbólico, entre o 'passado' e o 'presente'." (ibidem). Sobre esse impossível, a partir de considerações feitas por Piralian (2000) acerca da reconstrução simbólica do acontecimento pelo sujeito traumatizado, o autor desenvolve, adiante no texto:

“Falando na língua da melancolia, podemos pensar que algo da cena traumática sempre permanece incorporado, como um corpo estranho, dentro do sobrevivente. [...] Para o sobrevivente, sempre restará este estranhamento do mundo, que lhe vem do do fato de ele ter morado como que “do outro lado” do campo simbólico. O testemunho funciona para ele como uma ponte para fora da sobrevida e de entrada (volta) na vida.” (SELIGMANN-SILVA, 2010, p. 11)

Como efeito da assim chamada literatura do testemunho, nascida de uma “proximidade anormal com a morte” (KOLTAI, 2016, p. 24), tem sido comum a associação entre testemunho, trauma e escrita — configuração em que o testemunho é tido como “tentativa encontrada por alguns para integrar, ainda que minimamente, o excesso de real em jogo na experiência traumática" (ibidem). Barbosa & Kupermann (2016), no entanto, advertem, a partir dos escritos de Primo Levi, para a insuficiência da capacidade sublimatória (em que a experiência traumática é narrativizada), a considerar que sua escritura "dá também testemunha de um hiato como marca de uma dimensão do traumatismo", isto é, "quando a morte, o sem sentido absoluto, fixa sua presença como um vazio" (p. 35). A insuficiência da narrativa dá notícias de um elemento fundamental do traumatismo: a impossibilidade de dizer sobre o acontecimento em si, o indizível do desastre do trauma — tal como nos diz Levi (1994, p. 233, apud. BARBOSA & KUPERMANN, 2016, p. 38): "o ofício de revestir fatos com palavras está fadado ao malogro em sua essência profunda”.

Segundo Barbosa & Kupermann (2016), o traumatismo não está no campo do irrepresentável ou do indizível absolutos: "não é que esses acontecimentos sejam indizíveis, mas que vêm marcados pela rubrica do escândalo e do fora de tempo. Ora, o desejo também é indizível" (ibidem, p. 38). Ou seja, sempre haverá algo de indizível na singularidade e é paradoxalmente a despeito disso que o sujeito busca dar testemunho sobre sua experiência de sofrimento. A busca, partindo de Ferenczi, é pela *presença sensível* de um outro capaz de testemunhar o testemunho.

De modo análogo, podemos retomar alguns sentidos atribuídos ao testemunho, ao longo do ensino de Lacan: Macedo (2010), apesar de especificamente mobilizada pela investigação em torno do testemunho no dispositivo do passe, fez um resgate do termo na obra desse psicanalista. A autora pôde identificar uma série de usos heterogêneos[[2]](#footnote-2) — todos, no entanto, sob um fio comum: o fato de que, para Lacan, "o testemunho aponta, nas suas várias acepções, o limite do discurso e da formalização; ele é não-todo: onde o discurso não diz, testemunha" (ibidem, p. 3). Sobretudo, Macedo propõe que a própria obra de Lacan constitui em si um testemunho, em que o autor tocou "os confins do saber em seu litoral com o real" (ibidem, p. 7). Nesse sentido, diferencia duas modalidades de produção: por um lado, a autobiografia — que, na medida em que apenas narra e historiciza, não consiste em um testemunho — e, por outro, a "confissão solapada" — cujas entrelinhas denunciam uma dimensão testemunhal, uma vez que carrega as "torções da invenção e do estilo" (ibidem, p. 3). Por fim, aponta o estilo como sendo da ordem da enunciação e da escritura (esta, via de interrogação acerca do inconsciente). A partir dessa proposta, poder-se-ia pensar o testemunho (enquanto produção do sujeito sobrevivente do acontecimento), menos como uma narrativa autobiográfica, e mais como uma “confissão solapada”, mediante os limites do discurso frente ao real.

Uma outra dimensão do testemunho é elencada por Koltai (2016), ao escrever sobre sua experiência de leitura dos testemunhos do pós-guerra:

“Pensar o testemunho, como nos diz Chiantaretto (2004), supõe pensar naquilo que funda o laço indissolúvel entre o lugar de cada um e o conjunto humano: a pertinência ao humano, razão pela qual o testemunho deve ser encarado como um ato de linguagem, uma palavra que requer a presença psíquica do outro como ser singular e representante do conjunto." (KOLTAI, 2016, p. 24)

Ou seja, há uma dimensão do testemunho que implica que o sujeito venha a ser afetado pela alteridade. Nesse sentido, Chiantaretto (2004, apud KOLTAI, 2016, p. 26) propõe a redefinição do testemunho como um ato subjetivo, fruto da experiência de ser alterado não apenas pelo evento passado como também — e, talvez, sobretudo — por aqueles que escutam seu testemunho e que o tomam enquanto testemunha. Esse, precisamente, será um ponto de importante articulação entre a problemática do testemunho e a cena hospitalar.

