

DO OLHAR À LINGUAGEM: PROCEDIMENTOS PARA A PRODUÇÃO DE SABER – UMA ANÁLISE FOUCAULTIANA DO DISCURSO*

Cristine Görski Severo**

Resumo: A constituição de um saber é possível mediante determinados procedimentos. Neste artigo, me proponho a pensar a linguagem como procedimento a partir da maneira como Foucault reflete sobre o olhar (em *Nascimento da Clínica*), tomado como procedimento que possibilita uma certa configuração daquilo que o próprio olhar recorta/produz como objeto. Analiso, então, a forma pela qual um dado objeto de saber (a histeria) é pensado e produzido mediante olhar clínico (por Charcot) e mediante linguagem (por Freud). Por fim, reflito sobre a especificidade deste último procedimento em psicanálise a partir do que Foucault chama de “tática de confissão”, característica de uma certa prática cristã.

Palavras-chave: olhar; linguagem; procedimento; objeto; confissão.

1 INTRODUÇÃO

A questão central que orienta as reflexões e análise que faço neste trabalho diz respeito à maneira pela qual a linguagem, como procedimento de produção de saber, possibilita a constituição de um campo de saber específico: a psicanálise. Para pensar esta questão, valho-me da noção de olhar como procedimento de produção de conhecimento, ou seja, como meio pelo qual é possível produzir um saber, conforme teorizado por Foucault em *Nascimento da Clínica*.¹

* Agradeço aos pareceristas de Linguagem em (Dis)curso pela leitura pontual e as sugestões preciosas. Eventuais problemas são de minha inteira responsabilidade.

** Mestranda no Programa de Pós-Graduação em Lingüística da Universidade Federal de Santa Catarina. E-mail: crisgorski@hotmail.com

¹ Os procedimentos do olhar e da linguagem produzem objetos diferentes e discursos diferentes - o discurso médico/clínico e o discurso psicanalítico. Assim, neste trabalho, a questão fundamental é: que procedimento possibilita um certo discurso que recorta o objeto de determinada maneira. Além disto, de que maneira determinado procedimento produz o objeto e a condição para se falar determinadas coisas (e não outras) sobre aquele objeto.

Proponho como exemplo, para analisar a mudança de procedimento do olhar para a linguagem, o trabalho de Charcot e de Freud sobre a histeria, tomada como objeto de estudo. Para o primeiro, a prática em relação a este objeto se dá pelo procedimento do olhar, o que possibilita um determinado saber sobre a histeria. Já Freud opera uma ruptura em relação aos trabalhos de Charcot,² no que diz respeito à maneira pela qual a histeria é vista/produzida como uma doença. Ou seja, há uma ruptura no procedimento, o que provoca o aparecimento de um outro objeto, uma outra histeria, apesar de o “fenômeno” em estudo ser o mesmo.

Nesse campo, a primazia da linguagem, fundada por Freud, constitui a especificidade do saber que vai sendo produzido: a psicanálise. Contudo, o uso da linguagem como recurso heurístico nesse campo do saber não se dá de qualquer maneira, mas sim pela forma que Foucault (1999a) chamou de “confissão”, prática que também será descrita como especificidade da linguagem enquanto procedimento para produção de saber na psicanálise.

Assim, este artigo estrutura-se da seguinte maneira: no primeiro item abordo a base teórica para a análise, que se divide em dois tópicos: as formas de espacialização da doença, possíveis pelo procedimento do olhar e a formação dos objetos. A seguir analiso os procedimentos do olhar e da linguagem em relação à histeria e, então, saliento a linguagem em sua especificidade como, segundo Foucault, um procedimento de confissão.

2 ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Como suporte para a análise proposta no item 2, trato de dois assuntos: um deles diz respeito às três formas de constituição do espaço da doença possíveis pelo procedimento do olhar (cf. FOUCAULT, 1998); outro item refere-se ao processo de formação dos objetos (cf. FOUCAULT, 2000).

2.1 Formas de espacialização possíveis pelo olhar

Foucault, em *Nascimento da Clínica*, considera um tipo específico de procedimento para produção do saber característico do final do século XVIII,

² Considere-se que Freud foi discípulo de Charcot.

fundador do discurso da medicina moderna: o olhar, que permite uma configuração específica do espaço, ou seja, um recorte daquilo que é tomado como objeto (e que é posto em discurso científico). Mas, vale lembrar que não se trata de qualquer olhar e sim daquele que possibilita o recorte de certos objetos dentro de um campo de cientificidade. Assim, “no final do século XVIII, ver consiste em deixar a experiência em sua maior opacidade corpórea; o sólido, o obscuro, a densidade das coisas encerradas em si próprias têm poderes de verdade que não provêm da luz, mas da lentidão do olhar que os percorre, contorna e, pouco a pouco, os penetra, conferindo-lhes apenas sua própria clareza” (1998, p. XII). É mediante essa lentidão do olhar que percorre a superfície dos corpos que um saber sobre a doença e o doente vai se configurando; a partir deste “como se ver” (especificado acima) funda-se, ao mesmo tempo, um discurso de estrutura científica e um tipo de sujeito.

