

Biociências: o estranhamento necessário*

Felicia Knobloch**

Na busca de maior aproximação com o tema das biociências e seu impacto na clínica psicanalítica, a *ide* conversa com Felicia Knobloch, que desenvolve um intenso trabalho com pacientes que sofreram a intervenção direta das modernas técnicas da biotecnologia.

ide: Quais os efeitos da biotecnologia nos processos de subjetivação e como tudo isso influencia a clínica?

Felicia Knobloch: Os desenvolvimentos das *tecnobiociências* desencadearam uma revolução na cultura. Desenvolvimentos tecnológicos, biológicos e científicos sempre ocorreram, entretanto hoje o inédito é que ciência se tornou progressivamente tecnociência. Essa palavra, “tecnociência” – forjada por Hottois (1998) filósofo belga, nos anos 70 –, indica um novo sistema de organização da pesquisa e produção de tecnologias em que o que se enfatiza cada vez mais é seu caráter operatório, sua ação. É a consequência dessa superoperatividade, seus efeitos, que colocam em discussão os avanços e que modificaram a relação do sujeito com a vida: sua temporalidade, suas referências básicas, seu corpo, para indicar três exemplos. A interferência desses avanços na vida – animal, vegetal, do planeta – tem sido cada vez mais reconhecida e discutida, principalmente no campo da ética – bioética –, porém pouco no âmbito dos processos de subjetivação. É importante lembrar que as técnicas sempre foram consideradas extensão do homem para permitir-lhe dominar a natureza. Só que se antes a natureza era entendida como algo fora do homem agora é estendida para o homem mesmo. É, insisto, a *exigência* de intervenção no vivente que faz das biociências um questionamento do sujeito. Com a tecnicização da experimentação científica, o *imperativo técnico* (Hottois, 1998), a *plenitude tecnológica* (Martins, 2002) nos levam a, cada vez mais, enfatizar a vertente prática, operatória, em detrimento da vertente simbólica, em que a primeira demanda um tempo de execução mais rápido que a segunda. Hoje, não há mais nenhuma dimensão do humano que a tecnociência não seja capaz de transformar,

mesmo que para isso precise antes desconstruí-la, para depois a reconstruir. Através da engenharia genética, das biociências, dos transplantes ou da medicalização da existência, o sujeito convive com o fascínio da expansão do conhecimento ao mesmo tempo que inseguranças e medos novos emergem, na sua maioria, indefinidos e estranhos – nem sempre em busca de um sentido, mas, talvez, de identidades. Na medida em que a tecnociência domina as relações da cultura, a forma como nós estabelecemos a relação com a vida será a partir da forma como essa força incide e organiza nossas relações com esse desenvolvimento e suas intervenções, consciente ou inconscientemente. Nesta perspectiva, é a dimensão do fazer, é essa radicalidade do processo da ação – que muitas vezes eximiu o cientista de qualquer responsabilidade em nome do progresso da experimentação – que é, a meu ver, um dos eixos que incidem nos modos de subjetivação contemporâneos.

Constatamos na clínica, *grosso modo*, duas situações: a mudança do estatuto do corpo e o incremento das somatizações: *paralisações do pensamento* e o sofrimento do corpo. O aparecimento do mal-estar no corpo não é nenhuma novidade na clínica psicanalítica. Porém, a problematização se dá ao indagarmos de qual *corpo ou corporeidade* se trata e como é que se escuta o *sofrimento do corpo*. Qual a relação entre o fato das forças dominantes da cultura serem as da tecnociências e o modo do sofrimento se organizar no corpo? Na medida em que os desenvolvimentos das tecnologias científicas interferem e mudam radicalmente nossos referenciais – ao modificarem as funções biológicas e/ou mentais – numa velocidade ímpar, não temos tido o tempo necessário para a assimilação de tantas “novidades”, visto que a temporalidade humana é diferente do tempo da máquina. Nós “as engolimos”, por não termos *tempo* para pensá-las, adotando as estratégias da mídia: nós as banalizamos, as simplificamos e as naturalizamos, celebrando-as como inovações salvadoras, que muitas vezes o são. Essa “assimilação” só pode ocorrer à custa de uma dissociação e da clivagem – suspensão de uma certa temporalidade – decorrentes da crise das capacidades psíquicas, da suspensão dos referenciais e da