Ainda, em um percurso particularmente interessante, Koltai (2016) reflete sobre a dimensão de responsabilidade daquele que escuta o sujeito que se propõe a testemunhar experiências extremas, partindo da assunção de que esse testemunho, endereçado, constitui uma tentativa do sujeito traumatizado de restabelecer o pertencimento à humanidade. Retomaremos essa ideia mais à frente no texto.

Ainda que a chamada literatura do testemunho remeta à especificidade de um período Histórico, sua leitura constitui, para além de uma tarefa ética (Koltai, 2016), uma oportunidade de produzir questões importantes sobre a atuação do analista frente ao traumatismo e às experiências extremas. Seguiremos, a partir dessa reflexão.

**A CENA HOSPITALAR: ENCONTRA-SE TESTEMUNHOS, BUSCA-SE TESTEMUNHAS?**

Neste ponto, é necessário fazer um recorte. Os seguintes desdobramentos sobre o testemunhar na cena hospitalar consideram aquelas situações em que algo da ordem do real (um acontecimento) tem como efeito a irrupção da angústia no sujeito e a impossibilidade de imediata inscrição simbólica no psiquismo, podendo desencadear o trauma. Tais situações, aqui nomeadas como “extremas”, configuram-se enquanto tal para o sujeito singular, não representando uma universalidade. Resgatemos que, a partir da teoria da fantasia em Freud e com a noção de “a posteriori” (*nachträglich*), o trauma é tido, na psicanálise, como efeito do tempo, de uma “segunda cena”. O acontecimento em si não é traumático, e sim um a posteriori em que o acontecimento é vivido enquanto tal, por não encontrar um registro no psiquismo (no simbólico), de tal modo que o psicanalista deve interessar-se, diante do traumatismo, pelos aspectos do acontecimento-experiência que se articularam à singularidade daquele sujeito, podendo daí desvelar sua posição subjetiva no laço social.

***Superstes e testis: sujeito e dispositivo***

Tal qual discutimos anteriormente, há uma simultânea necessidade e impossibilidade de simbolização da experiência disruptiva — muitas vezes, traumática. Se o sujeito busca dar testemunho (mediante uma narrativa sempre paradoxal) sobre sua experiência de sofrimento, o que ocorre quando essa tentativa de falar fracassa é menos da ordem de um indizível do traumatismo e mais do *inaudível* no campo da alteridade (MORETTO, 2019, p. 62). Nesse sentido, o que Barbosa & Kupermann (2016) propõem é que o analista possa testemunhar o testemunho de quem viveu acontecimentos que tornam-se da ordem do "*invivível*" (SEMPRUN, 1995, p. 25 apud BARBOSA & KUPERMANN, 2016, p. 39) — para que aquilo que é possível ser dito seja de fato escutado, audível. Tarefa, portanto, de "bordejar o traumatismo mediante rodeios, mas sem nunca aceder a ele" (BARBOSA & KUPERMANN, 2016, p. 39).

Diante da interrogação sobre se o psicanalista que escuta a narrativa paradoxal do testemunho seria ele mesmo também uma testemunha, o texto de Gondar & Antonello (2016) resgata as proposições que Ferenczi faz a partir da função de elaboração psíquica do sonho traumático[[3]](#footnote-3). Para o autor, a repetição e a figuração que se passam no sonho traumático permitem paradoxalmente uma postura ativa sobre o evento traumático (a partir da criação de novas configurações da cena), tal qual uma busca pela resolução do traumatismo, conferindo ao sonho traumático uma dimensão tanto criativa quando curativa (FERENCZI, 1931/1992). Ferenczi postula uma terceira dimensão de elaboração psíquica, escutada em diversos sonhos traumáticos: a saber, o apelo a uma testemunha para a cena traumática. Na medida em que o sujeito sobrevivente da experiência traumática já é uma testemunha (que nunca poderá distanciar-se do fato), Ferenczi identifica que há frequentemente uma convocação do sujeito por um terceiro que possa ver a cena desde fora e oferecer ajuda.

Gondar & Antonello (2016) desenvolverão essa ideia a partir do reconhecimento de que o dispositivo clínico já é em si uma situação testemunhal, na medida em que dá-se o testemunho da própria história e do sofrimento, endereçando-os a alguém, como uma forma de elaboração do traumático. Há, para ela, três dimensões envolvidas no efeito terapêutico do testemunho, não apenas o contar: 1) narrativa; 2) escuta da narrativa; e 3) admitir que o ocorrido "não faz parte do narrável" — paradoxo próprio à narrativização da experiência, em diálogo com Barbosa & Kupermann (2016).

É na medida em que o sujeito traumatizado nunca poderá ocupar o lugar de um terceiro (apenas em sonho ou em uma clivagem do eu, segundo Ferenczi), que a presença de um analista pode ter, ela sim, efeito de terceiro. A autora compreende que "para um testemunho ter sentido, é preciso que alguém testemunhe essa fala e essa dor. É preciso que alguém testemunhe o testemunho" (p. 18). Isso se dá quando o analista é capaz de escutar, na clínica, a repetição do trauma (de função criativa e curativa, em Ferenczi), o que produziria o efeito da "presença de um terceiro capaz de estabelecer um contraste entre o presente e um passado insuportável". Segundo Ferenczi (1934/1992, apud GONDAR & ANTONELLO, 2016), " [...] o fato de que nesse novo combate traumático [i.e., a repetição do trauma no sonho e falado na clínica] o paciente não está inteiramente só [...] já proporciona o impulso para uma nova vida".