Essa prática médica pautada numa ciência positiva define, de acordo com Foucault, uma “nova distribuição dos elementos discretos do espaço corporal [...] reorganização dos elementos que constituem o fenômeno patológico [...] definição das séries lineares de acontecimentos mórbidos [...] e articulação da doença com o indivíduo” (*op. cit.*, p. XVII). Toda esta reorganização pode ser resumida na substituição da pergunta “o que é que você tem?” (início séc XVIII), por “onde dói?” – ou seja, instaura-se a supremacia do olhar e a articulação do visto com o dito (a verbalização do patológico se dá a partir da maneira com que se olha o objeto de estudo). Este deslocamento se dá na medida que a resposta para a segunda pergunta passa a ter uma localização no corpo, portanto, visível e passível de ser espacializada. A doença, então, começa a se “enquadrar”, sendo “colada” a uma realidade visível, que é o corpo. Contudo, este visível não se dá de qualquer maneira: a ruptura entre estas duas formas de ver se dá pela racionalização do saber médico, ou seja, por uma prática científica, característica do século XIX.

Segundo o autor, a medicina distribui/espacializa³ a doença (esta não se encontra “livre”, mas é localizada/recortada de determinadas formas) de três maneiras, conforme apresentado a seguir.

³ A espacialização diz respeito a uma certa organização, distribuição e localização da doença (tomada como objeto) mediante uma determinada percepção médica. Assim, de acordo com o olhar, o recorte operado sobre aquilo que ele observa e a maneira pela qual aquilo que se vê é posto em linguagem – olhar e linguagem (verbalização) científicos, neste caso.

A primeira delas diz respeito a uma organização/localização da doença em classificações, família, gêneros. A doença é distribuída em um quadro nosológico, mediante determinadas regras hierárquicas, classificatórias, de semelhanças e de diferenças. Um exemplo deste tipo de espacialização se dá na medicina classificatória,⁴ na qual a “doença é percebida fundamentalmente em um espaço de projeção sem profundidade e de coincidência de desenvolvimento. Existe apenas um plano e um instante” (1998, p. 4). A doença é vista como separada do doente: o corpo da doença é plano; é “tábua e quadro” (*op. cit.*, p. 5), possível pela operação de subtração do corpo do doente do corpo da doença, sendo que “o paciente é apenas um fato exterior em relação àquilo de que sofre” (*op. cit.*, p. 7). O que se pretende com isto é deixar com que a doença siga seu desenvolvimento natural para que os olhos médicos possam captar a verdade da doença (característica da medicina das espécies). Daí a importância dada ao modelo botânico⁵ (na operação por analogia – com a natureza, neste caso: “reconhecer-se a vida na doença, visto que é a lei da vida que, além disso, funda o conhecimento da doença” (*op. cit.*, p. 6). A lei, neste caso, se dá por uma observação do curso natural da doença, de forma que cabe ao indivíduo a não interrupção do surgimento do mal (neste caso o indivíduo opera como um elemento negativo).

A segunda forma de espacialização⁶ se dá por um saber filosófico. A doença aqui passa a ser questionada em termos de causas e princípios e se opõe a um “saber muito simples” (*op. cit.*, p. 4) que caracteriza a localização primária da doença. Opera-se naquilo que possibilita diferenciar uma doença de outra (mesmo quando esta diferença parece não ser captada pelo olhar), configurando doenças diferentes, com configurações discursivas próprias, pertencentes a uma ordem racional. Nesta configuração há a inscrição da doença ao corpo, ao somar à estrutura de quadro (superfície plana dos sintomas) “o espaço dos volumes e das massas” (*op. cit.*, p. 9). Esta espacialização visa dar conta do aparecimento do organismo/do corpo como sede da doença. É o que possibilitaria o encontro

⁴ A medicina classificatória é “uma forma de pensamento médico que, na cronologia, precedeu de perto o método anátomo-clínico e o tornou historicamente possível” (FOUCAULT, 1998, p. 02).

⁵ No modelo botânico a doença é compreendida como um fenômeno natural. Ou seja, “ela terá espécies, características observáveis, curso e desenvolvimento como toda planta. A doença é a natureza, mas uma natureza devido a uma ação particular do meio sobre o indivíduo” (FOUCAULT, 1999, p. 107).

⁶ Um exemplo desta espacialização é a medicina anátomo-patológica que, a partir do século XIX, dá um novo vigor à medicina classificatória, “na medida que parece trazer-lhe sólido fundamento: a análise real por superfícies perceptíveis” (FOUCAULT, 1998, p. 150).

destes dois corpos (da doença e do doente)? Segundo Foucault, esta comunicação se dá pela qualidade: a transposição de alguns aspectos da doença para o organismo, ou seja, “o conjunto qualitativo que caracteriza a doença se deposita em um órgão que serve então de suporte aos sintomas” (ex.: a mania é uma doença viva e explosiva e então o cérebro deste doente é leve e seco; as convulsões estão relacionadas ao dessecamento do sistema nervoso) (*op. cit.*, p. 12). A percepção do médico em relação à doença no doente exige um “olhar qualitativo; para apreender a doença é preciso olhar onde há *secura*, ardor, excitação, onde há *umidade*, *ingurgitamento*, *debilidade*” (*op. cit.*, p. 13). Para discernir/perceber diferenças, muitas vezes sutis, entre doenças que apresentam sintomas semelhantes é preciso ir ao organismo (as convulsões podem estar associadas a uma inflamação cerebral ou a um *ingurgitamento das vísceras*). E para isto o médico deve possuir uma percepção fina, precisa, pontual, capaz de captar as nuances, as menores variações que possibilitam descrever doenças diferentes. Assim, tem-se, nesta espacialização a relação médico-paciente que inclui o médico clínico e a presença da doença no corpo doente (diferentemente da primeira forma de espacialização, na qual a doença é recortada em termos de classificação de seus sintomas; posta num quadro nosológico).