crise representacional que não possibilita o processo de elaboração (ligação). Somos liberados de pensar, já que a técnica pensa por nós: o exame é *quem* sabe e *pensa* sobre nós; o remédio que se toma é *quem* define o sofrimento, a máquina é que dá o sentido. Estamos diante de novos regimes de ação e intervenção, em que a cena é tomada pelo *pensamento-ação* no lugar do pensamento-reflexão. Operatividade, ações, sensações e vazios psíquicos; corpos amplificados pelas novas tecnologias, corpos transparentes – lócus de sofrimentos que presentificam inquietações antes desconhecidas, organizações psíquicas em que a angústia não se manifesta. São situações que, sintônicas com as produções da tecnociência, desafiam a clínica e questionam a prevalência de uma ordem simbólica. O desenvolvimento biotecnológico e sua assimilação subjetiva não ocorrem no mesmo ritmo. Esse descompasso e a necessidade de criarmos outros repertórios de referências estão na base da dificuldade de integração e elaboração das situações atuais, resultantes dos avanços das tecnobiociências e que podem incidir de diversas formas no modo de vida das pessoas e no incremento de seu mal-estar.

ide: O desejo do homem de alterar a natureza humana acompanha o desenvolvimento da cultura. Você acha que atualmente há alguma coisa, um fato concreto que se objetivou na modificação real do homem, enquanto antes era só ficção?

F. K.: São inúmeras as inovações no campo da ciência, da biologia, da medicina que demonstram como as experimentações e os desenvolvimentos modificam o que se considera da *natureza humana*. Tomemos dois exemplos, entre outros: a mudança do conceito de morte e o de reprodução humana. Até recentemente considerava-se que uma pessoa estava morta quando havia falência de suas atividades vitais: a morte relacionada com a falência da atividade do coração. Em razão dos desenvolvimentos das técnicas de transplantes, o conceito de morte não é mais o da parada cardiorrespiratória. Considera-se, hoje, que a morte encefálica é o que define a morte do indivíduo. A morte encefálica atesta a total impossibilidade de perspectiva de vida, mas não significa que todas as outras funções do corpo estejam comprometidas. Esse conceito convive hoje com o conceito de morte como parada cardíaca e respiratória. Trata-se de uma situação – aparentemente conceitual e de decisão científico-médica – que não é nada simples, apesar de resolver e permitir inúmeras intervenções médicas que salvam vidas de milhares de pessoas. A “simples mudança de conceito” tem acarretado angústias indizíveis, sem representações, por nos obrigarem a conviver com situações inassimiláveis como se fossem “normais”. Há algumas semanas saiu uma notícia sobre uma mulher com morte encefálica que deu à luz a uma criança. Essa notícia induziu, publicamente, à idéia de que é possível nascer uma criança de um morto!? Ora, para pensarmos e metabolizarmos *isso*, temos que mudar algo na nossa ordem de or-

ganização psíquica para convivermos com uma situação considerada até agora impossível: só era admissível pensar assim em fantasia, nos delírios ou na ficção científica. Assunto complexo, mas que já invadiu os espaços de atendimento clínicos. Quando atendemos o pessoal da equipe de UTI ou parentes e amigos de pessoas consideradas mortas, com morte encefálica, e que são assediadas para fazerem doação de órgãos, fica evidente que, apesar de se aceitar racionalmente essa prática, o que se passa com as pessoas envolvidas é de outra ordem. Mesmo quando um grupo de pessoas aceita procedimentos como o da eutanásia para o alívio de sofrimento, por exemplo, uma posição que leva sempre a ações inéditas de medicalização da morte, essa é uma decisão que ainda não foi absorvida pelo social, de maneira a reconstruir suas referências. Observamos, então, como muitas famílias mantêm em segredo a decisão de eutanásia – por se sentirem diante de um ato ilícito – e como uma gama difusa de sintomas corporais aparece em algumas dessas pessoas, levando-as a buscar alívio através da medicalização.

