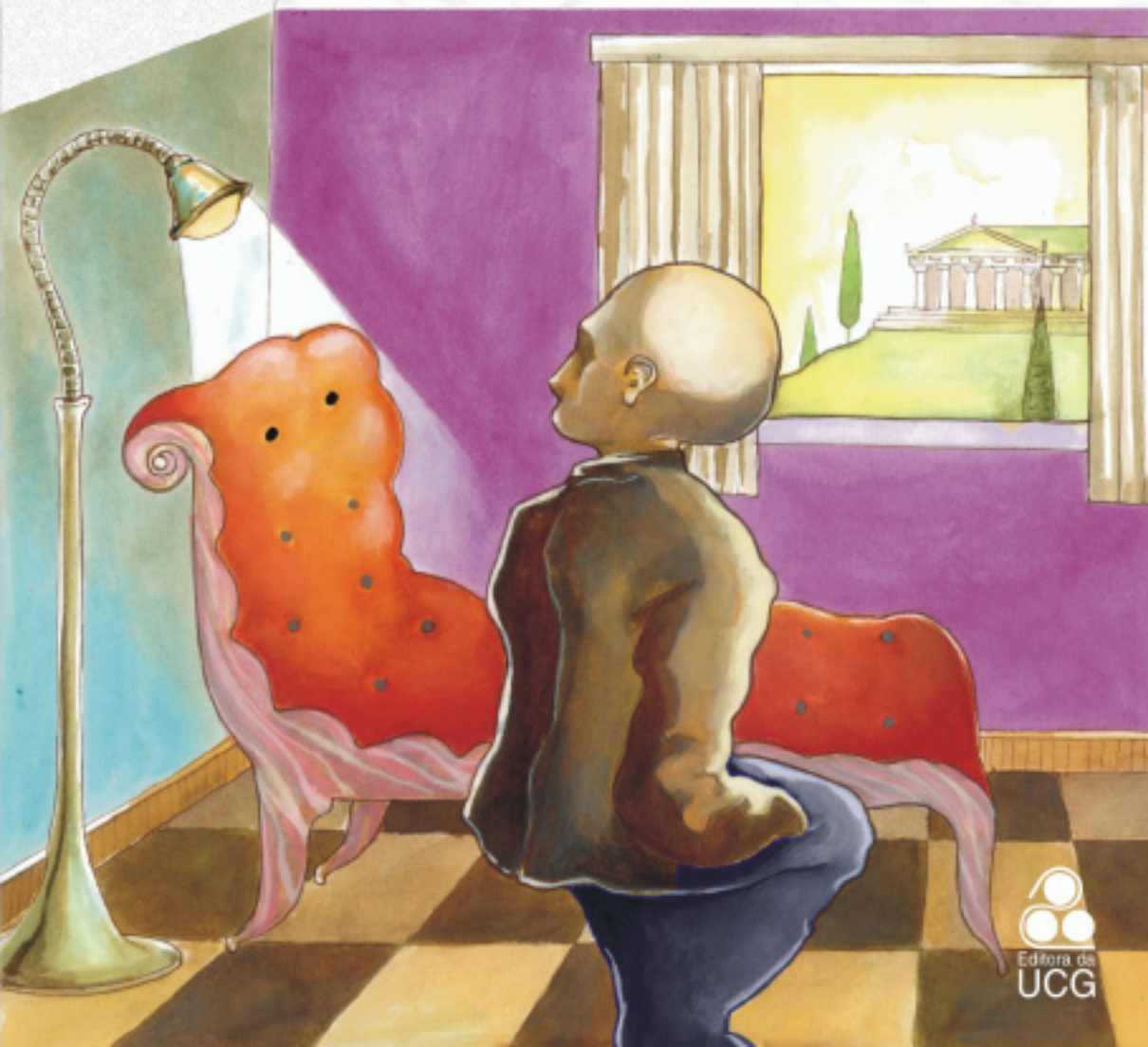


A Escuta e o Silêncio


Listening and Silence



Will Goya



Will Goya is a poet, clinical philosopher and university professor. He has devoted himself to studies in Clinical Philosophy since 1998. He's a member of the Representative Council of the Packter Institute. In addition to clinical practice, he lectures in business companies and in philanthropic institutions. With research and experiences in the United States and in various Brazilian states, he accumulates communication experience and work with individuals, with small and large audiences.

Obra autorizada para impressão no sistema Braille.
Book authorized to print in Braille system.

 www.willgoya.com

 willgoya@gmail.com 



Will Goya é poeta, filósofo clínico e professor universitário. Dedicou-se aos estudos de Filosofia Clínica desde 1998. Membro do Conselho de Representantes do Instituto Packter, além da prática clínica, realiza conferências em diversas empresas privadas e instituições filantrópicas. Com pesquisas e vivências nos EUA e em vários estados brasileiros, acumula larga experiência de comunicação e trabalho com indivíduos, com pequenos e grandes públicos.

Ilustração da capa

A Escuta e o Silêncio (aquarela), 2008.
Alberto Tolentino

A Escuta e o Silêncio

Lições do Diálogo na Filosofia Clínica



Universidade Católica de Goiás

Grão-Chanceler
Dom Washington Cruz, CP

Reitor
Prof. Wolmir Therezio Amado

Editora da UCG

Pró-Reitor da Prope
Presidente do Conselho Editorial
Prof. José Nicolau Heck

Coordenador Geral da Editora da UCG
Prof. Gil Barreto Ribeiro

Conselho Editorial

Membros

Profa. Dra. Regina Lúcia de Araújo
Prof. Dr. Aparecido Divino da Cruz
Profa. Dra. Elane Ribeiro Peixoto
Profa. Dra. Heloisa Capel
Profa. Dra. Maria do Espírito Santo Rosa Cavalcante
Prof. Dr. Cristóvão Giovani Burgarelli
Ms. Heloísa Helena de Campos Borges
Íluri Rincon Godinho
Maria Luisa Ribeiro
Ubirajara Galli

Will Goya

A Escuta e o Silêncio

Lições do Diálogo na Filosofia Clínica

Traduzido por Clare Charity
e revisado por Fernanda Moura e Thais Campos
2a. Edição Revista e Ampliada pelo autor, mas não pela UCG



GOIÂNIA
2008 / 2010

© 2008 by Will Goya

Editora da UCG
Rua Colônia, Qd. 240-C, Lt. 26 - 29
Chácara C2, Jardim Novo Mundo
CEP. 74.713-200 – Goiânia – Goiás – Brasil
Secretaria e Fax (62)3946-1814 – Revistas (62) 3946-1815
Coordenação (62) 3946-1816 – Livraria (62) 3946-1080

Comissão Técnica

Gabriela Azeredo Santos
Revisão

Biblioteca Central da UCG
Normatização

Alberto Tolentino. "A Escuta e o Silêncio". Aquarela, jan. 2008.

Endereço eletrônico: <www.geocities.com/tolentinoartes>

E-mail: <artstolentino@yahoo.com.br>

Ilustração da Capa

Félix Pádua
Editoração Eletrônica

Luís Fernando Garibaldi
Capa

G724e Goya, Will

A Escuta e o silêncio: lições do diálogo na filosofia clínica = Listening and silence: lessons from dialog in clinical philosophy / Will Goya; tradução Clare Charity; revisão Fernanda Moura – Goiânia: Ed. da UCG, 2008.

422 p.il

2a. Edição Revista e Ampliada pelo autor, mas não pela UCG

ISBN 978-85-7103-496-9

Edição bilingüe: Português/Inglês

1. Filosofia. 2. Filosofia clínica. 3. Terapia. I. Charity, Clare (trad.). II. Moura, Fernanda (rev.). III. Título.

CDU: 1

Impresso no Brasil
Printed in Brazil
2008

No campo da psicoterapia, quero muito agradecer a dois grandes mestres que tive: Pierre Weil e meu querido amigo Lúcio Packer. Especialmente a este último, que tanto fez por mim, por amor à vida.

À minha família, meus filhos e amigos. Todos irmãos da minha humanidade pessoal. Particularmente, devo muito à minha querida irmã Cláudia Campos, que me acolheu em sua casa, nos EUA, onde escrevi este livro.

Meu carinho e gratidão aos queridos amigos Weber Lima, pelas interlocuções, Fernanda Moura, Thais Campos, Gabriela Santos e Mariângela Estelita, pela revisão técnica.

SUMÁRIO

PREFÁCIO 09

PIERRE WEIL APRESENTA A ESCUTA E O SILÊNCIO 11

POEMA DE ABERTURA 13

CONSIDERAÇÕES 15

I O QUE DIZ A FILOSOFIA CLÍNICA

O Plural de Cada Um 23

Palavras que Escutam 126

Palavras que Silenciam 141

A Terapia é uma Tragédia 155

II A ÉTICA DA ESCUTA

A Filosofia do Encontro: sobre como achar a pessoa perfeita 177

A Linguagem da Aproximação: sobre a arte de dizer tudo em duas palavras 185

III QUANDO O AMOR FALA TODOS SÃO OUVIDOS

As Últimas Palavras Hão de Ser Apenas as Mais Recentes 198

GLOSSÁRIO 207

REFERÊNCIAS 225

PREFÁCIO

Este livro põe o amor em primeiro plano. O texto escrito por Will Goya evitou ser didático. A sua idéia foi exhibir a Filosofia Clínica na seara da ética.

A primeira parte da obra é voltada a quem não conhece a Filosofia Clínica. Goya convida o leitor a passear. Mas quem conhece a Filosofia Clínica ficará admirado com a sua apresentação: sensível, poética.

O poema de abertura parece abreviar a primeira parte do livro.

Para Will Goya, *“A Filosofia Clínica é uma práxis de alteridade que trouxe às psicoterapias todas as visões de mundo já pensadas nesses 2.500 anos de filosofia. Por se tratar de uma autêntica reflexão aberta, crítica a si mesma, ela é capaz de entender a subjetividade de quaisquer indivíduos, sem fugir a uma só manifestação existencial singular de ninguém. Novas filosofias que ainda hão de surgir, endossando possibilidades, só intensificarão seu grau de escuta e o diálogo com as diferenças”*.

Imagino que muitos leitores receberão Laura no coração, quando chegarem às palavras de apresentação de Will Goya: *“Laura era uma moça doce e triste, quando a conheci. Veio à terapia trazida pela mãe, que já há muito se preocupava com seu estado depressivo. Numa conversa rápida por telefone, desabafou-me o medo de a filha ‘fazer alguma bobagem’. Disse-me na*

época que a deixaria no consultório, sem entrar, no dia e no horário marcados. E assim o fez por cinco semanas consecutivas, quando a filha decidira vir por si mesma. Nossa terapia perdurou cinco meses aproximadamente, com mais algumas visitas de supervisão, a desejo de Laura”.

Na segunda parte ele assume autonomia de pensamento e introduz reflexões e conceitos sobre a prática e a ética da escuta filosófica. A conclusão condensa seus preceitos, seus sentimentos de compaixão e sua filosofia de consultório.

Este livro é belíssimo. O leitor constatará que ele foi escrito por um filósofo que possui na alma o amor, a poesia, a bondade. Há passagens comoventes. Fiquei emocionado, fiquei agradecido. Somente posso dizer: muito obrigado, querido amigo, por levar à língua inglesa estas páginas bem escritas sobre a Filosofia Clínica.

Lúcio Packter

Filósofo brasileiro

Sistematizador da Filosofia Clínica

PIERRE WEIL
APRESENTA *A ESCUTA E O SILÊNCIO*

É com muito prazer que introduzo para o público a presente obra de Will Goya: *A Escuta e o Silêncio*, sobretudo porque se trata de uma pessoa cuja vocação para a psicoterapia se declarou muito cedo, a ponto de aos 18 anos já estar em Brasília, fazendo conosco a formação da nossa UNIPAZ, com um razoável conhecimento de todos os grandes pioneiros da psicoterapia moderna.

O título do livro é bastante sugestivo da sua prática terapêutica, como ele a descreve, com uma poderosa força de compaixão. Ele sabe se transformar em ouvido atento, não somente ao conteúdo da fala, mas também às muitas linguagens não-verbais, nas suas diferentes expressões fenomenológicas.

Com certeza este livro de filosofia constitui uma grande contribuição à psicologia e a todos que atualmente procuram cuidar do Ser.

Pierre Weil

Ex-aluno de pensadores como J. Piaget, I. Caruso e J. L. Moreno, Pierre é Reitor da UNIPAZ, educador e psicólogo mundialmente conhecido, com cerca de 40 livros e traduções em várias línguas.

POEMA DE ABERTURA

A Tudo Cede, a Tudo Vence

Will Goya

Errado pensar que o amor sempre vence e tudo pode.
Com o amor a gente aprende a perder.
Naturalmente,
Controlar tudo é perder o controle
E perde quem não está disposto a perder,
Pois o orgulho destrói não a culpa, mas o coração do culpado.
Amar não é desejar o próximo como a si mesmo,
É fazer do amado o primeiro e de si mesmo o próximo.

O amor não é fraco nem forte, muito ou pouco,
É apenas inteiro,
Ainda que por uma fração de segundos
Nos instantes mais belos da vida.
Só o que é simples é completamente inteiro.
Pura entrega, o amor é leve.
Quem ama caminha em nuvens,
Pois seu coração alcançou o reino dos céus.

O amor brilha a pele de invisível ternura
Quando o corpo se reveste da alma.
Ninguém vê a fluidez da água mansa, o sopro macio e perfumado da brisa,
Nem jamais tocou o céu com as mãos...
Mas quem não sabe de onde vem o flutuante azul da vida
Que a vestiu da alegria de ser a beleza do mundo?
Vem do sonho de Deus quando o homem nele ainda dorme
Um desejo inconsciente de amar,
Que se chama solidão.
Segredo por Deus a ele revelado
Quando nele esse sonho o acordou melhor.

A grande melancolia do destino é que a morte existe
E o amor não pode evitá-lo.
Mas a garra de recomeçar é uma fé
Que, talvez, nenhuma outra vida mais próxima da verdade saberá
O mistério que o dia deita ao sol de cada nova manhã.
Dorme quem gosta. Ama quem sonha.

CONSIDERAÇÕES

Vivemos um mundo de intolerância, de fragmentação política, de fundamentalismos religiosos e ódios étnicos. A filosofia chega bem a tempo, para evocar outros valores, sonhar outros sonhos, inventar outras razões para os homens poderem estar juntos. A palavra filosofia guarda em sua etimologia (do grego philo, amor, e sophia, sabedoria) a memória de seu significado originário. Se a filosofia é, antes de tudo, o amor pelo conhecimento, podemos concluir que a atual crise da cultura é uma crise da capacidade de amar.

Olgária Mattos, Revista Galileu

Este é um livro sobre o amor. E a coisa mais importante que aqui se pode aprender é o caminho para além de si mesmo, vencendo as sutilezas da vaidade e de perto escutar profundamente o que a existência do outro tem a ensinar. Trata-se de uma imensa capacidade de compreender o outro e de se colocar no lugar dele, o máximo que cada circunstância permite. Há um nome mais bonito para isso, ou seja, um verbo erguido no coração da vida, pois só existe nos conflitos pulsantes do encontro. Esse conceito talvez melhor se traduza na ciência do cuidar, que se constitui, a meu ver, a razão máxima de ser da ética: amar o próximo como a si mesmo.

É um livro – supondo que seja um livro – sobre Filosofia Clínica e se mostra antes como uma atividade terapêutica do que como doutrina ética, embora seja uma obra provocativa e também pretenda suscitar importantes discussões éticas e epistemológicas sobre as infinitas diferenças pessoais da condição humana. Estas páginas intentam caminhos de concílio tanto para psicoterapeutas e especialistas no assunto, quanto para estudiosos em geral de filosofia, psicologia, antropologia, psiquiatria e ciências humanas afins. Nesse sentido, há no final um pequeno glossário,* para que o leitor não

* As remissões ao glossário serão assinaladas com exponencial romano minúsculo.

especializado possa recorrer e apoiar-se em sua leitura com maior independência. Assim, procurei escrever algo entre o acadêmico e o poético, permitindo-me, inclusive, algumas singularidades lingüísticas. Desse modo, a filosofia cumpre sua função basilar, qual seja: ajudar as pessoas a pensarem por si mesmas ou, mais especificamente no caso da Filosofia Clínica, pensar em como ajudar as pessoas sem jamais pensar por elas.

Com alívio, há outros livros mais didáticos sobre o funcionamento da clínica filosófica, embora nada substitua uma sólida formação terapêutica, com estágios supervisionados a orientar as delicadezas da prática. Esforcei-me, nesse sentido, para evitar repetições desnecessárias sobre o tema, sem renunciar à busca por novos horizontes. Sem dúvida, o leitor que previamente já conheça o assunto saberá melhor as profundidades e as críticas devidas. Essa é uma das maiores belezas trágicas da vida: à linha do horizonte todos, fortes e fracos, pequenos e grandes, lépidos e vagarosos, teremos sempre a mesma exata distância a percorrer. Afinal, o mais próximo que alguém pode se aproximar do horizonte, por mais que avance, termina sempre recomeçando o dia. Quem queira ir mais longe, que acorde mais cedo...

A Filosofia Clínica é um novo método de se fazer terapia, fundamentado nas teorias filosóficas acadêmicas, surgido, na década de 80, da prática clínica do filósofo Lúcio Packter na Europa e no Brasil. Uma terapia filosófica muito distante do ranço moral do mero aconselhamento e que, por não conceber quaisquer doenças ou distúrbios comportamentais de natureza exclusivamente psíquica, tipologias abstratas, estruturas inflexíveis e universais etc., igualmente se afasta do conceito psicológico de cura.

Para além ou aquém das causas orgânicas, de raízes neurológicas, a Filosofia Clínica não cura, cuida. Com ênfase, trata-se de uma práxis filosófica e pode ser tomada como o mais radical exercício

prático de alteridade já elaborado até hoje. É um aprendizado terapêutico duplo: o da escuta existencial e o da rejeição ética a toda forma de silenciamento do direito inalienável de duas ou mais pessoas, diferentes entre si, coexistirem e expressarem livremente a maneira de ser de cada uma. Aceitar e escutar o outro como ele é (dentro do que se pode percebê-lo), entretanto, nem sempre significa concordar ou apoiá-lo, pois, mais importante do que cada um de nós, será sempre a liberdade do encontro. O que há em comum entre o filósofo e o outro não são as afinidades, que geram confiança, mas a certeza amiga das diferenças.