A espacialização terciária caracteriza-se por tudo aquilo que envolve a doença em uma sociedade, seja por sua organização, sua exclusão ou distribuição por meios de cura (como hospitais e asilos). Em outras palavras, “diz respeito à maneira como um grupo, para se manter e se proteger, pratica exclusões, estabelece as formas de assistência, reage ao medo da morte, recalca ou alivia a miséria, intervém nas doenças ou as abandona ao seu curso natural” (FOUCAULT, 1998, p. 16). Trata-se das formações não-discursivas, ou seja, de instituições, acontecimentos políticos, práticas econômicas ou sociais, etc. que criam condições para que determinados recortes sejam feitos em relação ao objeto.

2.2 Sobre a formação dos objetos

Antes de proceder à análise, tratarei de um aspecto considerado por Foucault em *Arqueologia do Saber*: a formação dos objetos,⁷ ou seja, a maneira pela qual é possível produzir certos objetos como alvos para a constituição de um

⁷ “O aparecimento dos objetos diz respeito a objetos que são recortados por medidas de discriminação e de repressão, objetos que se diferenciam na prática cotidiana, na jurisprudência, na casuística religiosa, no diagnóstico dos médicos, objetos que são limitados por códigos ou receitas de medicação, de tratamento, de cuidados” (FOUCAULT, 2000, p. 37).

saber científico. No caso deste trabalho, a histeria como objeto de estudo (médico/clínico) foi possível mediante um procedimento típico do século XIX, que é o procedimento do olhar, ao enquadrar os sintomas da doença em um quadro de classificação, mediante determinadas regras.

Sobre a formação dos objetos, esta é possível mediante alguns aspectos:

- os objetos não existem por si mesmos nem, tampouco, são descobertos em algum momento. Eles são constituídos devido a determinadas condições e relações que os possibilitam serem postos/constituídos em discurso, em determinada época;
- as relações que possibilitam a constituição dos objetos não são inerentes a eles e se dão entre “instituições, processos econômicos e sociais, formas de comportamentos, sistemas de normas, técnicas, tipos de classificação, modos de caracterização” (FOUCAULT, 2000, p. 51);
- as relações que possibilitam o surgimento dos objetos não ocorrem entre instituições (relações primárias) ou entre discursos (relações reflexivas) que tratam de determinado assunto em determinada época (por exemplo, tudo que a psiquiatria disse sobre a loucura no século XIX). Mas trata-se de relações discursivas;⁸
- as relações discursivas não operam fazendo relações entre palavras, frases..., mas sim impondo determinadas formas ao discurso. Elas são tudo aquilo que possibilita que determinado discurso (e não outro) seja possível, em determinado momento; “essas relações caracterizam não a língua que o discurso utiliza, não as circunstâncias em que ele se desenvolve, mas o próprio discurso enquanto prática” (*op. cit.*, p. 53). Trata-se de abordar, aqui, o conjunto de regras que possibilitam a existência de certa prática discursiva, sendo que tais regras são interiores ao discurso, ao pretenderem o discurso e não outra coisa; e são exteriores, ao servirem de condição de possibilidade para o discurso.

Resumindo, segundo Foucault, o objetivo de uma análise sobre a formação dos objetos não é fazer uma investigação semântica, nem descobrir uma origem

⁸ As relações discursivas “determinam o feixe de relações que o discurso deve efetuar para poder falar de tais ou quais objetos, para poder abordá-los, nomeá-los, analisá-los, classificá-los, explicá-los etc.” (FOUCAULT, 2000, p. 52).

ou uma verdade dos objetos, mas relacioná-los “ao conjunto de regras que permitem formá-los como objetos de um discurso e que constituem, assim, suas condições de aparecimento histórico” (*op. cit.*, p. 55). Trata-se, portanto, de definir as regras do que é dizível e não dizível sobre algo, em determinado momento.

3 ANÁLISE

Minha análise recai sobre a maneira pela qual a histeria, tomada como objeto de trabalho, foi produzida. Esta produção foi possível mediante um certo procedimento, que diz da forma que o objeto é recortado, configurado e constituído. Assim, para diferentes procedimentos têm-se objetos diferentes (mesmo que o “fenômeno” em estudo seja o mesmo); portanto, a linguagem e o olhar tomados como procedimentos para produção de um conhecimento fundam verdades diferentes sobre a histeria, logo, diferentes histerias.

Para pensar essa questão, valho-me, primeiramente, de uma prática operada no asilo, por Charcot, no final do século XIX em relação à histeria. Posteriormente, remeto-me a Freud e seus trabalhos sobre a histeria para esclarecer a mudança de procedimentos. Por fim, para especificar o estatuto da linguagem enquanto recurso heurístico, considero a relação que Foucault faz entre a prática da confissão no cristianismo e esta prática na psicanálise.

3.1 A prática operada no asilo por Charcot: o olhar

A prática de Charcot em relação à histeria se dava em um local específico, no final do século XIX, que era o asilo, no qual duas formas de pensar as doenças mentais operavam: uma organogênica e outra psicogênica.

O saber de cunho organogênico, definido pela biologia de Pasteur, considerava o asilo como “um lugar de observação, de diagnóstico, de localização clínica e experimental, mas também de intervenção imediata, ataque voltado à invasão microbiana” (FOUCAULT, 1999, p. 119). Neste caso, a doença era tida como algo natural (assim como a vida, que se assemelha ao processo da natureza), e ela deveria emergir de forma espontânea e da mesma maneira ser curada. Ao médico-cientista restaria observar a doença e classificá-la, registrá-la, interferindo o mínimo possível no seu desenvolvimento, de forma que um saber pautado em

sintomas visíveis (orgânicos) e regulares fosse produzido. A relação médico-doente deveria ser subtraída, ou seja, não deveria “atrapalhar” o desenvolvimento natural e a percepção médica da doença no corpo do doente. Por fim, com Pasteur tem-se o asilo como um “lugar botânico, para a contemplação das espécies” (*op. cit.*, p. 119).