A morte que sempre nos interrogou deixa de ser um limite. Para *linkar* com a primeira pergunta: podemos considerar que diante do apagamento do limite simbólico, que a morte oferece, o sofrimento do corpo surge como tentativa de restauração de um outro limite. Quando abordamos a noção de morte encefálica, parece que estamos nos referindo *somente* a uma mudança de conceito, mas é preciso lembrar que o discurso disponível é resultante do que ocorre para podermos *admitir* e *permitir* que os desenvolvimentos das experimentações biomédicas possam se realizar legalmente. O conceito de morte mudou por uma decisão da comunidade científica. Isso não significa que automaticamente mudaram as referências mentais em relação à morte. Na verdade, estamos trabalhando hoje com várias referências. Há mais de dez anos que trabalho com crianças, hoje adolescentes, que fizeram transplante de coração. Essa mesma criança que recebe o coração, essa mãe e essa família que estão esperando a doação de um coração *têm que* trabalhar com a noção de morte. Todos eles sabem que, para ser doador, é preciso que o coração não pare; eles podem vir de qualquer lugar do Brasil, mas são capazes de explicar como alguém doa o coração. E eles falam: “Não pode morrer, senão não pode passar o coração. Mas ele morreu, não é? A cabeça dele não funciona, mas o coração está batendo. Mas a gente não morre quando o coração pára de bater?”. Escutamos as várias noções de morte no mesmo discurso. Isso é algo novo.

Outra questão é a da “reprodução humana assistida” (RHA). Considero-a o analisador da cultura por condensar todos os tipos de intervenção das biociências. Como, numa sociedade tão fecunda, alguém pode ser infértil? Diante das questões oriundas do problema da infertilidade do casal, a RHA surge como resposta, e por sua vez cria novos problemas, antes inexistentes, que vão desencadear novas questões. A grande novidade é a organização da filia-

* Edição: Ana Maria Brias Silveira, Camila Pedral Sampaio, Magda Guimarães Khouri, Raya Angel Zonana. Sociedade Brasileira de Psicanálise de São Paulo, 29 setembro 2006.

** Psicanalista. Doutora em Psicologia Clínica pela PUC-SP, com a tese *Patoplastias do contemporâneo: Clínica do corpo em sofrimento*, 2002. Professora e supervisora da Faculdade de Psicologia PUC-SP. Diretora da Clínica Psicológica PUC-SP. Especialista em Bioética pela USP. Autora do livro *O tempo do traumático*, São Paulo: Educ., 1998, e do artigo “Bioética e psicologia”. In: Vieira, T. R. (Org.). *Bioética e profissões*. Rio de Janeiro: Vozes. 2005, p. 120-132.

ção pela instituição médica quando esta decide qual óvulo ou espermatozoide será utilizado para a fecundação. Na RHA são várias as possibilidades técnicas: inseminação artificial, fecundação *in vitro*, ICSI, doação de gametas, para citar as mais conhecidas.

A discussão atual gira em torno da doação de gametas: após o sucesso do feito da biociência que permite a gestação através da doação de gametas, questiona-se um dos efeitos dessa prática. Como a quantidade de sêmen de um mesmo doador pode servir para fertilizar muitas mulheres, a possibilidade de ter meio-irmãos consanguíneos aumentou muito. As leis de todos os países delimitaram o número de inseminações que podem ser realizadas por área. Mas as pessoas circulam, e já encontramos relatos, vídeos etc. sobre a angústia vivida por grupos adolescentes nos Estados Unidos completamente paranóicos, desesperados, por não saberem se estão ou não namorando a própria irmã. Sentem-se muito parecidos, muito próximos – identificação ou genética? Um sintoma social paranóico aparece em decorrência de uma ação biotecnológica. Efeito iatrogênico do progresso das tecnociências ou novas patologias?

ide: Tivemos outro debate aqui em que os participantes lançaram a seguinte hipótese: tudo aquilo que hoje estranhamos será absorvido pela cultura. O que você acha?