Não há um “nós” se não há indivíduos que possam se relacionar. Quando é preciso um “nós”, há de se cuidar da individualização. Para o filósofo clínico, “amar o próximo como a si mesmo” não é amar o semelhante, mas o diferente, aquele com quem se aprende que o mundo é maior que o próprio eu. Nesse encontro com o desconhecido alheio, o filósofo, entre outras coisas, descobre a existência de opiniões, valores, experiências, sonhos, intimidades, sofrimentos, alegrias etc. exatamente tais que nenhuma outra pessoa do universo de modo algum teria vivido. Dessa maneira, crescendo e se percebendo a partir de outrem, ele guarda em forma de escuta e reconhecimento uma dívida antecipada por todos. Como terapeuta, sabe que a construção do seu melhor, para além do egoísmo, nasce da responsabilidade que tem sobre o outro. Pelas minhas experiências pessoais, aprendi que, sempre que desejei entregar-me às profundidades desconhecidas de mim mesmo, precisei mergulhar na imensidão de alguém. Em resumo: na clínica, amar é essencialmente cuidar dos outros.

Que todos somos diferentes é um axioma popular. Contudo, não é uma realidade compreendida de fato pela maioria, na medida em que se constata o quanto cada um de nós tende para si próprio. Toda aproximação é quase sempre um conflito, especialmente se for muito estreita. Ra-

zão disso, o que significaria a máxima cristã? Isto é, ao alcance dos nossos limites pessoais, que reflexões poderíamos extrair dela? Naturalmente, a questão para começo faz jus à leitura desta obra por inteiro e, por certo, ainda mereceria um sério empreendimento de compreensão de toda uma vida... ou mais, em se tratando da notável personalidade que a concebeu, a ponto de marcar as civilizações antes e depois dela. Desde agora, o importante é entender que o meu próximo é todo aquele de quem eu me aproximo, sem violentar sua autonomia ou seu jeito de ser. Muitos estão perto, sobretudo os que pela lei de afinidade ou interesse confirmam o meu mundo pessoal. “Amar o próximo como a si mesmo” não é, pois, torná-lo semelhante, vizinho, espelho das nossas vaidades, das nossas carências e recompensas materiais, ainda que isso possa ser agradável a ambos. É nesse sentido que a concepção de “outro” em Filosofia Clínica é melhor traduzida como “partilhante”, em vez de cliente ou paciente.

O amor é algo que não faz sentido para quem não ama. De longe, a Filosofia Clínica jamais poderá ser compreendida por quem não tenha ou não deseje ter amor pelos outros, ainda que tenha razão. Porém, antes de falar sobre o amor, antevendo capítulos importantes, vale saber que a Filosofia Clínica, como método objetivo de compreensão e ajuda, deixa livre a quaisquer terapeutas uma total independência de posições teóricas, valores e opiniões em geral. Pode, assim, um filósofo evangélico radical tratar de um partilhante marxista ateu sem o mínimo desejo de convertê-lo. Afinidades podem existir e isso é bom, mas na clínica não são as preferências pessoais que devem estimular a ética e o carinho. Na plena escuta aos diversos posicionamentos do outro, o filósofo se isenta de aprovações e sanções em todas as esferas científicas, religiosas, filosóficas e culturais.

Logo, abordando os assuntos apenas do ponto de vista formal, não há defesa de nenhum significado rígido e universal das palavras. Um significado preciso é um significado bem contextualizado. Conhecer é

contextualizar. No tempo e no espaço, tudo é perspectiva de vida, e carrega uma história que a revela. Os componentes do sentido das palavras e da interpretação dos enunciados, quando revelam por parte do filósofo clínico uma opinião própria ou doutrinária, ficam e devem ficar ao livre sabor de cada um. Quanto ao partilhante, busca-se localizar, situar existencialmente o sentido exato ou o mais próximo possível do que ele expressa, a fim de escutá-lo sem equívocos.

Um dos propósitos fundamentais deste trabalho é responder uma pergunta filosófica: como ter certeza de que sabemos escutar as intenções de alguém? Ou, de outra forma: como é possível entender uma pessoa, na linguagem utilizada por ela, o mais próximo da maneira como ela mesma gostaria de ser entendida? Pessoalmente estou convicto do imenso valor ético da resposta. Sobre o que o outro tem a dizer de si mesmo, há que se fazer uma escolha: quero escutá-lo ou o silenciá-lo? Este é um livro sobre a escuta.

Na primeira parte do livro, o leitor é convidado a conhecer a teoria e a prática da Filosofia Clínica, com um estudo de caso. É um discurso acadêmico. Na segunda, em que examino a noção de práxis alteritária na ética da escuta, afirmo o que penso sobre as diferenças estratégicas do respeito ao outro. A linguagem é rica em analogias e interpretações. Por último, uma breve reflexão sobre o amor, sobre o que me ensinaram as vivências mais profundas com a terapia. Momento em que compartilho o que me parece ser fundamental àqueles que desejam ajudar os outros, sejam graduados ou terapeutas naturais. Quem prefira a poesia à lógica que antecipe os sentimentos, lendo primeiro o último capítulo. Talvez isso faça mais sentido.

O exercício de filosofar implica reconhecer os limites do conhecimento e, em consequência, a própria ignorância. Se a humildade é a natureza do verdadeiro filósofo, então o filósofo clínico é, por definição, um ser ético. Se não é aquele que conhece a verdade, com

certeza é aquele que aprende com os erros. Como tal, assim é este autor. Pessoalmente, estou convicto de que não é possível entender Filosofia Clínica sem, com isso, tornar-se uma pessoa melhor do que era antes desse conhecimento.

Fugindo ao máximo das incoerências, com penhorada dedicação, este trabalho não poderia deixar de ser ou querer um diálogo escrito entre todos nós, cujas trocas poderão se dar *a posteriori*. Seria imperdoável não lembrar igualmente das lições práticas de consultório, dos partilhantes, das tantas conversas e leituras que, na diversidade e nas riquezas, fizeram deste autor bem mais que um. Acredito que haja somente um autor, que não é outra coisa senão a própria vida – que muitos chamam de Deus. Além disso, somos todos intérpretes. Quanto mais verdadeiramente se escuta os outros, mais cada um se torna plural, mais se acumula para si esse intenso sentimento de humanidade. Se há algo de minha parte, de minha fé pessoal que se possa ler nestas páginas, consiste no esforço destes únicos propósitos: como desenvolver o diálogo e retribuir a compaixão de aprender com os outros.

I

O QUE DIZ A FILOSOFIA CLÍNICA

*Não basta abrir a janela
Para ver os campos e o rio.
Não é bastante não ser cego
Para ver as árvores e as flores.
É preciso também não ter filosofia nenhuma.
Com filosofia não há árvores: há idéias apenas.
Há só cada um de nós, como uma cave.
Há só uma janela fechada, e todo o mundo lá fora;
É um sonho do que se poderia ver se a janela se abrisse,
Que nunca é o que se vê quando se abre a janela.*

Fernando Pessoa (pelo heterônimo de Alberto Caíro), Obras Poéticas.

O Plural de Cada Um

Quase todas as filosofias, e com elas as psicologias, estão de alguma forma certas. É bem verdade que o corpo físico sofre e revela todos os conflitos emocionais que a alma sente, por serem uma só unidade bioenergética e cósmica (Reich, Lowen, Pierre Weil); mas também que a alma e o corpo são coisas radicalmente distintas, por vezes inconciliáveis (Platão, Descartes). Hoje há tantos casos que confirmam a tese (Freud) da inveja do pênis que as mulheres inconscientemente têm... e outras tantas dezenas que dizem exatamente o oposto (Horney, Simone de Beauvoir). De um lado, como se sabe, o inconsciente é um fenômeno exclusivo de cada um e é feito de complexos e conteúdos reprimidos. Afinal, quem nunca chamou uma pessoa com o nome de outra, num “ato falho”? De outro, não há dúvidas: o inconsciente é também coletivo (Jung), composto fundamentalmente de uma tendência para se sensibilizar com símbolos e imagens que representam profundos sentimentos de apelo universal. É muito difícil negar a atualidade enraizada das teorias do inconsciente; mas o existencialismo materialista (Sartre) não hesitou em romper com todas elas, por retirarem a responsabilidade do indivíduo, cuja consciência angustiada pela morte é necessaria-

mente lúcida a si mesma e intencional em suas escolhas. Também não pode estar errado quem afirme ser a estrutura econômica (K. Marx) o que determina a consciência individual. Contudo, teriam sido tolos os que recomendaram o autoconhecimento e a reforma íntima (Sócrates, Confúcio) como os únicos caminhos para a evolução ética e política da sociedade? Não se poderia falar o mesmo do amor? Na lembrança do dito popular, como é possível amar os outros se a gente antes não se ama (E. Fromm)? Embora tantos anônimos que nunca souberam se amar hajam defendido terríveis auto-sacrifícios em benefício de seus amados...

É que toda verdade se confirma pelo método que a criou e a ela deu fundamentos. Não há métodos do absoluto. Diferentes métodos sobre o mesmo objeto de análise derivam diferentes noções de verdades. Sem dúvida, o conhecimento só é válido e revalidado dentro dos seus limites epistemológicos.ⁱ Todavia, cada uma dessas e de outras influentes teorias errou fundo ao generalizar para além de seus recortes da realidade, onde mantinham assegurado o princípio de verificabilidade empírica e ou lógica. Com o advento da fenomenologiaⁱⁱ nas ciências psicológicas ou antropologias filosóficas, não se pode mais atribuir abusivamente valores universais, qual fossem objetos matemáticos, em defesa de tal “natureza humana” *a priori*ⁱⁱⁱ de cada sujeito. Por consequência, a instituição de tipos psicológicos, de psicopatologias e pré-juízos gerais aplicáveis à singularidade dos indivíduos é um julgamento antecipado à espera de confirmações, além de constituir um crime ético de silenciamento ao plural de cada um, especialmente em se tratando de uma ajuda psicoterápica. Há de se cuidar dos perigos do reducionismo, que desmerece e violenta a originalidade única de cada ser.

Em se tratando das ciências humanas, os movimentos da coletividade exigem outra trama de complexidades a considerar. Socieda-

de e indivíduo são temas de estudos complementares, mas distintos. São válidos todos os esforços de construção de arquétipos e estruturas coletivas das pessoas, no sentido de se captar a cultura psicológica de um povo ou de um grupo particular. Entretanto, sem perder de vista os rigores do conhecimento, não se pode esquecer que, quanto maior a extensão da pesquisa, menor a profundidade desse saber. Por isso, tudo o que se sabe ou se possa saber da subjetividade específica de apenas um indivíduo deve-se unicamente à escuta dele. Escuta que, naturalmente, também exige um método filosófico próprio. Seria um erro infeliz e desastroso, em conseqüência, julgar uma pessoa pelas outras. Para o espanto de alguns, não é raro constatar que muitas verdades do gênero humano que se aplicam às ciências sociais seriam mentiras se ditas especificamente aos indivíduos. O mundo que aparece a todas as pessoas não é exatamente o mesmo tal como parece a cada um. O que mais nos torna semelhantes uns aos outros é a distância do olhar: quanto maior a proximidade, maior a diferença.

O filósofo brasileiro Lúcio Packter dedicou-se ao estudo desse universo subjetivo, em seus dois aspectos. De um lado, teórico, para formular um entendimento objetivo e universal da subjetividade de todos os indivíduos, do qual resultou o conceito de “estrutura do pensamento” da psique humana. Seria incorreto pensar que na Filosofia Clínica há diferentes métodos filosóficos para diferentes pessoas. Ao contrário, ela possui uma só composição teórica, feita de cinco exames categoriais de análise existencial do partilhante, como se verá adiante. De outro lado, feito de uma prática clínica de consultório, com procedimentos terapêuticos adequados à cada pessoa. Lúcio buscou compreender as verdades existenciais de cada um e, consciente delas, orientar as pessoas no sentido de suas melhores possibilidades de vida, quando em momentos difíceis. De acordo com esses saberes, ele desenvolveu o que decidiu chamar de Filosofia

Clínica, uma absoluta justaposição entre teoria e prática.

A partir da sua experiência clínica pessoal, descontente com a psicanálise e com a psiquiatria, conhecendo e afastando-se do trabalho de filósofos consultores na Holanda, aprofundou suas pesquisas nos atendimentos em hospitais em Santa Catarina, no sul do Brasil, investigando, nos clássicos da filosofia, maneiras de ajudar as pessoas em suas dores existenciais. A seu modo, observou, no relato das histórias das diferentes pessoas, correspondências entre as concepções de vida nelas reconhecidas e as várias teses fundamentais das grandes correntes teóricas do pensamento, de tal forma que nenhuma destas sozinha teria sido capaz de explicar satisfatoriamente a diversidade humana. Com disciplina, procedeu sempre na mesma direção: das pessoas para as teorias. Em seus escritos didáticos de aula, conhecidos como *Cadernos* (de A até R, [s.d]), que são textos como pretextos para discussão, ele afirma (*Caderno A*) que na criação dessa específica filosofia foram difíceis o desapego e o abandono de vários instrumentais metodológicos, psicoterapêuticos, de que se valia na sua experiência de consultório, mas que não prestavam auxílio real aos seus partilhantes da clínica.

Mas o que é a Filosofia Clínica? O que é filosofia é uma questão tão antiga quanto o próprio nome. Nunca se definiu completamente, revelando sua infinita e poderosa capacidade de reflexão. Além disso, é uma questão posta pela própria filosofia, que talvez melhor se defina (Deleuze, 1991) pela sua função, a de criar sempre novos conceitos, lutando contra as opiniões que escravizam com respostas apressadas e soluções demasiadamente fáceis. Os conceitos não são formados como moldes, não são achados, como se fossem produtos. Eles se põem em si mesmos, pela necessidade de se afirmar o que uma coisa é, de tal forma que se possa identificá-la e jamais confundí-la com qualquer outra. São criados e afirmados como conhecimento das

coisas e dos seres, reconhecidos por meio de seus atributos essenciais. Pensando assim, a filosofia debruçou-se sobre diversos recortes da realidade vivida, produzindo importantes reflexões sobre temas como a religião, a arte, a cultura, as ciências etc. Particularmente, a Filosofia Clínica investiga o conceito de psicoterapia, buscando também um novo olhar sobre a ética nas relações com o outro, aquele com quem se partilha os cuidados terapêuticos. Seu esforço de reconduzir o pensamento a respeito, entretanto, não faz dela uma filosofia da psicologia, ainda que discuta métodos e fundamentações. Em seu esforço, a Filosofia Clínica possibilita a recondução do entendimento e da pesquisa tanto quanto inaugura métodos práticos de trabalho.

A Filosofia Clínica é uma práxis^{iv} de alteridade^v, que trouxe às psicoterapias todas as visões de mundo já pensadas nesses 2.500 anos de filosofia. Por se tratar de uma autêntica reflexão aberta, crítica a si mesma, ela é capaz de entender a subjetividade de quaisquer indivíduos, sem fugir a uma só manifestação existencial singular de ninguém. Novas filosofias que ainda hão de surgir, endossando possibilidades, só intensificarão seu grau de escuta e o diálogo com as diferenças. Ademais, sempre houve um caráter terapêutico na filosofia, um autêntico cuidar do ser na formação humana, desde a Paidéia dos gregos antigos, quando ainda não havia a secção moderna a separar teoria e prática. Seria um grande erro pensar que a Filosofia Clínica não é filosofia simplesmente por acreditar que ela tem posse das verdades psicológicas, dos mapeamentos e diagnoses das psicologias, como se ela se pretendesse científica. A Filosofia Clínica procura, antes, desfazer falsos problemas existenciais, derivados de uma certa forma de pensar as teorias da psique humana. Que a atividade filosófica se torne eficaz e tenha um alcance terapêutico em nada implica quaisquer formas de cura, embora possa haver coincidência em alguma comparação. O que faz o filósofo clínico é outra coisa: entender a natureza dos problemas

existenciais daquele que o procura e ajudá-lo em seu livre-arbítrio, ante as múltiplas e difíceis escolhas da vida. É o caráter epistêmico, pedagógico e ético dessa filosofia que lhe permite um método terapêutico.

Não poderia haver maior equívoco ao se acreditar que os dramas pessoais são meramente psicológicos. Por certo não. Há importantíssimas questões filosóficas concernentes à relação entre a mente e as estruturas do mundo que a envolvem. Isso justifica o posicionamento e a definição de conceitos tais como “indivíduo-coletividade”, “alma-corpo”, “vontade”, “ilusão”, “verdades subjetivas”, “morte”, “eutanásia” etc. Por fim, até as questões psicológicas devem, antes, ser fundamentadas pela filosofia, em busca do entendimento e da transformação do que é ou se denomina “realidade”. Antes das psicologias ou psicanálises, é missão da filosofia garantir uma indispensável certeza: para se conhecer as profundidades de alguém, deve-se, primeiro, saber quais são os limites do conhecimento humano. O mais sábio há de ser o mais humilde.

Diferentemente das psicoterapias, em filosofia não se pode dizer que um sistema de pensamento seja refutado, superado ou trocado por outro melhor; exceto, claro, se o sistema foi mal elaborado, constituindo-se, portanto, má filosofia. Cada teoria filosófica possui tal coerência de raciocínio e concordância de idéias, segundo seus próprios postulados e regras lógicas, que a torna inegável. Divergências e críticas a partir de outros princípios não lhes retiram os fundamentos, apenas abrem novas perspectivas sobre o real. Conquanto a Filosofia Clínica, a psiquiatria, as psicologias e as psicanálises se fundamentem na filosofia e tirem conclusões filosóficas, somente a primeira é capaz de uma releitura de toda a tradição filosófica em seus próprios procedimentos técnicos. A força presente nas conseqüências disso reside na potência de conhecimento e de coesão no tratamento de conflitos filosóficos de natureza existencial. Na resolução de problemas psicológicos, antes é preciso saber se o problema foi bem elaborado, no nível

das definições e dos encaminhamentos. Afinal, de que vale a solução correta... do problema errado? E para que formular perguntas cujas respostas nunca poderão ser honestamente conhecidas?... Quantas e quantas vezes o fácil alívio de um sintoma psicológico veio justamente mascarar a resposta a uma pesquisa das causas profundas? Como se verá mais adiante, nas raízes de uma aparentemente simples demanda clínica, há importantes questões epistemológicas, de linguagem, de estética, de lógica, instâncias metafísicas, contendas éticas etc., cujo abandono não apenas falta com a verdade, mas também com o amor.