Uma outra forma de saber sobre a histeria é de ordem psicogênica, da qual alguns representantes são Leuret e Charcot, que estavam envolvidos em dizer a verdade da doença mental (pelo saber que tinham) e em produzir a verdade da doença (pelo poder que tinham). Nesta série, a relação com a doença mental não se dá a partir de uma preocupação com causas marcadas no corpo ou com a regularidade dos sintomas (característica de um saber organogênico). A doença é vista como uma desordem mental ou moral, sendo que ao médico caberia o papel de produtor da verdade da doença, induzindo-a, interferindo o máximo possível na doença, visto que o hospital seria um lugar de confronto entre a vontade perturbada do louco e a vontade reta do médico. O asilo, portanto, seria “um hospital fechado para um confronto, lugar de uma disputa, campo institucional onde se trata de vitória e submissão” (FOUCAULT, 1999, p. 122).

Charcot era tido como um dos principais representantes do tipo de prática psiquiátrica-asilar do final do século XIX. Esse neurologista inicialmente buscava uma causa orgânica para a histeria, tendo posteriormente mudado sua opinião ao considerá-la “uma doença que escapa às mais penetrantes investigações anatômicas” (GARCIA-ROZA, 2000, p. 32). Seu olhar, então, passou a operar de uma outra forma: encontrando uma regularidade de sintomatologia⁹ para a histeria, que nada teria a ver com uma origem orgânica.¹⁰ Essa mudança de olhar em relação à histeria tem como correlato o procedimento de hipnose, através da qual o neurologista passa a produzir “a regularidade do quadro histérico” (*op. cit.*, p. 33). Contudo, a ausência de interesse de Charcot por encontrar causas orgânicas para a histeria não o libertava totalmente de uma prática organogênica, visto que ele buscava uma regularidade nos sintomas histéricos, que possibilitaria a produção de um saber científico. Caso essa regularidade não fosse possível, a histeria então se configuraria não mais em um campo organogênico, mas sim

⁹ Esse tipo de percepção das regularidades da sintomatologia para classificá-las e localizá-las em séries, gêneros, grupos etc, diz respeito à configuração primária da doença.

¹⁰ Essa origem orgânica diz respeito à localização da doença no corpo, portanto, à configuração secundária da doença.

psicogênico. Contudo, Charcot também operava psicogenicamente ao produzir a sintomatologia através do procedimento da hipnose, no qual seu poder de médico (produtor da doença) estava totalmente implicado. Em relação aos saberes organogênico e psicogênico, e as respectivas práticas, Foucault comenta a relação entre ambos: “o ponto de perfeição, miraculosa em demasia, foi atingido quando os doentes do serviço de Charcot, a pedido do poder-saber médico, se puseram a reproduzir uma sintomatologia calcada na epilepsia, isto é, suscetível de decifração, conhecida e reconhecida nos termos de uma doença orgânica” (FOUCAULT, 1999, p. 123).

Assim, tem-se que, mediante o procedimento do olhar operando na categorização da sintomatologia, foi possível constituir um objeto – o alvo de estudo, que era a histeria. Pois bem, o olhar do médico lançado para os sintomas da doença, independente do doente (configuração primária da doença, a partir de um modo de observação dos sintomas/da doença) possibilitou a constituição de um conjunto de sintomas bem definidos e regulares que constituiriam um saber sobre a histeria. Vale lembrar que essa prática se deu em um espaço específico – o asilo – que, de acordo com Foucault, nessa época é, ao mesmo tempo, um lugar de confronto (produção da verdade) e lugar botânico (constatação da verdade – regularidade da sintomatologia). Nesse caso, o olhar do médico capta/constitui os sintomas que aparecem no corpo, mas não há a preocupação de inscrever no corpo o sintoma (por exemplo, não se costura um sintoma de convulsão a uma deficiência no cérebro), mas sim de se construir um quadro de sintomas e regularidades que possibilitem produzir a histeria como pertencente ao campo discursivo da neurologia e não da psiquiatria (na época de Charcot). Ou seja, o corpo não é configurado como sede da doença, mas a única coisa que importa é a configuração primária, possibilitando ao médico a descrição de um quadro sintomatológico. Há, portanto, apagamento do corpo.

3.2 Freud, a histeria e a linguagem

E onde entra Freud nesta história? Freud adere ao modelo criado para a histeria em um curso dado por Charcot na Salpêtrière no inverno de 1885 (cf. GARCIA-ROZA, 1999). O ponto salientado pelos dois era o de que “a histeria era uma doença funcional com um conjunto de sintomas bem definido” (GARCIA-ROZA, 1999, p. 33), ou seja, Freud-neurologista, primeiramente, constitui a histeria

a partir de um olhar que vê as regularidades dos sintomas. Mas, o que leva Freud a deixar esse modelo adotado por Charcot e constituir um outro? Para responder a tal pergunta valho-me dos comentários de Foucault sobre uma demonstração/exposição que Charcot faz do estado histérico das mulheres após ter dado a elas nitrato de amilo. Assim, “as mulheres assumem posturas, dizem coisas. Elas são observadas, escutadas e em determinado momento Charcot declara que aquilo estava passando dos limites [...] a sexualidade é efetivamente excitada, suscitada, incitada, titilada de mil maneiras e Charcot, de repente, diz: ‘Basta’. Freud dirá: ‘E por que basta?’” (FOUCAULT, 1999, p. 266).