F. K.: Ninguém discorda de que, ante tantas mudanças, novas formas de expressão estão se organizando. Entretanto, a pergunta, ou melhor, a resposta, sobre a cultura absorver ou não todas essas novas formas de intervenção no vivente pode ser vista como uma falsa questão para a psicanálise. Essa *pergunta-afirmação* me parece mais uma preocupação e uma posição de não se colocar contra a idéia de progresso e dos desenvolvimentos das tecnologias biomédicas (para não sermos “caretas”, como somos nomeados quando nos arriscamos a pensar) do que uma posição de abertura a uma problematização sobre a relação entre a cultura das tecnobiociências e o mal-estar contemporâneo. A questão, para mim, deverá ser a de tentar entender qual é o efeito disso sobre o sujeito e como analisar as mudanças causadas pelos efeitos da ação das tecnociências nas produções da subjetividade. A pergunta sobre qual subjetividade estamos produzindo é atual, já que, como sabemos, o mundo já está se recompondo a partir das forças de ação e intervenção das tecnociências. Alguns podem entender isso como absorção, outros como produção de novos mundos. Ao considerarmos que a subjetividade é produzida, que o sintoma é produzido e é expressão de um mal-estar, a quais processos estamos nos referindo e como contribuir para que o mal-estar não seja decorrente de *alienações tecnológicas*? Como perceber e analisar as novas formas de resistência do sujeito contra um certo assujeitamento imposto pela dificuldade de nos apropriar-

mos de tanta novidade tecnobiocientífica, principalmente as da área médica? Um de meus receios é justamente utilizarmos a mesma estratégia da banalização, tática imposta pelos meios de comunicação para simplificar o complexo e dar a impressão de compreensão. Precisaremos diferenciar o que é absorção do estranhamento da recusa ao estranhamento.

Se, da perspectiva técnica, o procedimento de ICSI da RHA está cada vez mais aprimorado, por exemplo, para nos darmos conta das conseqüências subjetivas do que está sendo realizado no humano, é preciso haver condição de reflexão, condição de pensamento. Para isso, é necessário um estranhamento. Uma das táticas contemporâneas é eliminar o estranhamento em vez de criar alteridade, criar distância, espaços para analisar o que *isso* está nos provocando. Se essa é uma das funções do psicanalista, por que me tranquilizar com a possibilidade de absorção da cultura? Por que não problematizar para solicitar mais recursos, intelectuais, mentais e emocionais, para a compreensão das novas situações e assim ter condições para escolher e decidir o que nos interessa? O fato é que estamos vivendo hoje um novo tipo de alienação, através da não-reflexão, da não-possibilidade de problematizar e se sentir obrigado a aceitar, a qualquer custo, o que vem como progresso científico para melhorar a condição de vida. E, quando um leigo tenta aprofundar as discussões para ampliar o entendimento da situação, freqüentemente se vê “acusado” de estar contra o progresso. Vou dar um exemplo: a novidade do ultra-som na gestação: “Que bom, posso saber o sexo”. Tecnologia denominada não invasiva, hoje totalmente incorporada ao cotidiano da gestação do primeiro, segundo, terceiro ao nono mês de gravidez. Algumas situações como um mal-estar intenso, insônias, pesadelos começaram a aparecer em decorrência da realização do ultra-som 3D. À pergunta de por que foram fazer o ultra-som 3D, o casal responde: “Porque o seguro cobre”. O ultra-som 3D só se faz no último mês, não tem nenhuma função diagnóstica; é uma possibilidade da tecnologia que permite ver o bebê num filminho de três dimensões. Quando solicitados a descrever o que viram, um casal começou a relatar a sensação esquisita que tiveram ao ver o nenê todo esfatiado. Para montar a imagem em três dimensões, por questões técnicas, primeiro aparece a imagem fatiada do bebê, antes de ela aparecer composta por inteiro. Escutei relatos de casais que começaram a ter pesadelos após essa visão, de um pai que disse como não conseguia pegar o bebê logo ao nascer, pois a imagem de *fatias de gente* se impunha. Eram casais jovens, que até o oitavo mês não apresentavam nenhum problema em relação à chegada do filho, mas que, depois da realização do ultra-som, começam a apresentar sintomas somáticos, como dor de cabeça, insônia, mal-estar difuso. Na conversa com eles é que foi possível detectar a relação entre os sintomas e a realização do ultra-som 3D.

ide: Você estava falando do sofrimento psíquico que aparece no corpo de uma maneira diferente. Então, qual é o corpo hoje?