Kupermann (2016), em ressonância com Gondar & Antonello (2016), propõe a função do analista também como testemunha, especificamente no âmbito hospitalar, em que ocorre o encontro com o adoecimento. O psicanalista, ao testemunhar a dor, “favorece ao sujeito em sofrimento o processo de elaboração dessa dor e de produção de sentido para experiências que são, na maior parte das vezes, disruptivas e traumáticas" (p. 13). Para desenvolver tal proposta, o autor resgata a concepção ferencziana sobre os três tempos do trauma, em que o evento em si não é considerado traumático mas sim a indiferença do outro à experiência do sofrimento, configurando o que Ferenczi denomina "confusão de línguas". Segundo a leitura de Kupermann (2016), há primeiramente o "tempo do indizível" (relativo a um sofrimento inédito que inaugura uma experiência de vulnerabilidade e falta de repertório simbólico); depois, o "tempo do testemunho", em que o sujeito busca a presença sensível de um outro para narrar o sofrimento; e, em um terceiro momento, o *"tempo da indiferença desautorizadora*". Esse último,

"ocorre quando este outro não está disponível para escutar, ou testemunhar, o sofrimento do adoecido, porque é remetido, ele mesmo (o outro), a um estado de impotência tão angustiante que transforma o indizível da dor do doente em inaudível” (KUPERMANN, 2016, p. 16).

Ao enfocar a dimensão "patogênica" da negação — nomeada como "desautorização" — Kupermann (2016) propõe o *cuidado* como a contrapartida clínica, inclusive no hospital, para aquilo que se apresenta como potencialmente traumatizante. Se a condição humana é sempre, paradoxalmente, a de estrangeiridade no campo da linguagem, então sua proposta é de que, na clínica, o acolhimento do sofrimento, pela via da hospitalidade, implica o trabalho de criar uma língua comum entre cuidador e paciente. Isso se faz — inspirando-se em Ferenczi (1928/1992) — não exclusivamente através da interpretação, mas sim da dimensão sensível do encontro, na qual o psicanalista deve atentar para os afetos que ali circulam. Para tanto, a empatia é proposta como operador clínico — aqui adquirindo não um sentido identificatório ou projetivo, mas sim referente à capacidade de afetar-se pelo sofrimento do outro e de afetá-lo (o que, a partir de Ferenczi, é entendido enquanto "ressonância pulsional"). A empatia posta, então, como antítese da "indiferença desautorizadora" do sofrimento.

Também reconhecendo a particularidade das experiências disruptivas, e, a partir do referencial lacaniano, Jacomini (2015) postula que, diante do traumatismo, não se pode trabalhar a partir dos moldes de uma "clínica do sintoma", na medida em que o sujeito, por encontrar-se preso ao instante perpétuo do trauma, vê-se impossibilitado de respostas metafóricas — portanto, da formulação de um sintoma que possa endereçar alguma demanda. Nesse sentido, a autora propõe intervenções no âmbito do que chama "clínica do traumático" (p. 31).

A direção possível de tratamento para trabalhar a relação trauma, luto, experiência e transmissão visa à transformação do trauma em experiência compartilhada e à construção da posição de testemunha [...]. Restituir um campo mínimo de significantes que possam circular, referidos ao campo do Outro, permite ao sujeito localizar-se e poder dar valor e sentido à sua experiência, articulando um apelo que o retira do silenciamento.” (JACOMINI, 2015, p. 33)

Por essa via, podemos pensar que o testemunho, para além de uma verificação de fatos, tem potencial de provocar a "revelação de uma verdade" sobre o sujeito, uma vez que encontramos seu sentido no "trajeto do real à verdade" (KOLTAI, 2016, p. 26). Na medida em que compreende o testemunho como um ponto de articulação entre a história do sujeito com o horror e a História do mundo, Koltai propõe — tendo em consideração os traumatismos de catástrofes históricas — que a escuta desses testemunhos envolve a capacidade de relacionar ambas as dimensões, de modo que tal relação sirva para auxiliar o sujeito a construir sua singularidade. A autora estende tal concepção à clínica no geral, compreendendo-a na contramão de uma postura que venha a reforçar um lugar solitário de exceção do sujeito diante do horror.

***A experiência de escuta do horror***

Koltai (2016), ao compreender tais testemunhos como uma atividade reflexiva do sujeito (não apenas uma mera narração da memória) sobre a experiência do "inumano enquanto produção política humana" (p. 25), interroga-se sobre a responsabilidade implicada na escuta/leitura deles — da mesma forma que importa-nos investigar a experiência de escuta do testemunho, pelo analista, na cena hospitalar. Se a escuta implica um testemunhar o testemunho, então há de se refletir sobre os efeitos dessa escuta no analista.