Os olhos de Freud então são direcionados para algo até então não visto: a sexualidade nos sintomas produzidos por Charcot. Esse é um olhar que passa a “colar” a sintomatologia histérica a uma outra coisa: a sexualidade. Contudo, Freud não apenas “viu” a inscrição da sexualidade, mas, sobretudo, “ouviu” nas narrativas das histéricas a possibilidade da inscrição do conteúdo sexual. Entretanto, a sexualidade já começava a aparecer nos discursos médicos e psiquiátricos no início do século XIX (Freud não “descobriu” a sexualidade), ou seja, segundo Foucault (*op. cit.*, p. 261), “o forte da psicanálise é ter desembocado em algo totalmente diferente, que é a lógica do inconsciente. E aí, a sexualidade não é mais o que ela era no início” (*op. cit.*, p. 261). Assim, a ruptura de Freud em relação aos discursos médicos sobre a sexualidade se dá por uma operação de mudança de procedimentos – do olhar para a escuta. Surge a primazia da linguagem: o paciente é, então, posto a falar de si.

Segundo Foucault, nessa nova abordagem, a primeira coisa que se deve impedir no trabalho com o paciente são as condições repressoras do asilo; deve-se evitar acima de tudo “a armadilha em que tinha caído a taumaturgia de Charcot. Deve-se impedir que a evidência hospitalar escarneça da autoridade médica” (*op. cit.*, p. 125). É aí que surge uma outra prática de Freud: “regra do encontro privado, do contato livre do médico e o doente, regra de limitação de todos os efeitos da relação apenas ao nível do discurso” (*op. cit.*, p. 125).

Assim, há um apagamento do asilo - como espacialização terciária - e a doença se reconfigura a partir de uma mudança de procedimento: a primazia da linguagem funda um novo objeto, que é constituído mediante a “escuta psicanalítica” (neste caso, Foucault faz uma relação com a confissão), que se dá longe do asilo. Assim, a histeria para Freud não é a mesma que para Charcot (para este a histeria é um saber produzido no asilo), pois ambas se configuram

como objetos a partir de procedimentos diferentes, que, por fim, constituirão saberes diferentes sobre a histeria. A psicanálise é uma prática discursiva fundada pelo procedimento da escuta, que dá primazia à linguagem, deslocando o alvo do corpo para a fala do paciente. É uma ruptura, portanto, metodológica.

3.3 Foucault e a confissão

Aprofundo, agora, a discussão sobre o procedimento de escuta utilizado por Freud como algo que estabelece uma certa forma de relação médico-paciente e que, ao mesmo tempo em que produz o diagnóstico, produz a cura (via fala e interpretação). Foucault se refere a esse procedimento como confissão.¹¹

A prática da confissão existe desde a Idade Média como técnica de escuta, sendo que inicialmente no cristianismo a confissão tinha, sobretudo, o papel de penitência¹² o que significa que se confessar era uma prática discursiva adotada para libertar o pecador do peso de seus pecados: “inicialmente, o pecador apresentava-se ao bispo, contava suas faltas e, após um período de penitência, retornava para receber reconciliação” (SOUZA, 1997, p. 38). Porém, tais técnicas sofreram mudanças e transformações, o que permite dizer que a confissão católica do século XVII não é a mesma que a do século XVIII, principalmente por haver, a partir do Concílio de Trento, com a prática de direção de consciência, um “desmoronamento muito nítido, não da coação ou da imposição à confissão, mas do refinamento das técnicas de confissão” (FOUCAULT, 2002, p. 263). A especificidade da prática da confissão a partir do século XVIII foi ter enfatizado a colocação do sexo nos discursos, mediante a produção do sexo como pecado e, portanto, como algo que devia ser confessado-enunciado para ser perdoado. Contudo, não bastava confessar o ato pecaminoso, mas se devia “procurar fazer de seu desejo, de todo o seu desejo, um discurso” (FOUCAULT, 1999a: p. 24).

¹¹ Segundo Foucault, a confissão são “todos esses procedimentos pelos quais se incita o sujeito a produzir sobre sua sexualidade um discurso de verdade que é capaz de ter efeitos sobre o próprio sujeito” (1999, p. 264).

¹² Quanto à penitência, “quando um fiel havia cometido um pecado, ele podia, ou antes, devia ver um padre, contar-lhe o erro cometido e, a esse erro, que devia ser sempre um erro grave, o padre respondia propondo ou impondo uma penitência [...] e para que o padre possa aplicar a penitência adequada, a satisfação adequada, para que possa igualmente distinguir as faltas graves das que não são, não é apenas preciso dizer a falta, mas também contá-la, relatar as circunstâncias, explicar como foi feita” (FOUCAULT, 2002, p. 217-218).

Assim, tudo que tinha alguma relação com o sexo, para a pastoral cristã,¹³ deveria se materializar na palavra; deveria ser enunciado.