F. K.: Corpo como o lugar de incidência das forças das biotecnociências. Estamos convivendo com as várias noções de corpo: corpo organizado, corpo anatômico, corpo somático, corpo orgânico, corpo-máquina, corpo erógeno, corpo simbólico. O que se introduz na história, a partir das tecnobiociências, são novas relações com a corporeidade em que outras formas e organizações podem se desenhar: homem pós-orgânico, corpo cibernético, corpo virtual e a de *órgãos sem corpo*. Esse assunto é extenso e fascinante. Vários filósofos, psicanalistas, sociólogos, antropólogos, semióticos têm se dedicado ao assunto. Enfatizar a redução do homem a um mosaico de genes ou a um aglomerado de peças destacáveis produz outros tipos de vínculos e vivências subjetivas, que provocam novos sentidos ao mal-estar que se instala no corpo. Se considerarmos que antes o corpo delimitava um interior e um exterior e hoje ele é transparente, sem espessura, só com esses elementos podemos perceber algumas das relações da mudança de estatuto do corpo com alguns dos modos de sofrer na atualidade.

ide: Uma criança que será transplantada e receberá um coração, órgão sem corpo – essa é a grande questão –, que é uma parte do corpo de outro que será incorporada num novo ser, se tornará outra pessoa? Surge esta questão: “Quem vou ser com este coração? Vou ser outro, vou ser eu mesmo”?

F. K.: Realizei um trabalho com um grupo de adolescentes com transplante de coração a partir da fala de um deles. Ele havia ido ao pronto-socorro porque estava passando mal e, ao ser atendido, lhe disseram: “Do que está se queixando? Você já passou do prazo de validade”. Foi então que me dei conta de que, independentemente do sucesso das tecnologias, aquele menino, cujo coração havia sido transplantado dez anos antes, estava de novo sendo *dado como morto* por toda uma instituição: a da medicina. O paradoxo está aí: se a instituição medicina, com seu saber/poder e discurso, os pais, o social, todos os sujeitos envolvidos no contexto de vida de alguém que se submete a um transplante, apesar do grande sucesso do desenvolvimento tecnológico e médico, trata aquele sujeito como “expirou” seu prazo de validade, isso demonstra que a questão da vida é secundária à do funcionamento. Ao acabar o prazo de validade, os responsáveis pela mercadoria ficam isentos de qualquer responsabilidade perante o “mau funcionamento”. É como se o inconsciente institucional afirmasse: “Você não tem nem o direito de sofrer porque você não está vivo”, posição que indica uma retirada de investimento na vida daquele sujeito. Desta perspectiva, promover a in-

tegração do objeto *órgão sem corpo* para um *corpo-sujeito* tem que se iniciar na própria instituição médica, agora atravessada pelos desenvolvimentos tecnocientíficos que só querem saber do fazer e do funcionamento e não da integração, muito menos da integração psíquica. Um lembrete: trabalhar com essa perspectiva passa por algo mais além do que se discute como humanização, pois as equipes dos hospitais têm que responder mais à lógica da tecnociência e da pesquisa do que à lógica terapêutica, sem o tempo necessário para assimilar o que está ocorrendo.

Certa vez, a mãe de uma adolescente contou-me, extremamente irritada, que havia anos, todas as vezes que ela ia à consulta, todos faziam questão de avisá-la não só de que a filha ia morrer, como também que a morte seria súbita, e que era para ela se preparar. Essa mãe comentou que muitos anos já se passaram, que não dormia para vigiar se a filha respirava durante o sono, mas que ninguém se preocupou em conversar com ela para dizer-lhe como a filha poderia viver enquanto não morria: “Pode passear sozinha, pode namorar, pode beijar?”