Há muitos filósofos da alteridade e, como tais, elaboraram conceitos, porém não criaram estratégias práticas para o exercício cotidiano da alteridade. Há quem diga que isso não é missão da filosofia e sim das ciências, das religiões, das artes e da cultura em geral. Seja como for, Lúcio Packter aceitou essa incumbência, em benefício daqueles que não souberam fazer dos livros uma extensão natural da vida. A rigor, nenhuma objetividade científica ou filosófica é possível sem a existência do ser humano, do sujeito que elabora a cultura e constrói o conhecimento. Buscar garantias lógicas formais na estruturação de um conhecimento não pode significar, na prática, a negação da vivência dessa realidade, especialmente em se tratando de ética. Esquecer-se da subjetividade empírica,^{vi} isto é, da pessoa concreta, que se alimenta de comida e de sonhos, que ama e sofre, dorme e acorda, que tem dívidas a pagar, filhos, dramas e alegrias... é, no fundo, negar a vida do próprio saber. Na lembrança do sábio de Tarso, ainda que tivéssemos todo o conhecimento e não tivéssemos amor... o que teríamos? Nas intimidades da minha fé na vida, não tenho dúvidas: dos saberes da alma humana, só o amor conhece o que é a verdade.

Fato é que teoria alguma, por mais brilhante e perfeita, não vale, não substitui, nem está acima do sofrimento e dos sorrisos de um partilhante. Podemos nos discordar até a medula e ainda assim

ser possível a amizade. Como afirma o ditado, a humanidade corre sérios perigos, quando um homem faz das suas verdades martelos e dos indivíduos pregos. Nem poderia ser de outra maneira: o filósofo clínico deve ao seu partilhante a dedicação e o amor que se guarda a um amigo. Em consequência, na fundamentação prática da terapia filosófica, a empatia é determinante. A qualidade de interseção, do envolvimento subjetivo capaz da aproximação e da confiança entre quem vem ao consultório e aquele que se coloca à sua disposição, constitui-se o início e, em alguns casos, até o fim da terapia. Ainda que pouco comum, um partilhante pode relacionar-se apenas através de conflitos e embates com o terapeuta, mediante os desafios da superação de si mesmo. Os cuidados do amor nem sempre caminham em interseções positivas. Com o tempo, não é difícil reconhecer o elevado valor do convívio: os outros, por vezes, nos tornam outros também. Estar juntos à procura de novas opções para os problemas vivenciados, novos endereços existenciais, subjetivamente melhores, é um risco de mudanças para outras convicções e verdades.

Nessa escuta profunda, o filósofo recupera dia a dia o espanto inaugural do saber, que deu origem à filosofia, e, perante o já conhecido, mantém acesa a poderosa força das hipóteses. Motivo suficiente para esclarecer que a Filosofia Clínica não é nem poderia ser um simples resultado de muitas leituras. Não é, pois, a filosofia acadêmica *aplicada à clínica*,¹ como se a realidade fosse um muro a nos separar da outra pessoa e a erudição uma pintura do seu retrato. Antes, fazer clínica filosófica é caminhar junto nos labirintos do partilhante e, em seus momentos mais difíceis – talvez os nossos também –, abrir-lhe uma janela como fossem pálpebras sobre o desconhecido, iluminando sua vida.

A Filosofia Clínica utiliza-se instrumentalmente de conhecimentos, por certo, mas com uma consciência epistêmica da prática, for-

malizando e modelando os encadeamentos, meios e fins. O aspecto funcional do conhecimento filosófico é dialeticamente^{vii} vinculado à estrutura terapêutica, sem jamais perdê-la de vista. Na Filosofia Clínica, o partilhante serve para dar a conhecer o conhecimento e não o inverso. Isto é, as doutrinas pessoais do terapeuta (filosóficas, psicológicas, religiosas... quaisquer que sejam) são utilizadas para direcionar a temática a ser ouvida ou interpretar os significados do que expressa o partilhante no consultório. Razão pela qual muitas e reiteradas vezes o filósofo pode ser convencido pela experiência junto ao outro a mudar suas mais convíctas verdades. Na clínica filosófica, as verdades existenciais do outro aparecem na estrita relação com a pessoa dele, reconhecidas pelo filósofo como absolutamente válidas na historicidade do partilhante. Jamais considerado errado em suas concepções originais, entretanto, este também pode rever o que tinha por definitivo, de acordo com seu desejo ou sua necessidade, por efeito da terapia.

É bem sabido que a verdade das teorias sempre precisará de teorias da verdade, pois o princípio do erro está no julgamento e não nas coisas julgadas. Todas as importantes certezas que herdamos, se não equivocadas, estão insuficientemente corretas para decifrar os mistérios da alma humana. Se compararmos umas ao lado das outras, as grandes teorias sobre o homem elaboradas na história anular-se-iam em contradições ou mostrar-se-iam incompreensíveis e paradoxais ao mesmo tempo. Assim, com que método a Filosofia Clínica é capaz de reunir todas as correntes teóricas como instrumentos terapêuticos a serviço de uma ética da escuta? E isso de tal forma que um único filósofo seja apto a escutar e compreender a infinitude de visões de mundo existentes como se a elas pertencesse. Seria possível tamanha plasticidade no acolhimento e no trato das diferenças humanas?

Com acerto, se desconsiderarmos as concepções de verdades em disputa como “conteúdos” do real ou substâncias essenciais e, de

outra maneira, as compreendermos simplesmente como fenômenos, perspectivas daquilo que nos aparenta ser ou múltiplas categorias de entendimento da mesma realidade, isso tornará possível a comunicação entre diferenças teóricas tão afastadas entre si. Depois de filósofos como Kant e Husserl, a questão das verdades deixou de ser um problema das coisas em si mesmas e se tornou um tema da percepção humana. Ou seja, diferentes percepções do mundo podem coexistir e ser devidamente compreendidas nos níveis em que se organiza a estrutura do pensamento humano. E foi precisamente isso que Lúcio Packter fez: localizou as principais antropologias filosóficas da história, o que se pensou e se definiu sobre o ser humano, e, dessa forma, estruturou em trinta tópicos um diálogo entre os vários estratos da inteligência, elaborando um conjunto infinito de possibilidades.

Diferentes concepções em diferentes tópicos da estrutura de pensamento são, desse modo, igualmente válidas. Assim, a disparidade de correntes e conceitos filosóficos antagônicos se explica. Como também se amplia ilimitadamente o respeito ético às diversidades e aos modos de ser dos outros. A aparente contradição no discurso de Lúcio desaparece na arquitetura fenomenológica do pensamento, com harmonia e unidade estrutural próprias, feito uma “colcha de retalhos” muito bem costurada. Tivesse esse trabalho a pretensão de uma ontologia,^{viii} da busca por um conceito filosófico de ser humano, penso que haveria de entendê-lo como uma subjetividade holoplástica,^{ix} não uma plasticidade pelo lado de fora, em que uma pessoa se adapta ao seu contorno externo, mas como um predicado constitutivamente aberto à sua redefinição. Porque ninguém conhece a essência do outro, apenas se pode interpretar o que ele aparenta. Mais importante que “o estudo das propriedades gerais do ser” é a compreensão do bem comum e da sua prática. Na Filosofia Clínica, como em tudo, a ética

se antecipa às funções teóricas da ontologia.

Penso que jamais haverá uma só teoria do conhecimento (racionalismos, empirismos, e outros) que não seja polêmica, o que é humano. Uma coisa é certa, artigo de inteligência, humildade e fé: a realidade será sempre maior que as nossas verdades sobre ela. Interessa à Filosofia Clínica, em particular, o estudo da subjetividade humana e, desse modo, apenas da realidade “vívida”. Sabe a Filosofia Clínica que qualquer afirmação defendida como “verdadeira”, na medida em que é linguagem, deriva de regras arbitrárias de uso, definições e coisas do gênero. Sem cair no puro relativismo e sem construir metafísicas dogmáticas, o método filosófico de Packter se assevera claramente: dá-se pela historicidade.

No mundo do partilhante, história é simples narração dos próprios fatos. Para o filósofo clínico, historicidade é bem mais que isso, é o método segundo o qual todo conhecimento a respeito do partilhante é o resultado de uma análise do contexto de vida em que ele se situa, com especial atenção à maneira como ele valoriza as perspectivas da sua narrativa. Através da hermenêutica e da filosofia da linguagem, o filósofo clínico pode acessar muito da historicidade do partilhante mesmo quando este não fala diretamente de si próprio, e mesmo quando a linguagem utilizada para comunicação não é essencialmente verbal. Por hora, o que importa destacar é que qualquer legítima informação sobre o modo de ser do partilhante só é filosoficamente válida se fruto de uma escuta clínica. O conhecimento a respeito da subjetividade do outro nunca pode ser pressuposto com base na semelhança com outra pessoa, em nome de qualquer teoria. Historicidade é a teia de perspectivas da estrutura de pensamento do partilhante sobre a realidade do mundo tal como ele e mais ninguém a pôde e soube vivenciar. Todos os métodos da Filosofia Clínica utilizam o horizonte da historicidade. Teoria, em Filosofia Clínica, é abertura para o outro, uma atitude ética

de escuta e aproximação diante daquele que sofre.

Infelizmente, o saber disciplinar sobre o outro, num mecanismo corretivo da singularidade, como uma caixa de ferramentas para curá-lo de presumidas doenças mentais, ainda é mais importante que a pessoa a ser conhecida. É na conformidade dos interesses sociais, variados, que esse saber-poder edifica a estrutura política da loucura, da neurose e dos desajustes em geral. Com a filosofia impactante de pensadores como Michel Foucault e George Canguilhem, está posta a má-fé do conceito de psicopatologia. A loucura foi transformada em doença mental, desde o Renascimento, para aqueles que não correspondem às caracterizações do regime de verdade aceito e difundido pela modernidade. Na obra *História da Loucura na Idade Clássica*,^x Foucault (1965) evidencia que, a partir do século XVIII, ciências como a psiquiatria, a psicologia e a psicopatologia condenam ao silêncio e ao isolamento todas as diferenças que ameaçam o *status quo*. Desse modo, foi o poder de silenciamento que gerou a medida da normalidade e o conhecimento da cura. Já em nossa época, todas as sutilezas de classificação e exclusão, por fim, adquiriram o estatuto social da cultura, na educação discursiva e não-discursiva. E o que era apenas mais uma manifestação existencial da pessoa em seu contexto específico virou um dispositivo de normalidade, de vigilância e de correção.

É claro que existem “psicopatologias”, e a Filosofia Clínica não veio para negar esse saber, porém esse julgamento em nada é óbvio. A única certeza inquestionável é que são “teorias”, portanto jamais podem ser tomadas como verdades em si mesmas. “Psicopatologias” são objetos da ciência. Enquanto o método científico trata da verdade como uma generalização dos fenômenos observados, transformados em leis aceitas como sendo da própria realidade, a Filosofia Clínica investiga e se interessa pelo que não é objeto das ciências: o fenômeno radical da subjetividade única de cada um, que nunca se repete em

outrem. Um “psicopata” é um julgamento e uma “teoria geral da psicopatia”. Não podemos confundir uma “pessoa” com uma “teoria da pessoa”. A diferença é altamente filosófica. As teorias podem ser verdadeiras ou irreais, falsas no todo ou nas partes, mas os partilhantes no consultório, sinceros ou não, são sempre profundamente reais. Esse é um tipo de conhecimento que não se aprende sem compaixão.

O *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*, publicação da American Psychiatric Association, Washington D.C., atualmente na sua 4ª edição, conhecida pela designação “DSM-IV”, ao lado da *Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde*, em sua 10ª revisão – “CID-10” –, pertencente à Organização Mundial de Saúde, somam, em suas estruturas, tabelas e diversas subclassificações interassociadas, centenas de transtornos, tiques e síndromes que não deixam ser humano algum escapar por muito tempo dos estigmas e dos perigosos tratamentos de reajuste. A rigor, excedendo nos detalhes, com suspeito aval da indústria farmacêutica, fomos todos classificados, de alguma forma, com algum tipo de doença. Sob o pretexto e a malícia da cura, nossa época fez a doença tornar-se um referencial de identidade entre as pessoas. Entretanto, não se podem retirar os méritos de investigação e avanço da medicina no campo da saúde pública, em especial em relação aos transtornos psíquicos decorrentes de doenças, lesões e disfunções cerebrais ou do uso de substâncias psicoativas, entre outros. De resto, em se tratando de questões psicológicas que não puramente biomédicas, é importante não confundir: não existem doenças mentais em si mesmas, existem teorias de doenças mentais.

Em termos éticos, a cura da loucura ou a loucura da cura é, entre as conveniências, o pior ardil, especialmente nos embates de oposição. Ninguém é louco sozinho ou, como já dizia Salvador Dali (Neret, 1994), “a única diferença entre um louco e eu é que eu não sou louco”.

Como resultado, não pode haver outra conclusão: a crença, não ingênua, antecipada no referencial teórico universalmente sobreposto, é qualquer coisa que não Filosofia Clínica.

Seja como for, qualquer psicoterapia requer cautelas adicionais no trato ou no uso dos sistemas científicos ou filosóficos, quando se esposa certa doutrina em particular – o que é de direito ao profissional. Conquanto se devesse observar qual dispositivo metodológico seria mais adequado às circunstâncias de tal ou tal indivíduo, infelizmente o comum é a prevalência de modelos de conhecimento conforme o gosto e a facilidade do terapeuta. Como exemplos genéricos, naturalmente, o psicanalista é alguém que verdadeiramente sabe ouvir... mas com os ouvidos da psicanálise. Os marxistas, os espiritualistas, os estruturalistas, os behavioristas e os holísticos etc. também sabem ouvir e agir sob o princípio da mesma correspondência. O que pode ser bom... *se*, e somente *se*, a ênfase dada na clínica, de alguma sorte, coincidir com as necessidades próprias do sujeito em questão. Com fortes vínculos de interseção e alguma autoridade, um profissional muitas vezes é capaz de conduzir o partilhante, trazê-lo para o mundo das suas considerações teóricas e até convencê-lo. O que é realmente tentador. Mas não há justificativas éticas para um profissional que faz do outro o espelho das suas vaidades. Não é função da psicoterapia aproveitar-se das fragilidades e seduzir os que se encontram perdidos no caminho. Contudo, e com alegria, vejo aumentar a quantidade de psicólogos que, excedendo-se em competência, conhecem várias técnicas e doutrinas, e se valem do que é mais adequado às necessidades de quem é atendido. Tais psicólogos cada vez mais têm dificuldades em se definir teoricamente, classificar seus métodos terapêuticos e “rotular” seus clientes como “pacientes”, talvez como efeito histórico das leituras diretas ou indiretas de Foucault.

Mas, se vencidas as pretensões, tão antigas quanto a humanida-

de, de um único caminho para todos, com abertura ao diálogo em suas bases filosóficas, põe-se a questão dos fundamentos epistemológicos dessa práxis terapêutica. Seria feita de um método ou de vários métodos? No entendimento de Lúcio Packter, criador da Filosofia Clínica, a resposta correta está mais para a segunda opção. Porém, há outros filósofos clínicos que já pensam diferente, como indicam as importantes contribuições de José Maurício de Carvalho (2005), para quem ela é uma fenomenologia. Segundo ele, a Filosofia Clínica é uma técnica psicoterápica capaz de uma conceituação própria que a diferencia de outras formas de abordar a consciência humana, com um objeto e um método formal captados pela aplicação da fenomenologia ao estudo dos fatos psicológicos. Criando um método de relação de ajuda, Lúcio transformara a fenomenologia em clínica. O primoroso trabalho de José Maurício dedicado ao assunto aborda com suficiente clareza e rigor, a seu modo, os fundamentos, as pretensões teóricas e as práticas dessa filosofia, justificando a desnecessidade de repeti-los aqui.

Com a mesma seriedade, a professora Mônica Aiub (2005), filósofa clínica, vem derivando importantíssimas considerações a respeito no campo da educação, procurando entender a diversidade de maneiras como as pessoas aprendem algo, o que fazem com esse aprendizado, as conseqüências existenciais do ensino etc. Um trabalho fundamentado em sua prática nas escolas onde atuou. A partir da sua leitura de Deleuze e de Paul Ricoeur, entende que a Filosofia Clínica situa-se além da tendência de constituição de um sistema, seja fenomenológico, analítico, estruturalista, empirista etc. Ela pondera que a função da autêntica filosofia não é o enquadramento, mas a construção de um novo conceito. No caso da Filosofia Clínica, um conceito ainda em estado de potência.

É bom destacar que a filosofia de Lúcio Packter nasceu do seu trabalho clínico em hospitais e consultórios, para só depois surgir

um arcabouço teórico, que ainda não está pronto.² A Filosofia Clínica nasceu da clínica filosófica e não o inverso, orientando-se essencialmente para os cuidados com o outro, constituindo-se, primeiramente, uma prática amorosa de encontro para só depois investigar a validade das teorias acadêmicas a que se reporta. Segundo minha própria intuição, pesquisas e vivência clínica, o trabalho de Packter pode ser também compreendido numa perspectiva ética, baseada no não-silenciamento das possibilidades constitutivas do ser outro. Há de se investigar, depois, se essa filosofia propõe uma nova teoria ética, ou seja, uma reflexão sobre os princípios da moralidade capaz de determinar uma norma universal de conduta a ser seguida. Sem dúvida, o exercício da atividade clínica por ela feito tem uma ética de alteridade, cujos pressupostos não coincidem exatamente com os modelos de alteridade conhecidos em nossa época, o que me leva a acreditar ser a ética (ou a atitude) da escuta radical a fundação basilar da Filosofia Clínica.

De qualquer forma, ainda persistem necessidades de discussões e fundamentações teóricas várias para essa nascente filosofia, iluminando seus procedimentos terapêuticos; o que não invalida, a toda prova, sua efetividade clínica. Somando a leitura dos escritos de Lúcio Packter com as valiosas interlocuções em nossos encontros pessoais por muitos anos, sei que ele busca sustentar sua filosofia pela força conjunta de vários princípios diferentes, constituídos de oposições, ao mesmo tempo antagônicas e complementares. No interior dessa abordagem processual da clínica, cedemos lugar à necessidade de assumirmos os paradoxos e convivermos com o princípio da incerteza. Esse particular exercício de alteridade reconhece a hipercomplexidade subjetiva das pessoas, exigindo um modo de articulação do conhecimento que acentua problemas oriundos de saberes múltiplos, tais como o existencialismo schopenhaueriano, em sua

releitura de Protágoras; os exames categoriais de Aristóteles e Kant; o historicismo de Wilhelm Dilthey; a fenomenologia pós-Husserl e o raciovitalismo de Ortega Y Gasset; o positivismo lógico de Popper e a hermenêutica de Gadamer; somando-se um uso constante do logicismo formal clássico; da analítica da linguagem, desde Wittgenstein até John Searle; da esteticidade associada à somaticidade, com múltiplos autores, começando pelo empirismo de Hume; e da matemática simbólica, de início com Georg Cantor.