Por um lado, o sobrevivente (que não sucumbiu) testemunha, em uma atividade narrativa que implica contar ao outro. Por outro, o analista testemunha o testemunho do sobrevivente, numa atitude de suportar o silêncio e a falta de palavras: um ato de presença, que fornece condições para uma passagem (do impossível de dizer à palavra). O ato da presença do outro inaugura uma posição de alteridade, capaz de mediar a experiência do sujeito rumo ao campo do Outro, da linguagem. Se a posição de testemunha do sobrevivente é descrita como "silenciado ao indizível, a condição de testemunha", então isso também vale para o analista que testemunha na cena: por suportar — aquilo que vê e aquilo que escuta. É uma experiência-limite a de respeitar e acolher o silêncio e as interrogações.

O que precisa ser escutado, diante da disrupção subjetiva, “é um sujeito diante do impossível de suportar” (BARONI & KAHHALE, 2011). Além disso, Koltai (2016, p. 26) propõe que esse testemunho do testemunho implica propor-se a imaginar o inimaginável, o incompreensível, e acreditar no inacreditável.

O que significa, então, que o analista participe como um terceiro, como uma testemunha diante do testemunho? Ao contrário do lugar normativo de um terceiro que julga ou que suspeita das narrativas que escuta — do Direito, do lugar simbólico do pai e/ou de uma postura inquisitiva do analista) —, o que Gondar & Antonello (2016) propõem a partir de Ferenczi é que seja esse um lugar da testemunha que reconhece — o que não implica apenas acolher ou conter. Nesse sentido, "a função de testemunha do analista põe em jogo um lugar [...] de algo que existe antes que qualquer forma se imponha" (p. 19), inaugurando o que ela chama de *espaço potencial*: um lugar não nítido, "instersticial, informe, nem dentro e nem fora, nem dizível nem visível, funcionando como laboratório de intensidades afetivas à procura de configuração" (p.19).

O reconhecimento é tido como a contramão do *desmentido*, esse sendo o fator de negação não do evento em si mas do sujeito. Assim, reconhecer não significa colar o sujeito em uma identidade, mas, pelo contrário, reconhecê-lo em sua singularidade, naquilo que ele pode ser *potencialmente* (descolando o sujeito, então presentificado no traumatismo, e abrindo suas possibilidades de futuro). Por isso, a proposta de um "espaço potencial" como espaço do testemunho.

Para tanto, porém, os autores atentam para os efeitos desse lugar no próprio analista, dimensão essencial para que o espaço potencial se configure enquanto tal. Primeiramente, é necessário que o analista antes aceite o mistério em torno do indizível, permitindo-se afetar por ele. Isto significa, também, "respeitar o direito do paciente à não-narração, ou à não-comunicação, ou ainda à narração fragmentária e assistemática" (GONDAR & ANTONELLO, 2016, p. 20). Ou seja, uma postura de suportar isso de tão fragmentário que é endereçado ao analista, não buscando solucioná-los ou dar-lhes algum sentido. Há um incômodo produzido pela inclusão do analista (na cena analítica) como testemunha participante de algo intraduzível — incômodo esse que tende a causar a necessidade de escape. Nesse sentido, testemunhar o *invivível*, a partir da narrativa do paciente, exigiria do analista tanto uma *aposta em não escapar*, quanto uma *disposição* em sair de seu lugar.

"Nesse sentido, uma ampliação do conceito de testemunha se torna necessária; testemunha não seria somente aquele que viu com seus próprios olhos, [...] também seria aquele que não vai embora, que consegue ouvir a narração insuportável do outro" (GAGNEBIN, 2006, p. 57)

Pode-se dizer que o espaço potencial proposto por Gondar & Antonello (2016), a partir das considerações ferenczianas sobre o trauma, é um lugar incômodo e indeterminado que o analista ocupa, a fim de possibilitar a abertura de um espaço potencial em que se possa narrar a impossibilidade de narrar. Para sustentar esse lugar, é necessário suportar a literalidade da narração testemunhal (e seu peso).

Nesse mesmo sentido, Koltai (2016) chama à atenção para um ponto crucial: o analista deve reconhecer que o horror também destrói suas próprias representações, o que o coloca como semelhante daquele que lhe endereça um testemunho. Apenas assim, segundo a autora, o analista pode "imaginar o horror sem entrar nele". A resposta ao endereçamento de um testemunho implica uma presença como semelhante (também representante da espécie humana, ela dirá), de modo que a escuta possibilite ao sujeito "religar os fios de uma vida interrompida por uma catástrofe histórica, visto que ele representa a possibilidade de uma reintegração na comunidade humana" (p. 29).

Pensando na cena hospitalar, destaco dois pontos: 1) o horror também afeta o analista como sujeito, o que traz implicações sobre a destinação que se dá a esses afetos; conforme a autora, é justamente nessa afetação que se localiza a humanidade compartilhada entre analista e sujeito, a qual, por sua vez, viabiliza os efeitos do testemunho no campo da alteridade. 2) em termos transferenciais, talvez se possa dizer que o sujeito precisa poder supor, na figura do analista, antes de um saber: um humano; isto é, supor alguma semelhança primitiva, para além da racionalidade objetificante da cena médica.