O que para os psicanalistas é óbvio – para que o sujeito possa existir tem que ser libidinizado, tem que ser investido de diversos lugares, pela mãe, pelos familiares, pela medicina, pela equipe médica – se perde quando estamos inundados com a lógica tecnocientífica que atravessa o fazer médico atualmente. Não basta restaurar o corpo do doente para que a ordem se restabeleça e a vida recomece. As questões da perspectiva psíquica são outras: para integrar um *órgão coração* num corpo de um sujeito é preciso que alguém reconheça a existência desse sujeito. Um adolescente com uma patologia cardíaca grave que necessitou de transplante não pode ser levado a viver isso como sua única competência. Incluir as conseqüências subjetivas dos desenvolvimentos das tecnociências na rede complexa da vida humana, de todos os envolvidos em qualquer dos procedimentos utilizados, pode facilitar muito a *in-corporação* do *órgão sem corpo* no sujeito e propiciar brechas de alteridades em que o estranho poderá se *outrar*.

Gostaria de concluir com um comentário a partir de minhas observações clínicas neste campo. Após onze anos tratando e conversando com crianças, adolescentes, durante todo o processo pré e pós-transplante, e com seus familiares, não tenho observado como dificuldade principal o fato de o coração transplantado ter pertencido a outro ser. A vivência de estranhamento é experimentada, por um lado, pelas mudanças reais no corpo em decorrência dos efeitos dos medicamentos, como a cor do cabelo, alterações fenotípicas, e, por outro, pela nova condição de um coração que “agora bate forte e que me assusto ao ouvi-lo”, pela possibilidade de subir uma escada, de correr e de ser quase igual às outras crianças e adolescentes. São esses efeitos da medicação – o sistemático atravessamento da realidade do *phármakon* – que muitas vezes dificultam a apropriação subjetiva do novo modo de existência dessas crianças, dos jovens e de seus familiares. Por

isso trabalho com a idéia, que desenvolvi, de “crise como operador do trabalho terapêutico”, que me permite buscar nessa temporalidade pontos de ligação para restaurar pedaços de temporalização histórica – apesar dos processos de dissociação e de fragmentação constantes –, criando espaços de resgate da fantasia, do imaginário. De qualquer forma, o trabalho passa a ser o de apropriação de um corpo simbólico junto a todos os outros corpos investidos pela medicina.

ide: Retomando, poderíamos pensar nos três vértices fundamentais da experiência humana de subjetivação, que seriam a sexualidade, a morte e a linguagem. Acho que você está tocando nisso também, mas em uma subjetivação que não se remete necessariamente à linguagem, ou seja, nas novas formas de subjetivação, fundadas na ação, na somatização, no corpo e nessas noções de corpo.

F. K.: A incidência das novas forças tecnocientíficas está levando a novos modos de subjetivação. Percebemos a desafetação como uma das formas de expressão de nossa época. Entretanto, a desafetação pode ser considerada, também, uma das estratégias de vida do sujeito para conseguir conviver com questões que não são assimiláveis, impossíveis de se representar e muito menos pensar. Apesar de continuarmos considerando a importância da diferença entre os sexos na constituição do sujeito, como articulá-la às formações subjetivas construídas na era tecnocientífica? Será que a diferença sexual, fundante na nossa cultura, vai deixar de ser um elemento organizador, em razão dos avanços da engenharia genética? A questão diz respeito a todas as pessoas nascidas antes ou depois da era da fertilização *in vitro*. Precisamos de um certo tempo, não dá para responder. Ouvimos recentemente a notícia de que a primeira *bebê de proveta* está grávida de forma natural. Pareceu uma notícia de alívio porque uma certa ordem foi restabelecida. O fato de se precisar, cada vez menos, do homem ou da mulher para gerar uma pessoa traz novas indagações a respeito. Ao mesmo tempo, reconhecemos que os novos saberes libertam, e que hoje temos possibilidades de cura que nunca tivemos, as biotecnociências são avanços da inteligência humana. Mas como isso nos influencia e como a sustentamos? Uma resposta pode ser: às vezes à custa de dissociações, outras, de dessubjetivação. Um exemplo foi o do primeiro transplante de mão, na França. A pessoa entrou numa relação de estranhamento de tal ordem, ficou numa angústia tão grande que exigiu que arrancassem a mão transplantada, apesar da indignação dos médicos. Esta semana aconteceu o mesmo com um transplante de pênis. Do ponto de vista tecnológico, um sucesso; do ponto de vista subjetivo, insuportável!

ide: Você acha que o simbólico está correndo quais riscos?