De forma geral, penso que isso esclarece as diferenças entre a Filosofia Clínica e as psicologias tradicionais, além do fato de que há uma total ausência de concepções de normalidade versus psicopatologia e de técnicas universais na clínica, considerando que toda a sua fundamentação, seus métodos e procedimentos derivam diretamente da filosofia acadêmica. Lúcio Packter, em suas atuais pesquisas da matemática simbólica e das filosofias do estruturalismo^{xi}, admite a existência de uma nova leitura existencial de tipologias do ser outro, capaz de abarcar os fenômenos socioculturais da estrutura de pensamento, mas com uma gigante ressalva: sem jamais perder ou diminuir o peso da subjetividade específica e única de cada partilhante, somente reconhecida pela sua irrepetível historicidade. Esta é uma pesquisa, ao desejo de muitos, para um futuro breve.

O enfoque das questões existenciais, na terapia de Packter, pode coincidir, no geral e em algumas vezes, com a perspectiva e as técnicas de várias psicologias. A depender do caso específico, a ênfase pode ser dada ao comportamento (behaviorismo) ou à necessidade da vivência do “aqui-agora” (gestalt), entre outros. Momentos valiosos para interlocução e aprendizagem mútua, revendo conceitos, práticas e valores.

A prática clínica exige tanto conhecimento assim? Bom... no sentido acadêmico do termo “conhecer”, tomando conceitos já feitos,

recombinando-os e inventando novas teorias até chegar a um equivalente prático do real, a clínica filosófica exige, antes e sobretudo, uma reforma interior, uma espécie de sabedoria. É a função do ato filosófico que está em jogo, uma concepção ética de vida em relação ao próximo. Não é só um modo de conhecimento, mas um novo modo de ser e de união essencial com os outros seres. O conceito de “conceito” em Filosofia Clínica é como a própria vida... Por exemplo, o conceito de dor de que nos fala o outro, dor física ou moral, pode estar profundamente unido ou separado dos termos verbais que ele se utiliza para expressá-la. Talvez nunca saibamos o quanto. Ele pode sofrer da própria linguagem, com dificuldades de se comunicar ou, por sua vez, esta pode nos remeter ao seu mundo interno com tanta facilidade e perfeição que nele as palavras teriam mais alma que o próprio corpo. Isso e mil variações... A palavra, os gestos, a forma como não se consegue dizer algo ou a maneira de se mentir, o perfume e as roupas etc., toda a sintaxe dos signos é tomada como chance de proximidade. Na terapia, os saberes são caminhos de encontro entre as pessoas.

Fato é que, para se fazer clínica, a experiência cobra muita lucidez do filósofo, dentro e fora do consultório. Sem habilitação para recomendar quaisquer medicamentos, entretanto, ele ainda possui em sua formação específica estudos básicos de psiquiatria, farmacologia e neurofisiologia, para ao menos saber encaminhar ao profissional adequado as questões de natureza física, num importante trabalho de parceria. Seus conhecimentos e sua autoridade limitam-se ao tratamento de questões existenciais.

Quando nos assustamos ao ver um amigo comportando-se muito diferente do que esperávamos dele ou dizendo coisas que nunca imaginávamos ouvir (especialmente se isso nos contraria), é comum pensar que não o conhecíamos bem ou que ele mudou o seu jeito an-

tigo de ser. Todavia, cabe uma pergunta: qual é o jeito de ser de alguém? Ou, como evitar as injustiças de mal conhecer e julgar o outro exclusivamente pelo nosso jeito de ser? É preciso aceitar as pessoas como elas são, dizem. Mas... como elas são? De fato não sei até que ponto é possível saber a resposta, mas sempre necessitaremos refazer a pergunta. Não importa se se trata de um leigo ou de um velho terapeuta, o perigo existe.

Na clínica, o filósofo aproxima-se dos medos. O medo da incerteza, de não saber... o que fazer, como fazer, o que pensar etc. Mas também o medo das certezas, de não poder fazer nada a respeito e não ter mais a liberdade de escolhas; de, sendo responsável, ter de fazer algo para ser livre ou se ver livre de; de não ter sentido e mesmo assim ser profundamente real etc. Aceito o desafio, pela competência que o nomeou filósofo clínico – um amigo das verdades subjetivas de cada um –, sua função moral obrigatória é conservar-se sempre admirado perante a infinitude do outro, da primeira à última consulta, reconhecendo de uma vez por todas a própria ignorância sobre as profundidades que nele se ocultam. Deve o filósofo clínico conviver com os limites de seu conhecimento, com as possibilidades do erro e, principalmente, jamais condenar o partilhante do consultório a sofrer medos para os quais não tem defesas. Longe de sentimentalismos piegas, a Filosofia Clínica é um exercício de amor.

Posto à luta, nem sempre à vitória, o filósofo clínico busca conhecer como a pessoa está estruturada existencialmente, segundo apenas os elementos psíquicos dela, por origem ou conseqüência. Empregando a fenomenologia nesse serviço, ele distingue com extrema nitidez as verdades subjetivas das objetivas ou convencionadas. O máximo de honestidade que se deve a uma pessoa não permite saber dela senão o que podem as fronteiras do julgamento. Quando ainda nada conhecemos do outro, exceto nossas próprias opiniões e

teorias sobre o ser humano em geral, resta a descrição dos fenômenos tais como eles parecem ser, sem nenhum pressuposto de como eles devam ser na essência. Sem purismos, há de se evitar no julgamento sobre o outro um mínimo de certezas sem fundamentos.

Em decorrência, sem dogmas metafísicos, adivinhações ou superficialidades, o trabalho terapêutico dessa filosofia objetiva localizar os conflitos ou “nós” existenciais na estrutura psíquica do indivíduo, resolvê-los ou, de alguma forma, minorar seu sofrimento. Chamo de sofrimento existencial, que mereça tratamento em Filosofia Clínica, tudo aquilo que, subjetivamente, causa, na psique do partilhante, exigências de mudanças ou soluções existenciais, sendo motivo de reclame ou pedido de ajuda ao terapeuta. Sofrimento aqui não é entendido no sentido exclusivo de dor física ou moral, posto que vários tipos e intensidades de dor (mágoa, angústia, enxaqueca, remorso, saudade, autoflagelação, fome intensa etc.) podem ser benéficos ao partilhante, conforme o caso. Muitas e muitas vezes é impossível dissociar a compreensão da dor, sem o prazer, o contentamento, o êxtase, a alegria... e a indefinição. Quando a ação ou o processo de sofrer mudanças na vida (quaisquer vivências) é suficientemente difícil para o partilhante, a ajuda do terapeuta faz-se necessária. Com todo respeito às diversidades, na cultura judaico-cristã, em que a culpa costuma ser uma identidade religiosa para muitos, não é raro encontrar nas demandas do consultório pessoas que não desejam acabar com a dor que sentem, mas qualificá-la para ser adequadamente dolorosa, quem sabe alegre, como um incentivo moral à justiça de Deus e à reforma íntima... por que não?! Em maio de 1933, Mohandas Gandhi fez uma greve de fome de 21 dias, em protesto contra a opressão colonialista, o que se repetiu várias vezes na vida, pondo em risco a própria existência. Cada vez que ele iniciava o jejum, seguia-se uma comoção nacional que alimentava o desejo de

libertação. Há quem prefira não se curar de uma doença para valer-se dela, a fim de obter dinheiro, favores ou dignidade da família, do governo etc. Igualmente, não há porque achar estranho que uma pessoa feliz com si mesma e sem dores nem grandes problemas na vida procure terapia, por exemplo, com o objetivo de se conhecer melhor ou para ajudar os amigos. Nesse caso, o sofrimento, isto é, aquilo que é suficientemente difícil aos limites do partilhante, será de outra natureza: sofrer a fome de conhecimento ou sofrer de compaixão e amor em abundância. Enfim, são muitos os exemplos que não podem ser julgados sem o devido contexto. Porque a vida se antecipa às regras, na clínica há de tudo.

E o que faz o filósofo clínico para auxiliar o partilhante em seu pedido de ajuda?

Três coisas: primeiramente, ele se utiliza de cinco categorias de entendimento (assunto, circunstância, lugar, tempo e relação), a fim de pesquisar e elaborar um conceito existencial bem estruturado do contexto da pessoa, com a maior proximidade possível da sua realidade. Entendidos os elos de relacionamento entre a subjetividade e o ambiente em torno dela, dá-se então a segunda etapa: o filósofo parte para uma avaliação da maneira como estão organizados os fatos psicológicos na consciência, fazendo um mapeamento da sua estrutura de pensamento (EP), por meio da história de vida da pessoa. A EP, assim abreviada, é o modo como o indivíduo está existencialmente no mundo e descreve a forma como essa consciência pensa, sente, toca, valoriza as coisas. Trata-se de trinta tópicos estruturais, com permanente abertura para o surgimento de outros, que explicam a realidade segundo L. Packter, a partir dos filósofos e da cultura, em geral, de todos os tempos. A soma de todas as possibilidades dos elementos tópicos imbricados entre si, mais a relação direta com aquelas cinco categorias, permite acumular uma variedade incontável de expressões

aos modos de ser e de estar de cada ser humano na Terra. Até onde sei, é a mais completa arquitetura de entendimento e alteridade sobre a condição individual da existência humana. Nos vínculos homem-mundo, o indivíduo pode ser compreendido pela sua participação em diferentes estados da consciência. Todavia, a diversidade dos modos de ser ou dos conceitos que as pessoas elaboram de si mesmas e do mundo, embora sempre nos permita conhecer mais da condição humana (tanto mais conhecemos pessoas), nunca nos oferece um conhecimento total de quem é o outro à nossa frente. A nossa única certeza é a de que a singularidade é uma totalidade única na sua relação com o mundo.

Colhidos os dados categoriais e feito um estudo das relações entre os tópicos da EP, torna-se possível o entendimento da complexidade e dos nexos constitutivos da psique investigada, sabendo identificar e bem contextualizar as informações, muitas vezes dispersas, que são recebidas do partilhante e, em especial, compreender as mais importantes razões dos conflitos existenciais que o motivaram a procurar ajuda do filósofo clínico. Somente assim, e não de outra forma, é que se poderia com verdade dizer a alguém, que nos relata certo fato de sua vida: “... eu sei como é isso” ou “eu sei exatamente o que você quer dizer...” Nisso se constitui a profundidade da escuta filosófica.

É com amplo conhecimento de causa, isto é, no máximo que a análise da escuta e da observação permite descobrir, que o filósofo adquire condições lúcidas de dar o terceiro passo, qual seja oferecer estratégias de ajuda ao outro, escolhendo submodos ou procedimentos clínicos adequados para desfazer os conflitos, os choques tópicos contidos na EP, evitando-se os sofrimentos desnecessários e buscando alternativas subjetivamente viáveis às mudanças que se mostram importantes.

Bom... há muito e muito que dizer sobre a prática de consultó-

rio, com detalhes, etapas e subetapas, exemplos e pormenorizadas explicações momento a momento, correlacionando as teorias com a prática – aqui jamais separadas. Todavia, considerando outras publicações de colegas filósofos clínicos que antes se propuseram essa tarefa, por razões didáticas, penso ser melhor simplesmente apresentar os elementos constitutivos básicos da clínica, retomando e interpretando as definições feitas por Lúcio Packter em seus *Cadernos*. Para tanto, acrescentamos uma análise de trechos literais do caso de uma partilhante, com os devidos encaminhamentos. Devo dizer que não é possível qualquer bom entendimento sobre a ética da escuta aqui tratada, sem a introdução dos termos técnicos dessa nova perspectiva em terapia. No conjunto, como se verá a seguir, eles permitirão um discernimento mais amplo do ser humano com suas características, erguendo uma ponte de sentido entre a filosofia e a clínica.

Em termos práticos, como isso acontece? Em síntese, funciona assim: Laura, uma mulher de 25 anos, chega à clínica e traz a seguinte questão: tem um forte sentimento de culpa em relação ao pai. Diz que o matou e que agora precisa urgentemente aliviar sua dor com um pedido de perdão a ele, mas julga impossível voltar no tempo. Sofre dores de cabeça e uma insônia crônica. O que faz o filósofo clínico num caso desses?

Sem bola de cristal, ele não sabe das razões últimas dos problemas que lhe são ditos na primeira consulta, raramente apresentados com clareza e muitas vezes diferentes do que se supunha. Tais queixas a ele trazidas constituem-se tema de *exames categoriais*,⁴ no gênero *assunto*. As consultas podem ser feitas em qualquer espaço, pois serão mais produtivas se mais adequadas às necessidades e ao conforto do partilhante: seja num passeio pela praia, pelo campo, à mesa de um bar, por telefone, pela Internet, na própria casa do partilhante ou até mesmo no consultório.

Para ser íntimo das questões importantes, sobretudo por ainda

não conhecer nada da vida do outro, além das primeiras impressões, o filósofo pede ao partilhante que lhe faça um relato panorâmico de sua história, desde o nascimento até os dias atuais. Respeitando os dados de semiose utilizados por ele (fala, escrita, pintura, dramatização etc.), cumpre-se um mínimo de interferências por parte do terapeuta. Evitam-se agendamentos de informações, ou seja, direcionamento de assuntos e interesses via perguntas, linguagens corporais ou comentários outros no processo da escuta, para não falsear a maneira como ele se mostra existir por si mesmo. Se a pessoa conta sua história de vida e o filósofo a interrompe com perguntas do tipo “fale-me um pouco sobre sua família... sobre os seus sonhos... sobre tal aspecto etc.”, ele não estaria ouvindo a história da pessoa por ela mesma, segundo o que ela quer lhe dizer, mas apenas segundo o que ele quer ouvir. Tal silenciamento faria perder o máximo de aproximação da originalidade de cada ser, necessário ao conhecimento das suas verdades subjetivas. Naturalmente, o trato com crianças é diferente do trato com adultos. A historicidade clínica – um tipo especial de anamnese – é feita também por meio daqueles que com a criança convivem, apesar de suas perspectivas serem geralmente distantes da versão subjetiva dela. Todas as linguagens e os dados de semiose ao alcance e da competência do filósofo são utilizados, quando necessários para o entendimento. É preciso verificar as necessidades mais apropriadas para cada partilhante.

A história da pessoa contada por ela mesma é, dessa forma, obtida por três critérios básicos utilizados pelo filósofo clínico, a saber: 1. como já dito antes, utilizando agendamentos mínimos; 2. considerando somente os dados literais (submetidos à fenomenologia, à hermenêutica e à filosofia analítica da linguagem); e 3. não permitindo (tanto quanto possível) um discurso com saltos lógicos e temporais. Mas como é possível um agendamento mínimo com um histórico

assim tão sistematizado? Claro que há vezes em que o partilhante, em suas mesclas e confusões, não consegue se expor dessa maneira ordenada, assim como há pessoas que jamais o farão. Outras ainda não suportariam falar diretamente de si mesmas. Para isso, o filósofo vale-se dos seus estudos de esteticidade, hermenêutica e filosofia da linguagem (dados não-verbais, não racionalizáveis, aspectos somáticos, expressões de arte, intuição, variados jogos de comunicação etc.), no uso de submodos clínicos. Casos especiais exigem processos alternativos, naturalmente. À parte isso, o importante é que se fazem necessárias algumas condições, ao menos suficientes, para que o entendimento seja possível sem interpretações aleatórias e sem pressuposições teóricas por parte do terapeuta. Se o partilhante insistisse reiteradamente em abandonar as construções de sua linguagem no meio da frase e mudasse de assunto, divergindo considerações mil... se contasse a sua história sem avisos de quando está se referindo a fatos do passado, do presente ou se não soubéssemos se ele apenas está emitindo imaginações extemporâneas a respeito... enfim, se tudo assim fosse, haveria tantas omissões, enredamentos caóticos, lacunas etc., que muito provavelmente colocariam o filósofo clínico afastado da segurança metodológica em que se apóia – sem a qual seus esforços não teriam mais vantagens que as mágicas terapêuticas do senso comum. A terapia sempre é possível a todos, mas cada caso tem seus próprios limites.

Muito possivelmente, o filósofo se vale de três ou quatro consultas para completar a primeira parte do seu trabalho, dando início ao exame das categorias *circunstância*, *lugar*, *tempo* e *relação*. Feito isso, são utilizados processos de investigação por *dados divisórios* e *enraizamentos* no histórico, aprofundando informações por meio do empirismo, da hermenêutica e da analítica da linguagem. Todo o contexto físico e psicológico circundante à vida da pessoa, desde sua primeira lem-

brança até os dias atuais, é por ela relatado. Depois, isso é mais detalhadamente revisto em vários períodos curtos, intercalados sequencialmente do início até o fim, sempre respeitando com rigor aqueles três critérios antes citados. Momento em que é possível o acréscimo de novos dados antes ocultados ou esquecidos no primeiro relato.

São muitas e variadas as constatações ainda no puro âmbito das hipóteses: desde contradições, dúvidas sobre a correspondência factual de certos eventos, receios sobre temas evitados, perdas completas ou parciais de memória em certos trechos, imaginações criativas, mentiras etc. Somente então, atento às queixas trazidas ao consultório e já com mais conhecimentos sobre a maneira de ser e viver do outro, o filósofo se põe com muita cautela à pesquisa minuciosa e pontual até à raiz dos elementos mais importantes do discurso, fenomenologicamente. Tudo isso assegura as condições necessárias para o estudo da linguagem do partilhante, os usos específicos e contextualizados de cada experiência na vida dele, descobrindo as associações feitas entre os termos por ele utilizados e os fatos que viveu. Independente do filósofo, o significado da essência da vida do partilhante está nele próprio. Salvo telepatias, místicas e metafísicas, para todo ser humano o sentido está preso na linguagem. Só posso compreendê-lo, se escutá-lo.