Foucault, em *Historia da Sexualidade*, nos surpreende com sua “hipótese repressiva” de que muito longe de reprimir, censurar, silenciar o sexo, o que o Ocidente fez, neste três últimos séculos, foi justamente o oposto: conceder ao sexo uma autonomia discursiva, mediante uma “multiplicação dos discursos sobre o sexo no próprio campo do exercício do poder: incitação institucional a falar do sexo e a falar cada vez mais; obstinação das instâncias do poder a ouvir falar e a fazê-lo falar ele próprio sob a forma da articulação explícita e do detalhe infinitamente acumulado” (*op. cit.*, p. 22). Contudo, não sejamos ingênuos ao acreditar em uma certa liberdade sexual ou liberdade de expressão; certamente que todo este falatório sexual, antes mesmo de libertar, possibilita a produção de uma verdade sobre o sexo, sobre o desejo e, sobretudo, sobre o sujeito. A lei é: diga-me de seus desejos, do seu sexo, que lhe direi quem você é. Entretanto, esta frase, ao se configurar em campos diferentes (cristianismo e psicanálise), produz diferentes sujeitos em diferentes lugares de enunciação.

Ora, e qual a relação entre a confissão e a prática psicanalítica? Primeiramente, cabe esclarecer de que maneira o sexo, ou/e o interesse pelo sexo, se configurou no campo científico. A racionalização do sexo se deu a partir do século XVIII quando, por exemplo, campanhas anti-masturbatórias¹⁴ promoveram uma explosão discursiva na qual o sexo (das crianças e dos adolescentes, especialmente) estava sendo posto no centro das atenções. No

¹³ A pastoral cristã é uma “técnica do governo das almas” e no interior dela está a penitência que, “é claro, tem uma importância maior, eu ia dizendo quase exclusiva” (FOUCAULT, 2002, p. 224).

¹⁴ O final do século XVIII foi marcado por um interesse profundo no sexo das crianças, sobretudo na masturbação, e isto ficou evidente pela multiplicação discursiva, que caracteriza uma grande estratégia de campanha anti-masturbatória: “trata-se de exortações, trata-se de conselhos, trata-se de injunções” (FOUCAULT, 2002, p. 297), que visam alertar pais e filhos (do meio burguês) em relação ao grande perigo da prática masturbatória, oferecendo dicas, tratamentos, remédios para evitar a masturbação e possibilitar (aos pais) a percepção da existência de seus sintomas: “esgotamento; perda de substância; corpo inerte, diáfano e debilitado; escorrimento perpétuo; jorro imundo do interior para o exterior; aura infecta envolvendo o corpo do doente” (*op. cit.*, p. 302). O corpo todo é marcado pela doença da masturbação. E no centro de todos esses discursos, que, aparentemente, não possuíam um caráter negativo e repressor, estava a prevenção de uma “vida adulta tolhida pelas doenças” (*op. cit.*, p. 301), ou seja, são antes discursos marcados, prioritariamente, pela prevenção da patologização do que por uma moralização.

campo da medicina, configurou-se a masturbação como doença, o que possibilitou a este campo uma certa “autonomia” sobre o sexo, enquanto prática masturbatória das crianças e dos adolescentes, como sendo não apenas uma doença, mas também a causa de muitas doenças cujo estatuto pertencia tanto a uma série organogênica como psicogênica (a doença mental, por exemplo). Portanto, foi enquanto prática discursiva preventiva, aliando o sexo à doença, que a medicina passou a produzir uma verdade de estatuto racional e científico, diferentemente do sexo no campo cristão, que era produzido como pecado.

O discurso científico sobre o sexo no século XIX se caracterizou por um jogo de verdade que teve seu auge com Charcot (já comentado anteriormente) e seus trabalhos de hipnose na Salpêtrière. Segundo Foucault (1999a), “o importante nessa história [...] é, primeiro, que tenha sido construído, em torno do sexo e a propósito dele, um imenso aparelho para produzir a verdade, mesmo que para mascarar-la no último momento [...]” (p. 56). E quanto à prática de escuta (procedimento da confissão), que Freud começou a operar para o trabalho sobre a histeria e, sobretudo, sobre o sexo, “deve-se [...] considerar não o limiar de uma nova racionalidade, que a descoberta de Freud ou de outro tenha marcado, mas a formação progressiva [...] desse ‘jogo de verdade e do sexo’, que o século XIX nos legou” (*op. cit.*, p. 56). E, assim, “a confissão da verdade se inscreveu no cerne dos procedimentos de individualização pelo poder” (*op. cit.*, p. 58).

E de que maneira se opera uma ruptura entre o procedimento da confissão no cristianismo e na psicanálise? Bem, a descontinuidade encontra-se nos objetos e sujeitos que são constituídos mediante a produção de saberes diferentes (sobre o pecado e o desejo) a partir da técnica da confissão.

Na confissão católica há o apagamento do olhar (este não constitui sujeitos), já que os olhos do padre não alcançam o corpo do pecador e nem o configuram em um campo científico. Os ouvidos tornam-se atentos a uma verdade que, ao mesmo tempo em que é enunciada, é constituída. E essa produção da verdade do pecador se dá em um espaço terciário específico – o confessional.¹⁵ O apagamento do corpo (daquele que confessa) e do olhar (do que escuta)

¹⁵ O confessional é “como lugar aberto, anônimo, público, presente dentro da Igreja, aonde um fiel pode vir se apresentar e onde encontrará sempre a sua disposição um padre que o ouvirá, ao lado qual ele se vê imediatamente situado, mas do qual, apesar disso, é separado por uma cortininha ou uma pequena grade” (FOUCAULT, 2002, p. 229).

possibilita a configuração do pecado e do pecador mediante a escuta do padre. Contudo, essa escuta não se direciona para qualquer coisa, qualquer informação, mas para aquela produzida mediante as regras da enunciação que constituem aquele espaço e aquela prática como pertencendo ao campo do saber cristão. Tais regras¹⁶ estipulam o que deve ser falado e escutado, a maneira pela qual deve ser falado e escutado, etc. A partir daí a “cura” do espírito surge mediante procedimento de punição (que pode tocar o corpo – purgações – ou não – rezas). Portanto, o que se produz como especificidade do saber cristão sobre o sexo é, antes de tudo, uma verdade sobre o pecado. É por ser pecado que o sexo é incitado a ser falado, ouvido, detalhado, ou seja, o saber sobre o sexo e o desejo se configura em um determinado espaço (o confessionário) e mediante determinadas regras que constituem o sujeito do discurso como sendo sujeito-pecador, ao determinarem a maneira pela qual aquele que se confessa deve falar do seu sexo e de seus desejos.