F. K.: Acho que o psicanalista francês Michel Tort (2001) disse algo muito importante: “Cuidado, psicanalistas,

para não serem agora os defensores do simbólico. Não é esse o lugar da psicanálise”. Ele faz um alerta brilhante. “Não virem sentinelas do simbólico. Essa não é a nossa função.” Concordo com ele. Somos resultado de uma cultura em que houve a predominância do simbólico, a questão da linguagem etc. Estamos vivendo um momento em que a forma de subjetivação pela predominância do simbólico, como modo de funcionamento do sujeito, está em baixa. Estamos sob o signo da ação, do fazer, da mudança e da evolução, com a ajuda de um saber instrumental que tem potência operatória. Encontramos a dimensão simbólica e a operatória funcionando numa relação de equilíbrio diferente. O que mudou foi o jogo de forças. Se antes o fato, o fazer, o ato tinha uma conotação negativa, ou tinha a conotação daquilo que não consegue ser simbolizado, hoje se repensa o lugar do ato. Nem toda forma de funcionamento operatório se refere a um déficit, a uma falta ou a uma dificuldade de acesso ao processo de simbolização. Esta pode ser inclusive uma pista clínica. Na minha prática me indaguei, muitas vezes, se os modos de funcionamento operatório, brechas de pensamento, vivências de fragmentação, que surgem na sessão não estariam apresentando vivências da pessoa de experiências relacionadas a algum avanço biotecnocientífico, mesmo que seja ler um artigo sobre o assunto, por exemplo. Como vimos, estas são situações que deslocam o modo habitual que usamos para lidar com a problemática que nos convoca, sendo a ação a resposta mais rápida e eficaz para diminuir a angústia provocada. Se esta é uma resposta que coincide com o modo de funcionamento exigido pela própria cultura, outra será a das pessoas “não terem demanda de análise”: não são questões que mobilizam as pessoas, mas sim sofrimentos difusos, mal-estar generalizados, dores somáticas, falta de vitalidade. Solicita-se uma outra escuta. Poder se apropriar, nesses casos, da angústia individual e da necessidade de o conflito precisar se configurar como coletivo facilita a saída de um isolamento muitas vezes colocado pela alienação tecnológica. Precisamos que o coletivo sustente os conflitos, os paradoxos desencadeados pelas tecnociências, para desenvolvermos novos referenciais ético-político-estéticos que sustentem a produção de outros sentidos. Individualizar o conflito pode ser uma das formas de submissão ao biopoder ou mesmo uma das formas do desmentido (Ferenczi) contemporâneo. Por exemplo: ao se afirmar que um casal não conseguiu êxito ao se submeter à fertilização *in vitro* “porque eles têm problemas”, não se considera que: o processo é complicado, que a taxa de sucesso é de 20% e que, apesar do grande desenvolvimento tecnológico, as possibilidades de fecundação e gestação são menores que as expectativas.

ide: O que é dominante hoje é um tipo de subjetividade não reflexiva.