Com indicações problemáticas a partir do assunto *imediate* (ou *último*), e pesquisando a malha psíquica da pessoa, o filósofo clínico procura identificar e montar a sua *estrutura de pensamento*, considerando tópico por tópico todas as temáticas e perspectivas existentes no discurso dela. A rigor, existem tantos tipos específicos de personalidades quantas pessoas e circunstâncias existirem no mundo. Com uma ampla visão estrutural da psique do partilhante, dá-se ênfase ao mais importante: aos conflitos tópicos. Estes são de muitas naturezas, podendo se dar 1. em confrontos diretos e indiretos internamen-

te entre os tópicos de uma mesma EP, 2. pelos choques existenciais na relação com estruturas de outras pessoas 3. ou quando motivados pela mudança do ambiente físico etc. O filósofo observa o que na EP constitui um padrão ao longo da vida e o que é atual, sem a obrigação de preenchimento de todos os tópicos que essa estrutura é capaz. Há características ou tópicos existenciais que, por mais fortes e determinantes que sejam para uns, para outros simplesmente inexistem. Por exemplo, seria tolice concluir *a priori* que a sexualidade é igualmente importante para todo ser humano. A partir da cultura e do tipo de relações envolvidos, o partilhante pode ser cobrado a vivenciar valores, emoções, erotismos etc. que nele não existem, violentando-lhe a maneira íntima de ser, com conseqüências. Sem condenações e rótulos de nenhuma sorte, uma pessoa tem pleno direito existencial a vincular-se num casamento sob outras necessidades subjetivas que não o sexo e o amor, como o dever religioso, filhos, a segurança da rotina, a pura satisfação dos pais etc. Por que haveria ela necessariamente de ser julgada por isso como frustrada, neurótica, com emoções e desejos inconscientes...? Sobre qualquer julgamento de tudo o que há para se dizer a respeito de uma pessoa, eis as variantes de modo e intensidade a considerar nos cinco exames categoriais: “isso é determinante, importante ou sem valor para ela... e de que maneira especificamente?”. Só então é possível ao filósofo clínico ter uma percepção ampla de como um indivíduo é por ele próprio, fenomenologicamente.

Acredito na busca de um ponto de equilíbrio em cada pessoa, um centro, um eixo de gravidade em que nos pesam as experiências da vida: umas leves, outras difíceis... e muitas memórias esquecidas, mas ainda acordadas. É como uma antiga balança a medir o valor das coisas, com uma haste vertical, um travessão móvel e em cada extremidade dois pratos pendentes. De um lado, encontra-se a medida individual do que para alguém é importante e determinante (nenhuma

teoria psicológica pode antecipar este saber antes de uma escuta, conhecendo as circunstâncias específicas e únicas de cada um). Do outro, estão os limites e as possibilidades da história de alguém. Pensar uma terapia exige, de início, comparar massas, determinar pesos ou medir forças existenciais, estudando mecanismos de compensação, quando por algum motivo é grande o desequilíbrio entre as necessidades e as condições de satisfação. Por exemplo, se a estabilidade psicológica de alguém sempre dependeu do fato de ela morar numa fazenda, sentir o cheiro de mato, ouvir o mugido do gado e ver do sol nascer olhando para o longo pasto verde, o que pode ser feito se acaso essa pessoa cair em depressão por haver sido obrigada a se mudar para uma cidade e a morar no alto de um apartamento? Na balança existencial dessa pessoa, quando se reconhece a importância dos sentidos corporais alimentados pelas vivências da natureza, torna-se fundamental investigar as alternativas de sensibilidade possíveis em seu novo ambiente o mais próximas da sua expectativa original, como talvez supervalorizar no apartamento o uso da sacada ou das janelas todos os dias um pouco antes de o sol nascer, podendo ainda ouvir o silêncio gostoso da madrugada. Quem sabe trazer para perto o som de pássaros, por gravação ou ao vivo... o cultivo de uma pequena e simbólica horta na sacada, substituindo as plantas ornamentais por tomates, temperos e alfaces, além de caminhadas frequentes aos bosques da cidade, da criação de um gatinho de estimação e muito mais... Fato é que, se, de um lado, o filósofo puder descobrir quais os elementos e os modos existenciais com que uma pessoa se sustenta, e que peso isso tem na vida dela, de outro facilita-se muito a pesquisa de alternativas e contrapesos de equilíbrio.

Porém, quem haveria de saber se justamente um desequilíbrio é que tornaria a vida melhor? Porque nem sempre a vida é didática, algumas vezes não há o que compensar, momento em que é preciso recons-

truir velhos modos de ser ou reaprender novas formas de vida. Muitas vezes é o acontecimento de uma tragédia, que desestabiliza uma estrutura psicológica limitada, a única chance de alguém perceber todas as alegrias e possibilidades que sempre estiveram em sua volta.

Como um primeiro entendimento, sem entrar agora nas devidas minúcias, é possível cada qual se fazer três perguntas a respeito daqueles de quem pretende conhecer as profundidades, ainda que encontrar e verificar as respostas sejam outras questões. Representam os três de níveis de intensidade categorial. São eles: 1. “para esta única pessoa, o que é absolutamente determinante e inegociável, a ponto de lhe estimular a vitalidade e, na sua falta, perder totalmente o equilíbrio de suas forças e, em último caso, a própria vida?”. 2. “O que para ela é importante – de tal forma que signifique realização pessoal e valha muito todo esforço para alcançá-lo –, cuja falta seja penosamente suportável, mas perfeitamente substituível por outra coisa ou experiência de igual valor?” Além disso, 3. “O que lhe é de tão pouco ou insignificante valor que lhe faz pouca ou nenhuma falta?”. Nos imprescindíveis detalhes, as respostas nunca se repetem de pessoa para pessoa e, nalguns pontos sim e noutros não, se diferem em cada época e em diferentes circunstâncias durante a vida. Com espanto, uma investigação rigorosa desses pontos nos obriga a reconhecer que coisas para nós absolutamente sem importância são determinantes para pessoas muito próximas de nós. Costuma ser mais difícil quando a situação é inversa. Uma simples palavra não dita, um perfume, certa brincadeira ou um gesto qualquer, sem que o saibamos, podem magoar, trazer imensa alegria, recuperar lembranças do passado, ser motivo de amizade por toda a vida... Coisas assim acontecem muito mais do que nos acostumamos a perceber. Quanto maior o conhecimento dos modos de ser de si próprio e dos outros, maior a capacidade ética de respeito.

Sem dificuldades, então é feita uma *autogenia* entre todos os tópicos existenciais, isto é, uma análise descritiva, jamais absoluta, sobre a maneira como se configura na totalidade os elementos da EP de um partilhante. Cada um desses tópicos encontra-se internamente num entrelaçamento contínuo: uns com mais força, outros menos e outros nenhum pouco. Por exemplo, um simples aroma de café (Sensação) pode eventualmente ser determinante para uma pessoa recuperar a vontade de viver (Axiologia), por fazê-la lembrar-se (Abstração) de um amigo e de um poema que lera numa certa madrugada. Mas essa experiência talvez só cause esse efeito (Comportamento e Função), quando ela se encontrar sozinha (Inversão) e, de preferência, sob a luz do fim da tarde (Tempo). Além disso, cada tópico existencial se relaciona de uma maneira própria com a EP dos outros e com o meio-ambiente. Tais vínculos de intercâmbio são chamados de *interseções* e formam acordos, combinam ajustes tão sutis que, como a própria vida, não podem ser engessados pelo dogma de qualquer teoria universal. Por exemplo, a crença de que o gênero humano é, na essência, feito de sentimentos, exigindo para qualquer problema na vida um tratamento das emoções. Porém, esse é apenas um único tópico isolado da estrutura psíquica do ser humano. Como saber a maneira específica com que cada indivíduo lida com as emoções, sem conhecê-lo pessoalmente e sem investigar as circunstâncias em que ele, e mais ninguém, viveu? Penso que, quando um terapeuta fala do outro, sem antes o escutar, apenas o silencia.

Diagnósticos elaborados, a próxima ação é o estudo dos *submodos* mais adequados ao partilhante. Noutras palavras, trata-se do conjunto de recursos internos com os quais ele tem de resolver suas questões. Enquanto algumas pessoas encaminham seus problemas refletindo sobre eles, outras o fazem pela fé, pelo isolamento social, comprando futilidades, conversando com amigos, memorizando volumosas listas telefônicas ou saindo para dançar até a exaustão etc. Sem os cuidados catego-

riais, ninguém pode entender quais alternativas constituem benefícios reais ou saídas contraproducentes. Por último, cabem suas aplicações.

Considerando-se naturalmente as variedades, em média toda a clínica se dá em seis meses, somando-se, depois, as consultas de revisão e acompanhamento. Um dos principais objetivos do filósofo clínico é trabalhar muito para que um dia ele se torne dispensável, deixando o partilhante caminhar com as próprias forças e, se possível, mais feliz.

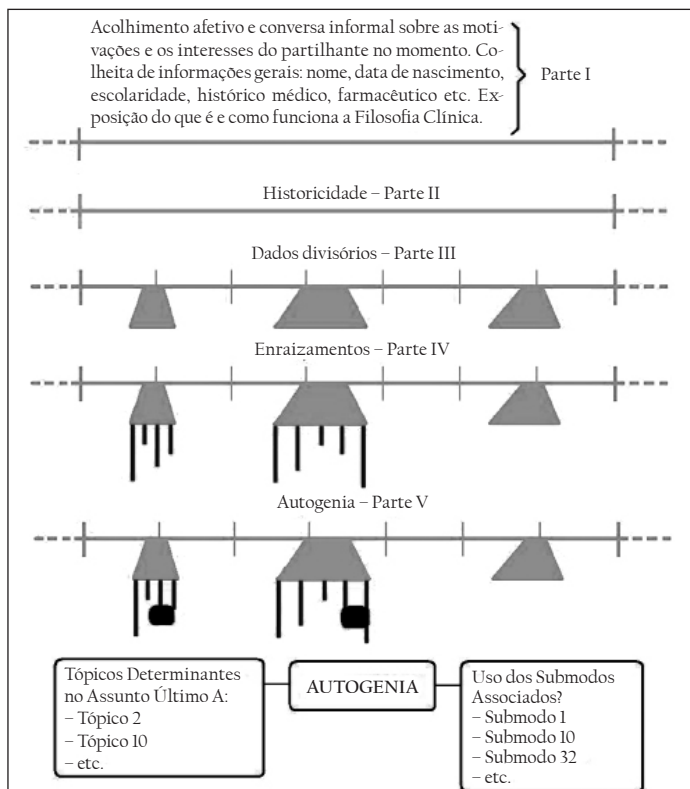


Figura 1: Quadro Geral do Planejamento Clínico⁴

Fonte: Adaptada de Packter ([s.d.]).

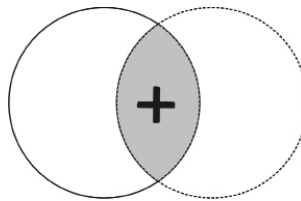
Com a humildade própria de um autêntico filósofo, nem sempre é possível atender a certas pessoas. O partilhante pode estar além da sua capacidade de entendimento... limitada pelo idioma, por uma cultura desconhecida, erudita ou mais sofisticada, por fenômenos místicos etc., e até por motivos de embates axiológicos, malquerenças, desconfortos de pura antipatia, sexualidade etc. Nesse caso, o mais indicado é o encaminhamento para um colega que, talvez, possa dele cuidar. Afinal, o limite da proximidade respeita a distância que nos separa.

Resumidamente, é assim que funciona a clínica. Síntese incompleta, se faltasse uma exposição dos conceitos básicos do pensamento de Lúcio Packter, aqui citados recorrentemente, para efeito de maior familiarização com a Filosofia Clínica. No alcance do meu entendimento, com fidelidade ao autor, exponho, a seguir, seus termos e definições. Aproveito a oportunidade para exemplificações do caso real de Laura, por mim certa vez atendida, no desejo que isso ilumine um melhor entendimento geral sobre o assunto, com prévia autorização dela. Obviamente, não há qualquer chance de identificação da sua pessoa, devido às mudanças dos nomes e dados relatados.

Num simples efeito didático, a exposição de cada tópico da estrutura de pensamento e da tábua de submodos virá acompanhada de apenas uma única referência do discurso literal de Laura, quando possível. Além disso, é importante lembrar que a escuta da Filosofia Clínica não inventa conteúdos e interpretações para os tópicos que não existem ou não foram percebidos nas linguagens do partilhante. Nesses momentos foram utilizados exemplos fictícios. Naturalmente, uma montagem escrita completa da EP dela resultaria em muitas dezenas de páginas, tal como se verifica nos estágios clínicos dos cursos especializados de formação terapêutica pelas Associações de Filosofia Clínica no Brasil.

INTERSEÇÃO: qualidade subjetiva da relação entre os seres. Em clínica, tudo está na sua dependência direta. Há quatro tipos básicos de qualidade, quais sejam:

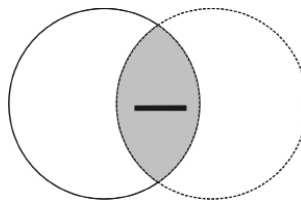
- **Interseção Positiva:** aquela que é subjetivamente boa, no sentido de bem-estar, entre as pessoas.



Caso clínico:

Laura teve dois fortes vínculos de amor na vida: seus cachorros, com os quais gosta de dormir junto, e sua avó paterna.

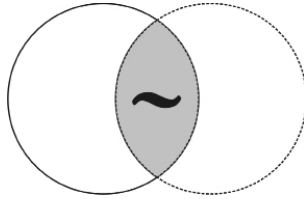
- **Interseção Negativa:** aquela que é subjetivamente ruim, no sentido de mal-estar, para as pessoas.



Caso clínico:

Aproximadamente desde os 19 anos ela teve péssimas relações com os pais, sobretudo com a mãe. Vivía num ambiente ora com muitas discussões, ora com tratamentos monossilábicos. Sentia-se mal na presença deles, com momentos de exceção, e guardava saudades do tempo em que não havia tantas cobranças familiares.

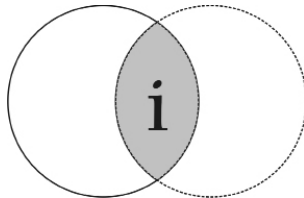
- **Interseção Confusa:** aquela que deixa as pessoas envolvidas sem saber determinar propriamente o que estão vivenciando.



Caso clínico:

Certa vez, numa festa, foi perguntada por uma amiga se ela era capaz de ter um envolvimento amoroso ou, quem sabe, uma aventura sexual com um homem casado. Respondeu de pronto que não, mas ficou pensando... se fosse um homem muito bonito, como o que passava perto delas naquele exato momento, talvez sim. Porém, seus valores religiosos mais conservadores imediatamente lhe impediram de ficar imaginando uma coisa daquelas... Até o momento, ela não sabe se, na prática, um dia seria capaz disso. Pensa que, de repente, tudo é possível.

- **Interseção Indefinida:** aquela que oscila com frequência suficiente, de tal modo que não se pode entendê-la como nenhuma das anteriores.



Caso clínico:

Já aconteceu de sentir um impulso de beijar Robert, seu colega de faculdade, enquanto conversavam, mas se arrependeu. Pensou que não poderia estragar uma amizade tão legal, com uma bobeira de momento. Às vezes pensa que, se tivesse de namorar alguém, teria de ser alguém tão bom quanto o Robert, daí conclui definitivamente que o ama e começa a ter saudades do sorriso dele... querendo sair correndo para os seus braços. Pega o telefone, liga... e desliga logo a seguir. Mas noutros dias já tem certeza absoluta de que, entre ambos, só há amizade, “nada a ver”. Envolve-se com outros “caras” que julga mais bonitos... e nunca sabe de fato o que deve fazer a respeito. Tem medo de uma hora dessas ele se apaixonar por outra mulher. Laura gosta muito dele, é fato, porém não sabe de que jeito é esse gostar. Há contradições internas e tem certezas flutuantes de seus opostos. Seus pensamentos, sentimentos e hormônios estão completamente descontraídos nesse ponto. Mas, para a sua sorte, apesar de lhe resultar algum sofrimento, isso é existencialmente pouco relevante para ela, pois sempre teve sonhos de viajar e conhecer o mundo e outras pessoas, e, quem sabe, de conseguir um emprego na Alemanha...

EXAMES CATEGORIAIS⁵ – investigação dos cinco conceitos fundamentais de que se serve o filósofo, na clínica, para expressar, conhecer e situar contextualmente a existência do partilhante. São eles:

- **Assunto:** questão existencial, seja uma ou várias, que se constitui o objeto de investigação e tratamento da clínica. É o foco intelectual da atenção do filósofo, o centro de gravidade de todas as suas análises. Representa a perspectiva existencial do problema

e revela os tópicos da EP importantes no caso. Mudar o assunto da terapia (como, por exemplo, deixar a questão do desemprego e concentrar-se no problema do namoro, coisas distintas que acontecem ao mesmo tempo) pode alterar completamente os tópicos existenciais envolvidos, as demais categorias e a perspectiva psicológica averiguada do partilhante.

Subdivide-se em **A. imediato**, em seu caráter aparente, sintomático e, geralmente, apresentado no início da clínica; e **A. último**, quando revela a(s) problemática(s) mais importante(s). Último aqui não tem sentido metafísico, essencial, único, como se não houvesse a possibilidade de outro assunto além. Significa o máximo de profundidade na análise do problema até o momento. Pode haver coincidências entre o que de início o partilhante afirma ser e o resultado das pesquisas que o filósofo faz; porém este não pode determiná-lo a priori, conforme seu posicionamento teórico ou suas intuições.

Caso clínico:

A. imediato: Laura procurou um filósofo clínico por insistência da mãe e, na primeira consulta, disse que as únicas “pessoas” que lhe entendiam eram os cachorros de estimação, com os quais passava a maior parte do tempo, trancada no quarto. Demonstrou profunda tristeza, com o olhar vago e indefinido sobre as coisas, aparentemente. Sofria de fortes dores de cabeça e dormia muito pouco, o que afetou diretamente sua produção no trabalho... Não conseguia ter relacionamentos duradouros com namorados, sem saber o porquê. “Não sabia o que queria da vida...” Chorava.

A. último: ela tinha um forte sentimento de culpa em relação ao pai e precisava urgentemente aliviar sua dor com um pedido de perdão direto a ele, mas julgava isso impossível, devido a sua

morte. Após anos de abusos da bebida, o pai foi acometido de cirrose alcoólica e, em sua última crise, foi internado no hospital, vindo a óbito sem demora. Nesse período, sem novidades, pai e filha mais uma vez se desentenderam. Com ênfase, a mãe advertiu moralmente a filha de que assim mataria o pai de desgosto (muito provavelmente – o que não foi investigado – isso teria sido apenas uma fala provocativa, sem o caráter literal). Laura, por sua vez, estava seriamente magoada e decidida a não mais falar com ele até que dele recebesse um pedido formal de desculpas, o que não aconteceu. Sentia-se bastante desconfortável morando sozinha com a mãe. Queria muito sair de casa, mas ficava antecipadamente culpada só com a idéia de também deixá-la sozinha, lembrando haver abandonado o pai, quando ele mais precisava.

- **Circunstância:** conjunto de todas as idiossincrasias e manifestação dos modos de ser de alguém, em suas circunstâncias internas e externas. É a historicidade contextualizada do partilhante.

Caso clínico:

Adiante será apresentado o histórico clínico de Laura, com trechos literais de sua fala e definições conceituais em cada um dos tópicos da sua estrutura de pensamento.