Na psicanálise, o procedimento de diagnóstico se sobrepõe ao procedimento de cura (na medida em que o analisando fala sobre seus desejos, uma verdade sobre ele, via escuta psicanalítica, vai se configurando e produzindo um efeito de cura), e eles se definem pela confissão. Diferentemente da prática cristã, na psicanálise o objeto se configura a partir da interpretação, que “é realizada ao nível da linguagem [...] [sendo que] o que se oferece à interpretação são enunciados, e estes devem ser substituídos por outros enunciados, mais primitivos e ocultos, que seriam a expressão do desejo do paciente” (GARCIA-ROSA, 2000: p. 64). Essa prática, ao produzir um saber sobre o desejo, constitui também um sujeito, que é o sujeito do desejo: o sujeito do inconsciente.

Se na prática da confissão católica há um apagamento do corpo (como espaço secundário) e uma valorização da fala, na psicanálise o espaço secundário,

¹⁶ Por exemplo, ao pecador “não bastará dizer o pecado no momento em que foi cometido, e por achá-lo particularmente grave. Vai ser preciso enunciar todos os pecados, não apenas os graves, mas também os que são menos graves. Porque cabe ao padre distinguir o que é venial do que é mortal; cabe ao padre manipular essa sutilíssima distinção que os teólogos fazem entre pecado venial e pecado mortal [...] portanto, existe a obrigação de regularidade, de continuidade, de exaustividade” (FOUCAULT, 2002, p. 220). E, “o que vai garantir a exaustividade é que o padre vai controlar pessoalmente o que o fiel diz: ele vai pressioná-lo, vai questioná-lo, vai precisar sua revelação, por toda uma técnica de exame de consciência” (*op. cit.*, p. 221). E toda esta informação sobre os procedimentos da confissão estaria disponível na “literatura destinada aos penitentes, esses pequenos manuais de confissão que lhes põem nas mãos, [que] não passa no fundo do reverso da outra, a literatura para os confessores, os grandes tratados, seja dos casos da consciência, seja de confissão, que os padres devem possuir, devem conhecer, consultar eventualmente, se necessário” (*op.cit.*, p. 225)

como lugar de sustentação para a doença, localiza-se não na própria doença, mas fora dela. Esta espacialização está no inconsciente, e o acesso a ele dá-se mediante a linguagem, que, para Freud, “longe de ser o lugar transparente da verdade, é o lugar do ocultamento. O sentido que se apreende oculta um outro sentido mais importante, e essa importância será tanto maior quanto maior for a articulação entre a linguagem e o desejo” (GARCIA-ROZA, 2000, p. 66).

Resumindo, tanto para a psicanálise quanto para o cristianismo, a confissão é o procedimento pelo qual é possível constatar (produzir) uma certa verdade (um saber) sobre aquilo (o objeto) que possibilitará constituir um certo sujeito. Para a primeira, o espaço de configuração da doença, qualquer que seja ela (tomada como objeto), não é o corpo, mas o inconsciente, cujo acesso se torna possível pela linguagem, mediante a escuta em um local específico, no qual a verdade sobre o desejo vai sendo constituída e produzida. Para o segundo, a produção de um saber (de ordem religiosa) só é passível de se configurar no confessional.

4 CONCLUSÃO

Neste artigo, me propus a pensar, sobretudo, o papel da linguagem como procedimento para produção de um saber (a histeria) e de um campo de conhecimento (a psicanálise). Para isso refleti sobre a maneira pela qual a linguagem é utilizada como recurso para produzir um certo conhecimento em psicanálise a partir do que, para Foucault (em *Nascimento da Clínica*), é o olhar. Assim, o objeto assume certas características e especificidades decorrentes da maneira pela qual ele é recortado e, portanto, produzido. Em relação a isto, resgatei aspectos do capítulo *A formação dos objetos* (FOUCAULT, 2000), que deixam claro a não pré-existência de nenhum objeto, mas sim a sua produção mediante determinados procedimentos de intervenção.

Para analisar a linguagem como procedimento de intervenção (produção) no objeto, utilizei o exemplo do trabalho de Charcot com as histéricas, ocorrido dentro do asilo no final do século XIX. Primeiramente fiz uma breve contextualização das condições que tornaram possível o trabalho de Charcot, e então estabeleci uma relação entre esse e o trabalho de Freud com as “mesmas” histéricas. Contudo, esses dois médicos não falavam da histeria da mesma maneira, simplesmente porque Freud passou a ouvir as falas histéricas. Daí a importância da prática da

confissão (como Foucault chama o procedimento da linguagem em psicanálise) para fundar, possibilitar o saber psicanalítico. Ou seja, *a psicanálise sem o procedimento de escuta/fala (confissão) não seria possível.*

E por fim, para refletir sobre a especificidade desta prática na psicanálise, me remeti à prática da confissão no cristianismo, tão bem descrita e analisada por Foucault, especialmente em *História da Sexualidade*.