De fato, Koltai (2016) sinaliza que a literatura concentracionária é capaz de resgatar a "referência inconsciente de inclusão indestrutível do indivíduo no devir do humano", isto é, a noção de que cada vida é representante do conjunto da condição humana, para além das marcas civilizatórias. Ainda, segundo a autora, Zaltzman (1998) nomeou essa condição de "identificação sobrevivente", no sentido daquilo que resiste de humano mesmo em situações extremas. Ela diz: "o humano não deixa de ser humano" (KOLTAI, 2016, p. 27). Assim como a literatura do testemunho, o testemunhar no hospital remete a essa dimensão tão própria da existência humana, que muitas vezes desvela-se apenas nas situações extremas da trajetória de um sujeito — a saber: adoecer, temer a morte, lidar com a falta, dentre outros aspectos. Um ponto de reflexão acerca da experiência de escuta do analista na cena hospitalar consiste justamente na constatação de que o analista também se depara com os limites de sustentação da humanidade em cada vida, de modo que deve se haver também com seus próprios limites.

***O que faz com que o fio da vida não se rompa?***

Koltai pergunta-se: "até onde o humano pode ir para sobreviver sem perder sua humanidade constitutiva, já que a vida não passa de um tênue fio [...]. O que faz com que o fio não se rompa?" (2016, p. 27). A partir daí, retoma o sentido da amizade e da filiação (*philia*) apresentado pelos sobreviventes em seus testemunhos como um "laço incondicional", que colaborava, nas situações extremas, para manter esse fio da vida, uma vez que a relação se estabelecia entre aqueles que lutavam pela vida "lado a lado". Para além de amizade ou amor, a autora coloca: "é um sentimento tecido nesse campo do Real, do qual dificilmente nos aproximamos em tempos normais" (p. 27). Defende que tais filiações podem funcionar tal qual uma função ou presença analítica (p. 27-28) que escuta sendo capaz de não julgar e de sustentar o testemunho do outro. Chama de "presença analítica" cuidados que permitiriam ao sujeito uma entrada (ou retorno) à linguagem. Isso se daria na medida em que — a partir de Davoine e Gaudillère (2006, apud KOLTAI, 2016, p. 28) — o sujeito traumatizado em situações extremas se vê, em sua condição de objetificação, condenado à solidão, de modo que seria necessário que algo lhe viabilizasse uma reintegração no laço social, ponto em que a psicanálise, segundo os autores, pode atuar: uma vez que "tenta encontrar o ponto de ruptura de um antes, no qual fantasma e sonho ainda tinham seu lugar" (KOLTAI, 2016, p. 28).

Nesse sentido, afirma-se que o lugar transferencial do analista, diante do traumatismo, não deve prescindir, nem de uma maior proximidade com o sujeito, nem de uma atuação "com o máximo de tato".[[4]](#footnote-4) É por esta via que Ferenczi compreende a função da amizade como inerente à transferência. À frente do sujeito traumatizado por catástrofes humanitárias, Koltai propõe, conforme Agamben (1997), que o analista deveria seguir na contramão do modelo "caricatural do espelho sem reação" (sob o perigo de cometer o mesmo crime com o sujeito) e

"manifestar sua curiosidade e seu investimento explícito na escuta que suscitou nele um desejo de saber. Em outros termos [...] o analista não pode hesitar em manifestar seu desejo de analista. [...] uma análise não diz respeito apenas à determinada organização psicopatológica, ela tem que se haver, quer queira ou não, com o rochedo daquilo que constitui a realidade do humano" (KOLTAI, 2016, p. 29).

**PRESENCIAR: O ANALISTA NA CENA HOSPITALAR**

Uma outra dimensão do testemunhar na cena hospitalar diz respeito ao fato, citado anteriormente, de que o analista é ali parte *presente* da cena. Para além do impossível estruturalmente implicado na existência humana, o cenário hospitalar, com suas dinâmicas institucionais e acontecimentos da ordem do real do corpo, dispõe de elementos que presentificam-se na cena de forma que atravessam o atendimento do analista. São elementos que, muitas vezes, adquirem estatuto de acontecimento — tais como uma ferida aberta, o som incessante dos aparelhos da UTI (Unidade de Terapia Intensiva), ou mesmo a morte.

A presença, diante do outro e em um determinado cenário, afeta o corpo (também pulsional) do analista — isto é, aquilo que se testemunha nos leitos. Apesar de o foco da atuação no hospital serem os efeitos da dimensão do corpo adoecido, o corpo do analista também está ali (por vezes, também adoecido). A intersecção desse corpo do analista com a cena hospitalar produz efeitos os quais pode-se chamar, genericamente, de “afetações".

Nesse sentido, Dias (2011, p. 214) postula, a partir de Winnicott e Ferenczi, que, diante do traumatismo, o analista é convocado pelo sujeito a um nível de acesso à experiência que lhe exige tamanha disponibilidade afetiva que, antes, deve implicar uma busca do analista por acessar sua própria experiência. Ainda, a autora comenta:

"É no invólucro do analista, no seu corpo cansado, dissociado, insensível, rígido ou sexualizado, que a experiência analítica pode encontrar impossibilidade de realização de qualquer trabalho. Do mesmo modo, é no mesmo corpo flexível, permeável e espontâneo, que é possível a função de escoramento e de contenção, capaz de inserir a dimensão de alteridade na experiência entre paciente e analista." (DIAS, 2011, p. 214).