- **Lugar:** registro psicológico das experiências sensoriais, físicas, que o partilhante elabora para si mesmo a respeito do ambiente em que se situa.

Caso clínico:

Depois do trágico abalo da morte do pai, Laura preferiu a pró-

pria casa a qualquer outro lugar. Mais especificamente seu quarto. O quarto, em seu relato, revelava as condições subjetivas bem confortáveis para os seus conflitos existenciais, pois lá guardava uma sensação de estar protegida do mundo lá fora, chegando até a preferi-lo com a porta fechada, mesmo quando sozinha em casa. Antigamente, antes da crise depressiva, gostava muito de passear com os cachorros na rua, aos domingos, no final da tarde, vestindo a velha calça jeans, já surrada, mas que lhe deixava o corpo bonito. Dizia preferir ir sozinha, isto é, sem muitas conversas, e ver a gente que se reunia na praça de esporte do bairro, um lugar de muitas pessoas. Costumava receber elogios de rapazes. Gostava disso.

Também adorava sair à noite para conversar à toa e beber com amigos, em ambientes que julgava bonitos, com muitas cores. Nunca gostou de espaços escuros, desde criança.

Geralmente se abrigava na casa da avó paterna, quando, em casa, discutia com os pais, deliciando-se com papos amenos e biscoitos feitos na hora.

Nasceu na cidade X, mas foi criada em Y, e já afirmou que gostaria de morar noutro país, viajar para regiões onde nunca estivera antes, onde ninguém lhe conhecesse sequer o nome. Tudo inteiramente novo. Disse que isso seria como se estivesse nascendo de novo, deixando os problemas para trás.

Apesar de alguns passeios agradáveis por fazendas, dizia jamais conseguir morar em lugar tão pouco movimentado, sem as agitações noturnas das cidades grandes, a que tanto se acostumara.

Contou que todos os lugares ficavam melhores quando estava com seu amigo Robert.

Etc.

- **Tempo:** resultado da comparação entre o tempo objetivamente convencionado e o tempo subjetivamente vivenciado.

Caso clínico:

Em sua narração, quase sempre conjugou os verbos no tempo presente, ao se referir ao Robert, aos cachorros e à avó. Falava que, com eles, o tempo não passava. Em geral, usava o passado para se referir aos fatos da sua história. Ainda no tempo verbal presente, disse que “perde horas” no salão de beleza, cuidando do cabelo, com massagens estéticas... que “adora” um longo banho quente etc. Entretanto, há meses só ia ao salão para o mínimo necessário, sem demoras. Disse que é por causa da falta de dinheiro...

Ao falar de si mesma, fixava-se no passado, sempre com tristeza. Contudo, mudava sua fisionomia, esboçando um sorriso, para falar do quanto ficava feliz com o fato de se sentir cortejada por rapazes, quando saía à noite, para festas com amigos. Nesse momento, voltava para a conjugação no presente.

Desde os 19 anos, aprendeu a viver melhor com o pai, passando menos tempo com ele. Descobriu, a partir daí, que essa era uma receita básica para o sucesso de qualquer relacionamento: dar tempo para a saudade valorizar o reencontro e o convívio.

Algumas vezes utilizou a conjugação dos verbos no tempo passado para se referir ao sonho de um dia viajar e morar na Alemanha, afirmando que “tinha esse sonho de viajar...”, mas logo recuperava o discurso de volta ao tempo presente, dizendo com um sorriso na face: “... eu tenho esse sonho”.

Etc.

- **Relação:** modo íntimo como o partilhante se envolve nas diversas ligações consigo mesmo, em autodefinição, com as coisas e

pessoas a ele interligadas. Trata-se das características físicas e psicológicas estabelecidas em suas interseções.

Caso clínico:

Dentre as várias relações determinantes que Laura possuiu ao longo de toda a sua vida, o enfoque didático aqui destacou apenas, e com resumo, alguns aspectos relevantes em seus contextos específicos. Em consideração, os pais, os cachorros, a avó e o amigo Robert.

- a) Seu convívio com a mãe sempre foi marcado por uma forte influência católica, de natureza conservadora, a lhe cobrar posturas de retidão moral, de união familiar, além de repressões sexuais. Laura a considerava muito justa e boa, mesmo discordando do grau de rigidez de seus valores. Reconhecia que lhe devia retribuir todo carinho recebido durante a vida, mas aprendeu a lidar melhor com ela, tanto quanto com o pai, a partir dos 19 anos, quando descobriu que era melhor mentir a respeito de si mesma, preferindo viver dois papéis existenciais: um para a família, mais recatada, e outra para os amigos e os namorados, sexualmente mais liberal. Com estes, uma importante parte de si mesma era mais espontânea.
- b) Sobre o pai, não guardou muitas recordações da infância e disse que começou a ter conflitos frequentes desde seu primeiro namorado, aos 15 anos. Ele sempre bebia muito, o que praticamente eliminava as possibilidades de diálogo. Seu esforço de dar um tempo distante do convívio dele, a fim de melhorar a relação, nem sempre funcionava, especialmente pelo resultado da bebida. Quando o pai bebia, era uma questão de

sorte encontrá-lo de bom ou mau humor. Nunca houve garantias. Apesar do mal-estar, aprendeu a considerá-lo um bom homem – pela forte influência religiosa da mãe. Dizia Laura: “ele nunca matou, nem roubou ninguém... nem jamais deixou faltar nada em casa. Pagou minha escola e tudo mais...”.

- c) Teve cachorros desde menina, a partir dos 9 anos. Certa vez um deles faleceu – eram quatro ao todo – e Laura quase morreu de tristeza, ocasião em que o pai disse que nunca mais se apegaria a outro animal, para não sofrer. E assim o fez. Ela ficou pensando nessa atitude do pai por muito tempo, refletindo se ele teria razão, mas a fidelidade aos “bichinhos” (como ela chama os cachorros) foi mais forte. Quando se mudou de cidade, aos 14 anos, foi morar em apartamento e, por isso, os doou a amigos. Reflete que foi capaz de se desfazer deles por efeito daquela frase do pai. Quando pôde, já aos 23 anos, comprou novamente um casal de filhotes. Dizia contar tudo o que sentia e pensava a eles e que até já “ouvira” bons conselhos deles, refletindo com si mesma. Afirmava que, se não os tivesse, teria um diário pessoal.
- d) A avó paterna “é um amor de ser humano”, garantia ela. De toda a família, é a que sempre lhe deu carinhos físicos, afagos nos cabelos, muitos beijos... Passava as férias escolares com ela, muitas vezes. Uma das coisas de que Laura mais gostava era de cozinhar com a avó. Confessava que, quem fazia quase todo o trabalho, inclusive lavar as vasilhas, era a avó mesma. Porém, a avó sempre dava um jeito de enchê-la de reconhecimentos e méritos. Laura se sentia amada por ela. Esta chegou a lhe emocionar “por toda a vida”, quando disse: “minha filha, você pode

até estar errada, que eu vou estar sempre do seu lado!”.

- e) Robert era uma pessoa muito especial para Laura. Amigos há três anos, se conheceram na faculdade de Letras. Conforme dito antes, tinha com ele uma interseção indefinida, ora vindo nele um namorado ideal, outrora não mais que um eterno amigo. Desde que sofreu da depressão, após a morte do pai, recebeu vários convites dele para saírem e conversarem, no esforço de ajudá-la. Mas aquela constante oscilação de sentimentos fê-la preferir se afastar dele por um tempo, durante o qual só se falavam por telefone. Laura sabia ou pensava que Robert era apaixonado por ela, e usava a razão para não deixar suas carências agirem por impulso e machucá-lo, perdendo um grande amigo. Dizia que só não ficava com ele porque não resistia à tentação de continuar sendo desejada por outros homens. Achava que não seria fiel, sexualmente. De qualquer maneira, nunca se sentiu preparada para um compromisso sério e duradouro.

DADOS DIVISÓRIOS – demarcações seqüenciais, processos de partilha entre períodos amplos da narração da historicidade do partilhante, em que este relata novamente as suas vivências. Provocam um maior entendimento, dando consistência, acrescentando pormenores, às informações anteriores. Esclarecem dúvidas, explicam situações antes aparentemente fragmentadas, esparsas etc. No caso de uma historicidade já suficientemente detalhada, é possível realizar um mínimo de divisões. No caso oposto, mais dados divisórios são feitos sobre os antecedentes. O filósofo deve manter os devidos cuidados na eventualidade de se deparar com um momento doloroso do

outro, podendo isso até impedir a continuidade do processo.

Caso clínico:

Filósofo clínico: “Laura, eu gostaria que você me contasse novamente tudo que aconteceu, mas agora, em particular, dos seus 15 aos 19 anos” [...]. “Agora, entre os seus 15 e 16 anos, desde quando você teve o seu primeiro namorado... até o dia em que a sua cachorra ficou doente...”

ENRAIZAMENTOS – caminhos de aprofundamento epistemológico, de conhecimento específico, investigando-se termos e fatos que, nas divisões, demonstraram ser bastante pertinentes ao assunto último da clínica. Isso também permite ao filósofo estabelecer as relações lógicas, sintáticas e semânticas do discurso. Entretanto, também servem para superar dificuldades da narração, quando o partilhante se torna lacônico, aparenta dificuldades em se lembrar da própria história ou se demora em repetições quaisquer. Normalmente são feitos após os dados divisórios, mas também podem ser feitos paralelamente, em casos que exigem maturidade e experiência clínica suficientes para se evitarem rumos distantes do processo terapêutico.

São muitas as expressões utilizadas, como “fale um pouco mais sobre isso...”, “o que mais aconteceu neste momento?”, “como assim?”, “quando isso aconteceu?”. Seja como for, o essencial é que elas devem sempre estar acomodadas à EP da pessoa, seguindo basicamente três diretrizes, a saber: exemplificações, definições e dados descritivos.

Caso clínico:

Filósofo clínico: “O que você quis dizer quando falou em ter vontade de sair de casa, na hora da briga dos seus pais? O que se passou na sua mente naquele exato momento?”.

ESTRUTURA DE PENSAMENTO (tábua completa na p. 124) somatório de todos os modos de ser existentes numa pessoa, organizados em correlações plásticas que variam ao infinito. Descreve existencialmente a consciência individual em seus diversos movimentos durante a vida, possibilitando um julgamento seguro e contextualizado a respeito de alguém.

Compõe-se de trinta tópicos, descritos a seguir, em razão das concepções antropológicas da história da filosofia elaboradas até hoje e se mantém como uma estrutura aberta à inclusão de novos elementos. A Filosofia Clínica, como qualquer filosofia, é, por definição, dialógica e antidogmática.

1. **Como o mundo parece (fenomenologicamente):** maneira como a pessoa avalia o meio em que vive.

Caso clínico:

Laura: “Nasci na cidade X, mas me mudei pra Y aos meus 14 anos. Foi uma coisa interessante essa de sair do interior e ir pra capital... Sei que acabei me acostumando com a agitação aqui e não dá mais pra viver em lugar pequeno. Posso até ficar em casa o fim-de-semana inteiro, mas só de saber que, se eu quiser sair, eu tenho opções... vale a pena. Se é mais violento, também é mais divertido. A gente tem de se cuidar em qualquer lugar mesmo, hoje em dia...”

2. **O que acha de si mesmo:** julgamento que a pessoa emite sobre si

mesma.

Caso clínico:

Laura: “Eu era uma menina alegre, sem inibições e preconceitos com meu corpo. Mas isso virou um problema pros meus pais, quando eu tive meu primeiro namorado. Pra mim não tinha nada de mais... Hoje eu sou uma mulher infeliz... Realmente sinto muito por tudo o que eu fiz, por ter causado a morte dele. Ele era meu pai, né? Apesar de tudo... Eu sou uma mulher cristã! Talvez se eu tivesse engolido meu orgulho na época e pedisse perdão a ele, ele ainda estivesse vivo hoje... Mas não adianta, passado é passado! E pra Deus, ao que se faz, o que se paga”.

3. Sensorial & Abstrato: relação no partilhante entre as experiências dos cinco sentidos corporais e as puras associações de idéias. Sem separações prévias entre corpo e mente, é a percepção do partilhante que orienta as possíveis definições a respeito. A princípio, sensorial é a vivência mais próxima das sensações físicas e abstrato, a que mais se aproxima das idéias complexas. O que importa, nesse tópico, não são as duas percepções em si mesmas, mas a relação entre elas.

Caso clínico:

Laura (sensorial): “Nossa, como é gostoso jogar conversa fora com a minha avó... e comer biscoito de queijo assado... quentinho! Sei que engorda, mas depois a gente faz regime”.

Laura (abstrato): “Me lembro de que, quando eu viajei e fiquei triste com um tanto de problemas que eu estava passando na época..., me deu saudade dela. Fui até uma padaria que tinha lá perto e pedi um biscoito de queijo. Estava meio duro, sem sal... Mas eu

não comia biscoito... eu comia saudade”.

4. **Emoções:** movimento em que a pessoa vivencia um estado afetivo qualquer.

Caso clínico:

Laura: “Nunca gostei de ambiente escuro. Gosto de coisas bem coloridas. Bom... pensando bem, faz tempo que não uso uma roupa assim... Gostou?” Ela fez uma expressão de espanto, admirada com si mesma.

5. **Pré-juízos:** verdades subjetivas que existem na pessoa antes do conhecimento ou da experiência a que se refere.

Caso clínico:

Laura: “Olha, eu descobri o que todo mundo um dia aprende: é preciso dar um tempo de vez em quando, em qualquer tipo de relacionamento..., que é pra saudade valorizar o convívio de novo. Se não, ninguém agüenta! Até Jesus de vez em quando deixava os discípulos sozinhos... depois se encontravam de novo. Acho isso corretíssimo!”

6. **Termos agendados no intelecto:** os termos mais importantes expressos pelo partilhante, em sua comunicação com o filósofo clínico. Incluem palavras, gravuras, toques, imagens, respiração, som, gesto, cheiro etc. Só interessam aqueles cujos valores se justificam no contexto da EP e nas variáveis categoriais, demonstrando ser pertinentes à clínica. Um bom conhecimento do uso devido dos termos utilizados pela pessoa facilita muito a qualidade de interseção entre ambos.

Os termos, aqui, representam as maneiras como cada um ex-

pressa o significado de uma vivência própria. Se for investigada, ainda, a forma como uma pessoa agenda ou guarda uma determinada informação na EP (tópico 20 Epistemologia, conforme se verá adiante), pode ser possível que também se descubra como retirar uma informação psicológica, eventualmente ruim, quando associada a um termo particular. Deixar o uso de um antigo perfume, que lembra a perda de um grande amor, pode esvaziar o sofrimento decorrente, sem o qual a terapia poderia ser inútil. Inicialmente, a pesquisa neste tópico se ocupa mais com a identificação e a importância dos termos que com as vivências subjetivas correlacionadas. Há de se observar que toda a linguagem do partilhante, com seus termos, é objeto de pesquisa nos 30 tópicos da EP. Todavia, muitas experiências são tão fragmentadas que não podem ser plenamente estudadas em outros tópicos além deste. A investigação aprofundada da relação de correspondência entre um termo e seu significado específico é registrada no tópico 16 Significado.

Caso clínico:

Laura usou com frequência o termo “meus bichinhos” para se referir aos seus cachorros, num tom bastante carinhoso (T4 Emoções). Demonstrou contentamento, quando eu me referi a eles com o mesmo termo, o que nela repercutiu um maior grau de T21 Expressividade para comigo.

7. **Termos – Universal, Particular, Singular:** neste tópico o filósofo investiga a quantidade expressa nos termos utilizados pelo partilhante.

Caso clínico:

Filósofo clínico: “Ser cristão, Laura, não é ser perfeito. Ninguém é perfeito (**universal**)... Quem não erra nessa vida? Você, seu pai, eu, sua mãe... O Evangelho foi feito pra gente como nós, Laura (**particular**)... Ser cristão é fazer de um erro uma lição de humildade... da culpa uma dívida paga com amor, levando algo bom ao próximo... às pessoas, aos animais... Você me disse que recebeu muitas coisas boas dos seus pais... Seu pai (**singular**) nunca deixou faltar nada em casa, pagou sua escola... e tantas coisas. Ao que se faz, o que se paga, Laura!... Você deve pagar o bem com o bem, não acha?”

8. **Termos – Unívoco & Equívoco:** aqui se objetiva particularidades da eficácia da comunicação, buscando-se entender, nos termos do discurso, a existência de um ou mais sentidos de interpretação utilizados pela pessoa.

Caso clínico:

Filósofo clínico: “Laura, se eu entendi bem, você só não namora Robert porque ele não é bonito, né? Mas diga-me exatamente o que pra você significa um homem bonito.”

Laura: “Sei lá? Bonito é bonito! É uma coisa padronizada, que todo mundo sabe o que é”.

Filósofo clínico: “Só para ficar bem claro, para evitar qualquer equívoco... Para você, beleza é aquilo que a maioria concordaria que é bonito... um homem bonito, sem a menor dúvida, seria, no cinema, Richard Gere ou Brad Pitt?”

Laura: “Yes! Não estou falando da beleza interior...”

9. **Discurso – Completo & Incompleto:** discurso no sentido de vivência, tomando as experiências do partilhante pelos limites da

sua linguagem. O acesso ao seu mundo subjetivo, ao que ele quer comunicar, reclama entendimento dos seus jogos de linguagem em uso: de um lado, pela análise sintática da língua, que determina as relações formais de concordância, de subordinação e ordem; de outro, pela análise existencial, que investiga eventuais sensações psicológicas de etapas ou ciclos de vida. A maneira como o outro se comunica é, em si mesma, uma informação tópica de sua EP.

Por completo, entende-se o discurso capaz de,

- a) numa análise sintática, realizar uma comunicação integral e satisfatória entre as pessoas, apresentando-se organizado logicamente, em relação ao seu ambiente lingüístico (verbal ou não-verbal), com início, meio e fim;
- b) numa análise existencial, representar uma experiência do partilhante que lhe trouxe a sensação íntima de término, de uma etapa concluída na vida ou de um processo psicológico sem mais nada a dever, tenha isso lhe causado bem ou mal-estar.

Caso clínico:

- a) Laura se expressava com clareza, sempre completando suas frases e idéias, raramente mudando de assunto antes de concluí-lo.

Exemplo:

- b) *Fala fictícia*: “A separação foi um momento difícil para mim. Você sabe, meu amigo... ela achava que era o que a fotografia revelava. Por isso gostava tanto de si mesma. Não amava a pintura do quadro, mas a moldura que a sustentava no alto... Melhor perdê-la que não me encontrar. A gente se apega à pessoa, tem carências e saudades dela... mas grande parte disso

não é mais amor, eu sei... é hábito! A paixão é substituída pelo vício... O hábito é uma tranquilidade que machuca a gente... Foi duro cortar o laço, mas eu cortei. Eu estava preso e nem sentia... Agora estou entrando numa nova fase da minha vida... Afinal, existe vida após o casamento, né? (risos) Tudo passa... Até uva-passa! (mais risos)”.