F. K.: Há questões complicadoras: um casal que vai ter filho, vai congelar o cordão umbilical? Porque o filho pode

ter uma leucemia e, se não tiver o cordão, não há como salvá-lo. Que tipo de relação se está introduzindo com essa criança? E não é pouco o que se paga para congelar o cordão: caríssimo para um casal jovem que tem outras prioridades. Mas a situação impõe ao casal um questionamento de resposta impossível: “E se o nenê tiver leucemia, não vou suportar a culpa de não ter congelado o cordão que poderia salvá-lo?”. São novos problemas introduzidos antes mesmo de termos certeza de que essa técnica é plausível. Porém, como o banco de congelamento já está funcionando, precisa ser sustentado e a propaganda é realmente convincente, quem vai se lembrar de questionar, se em nenhum momento a sociedade se dispôs a solicitar esclarecimentos para poder decidir como agir? O contrário: às vezes pensar, refletir parece hoje significar desistir dos procedimentos, ser contra o progresso. São tantas situações novas a que estamos expostos que ainda vai demorar um tempo para nos apropriarmos das formas de respostas subjetivas aos questionamentos de nossa época. Na construção desse mal-estar, incidem forças de outra natureza, inéditas, ao lado de todas as forças que já existiam antes.

Como trabalhar com isso na clínica? Como dar um espaço de legitimação ao que ainda não foi formulado por não se ter como formular? O corpo invade a cena de várias maneiras, mostrando, através de sua dimensão patoplástica, formas inéditas de relação com as situações vividas que não são necessariamente patológicas, apesar do sofrimento. Precisamos tomar muito cuidado para que o lugar da psicanálise com suas teorias não seja o lugar do desmentido, despotencializando novas formas de modos de singularização.

ide: É possibilitar a construção de uma pergunta.

F. K.: É a criação de espaços para novas formas de existência. O estranho de que estamos falando, o estranho com o qual sempre trabalhamos, tem algo de inédito. Nem sempre o inédito se torna estranho rapidamente. Quando vira estranho, já pode ser metabolizado.

Para finalizar, uma reflexão clínica. Essa pessoa que chega à análise sem questão e com corpo sofrente, ela está se produzindo. Com essa dissociação e fragmentação, há a produção de uma espécie de “ninguém”. Essa espécie de “ninguém” é um funcionamento para se proteger da operação de desfiguração produzida pela desencarnação técnica, para não desaparecer. É um jeito de sobreviver a isso que estamos presenciando. Para não desaparecer, constrói-se um corpo que é o corpo de ninguém. É aí que muitas vezes aparece o sofrimento desafetado. Ficamos em busca de um conflito e não achamos. É nesse momento que os sintomas somáticos podem surgir. Quando a angústia não tem lugar, o sofrimento do corpo aparece como se fosse um ponto de ancoragem *estado-limite-fronteira*. Emerge aí uma potência. A partir da impotência do impensável, que não pode ser representada, nem metabolizada, supõe-se que o sofri-

mento do corpo introduz outro modo de existência: “Somatizo, logo existo”. É a partir desse lugar que é possível instaurar uma nova relação de espaço e tempo. É com essa invenção – de lugares somáticos – que se pode reinterrogar o desamparo em que se foi colocado. É neste ponto crítico, no lugar da crise, da ruptura, na fragmentação por onde devemos caminhar. Esse processo em que o fragmentário predomina, essa fragmentação como estratégia de vida do sujeito, como positividade, e não como negatividade, é um dos desafios da clínica psicanalítica

Se, como afirmei anteriormente, as situações produzidas pelos avanços das biotecnociências nos introduzem num mundo onde ainda não construímos novas ferramentas de referências; se os novos saberes substituem os modos de existência assentados na simbolização e na construção de narrativas como instrumentos de produção de si; se essas novas forças compõem outra relação com o espaço e o tempo; se essas situações colocam o contexto em crise, e obrigam as pessoas a realizarem um remanejamento psíquico por necessitarem de outras operações mentais para dar suporte e conta das vivências inéditas provocadas pelas mudanças – será que o mal-estar contemporâneo não tem nada a ver com isso?

Referências

- Hottois, G. (1988). Liberte, humanisme, évolution. In G. Hottois, *Évaluer la technique: Aspects éthiques de la philosophie de la technique* (pp. 85-96). Paris: Vrin.
- Martins, H. (2002). *Resta-nos a tirania do presente*. Texto recuperado em 26.06.2002: <http://www.ciberkiosk.pt/arquivo/ciberkiosk4/entrevistaseinqueritos/herminio.htm>.
- Tort, M. (2001). *O desejo frio*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.

Felícia Knobloch
fknobloch@puccsp.br