Há uma dimensão da disponibilidade ao outro que implica o corpo: as afetações sobre ele. Se o corpo do analista também é pulsional, então também remete às suas próprias memórias, horrores e estranhamentos. Não será perigoso deixar de perceber tais afetações na cena de atendimento? Afinal, elas atravessarão a disponibilidade e a escuta do analista, eventualmente podendo tornar-se elementos na transferência. Na contramão de um esforço por excluí-las da cena — tal qual na cena médica —, talvez o reconhecimento das próprias afetações como parte da cena analítica no hospital carregue em si uma potencialidade terapêutica, uma vez que remetem aos limites subjetivos do analista naquela cena específica, naquele leito, frente àquele sujeito singular.

Por fim, Kupermann (2016) propõe a compreensão da disponibilidade a partir da “postura empática” do analista em cena: i.e., uma forma de falar “com o paciente” e não “do paciente”. Para tanto, segundo o autor, um ponto crucial da técnica implica a “saúde do cuidador” – condição em que o cuidador-analista, dispondo de alguma flexibilidade psíquica, consiga vivenciar afetos e percepções produzidos nos encontros ocorridos na cena hospitalar (muitas vezes, com o corpo dilacerado, com sensações difíceis, com a angústia profunda, com a morte).

**CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O percurso traçado neste texto foi guiado por uma questão inicial: se o analista – ao oferecer-se enquanto alteridade frente àquele que sofre, na cena hospitalar, e percebendo-se atravessado por todos os elementos não discursivos que ela contém – estaria operando na ordem do testemunho. Apesar da impossibilidade de concluir, por ora, é possível extrair algumas considerações, enquanto apostas, e algumas questões. Tendo em vista as situações propostas, no início do texto, como ilustração da problemática, e a partir do desenvolvimento teórico realizado ao longo desse percurso, resultaram duas principais questões, que tomarei como guia destas considerações finais. São elas:

1) qual o papel do Outro diante das experiências extremas vividas pelos sujeitos (paciente, familiares, acompanhantes) na cena hospitalar?

2) qual o destino das afetações que são produzidas no próprio analista, que testemunha a cena?

Inicialmente, podemos nos perguntar sobre o que de específico há no ato de testemunhar do analista. Ainda que outras figuras da cena hospitalar possam vir a testemunhar o testemunho do sujeito e/ou suas experiências extremas, qual seria a especificidade do analista enquanto testemunha? Pode-se partir da hipótese de que o estabelecimento da transferência e seu manejo configuram uma possível resposta. Entretanto, restaria uma questão anterior: será que o testemunho falado do sujeito é sempre endereçado sob transferência? Ainda, retomando a ideia de uma semelhança primitiva (humana) entre analista e paciente (KOLTAI, 2016), será que o testemunhar do analista e o eventual testemunho do sujeito não representam algo de uma experiência anterior à suposição de um saber no Outro?

Partindo dessa relação entre a transferência e o ato de testemunhar, cabe também refletir sobre o papel do reconhecimento na cena hospitalar. Há elementos (como as feridas, a imobilidade, a traqueostomia, o aparelho da diálise, os cheiros etc.) que compõem a cena presenciada pelo analista. No entanto, ainda que esses elementos possam formar parte importante do manejo da transferência, são, por vezes, ignorados e encobertos por silêncio, como se não fossem parte da cena e da realidade do paciente. Nesse sentido, quais serão os efeitos de não dar-lhes estatuto de existência, repetindo o comum movimento de exclusão e não reconhecimento dos mesmos? Caberia ao analista, em alguns casos, realizar esse reconhecimento, mesmo na ausência do endereçamento primeiro de uma demanda? Se há casos em que os pacientes dizem ao analista frases como “olha isso, veja como estou”, talvez isso implique que seja importante dar algum lugar, no discurso, a isso que a percepção faz aparecer e permite testemunhar.

Já em relação ao testemunho produzido pelo sujeito em decorrência de experiências extremas e traumáticas, considere-se que: 1) diante do horror, o sujeito pode vir a compreender sua história tanto como uma condição solitária de exceção quanto como um traço de singularidade; e 2) o testemunho falado do sujeito pode implicar o desejo de perceber-se reintegrado à humanidade, da qual o sujeito traumatizado viu-se excluído (KOLTAI, 2016). Nesse sentido, talvez a escuta de um psicanalista na cena hospitalar deva primeiramente funcionar como representante da condição humana diante do sujeito – para além de retornar algo da singularidade deste diante da narrativa médica sobre sua condição, por exemplo. Ou seja, fornecer condições para que aquele sujeito que experienciou o extremo da vida possa supor, na figura do analista, um humano, antes de um saber. Isso implica pensar o analista que testemunha como aquele que, para que venha a trabalhar com a “outra cena” (a do inconsciente), precisa antes inaugurar algo de uma “cena humana” – isto é, uma cena em que, a partir da percepção de uma “semelhança primitiva”, para além da racionalidade objetificante da cena médica, o sujeito possa então passar a algo de uma singularidade.