Ao contrário, o discurso incompleto se caracteriza pela fragmentação e pela desordem. É inconcluso, vago, e estimula a necessidade de alguma coisa a mais. Por consequência,

- a) numa análise sintática, reconhece-se confusão no ouvinte sobre as intenções e informações transmitidas pelo outro, com grave insuficiência no processo de comunicação.
- b) numa análise existencial, há indícios de que uma vivência anterior do partilhante não atendeu às suas carências existenciais, deixando nele a impressão de algo inacabado em sua vida. Tais distinções, é claro, só podem ser reconhecidas no contexto dos exames categoriais.

Exemplo:

- a) *Fala de um amigo*: “Eu estava assistindo à televisão, fumando meu cigarro, tomando minha cervejinha, quando... Você sabia que o... o...? Pois é, como eu estava te dizendo... Cara, é verdade que seu irmão vai casar? Acho que as coisas não são bem assim... na vida tudo tem um sentido, posso estar errado... mas eu acho que não. O mundo dá voltas enquanto a gente fica aqui conversando, cara! Isso é muito interessante...”

Caso clínico:

- b) *Mãe de Laura*: “Ando muito preocupada com a minha filha, dou-

tor. Desde a morte do pai, ela parece que perdeu a vontade de viver. Nunca imaginei que ela fosse tão apegada ao pai assim... Brigavam sempre... Ela vive deprimida, trancada no quarto o dia inteiro... parece que o mundo dela parou.”

10. **Estruturação de raciocínio:** para o devido entendimento desse importante tópico, o filósofo clínico se vale de seis critérios básicos, utilizando-se do logicismo formal, do empirismo, da hermenêutica e da analítica da linguagem, associando também os submodos 23 Intuição, 28 Epistemologia e 32 Princípios de verdade (todos explicitados mais adiante). Os seis critérios são:
- a) capacidade intelectual de registrar e de responder apropriadamente a um estímulo;
 - b) relação íntima e ou justificável entre termo antecedente e termo subsequente;
 - c) firme relação entre causa e efeito;
 - d) contigüidade e semelhança entre os termos, conceitos e proposições;
 - e) associação ordenada, coerente e justificável de idéias;
 - f) capacidade de interpretação lógica, literal e via bom-senso.
 - g) Sem uma visão de conjunto da EP, imensos equívocos de trágicas conseqüências ao partilhante decorreriam, se fossem feitos julgamentos apressados, visto que, em nossa sociedade, pessoas sem estruturação de raciocínio podem ter sua liberdade interdita ou, se não o caso, perderem a capacidade jurídica de responderem por si mesmas. O tema, portanto, reivindica competências e discussões multidisciplinares, como a sociologia jurídica, a neurologia, a psiquiatria e a antipsiquiatria, os estudos psicológicos em geral etc.

Exemplo:

Em *Midnight Express (O Expresso da Meia-Noite)*, de 1978, filme baseado em fatos reais e vencedor do Oscar de melhor roteiro – com Oliver Stone, dirigido por Alan Parker, e a brilhante atuação de Brad Davis –, um estudante norte-americano, após tentar deixar a Turquia carregando uma pequena quantidade de uma droga conhecida como haxixe, é condenado a 30 anos de prisão. Lá ele enfrenta o terror, o pesadelo, a violência... até a caracterização da loucura. Um outro grande filme, brasileiro, chamado *Bicho de Sete Cabeças*, do ano de 2000, também muito premiado internacionalmente, estrelado por Rodrigo Santoro, carrega a mesma temática. Foi inspirado no livro “Canto dos Malditos”, de Austregésilo Carrano Bueno: um relato autobiográfico, no qual Carrano conta a sua tragédia pessoal depois que o pai o internou em um hospital psiquiátrico, ao descobrir que ele fumava maconha.

Com base nos seis critérios acima, se alguém desconsiderar as circunstâncias (o que é muito comum) e basear seu julgamento fixando-se apenas no conhecimento dos instantes de alienação dos personagens, concluirá facilmente uma total perda da estruturação do raciocínio deles, com todas as consequências. Mas os filmes mostram com perfeição que qualquer pessoa tida por sã, ao ser internada num manicômio, será institucionalmente tomada por louca.

- II. **Busca:** desejo ou esforço de realização de um projeto pessoal, seja intenso, brando, efêmero, determinado etc. No total desconhecimento da busca de alguém – do lugar para aonde a pessoa se dirige existencialmente –, o filósofo não deve inventar uma para a pessoa (como qualquer outro tópico da EP, aliás).

Caso clínico:

Laura: “Um dia, se Deus quiser, eu quero ganhar o mundo... ir morar, quem sabe, na Alemanha. Já ouvi dizer que é uma coisa linda, lá! Quero conhecer lugares onde ninguém sequer conheça meu nome... Acho que vai ser como se estivesse nascendo de novo, deixando tudo para trás...”

12. **Paixões dominantes**: à frequência com que um ou mais determinados conceitos se repetem na malha intelectual da pessoa. Não diz respeito à força e nem à intensidade da idéia.

Caso clínico:

A idéia de sair de casa (morar com amigos ou viajar para a Alemanha), a angústia no peito e a sensação de impotência são dados que visitavam a consciência de Laura constantemente, por sete meses.

13. **Comportamento & Função**: dois conceitos que têm um vínculo de reciprocidade, na relação de causa e efeito. A partir dos exames categoriais e da montagem da EP, são inumeráveis as possibilidades associadas: um comportamento ter várias funções (e vice-versa), um comportamento confrontar-se com outro, com funções diferentes, atitudes que fazem exceções à regra etc. Certamente, nem todas as funções poderão ser conhecidas pelo filósofo.

Caso clínico:

- *Comportamento A*: Irrefletidamente Laura tem um súbito apetite e vai visitar sua avó, com saudades dos quitutes dela e vontade de dizer que lhe ama.
- *Função B*: Aliviar suas raivas, tristezas e ansiedades sofridas em casa, depois de mais um recente conflito familiar.

14. **Espacialidade:** localização psicológica de alguém em seus movimentos de aproximação e distanciamento para consigo, com os outros e com as coisas. Reporta à categoria lugar, de quatro diferentes modos:

- **Inversão:** quando a pessoa volta para si mesma solitariamente a se perceber ou traz para o seu mundo existencial o outro com quem está em relação.

Caso clínico:

Laura: “...Nesses momentos eu prefiro ficar sozinha no quarto e não falar com ninguém, só com meus bichinhos... até eu me distrair e ficar melhor. Aproveito pra arrumar minhas coisas, o guarda-roupa. Tem hora que eu queria simplesmente dormir e acordar como se a vida fosse um sonho que eu acordasse. Mas acontece que eu nem durmo direito...”

- **Recíproca de inversão:** o exercício da alteridade, de aproximar-se existencialmente do lugar do outro, reconhecendo suas diferenças, somando o desejo de se relacionar com elas. Em diferentes graus, com a aproximação das necessidades físicas e psicológicas do outro, a capacidade de fazer interseções positivas é sobremaneira maior. O filósofo clínico está ciente das suas impossibilidades de ocupar inteiramente as exatas vivências do partilhante. [Nas pesquisas do nosso presente trabalho sobre a Filosofia Clínica, este tópico é o mais determinante para o terapeuta, para a compreensão e o desenvolvimento de uma ética da escuta].

Exemplo:

Em *The Doctor (Um Golpe do Destino)*, 1991, filme dirigido por Randa

Haines, o Dr. Jack MacKee (William Hurt) é um competente e respeitado cirurgião. Ocupado, ele nunca tem tempo para a família ou para seus pacientes, a quem trata com frieza e distanciamento. De repente, ele se descobre com um câncer na garganta. Na condição de paciente, ele experimenta a solidão, o medo, a incerteza por que passam os doentes. Em meio a exames, remédios e trâmites burocráticos, ele aprende o valor da amizade e do carinho, passando a ver a medicina, os hospitais e os médicos sob a perspectiva do paciente.

- **Deslocamento curto:** o exercício de imaginação ou o esforço psicológico por estar no lugar de coisas fisicamente presentes aos sentidos. Implica uma mudança de perspectiva sobre uma situação, quem sabe uma reconsideração mais ampla sobre a problemática vivenciada. Nesse caso, trata-se de objetos e não de pessoas. É, pois, o novo entendimento que se adquire, quando o partilhante se projeta abstratamente em coisas materiais que lhe são próximas e significativas.

Caso clínico:

Manifestando um desejo de permanecer mais nas experiências sensoriais, de se afastar dos pensamentos complexos de tristeza, Laura se identificava com um bibelô sobre a cômoda no quarto. Era uma miniatura de cachorro, feito de vidro. Ao falar a respeito, ela trouxe à terapia um conhecimento importantíssimo sobre as suas necessidades e soluções.

Laura: “Eu fico em casa, no meu quarto, pensando, olhando pra esse vidrinho... E se eu fosse um cachorro? Acho que a vida seria mais fácil, sem pensar em nada... só vivendo... sem pensamentos. Vejo como ele é feliz, transparente... dentro dele só tem luz, mais nada. Que coisa boa, hein? Dá até pra respirar melhor... Às vezes sinto falta de tomar banho de Sol,

sabe?”

- **Deslocamento longo:** segue o mesmo procedimento anterior, com uma diferença: o Deslocamento curto dá-se apenas com os elementos captados pela percepção sensorial do partilhante, ao passo que, no longo, a imaginação se utiliza de espaços fisicamente distantes, a fim de serem habitados existencialmente. O resultado é uma nova concepção da realidade, uma visão existencial do que se imagina por quem se projeta.

Caso clínico:

Laura, quando na sala do consultório: “Bom... meu quarto é normal, mais ou menos do tamanho desta sala. Tenho uma cama, uma cômoda e um guarda-roupa... Ah! e um tapete grande, vermelho [...]. Nossa! se eu tivesse que mudar o quarto, pra virar meu sonho de consumo... começaria com um guarda-roupa enorme e lotado...”. Nesse instante, tive a impressão nítida de que seus olhos brilhavam de entusiasmo. Ela fez um sorriso enorme e gesticulou as mãos com mais alegria...

15. **Semiose:** sistema de signos utilizados pelo partilhante para efeito de comunicação. São os termos escolhidos pela pessoa (a fala, um beijo, uma lágrima, por meio da escrita, de desenhos faciais, música, mímicas etc.) para expressar os conceitos de sua EP. É indispensável observar o conjunto da mensagem transmitida, podendo haver contradições ou complementações importantes entre dados verbais e não-verbais de semiose.

Caso clínico:

Laura: “Meus bichinhos são meu diário pessoal. Acho que, se eu

não os tivesse pra me ouvir e me dar carinho... aquele olhar doce... eu escreveria um diário. Gosto de escrever, não sou lá nenhuma escritora, mas na faculdade a gente tem que ler muito, né?”

Na fase dos enraizamentos, o filósofo clínico perguntou a ela: “como é isso pra você?”

Laura: “Adoro romances, metáforas, Machado de Assis... ler passagens do Evangelho... E sinto uma energia espiritual, uma sensação ao mesmo tempo gigante e pequenina de estar no mundo [...]. Gosto da história pessoal de Cristo, de imaginá-lo como homem nesse mundo passageiro. O mais elevado de todos, é claro! Ele caminhando nas estradas, no sol quente, nas ruelas tortas... Imagino até a sensação da palmilha de couro fino que ele calçava... ali... se modelando com as pedras no chão, deixando os pés vivos e atentos. Muito diferente dos sapatos de hoje...”

16. **Significado:** reporta o conteúdo semântico, o componente do sentido dos dados de semiose e da interpretação dos enunciados do partilhante no contexto dos exames categoriais. É bom não esquecer que o significado das “falas” do outro não depende daquilo a que elas se referem objetivamente no mundo. Além disso, o terapeuta não pode saber “exatamente” o conjunto associado de inter-relações que elas significam, já que ninguém pode experimentar a realidade pelo outro, tal como ele próprio a organiza. Depende, sobretudo, da maneira como essas “falas” são usadas no discurso, na comunicação.

É do contexto e da articulação das regras e convenções lingüísticas que o significado aparece. Diversas linguagens têm suas próprias sintaxes. Segue-se disso que o conhecimento não consiste em o terapeuta descobrir ou inventar alguma realidade que corresponda ao que o partilhante nos fala; antes em estudar o modo

como a fala dele funciona. Por exemplo, o jeito como se mente, o propósito das intenções, os porquês da escolha de certos temas específicos para a mentira, as linguagens corporais usadas para ocultar a verdade ou simplesmente exceder-se nas imaginações... etc., tudo isso carrega um significado a ser investigado.

Caso clínico:

Numa das vindas de Laura ao consultório, logo de chegada ela me viu usando uma camisa azul clara e me disse que o azul é uma cor especial. Sem desperdício da oportunidade, perguntei-lhe: “como assim?”. Eis a resposta:

Laura: “Olha, o mar é azul, o céu é azul... Até as pessoas falam: ‘... e aí, tudo azul!’ O azul me traz a sensação boa da imensidão do infinito, de que o mundo é mais bonito, é... é maior do que a gente, sabe? Você já deitou na grama, de braços e pernas abertas e ficou imaginando que ao contrário da China, nós é que estamos do lado de baixo do planeta? Que o seu corpo fica colado na grama porque está sendo puxado pela gravidade, senão você cai? Imagine que o efeito da gravidade vai acabar agora... e que a gente vai cair no azul láááá... embaixo. Como se a gente estivesse pulando de um avião no imenso oceano azul. Dá um medo gostoso, não dá?”

17. **Padrão & Armadilha conceitual:** Padrão é a tendência do sujeito a ser existencialmente repetitivo em relação a um determinado contexto da EP (como roer unhas, ter saudades, demonstrar o sorriso, pensar em sexo ou somatizar uma doença médica... recorrentemente quase, senão, todos os dias). A Armadilha conceitual, através de comportamentos, vivência de tópicos estruturais combinados etc., dá-se quando o partilhante tenta e não

consegue interromper seu dado Padrão, constituindo-se-lhe uma prisão psicológica, o que pode levar à sua autodestruição... ou a lugar nenhum, sendo muitas vezes até insignificante, por estranho que pareça. Há pessoas que podem voluntariamente preferir manter seus mesmos sofrimentos (ou esperanças etc.) por toda a vida, como forma de motivação romântica, religiosa, produção artística etc. Isso não significa necessariamente algo ruim, desconfortável subjetivamente. Já outras pessoas não conseguiriam viver psicologicamente livres e em paz, sem nenhum tipo de aprisionamento, não sabendo o que fazer com a liberdade desejada, quando a possui. Portanto, nem todo Padrão é necessariamente uma Armadilha conceitual e nem toda Armadilha conceitual é necessariamente indevida. Não há modelos de personalidade que substituam a verdade de cada um.

Caso clínico:

Laura, há sete meses, desde a morte do pai, se encontrava deprimida, isolada no quarto, pensando repetidamente na própria culpa. Tinha saudades do tempo em que era feliz e muitas vezes até pensava em sair de casa, como uma forma de libertação. Mas não conseguia.

18. **Axiologia:** investigação dos diversos valores (religiosos, estéticos, sensoriais, morais, culturais etc.) existentes no partilhante, seus códigos e pesos subjetivos. Revela o que é importante ou determinante para ele, os critérios e motivos de valoração que justificam suas escolhas durante a vida. Nem sempre a valoração está relacionada a uma necessidade concreta, podendo ser um resultado de pura abstração etc. sem vínculos com os desejos.

Caso clínico:

Laura: “É importante pra mim o que minha mãe pensa. Não que eu concorde... tá? Mas fui criada assim, sabe, vendo que a família é importante na vida do ser humano. Ainda mais hoje em dia... O que eu faço ou penso e ela não sabe... Pra quê? Não preciso magoá-la, se ela não entende... Mas o que ela fala me afeta. Muitas vezes ela está errada... e eu soffro”.

19. **Tópico de Singularidade existencial**: considerando a infinda plasticidade da psique humana, a Filosofia Clínica se isenta das pretensões de conhecimento absoluto, em sua função terapêutica. Longe disso, por vezes acontecem no partilhante manifestações de tópicos incompreensíveis às interseções do filósofo, mesmo quando aquele possui uma perfeita TIO Estruturação do raciocínio. Como exemplos de paranormalidades, vivências espirituais, alucinações causadas por drogas ou acidentes vasculares, organizações mentais incomuns a uma época ou cultura etc. Experiências dessa natureza são aqui descritas e investigadas fenomenologicamente, sem diagnoses e fundamentações precoces. Embora o tópico de singularidade possa causar espanto ou entusiasmo, por ser excêntrico (como fazer complexos cálculos matemáticos por intuição instantânea), talvez seu valor clínico seja pouco relevante ao assunto último.

Exemplo:

No longa metragem *The Sixth Sense* (O Sexto Sentido), de 1999, dirigido por M. Night Shyamalan, um menino de 9 anos, Cole Sear (Haley Joel Osment), diz apavorado ao psicólogo infantil Malcolm Crowe (Bruce Willis) que diariamente vê pessoas mortas. Buscando descobrir a origem psicótica na mente do garoto, a fim

de curá-lo, Crowe deseja também se recuperar do próprio trauma sofrido antes, quando um de seus antigos pacientes se suicidou na sua frente. O desfecho desse maravilhoso drama e suspense é, ao contrário do que se supunha, que o jovem Cole não está louco. Antes, era o espírito errante do psicólogo que alucinava, atormentado pela própria morte, meses atrás. Ele era mais um dos muitos desencarnados que também visitava o garoto, à procura de ajuda.

20. **Epistemologia:** a maneira, os limites e a natureza como cada um conhece aquilo que sabe. Sempre em razão da pertinência que um tópico possa ter à terapia, milhares de possibilidades se conjugam às diferentes pessoas. Algumas aprendem sozinhas, outras observando os colegas, outras ainda batendo a mão na cabeça pra memorizar. Têm aquelas que o fazem por meio de leituras, caminhando a curtas distâncias, ida-e-volta, sob o rigor de valores religiosos; outras utilizam privilegiadamente a intuição, quando se trata de conhecer pessoas, mas usam o raciocínio para as lições profissionais; há gente que se valha da experiência mecânica, repetitiva, sob a influência de pré-juízos familiares ou mediante interseções negativas em disputa; há quem só aprenda sobre pressão, na última hora... Assim por diante, conforme o caso.