Com este trabalho foi possível perceber que uma análise do discurso, segundo Foucault, não visa a estabelecer relações entre objetos de áreas diferentes para ver qual deles seria mais verdadeiro, ou buscar verdades que certos saberes ocultariam ou revelariam. Também não se trata de pensar uma certa linha de continuidade entre diferentes saberes, nem o que haveria em comum entre saberes; tampouco se trata de “buscar” uma verdade sobre o sujeito ou sobre o objeto que se recorta. Além disso, a análise foucaultiana do discurso não visa a descobrir o “melhor” procedimento que permitiria uma descoberta mais verdadeira do objeto, visto que aquele é constitutivo do objeto. Não se busca uma origem, um início para o surgimento de saberes, nem um sujeito fundador de certo conhecimento. Buscam-se, sobretudo, as condições de possibilidade e a maneira pela qual certas coisas são ditas sobre determinados objetos, que são constituídos mediante procedimentos que visam a produção de um saber, visto que “não se pode falar de qualquer coisa em qualquer época” (FOUCAULT, 2000: p. 51). Assim, este tipo de análise não visa a uma origem de determinado saber, mas sim as condições que tornaram possível configurar um certo saber sobre determinado objeto, mediante determinados procedimentos que recortam e localizam o objeto de acordo com as especificidades desses mesmos procedimentos.

Talvez uma indagação ainda perdue: se há ruptura entre os dois procedimentos (do olhar e da linguagem), então o que motiva esse corte? Qual a especificidade dessa ruptura? Bem, o corte entre os procedimentos é genealógico,¹⁷ o que para Foucault diz respeito à noção de poder e saber, mas esta discussão fica para um outro momento...

¹⁷ Para Foucault, “a tarefa do genealogista é destruir a primazia das origens, das verdades imutáveis. Ele tenta derrubar as doutrinas do desenvolvimento e do progresso. Uma vez destruídas as significações ideais e as verdades originais, ele se volta para o jogo das vontades. Sujeição, dominação e luta são encontrados em toda a parte. Onde se fala de significado e de valor, virtude e divindades, Foucault procura estratégias de dominação” (DREYFUS, H. e RABINOW, P., 1995, p. 121).

Referências

DREYFUS, Hubert L.; RABINOW, Paul. **Michel Foucault – uma trajetória filosófica: para além do estruturalismo e da hermenêutica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.

FOUCAULT, Michel. **O nascimento da clínica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1998.

_____. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1999.

_____. **História da sexualidade 1 – a vontade de saber**. Rio de Janeiro: Graal, 1999a.

_____. **A arqueologia do saber**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2000.

_____. **Os anormais – curso no Collège de France (1974-1975)**. São Paulo: Martins Fontes, 2002.

GARCIA-ROZA, Luiz Alfredo. **Freud e o inconsciente**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2000.

SOUZA, Pedro de. **Confidências da carne**. Campinas: Editora da Unicamp, 1997.

Recebido em 25/02/03. Aprovado em 29/05/03.

Title: From the gaze to language: procedures for the production of knowledge - a Foucaultian discourse analysis

Author: Cristine Görski Severo

Abstract: The constitution of knowledge is possible through certain procedures. In this paper, I see language as a procedure in a similar way to Foucault's work on the gaze (*in Birth of Clinic*). Language is thus seen as a procedure that enables a certain configuration of what the gaze produces as an objet. I analyse, then, the way a certain object (hysteria) is thought and produced through a clinical gaze (by Charcot) and through language (by Freud). Finally, I think about language as a procedure in the field of psychoanalysis, from the perspective of what Foucault calls "tactics of confession", a characteristic of christian practices.

Key words: gaze; language; procedure; object; confession.

Titre: Du regard au langage: procédés pour la production du savoir – une analyse foucaultienne du discours

Auteur: Cristine Görski Severo

Résumé: La constitution d'un savoir devient possible selon certains procédés. Dans cet article, je me propose à réfléchir sur le langage comme un procédé, à partir de la façon dont Foucault raisonne sur le regard (*in Naissance de la Clinique*), pris comme un procédé qui rend possible

Do olhar à linguagem: procedimentos...

une certaine configuration de cela dont le regard lui-même coupe/produit comme un objet. J'analyse, alors, la forme selon laquelle un certain objet du savoir (l'hystérie) se fait penser et produire selon le regard clinique (par Charcot) et selon le langage par Freud). Enfin, je réfléchis sur la particularisation de ce dernier procédé en psychanalyse à partir de ce que Foucault appelle la "tactique de la confession", caractéristique d'une certaine pratique chrétienne.

Mots-clés: regard; langage; procédé; objet; confession.

Título: De la mirada al lenguaje: procedimientos para la producción del saber – un análisis foucaultiano del discurso

Autor: Cristine Görski Severo

Resumen: La constitución de un saber es posible mediante determinados procedimientos. En este estudio me propongo a pensar en lenguaje como procedimiento desde la manera como Foucault reflite sobre la mirada (en Nacimiento de la Clínica), tomada como procedimiento que posibilita una cierta configuración de aquello que la propia mirada produce como objeto. Analizo, entonces, la forma por la cual un objeto de saber (la histeria) es pensado y producido mediante lenguaje (por Freud). Por fin, reflito sobre la especificidad de este último procedimiento en psicoanálisis, desde lo que Foucault llama de "táctica de confesión", característica de una cierta práctica cristiana.

Palabras-clave: mirada; lenguaje; procedimiento; objeto; confesión.