Essa “semelhança primitiva” aponta à possibilidade de que o analista também seja afetado pelo horror advindo, tanto dos elementos presentificados na cena hospitalar, quanto da experiência extrema do próprio paciente. Ofertar-se, aí, como alteridade exige que o analista se pergunte, constantemente, acerca de sua disponibilidade diante do sujeito e de tantos elementos. Quais seriam os efeitos iatrogênicos, por exemplo, da oferta para a escuta de um testemunho quando o analista não encontra-se de fato disponível para testemunhar?

Se compreendermos o testemunho do analista como, antes de tudo, a experiência da presença diante do sofrimento, então ele está na contramão tanto de um discurso objetificante em nome da competência técnica, quanto da indiferença. Essa “suportação” diante do horror (que tanto o outro quanto o analista testemunham) implicará uma não indiferença, uma não invisibilização das singularidades que compõem os elementos em cena. Ademais, a presença que suporta o extremo não é qualquer presença: configura-se como presença que remete à dimensão real, nua, da alteridade – ou, conforme Koltai, uma presença que, no limite, funciona como “outro garantidor da alteridade” (2016, p. 27). Nesse sentido, será possível pensar o testemunho do analista no hospital como um lugar no laço que permite manter ou mesmo religar o “fio da vida” (ibidem) – tal qual uma filiação (philia) “indispensável para sobreviver”? Ainda, será uma das funções do analista a de que seu testemunhar possibilite um esforço de, junto à equipe multidisciplinar de Saúde, realizar o caminho da cena médica à cena humana?

As diversas questões aqui reunidas, assim como o resgate teórico realizado neste trabalho, na contramão de concluir, serviram à hipótese de que considerar a perspectiva do testemunho e do testemunhar possibilita a abertura de novos caminhos para fazer avançar o campo da psicanálise no hospital. Estudos de casos clínicos, por exemplo, sob a luz dessa problemática, poderiam fornecer material para responder algumas das hipóteses aqui formuladas, na tentativa de compreender a função do analista em relação ao ato de testemunhar. Por ora, se assumimos que uma presença que suporta o extremo não é qualquer presença, então precisaremos interrogar, cada vez mais, a prática psicanalítica na instituição hospitalar e sua presença diante do extremo que vem a testemunhar.

**REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

AGAMBEN, Giorgio. **Homo sacer.** Paris: Seuil, 1997.

AGAMBEN, Giorgio. **Ce qui reste d'Auschwitz**. Paris: Payot, 1999.

BARBOSA, Maria Nadeje Pereira; KUPERMANN, Daniel. Quem testemunha pelas testemunhas? Traumatismo e sublimação em Primo Levi . **Psicologia USP**, *[S. l.]*, v. 27, n. 1, p. 31-40, 2016. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/psicousp/article/view/114750>. Acesso em: 6 dez. 2021.

BARONI, Claudia Sofia Ferrão; KAHHALE, Edna Maria Peters. Possibilidades da psicanálise lacaniana diante da terminalidade: uma reflexão sobre a clínica da urgência. **Psicol. hosp. (São Paulo)**, São Paulo , v. 9, n. 2, p. 53-74, jul. 2011 . Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-74092011000200004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 15 dez. 2021.

CHIANTARETTO, Jean-François. **Témoignage et trauma. Implications psychanalytiques**. Paris: Dunod, 2004.

DAVOINE, Françoise; GAUDILLÈRE, Jean-Max. **Histoire et trauma**. Paris: Stock, 2006.

DIAS, Renata Codeço. **A clínica como testemunho de corporeidade diante do traumático: por uma nova noção de experiência.** 2011. 238 f. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica)— Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. 2011.

FERENCZI, Sandor. A elasticidade da técnica psicanalítica. IN: **Obras completas de Sándor Ferenczi, Psicanálise 4**. São Paulo: Martins Fontes, 1992. (Trabalho original publicado em 1928).

FERENCZI, Sándor. Análise de crianças com adultos. IN: **Obras completas de Sándor Ferenczi, Psicanálise 4**. São Paulo: Martins Fontes, 1992. (Trabalho original publicado em 1931).

FERENCZI, Sándor. Reflexões sobre o trauma. IN: **Obras completas de Sándor Ferenczi, Psicanálise 4**. São Paulo: Martins Fontes, 1992. (Trabalho original publicado em 1934).

GAGNEBIN, Jeanne Marie. Memória, História, Testemunho. IN: **Lembrar escrever esquecer**. São Paulo: Editora 34, 2ª Edição, p. 49-57. 2006.

GONDAR, Jô; ANTONELLO, Diego Frichs. O analista como testemunho. **Psicologia USP**, São Paulo, vol. 27, n. 1, p. 16-23, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-6564D20150010>. Acesso em:

JACOMINI, Caroline. **Psicanálise, política e cultura: a clínica em face da dimensão sócio-política do sofrimento.** 2015. 152 p. Tese (Livre Docência, Departamento de Psicologia Clínica)— Universidade de São Paulo, São Paulo, 2015. Disponível em: <[00.\_Rosa.\_A\_clinica\_psicanalitica\_sofrimento\_sociopolitico20190403-22136-1sf6x85-with-cover-page-v2.pdf (d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net)](https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/58789811/00._Rosa._A_clinica_psicanalitica_sofrimento_sociopolitico20190403-22136-1sf6x85-with-cover-page-v2.pdf?Expires=1638277712&Signature=ciwJ3rVi42LaBa8n8eMrHLKuJnK5I4fdQCJfWNgcnfwS2SlECZhJNY~6yriH8YP52AWh-DYHeGcAYBIYyzhUePK9c0yMy1tFCl-aoIxaTofci2EISLfYXQ4JYa1ixpF7ZGsyJQRjxldJdddc4C-yfzmhKfXTeiZUstI719xMOcqT21H-y7DGP7Y~Q-ZyfqRo~DCaE5zfZZTUhf~VgwEO6191XjvlJBUCUIu7Cv4gW1-6xrOELyLAE5VOelrtdElpIIK8UfnCbDorSgJ2zGRLs5~mvvA3Kc27o3T8qx-DqX1X5kZrQLSGr8xID0lPfRXqRIUua-R~FepYI6eI6cT6KQ__&Key-Pair-Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA)>. Acesso em: 30 nov. 2021.

KOLTAI, Caterina. Entre psicanálise e história: o testemunho. **Psicologia USP**, São Paulo, v. 27, n 1, p. 24-30, 2016. Disponível em: < >. Acesso em: 03 dez. 2021.

KUPERMANN, Daniel. Trauma, sofrimento psíquico e cuidado na Psicologia Hospitalar. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro , v. 19, n. 1, p. 6-20, jun. 2016 . Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\_arttext&pid=S1516-08582016000100002&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 06 dez. 2021.

LEVI, Primo. **A Tabela Periódica**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1994.

MACEDO, Lucíola Freitas de. Lacan, o "relâmpago obscuro". **Opção Lacaniana** [online], ano 1, n. 1, 2010.

MORETTO, Maria Lívia Tourinho. O que pode um analista no hospital?. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1ªa ed., 2002.

MORETTO, Maria Lívia Tourinho. **Abordagem psicanalítica do sofrimento nas instituições de Saúde.** São Paulo: Zagadoni Editora, 1ª ed., 2019.

PIRALIAN, Hélène. **Genocídio y transmisión.** Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica, 2000.

SELIGMANN-SILVA, Márcio. O local do Testemunho. **Tempo e Argumento**: Florianópolis, v. 2, n. 1, p. 3-20, jun 2010.

SEMPRUN, Jorge. **La escritura o la vida**. Barcelona: Tusquets, 1995.

SOLLER, Colette. **De um trauma ao Outro**. São Paulo: Blucher, 1ª ed., 2021

ZALTZMAN, Nathalie. **De la guérison psychanalytique**. Paris: PUF, 1998.

1. A escuta psicanalítica realiza-se sobre a fala que o sujeito dirige ao analista, na qual está contida uma expectativa desse sujeito (isto é, uma demanda) de que o analista lhe retorne algo de si. Nomeia-se esse endereçamento ao analista como “transferência”, justamente porque, nesse movimento, o sujeito imaginariamente supõe que o analista terá um saber sobre ele (o sujeito) e, por isso, transfere-lhe uma “demanda de saber”. O analista, assim, trabalhará com a dinâmica e os efeitos dessa “relação transferencial” sobre o sujeito. Nesse sentido, é necessário que se estabeleça a transferência para que a escuta ocorra – em outros termos, o analista só atua com aquele que, transferencialmente, lhe endereça uma demanda. [↑](#footnote-ref-1)
2. Resumidamente, dentre as modalidades de testemunho no ensino de Lacan, desde os primeiros Seminários, Macedo (2010) localiza os seguintes: "[o testemunho] na posição de analistante, no ato de testemunhar o próprio inconsciente, no testemunho dos impasses na direção dos tratamentos na supervisão e dos limites do saber em circunscrever o real em jogo em cada caso e, inclusive, no ensino dos AEs" (ibidem, p. 3). [↑](#footnote-ref-2)
3. Categoria de sonhos que Freud passou a observar inicialmente em soldados sobreviventes da Primeira Guerra Mundial, ocasionando uma reformulação de sua teoria sobre os sonhos. Para Freud, a função geral do sonho é a realização de desejos, com exceção do sonho traumático. Ferenczi reverteu a teoria freudiana, passando a compreender o sonho traumático como regra do funcionamento onírico. Conferir: GONDAR, Jô. Ferenczi e o sonho. Cad. psicanal., Rio de Janeiro, v. 35, n.29, p. 27-39, 2013 [↑](#footnote-ref-3)
4. O tato, em Ferenczi, constitui um equivalente do "sentir com", em que, ao permitir-se afinar com o paciente, o analista exerce função de facilitador e não de (mais um) elemento traumatogênico (KOLTAI, 2016). [↑](#footnote-ref-4)