Caso clínico:

Laura: “No dia em que meu pai morreu, eu me toquei do que minha mãe vivia repetindo: ‘- você vai matar seu pai de desgosto... Você vai matar seu pai de desgosto!’. Foi aí que eu entendi o que eu tinha feito... (Laura chora. Silêncio por alguns minutos...). Eu deveria ter engolido meu orgulho e falado com ele... porque ele

estava doente no hospital. Eu tinha que ter entendido isso!... Mas era tarde demais. A bebida deixou ele doente... e eu dei o golpe final”.

21. **Expressividade:** na qualidade de uma medida subjetiva, é o quanto verdadeiramente alguém demonstra, comunica, sua autenticidade para outrem. Existencialmente, equivale a dizer: é o quanto sincero do partilhante que vai, na maneira como estava nele, em direção ao outro.

Expôr a alguém, sem nenhum receio, o que se é para si mesmo, tudo o que se pensa e se sente, tanto no corpo quanto na alma, para alguns poucos é tranqüilo, como brincadeira de criança ou impulso adolescente. Longe de qualquer perfeccionismo, considerando nossa disposição social, o fato é que a plena verdade quase sempre não é bem-vinda, sendo inclusive odiada em muitos lugares. À maioria isso é muito complicado e, por vezes, gera sofrimentos pessoais e choques nas interseções de estrutura de pensamento.

Caso clínico:

Laura: “Só com a minha avó eu sou inteiramente eu mesma, sem precisar pensar no que dizer ou como me portar. Ela me aceita como eu sou... e eu a amo muito. A gente é como alma gêmea, sabe? Só não falo de sexo puro mesmo... e nem precisa. Algumas intimidades a gente guarda pra gente mesmo, né?”

22. **Papel existencial:** o que a pessoa define de si mesma, por e para ela mesma, durante a interseção. Considera-se, para registro, apenas o momento e as circunstâncias em que isso se dá. Passível de mudanças constantes, acréscimos ou retificações, não é algo que possa ser determinado ou suposto pelo filósofo clínico. Dis-

tingue-se do T2 O que acha de si mesmo porque, neste, a pessoa fala de si sem relação a ninguém, conquanto no Papel existencial o partilhante se define na relação que tem com os outros.

Caso clínico:

Laura: “Naquela época eu fazia o seguinte: pros meus pais eu era uma pessoa mais controlada no falar... nos meus comportamentos. Imagine... nem sabem que eu já aprendi a beber! Já quando eu saía pra farra eu era outra, mais liberal... na minha, sem abusos... Cada um na sua!”.

23. **Ação**: o jeito como os conceitos e tópicos estão associados na atitude de pensar. Aqui se observam descritivamente as ações do pensamento: suas características, imaginações, movimentos, funcionamentos, evolução, as relações entre a ação psicológica interna e a ação concreta externa etc. Sem preocupações antecipadas com as causas dos movimentos conceituais, e posto que as pessoas normalmente ocupam seus pensamentos todo o tempo, interessa mais à clínica os trechos que se aproximam do assunto último. Tal recorte se consegue, observando-se junto à EP, os T17 Padrões e as singularidades da comunicação da pessoa, contextualizando as informações importantes.

É um tópico fundamental para interpretações dos sonhos, ao lado do T16 Significado, dos T6 Termos agendados no intelecto e associados (T7 e T8).

Caso clínico: ver o tópico 25.

24. **Hipótese**: em geral, a conseqüência dos dados conceituais da Ação, tópico anterior. Trata-se, pois, do que a pessoa está fazendo

ou o que nela ocorre física e psicologicamente como efeito do que pensou ou da maneira como o fez. Em busca dos efeitos, perguntas como “o que acontece quando você pensa isso (ou age assim)?” podem eventualmente revelar a hipótese.

No entendimento das implicações de uma determinada T23 Ação, ninguém – nem quaisquer técnicas ou teorias – pode compreender a essência do psiquismo por si mesma, sua origem e funcionamento. Por essa razão, o filósofo clínico parte sempre dos efeitos para a investigação das causas, a fim de alcançar a noção hipotética.

Caso clínico: a seguir, no próximo tópico.

25. **Experimentação:** o que resulta das operações de uma Hipótese. Sem causalidades *a priori*, sem uma ordem natural e sem contextualizar a especificidade dos dados nos exames categoriais, fica impossível diferenciar, nos comportamentos e fatos psicológicos, exatamente o que é Ação, Hipótese e Experimentação. O sentido de cada um desses três conceitos se interdependem e, na falta de um deles, pode haver confusões na classificação. Por não se tratar aqui de ciência exata, é natural que isso aconteça, pois nem sempre é possível constatar todos os elementos necessários ou reconhecer vínculos aparentes entre esses tópicos ao mesmo tempo. Em casos assim, melhor aceitar com humildade os limites do conhecimento, do que inventar teorias sem nenhuma verificabilidade clínica.

A trilogia se distingue do tópico 13 Comportamento e Função, por este ser um fenômeno de manifestação externa, comportamental necessariamente. Já as relações existentes entre a Ação, a Hipótese e a Experimentação são movimentos internos à cons-

ciência, que se explicam exclusivamente a partir do exercício de pensar, não obstante às vezes também se verifiquem conseqüências no comportamento.

Caso clínico:

a)

1º *Ação*: Laura pensa em sair de casa, morar fora... Lembra-se da morte do pai, que o abandonou no momento em que ele mais precisava dela. Conclui que estaria repetindo o mesmo erro com a mãe.

2º *Hipótese*: Respira fundo, sente-se impotente e decide não mais sair de casa. Fica em silêncio, deprimida...

3º *Experimentação*: Fica com insônia e mal-estar.

b)

1º *Experimentação (de uma Hipótese anterior)*: Sem mais passeios com os amigos pela cidade, Laura se deitava para dormir em sua cama em torno das 11 horas da noite.

2º *Ação*: Entre pensamentos e sentimentos dispersos, ela elaborava demoradas conclusões metafísicas sobre a ausência de sentido da vida e da morte. Noite a noite repetia para si mesma essa T17 Armadilha conceitual.

3º *Hipótese*: ...O que lhe gerava insônia.

4º *Experimentação*: Conseqüentemente, havia desânimo no trabalho do dia seguinte.

5º *Ação*: O cansaço decorrente da noite mal dormida fazia-lhe crer e pensar que a vida realmente não tem sentido, sem mais estímulos para alegrias. E assim se lhe dava o processo depressivo.

26. **Princípios de verdade**: elos de empatia, que aproximam as pes-

soas com funda intimidade. Revelam e abrangem as interseções positivas entre os tópicos das EPs envolvidas e seus graus de intensidade. Sem regras, é praticamente impossível encontrar perfeitas afinidades nas cinco categorias e nos trinta tópicos da estrutura de pensamento entre duas pessoas (ao menos nunca ouvi falar de um só caso concreto). Por conseqüência, o Princípio de verdade acontece entre os elementos importantes e ou determinantes da EP, ainda que persistam distâncias e conflitos em vários outros tópicos.

Diferente de meros juízos e pré-juízos, as verdades aqui envolvem, enquanto possibilidades, os diversos conceitos da malha intelectual, sejam dados emotivos, sensoriais, axiológicos etc. Verdades subjetivas via interseção, no sentido de um consenso, convergindo pessoas.

Sem confusões, a T21 Expressividade trata do quanto a pessoa verdadeira e sinceramente comunica suas intimidades, com maior ou menor defesa psicológica. Já os Princípios de verdade se referem à empatia, às leis de afinidade existencial. Não é sequer difícil observar pessoas com alto e recíprocos Princípios de verdade com pouquíssima T21 Expressividade mútua. É o caso de pessoas com grande empatia, mas que se evitam por causa da timidez ou devido às regras de comportamentos morais, à cultura etc.

Caso clínico (conforme antes dito na categoria “relação”):

A avó paterna “é um amor de ser humano”, garante ela. De toda a família, é a que sempre lhe deu carinhos físicos, afagos nos cabelos, muitos beijos... Passava as férias escolares com ela, muitas vezes. Uma das coisas que Laura mais gosta é de cozinhar com a avó. Confessa que quem faz quase todo o trabalho, inclusive lavar as vasilhas, é a avó mesma, porém a avó dava um jeito de sempre enchê-la de re-

conhecimentos e méritos. Laura se sente amada por ela. Esta chegou a lhe emocionar “por toda a vida” quando disse: “Minha filha, você pode até estar errada, que eu vou estar sempre do seu lado!”.

27. **Análise da estrutura:** o tópico que muda a ênfase das partes para o conjunto. É a visão descritiva sobre a totalidade da EP do partilhante, derivando-se afirmações gerais, qualidades e quantidades. Considerando as interseções com o filósofo e subentendendo os interesses clínicos que motivam tal análise, trata-se de um julgamento de aproximação por meio de tendências e flutuações. Com os exames categorias suficientemente completos, há possibilidades de uma síntese estrutural capaz de definir psicologicamente a individualidade de uma pessoa, em certo momento da sua história. Distante na essência das tradicionais tipologias de personalidade, há muito que considerar: a) talvez alguns tópicos da EP, por sua importância ou função, se confundam com o todo; b) no que se refere ao todo ou às partes, é preciso ficar atento ao que pode existir em comum e em separado; c) etc.

Tanto quanto possível, somente neste item se pode afirmar que a EP de um partilhante num determinado contexto é robusta ou frágil, boa ou má, bem ou mal estruturada para o que enfrenta, feliz ou infeliz em relação a necessidades etc. Para efeito de comparação entre EPs, há de se considerar os opostos, as ambigüidades, as proporções... e indefinições em geral.

Caso clínico:

Feita a Autogenia, não resta dúvida alguma que *um* dos aspectos importantes a considerar é o peso determinante das vivências T3 Sensoriais para o sustento da estrutura de pensamento de Laura. EP que se desmoronou com a marcante inserção de T5 Pré-juízos

de censura moral (T18 Axiologia) por parte da sua mãe. Em razão disso, naquele contexto e tempo específicos, Laura poderia ser definida como uma pessoa de estrutura psicológica fraca... com sérios riscos existenciais.

28. **Interseções de estrutura de pensamento:** um estudo das qualidades de interseção (positiva, negativa, confusa e indefinida), se importantes ou determinantes, entre o partilhante e as pessoas com as quais se relaciona.

Caso clínico:

Reveja os exemplos citados no termo “interseção” e na categoria “relação” (ver p. 59), para análise dos contatos de Laura com o pai, a mãe, a avó e o amigo Robert.

29. **Dados da matemática simbólica:** certamente que não é possível caracterizar todo o fenômeno humano em trinta tópicos, por isso este se revela um tópico anômalo, aberto ao registro de novas manifestações a serem constatadas no futuro. Além disso, neste tópico serão investigadas as interseções entre os indivíduos, os conjuntos de pessoas e as estruturas do universo extra-humano. Isto é, quer-se saber quais os limites, a fusão e a transcendência entre os mundos subjetivos, intersubjetivos e objetivo. Numa totalidade complexa e com metodologia própria, objetiva-se uma compreensão das estruturas de pensamento coletivas, inerentes aos fenômenos sociais e culturais; saber como essas estruturas repercutem nos indivíduos e vice-versa.

Em estudo não concluído, Packter ainda desenvolve as fundamentações teóricas para a matemática simbólica – inicialmente com bases no trabalho de George Cantor. Lúcio afirma, no *Cader-*

no A, que a matemática simbólica deverá ser o marco vital e final de toda a Filosofia Clínica.

Diferentemente dos cuidados pessoais para com, por exemplo, indivíduos deprimidos ou violentos, estudando-lhes a gênese e os submodos de tratamento caso a caso, o enfoque aqui seria “a depressão” e “a violência” nas sociedades atuais; entre outras coisas.

30. **Autogenia:** como tópico, é o entendimento das inter-relações que os tópicos e os submodos da EP têm entre si mesmos, permitindo uma configuração dos dados conceituais relevantes e uma visão de totalidade do mundo psíquico do partilhante. Neste tópico é possível melhor compreender um fenômeno que isoladamente não poderia ser percebido com clareza em nenhum dos atuais tópicos da malha intelectual, mas talvez seja captado no movimento das relações tópicas. Uma completa Autogenia exige, naturalmente, um estudo dos vínculos entre os tópicos e os submodos com as categorias de lugar, tempo e relação. Na análise clínica só são objetos de estudo os aspectos relevantes para o assunto último.

Caso clínico:

Laura acreditou ser responsável pela morte do pai (T2 O que acha de si mesma) e sua compreensão objetiva, racional, a respeito da causa determinante dessa morte – a cirrose alcoólica – esteve fortemente vinculada e distorcida pela influência dos valores religiosos da sua mãe (T20 e S28 Epistemologia vinculada à T18 e S26 Axiologia na T28 Interseção de estruturas de pensamento), causando-lhe grave culpa e depressão. Igualmente sofria de dores de cabeça, insônia e problemas decorrentes da baixa produtividade em seu trabalho (T2 e T4 Emoções afetando o T3 Sensorial &

Abstrato, gerando um específico T13 Comportamento e Função). A isso somou-se a crença firme de que ninguém muda o passado e de que o erro cometido deve ser devidamente pago, segundo as leis de Deus (T5 Pré-juízos e T18). Laura chegava a contabilizar em números as vezes que teve chance de visitar o pai e pedir-lhe perdão, reforçando o sentimento de culpa (S15 Adição potencializando T4).

Ela guardava para si mesma a definição de infeliz e, nas primeiras consultas, ao filósofo clínico aparentou feições muito tristes. Desde aquele terrível fato, permanecera subjetivamente vivendo apenas no tempo passado, com pensamentos negativos de recordação. Recolhia-se no próprio quarto, como uma condenação a si mesma (Associações íntimas entre T4, T2, T3 e S4 Em direção às idéias complexas, com uso marcante do T14 e S7 Inversão).

No entanto, demonstrava princípios de alegria e alguns sorrisos, desejos e motivações, voltando a falar no tempo presente, quando o assunto gravitava sobre a avó, os cachorros e a respeito da própria beleza, dos cuidados com o corpo. Falava sobre paqueras, sobre o prazer de se sentir fisicamente atraente e desejada com a roupa certa... nas festas, nos bares, passeando na praça com os cachorros etc., momento em que dizia não gostar de espaços escuros e que preferia ambientes coloridos, assim como a agitação das cidades grandes (sua força e vontade de viver era resultado de uma feliz conjunção entre T28 e T3 Sensorial junto ao S3 Em direção às sensações. Isso alimentava positivamente seu T2 e T4).

Em relação à avó, que já não visitava mais freqüentemente, recebia todos os carinhos e amor de que precisava. Gostava muito de cozinhar e comer junto dela, chegando a matematizar, repetidamente, o tanto de horas que “perdia” se deliciando... (S15). Particularmente, essa simples ação lhe causava um enorme bem-estar.

Com ninguém mais Laura se sentia tão verdadeira, tão ela mesma (T28 estabelecido por vínculos fortes de T4 e T3 Sensorial, o que revelou importantes T26 Princípios de verdade e T21 Expressividade)..., com exceção da intimidade que reservava aos monólogos com seus cachorros, projetando neles as próprias questões. Às vezes derivava soluções pertinentes aos seus problemas nessas conversas solitárias (S5 Esquema resolutivo em momentos de T14 e S7 Inversão).

Não fossem tais monólogos, dizia Laura, preferiria escrever um diário pessoal, recheado de metáforas, pois gostava muito de literatura, de romance e, às vezes, se lembrava genericamente de passagens do Evangelho (T15 Semiose e S20 Tradução, com aplicações de S22 Vice-conceitos e S17 Percepcionar. Tudo reforçado pelo S15). Em momentos como esse, ela aparentava se utilizar de S10 Argumentações derivadas várias vezes, mas, na verdade, não permanecia interessada na continuidade do raciocínio até o fim, até alguma conclusão lógica, passando logo a substituir os argumentos por opiniões soltas, T4, S19 Esteticidades seletivas, apelos ao T5, uso de outras Semioses (T15), como expressar suas idéias com as mãos etc.

Laura gerou para si própria outro conflito por sete longos meses, do qual não conseguiu se livrar (T17 Padrão e Armadilha conceitual): a vontade auto-reprimida de sair da casa da mãe, onde se sentia angustiada (T11 e S12 Busca ligada ao T4). Divagava-se com a idéia de morar com amigos ou, melhor ainda, em morar na Alemanha e conhecer lugares onde ninguém lhe conhecesse sequer o nome. Laura chegou a dizer que isso seria como se estivesse nascendo de novo, deixando os problemas para trás. Mas sempre que voltava a pensar nessa alternativa, com muita frequência (T23 Ação, T3 Abstrato e T14 Deslocamento longo, T12 Paixões

dominantes e S4), revolviam-lhe na memória o pai e as emoções destrutivas associadas (T24 Hipótese). Por fim, decidia não fazer nada a respeito, ficando em casa (T25 Experimentação). Como um último recurso pessoal, em instantes de conforto subjetivo, ela apenas se recolhia no quarto com seus cachorros; além de se distrair com organizações singulares, peça por peça, do seu guarda-roupa e dos seus pertences pessoais (T14 e S7, S13 Deslocamento curto e S1 Em direção ao termo singular).

Claro, para além deste breve resumo, há muitas outras considerações importantes, que preencheriam páginas de análise ainda mais detalhadas...

SUBMODOS (tábua completa na p. 124): modos de vivências da estrutura de pensamento. As maneiras como a pessoa expressa seus comportamentos e atuações no esforço de efetivar sua vontade. Somam trinta e dois procedimentos conhecidos que, uma vez combinados com as cinco categorias existenciais em associações múltiplas e recorrentes, expõem incontáveis formas de agir, caracterizando as individualidades. Os submodos inevitavelmente se complementam e se alternam em constante revezamento durante suas aplicações. Assim, como os tópicos da EP, a Filosofia Clínica permanece aberta à inclusão de novas possibilidades, de outros procedimentos práticos de terapia que possam eventualmente surgir, por pesquisa, descoberta ou criação. Neste item, as psicologias, as psicanálises e as terapêuticas populares têm riquíssimas e variadas contribuições. Packter evita o termo “técnica”, pelo desgaste usual da palavra em seu estereótipo mecanicista, preferindo “submodo”, o modo de baixo para cima, por estar subalterno à EP.

O uso clínico pelo filósofo reclama antes saber, pela historicidade do partilhante, quais os submodos que este utiliza e sua provável

eficácia em cada contexto. Exige investigação de quais outros mais adequados e afins poderiam ser aplicados na EP, para efeito de tratamento dos problemas vivenciados, com observância e cuidado àqueles que também lhe causariam repulsa ou desconforto íntimo. Além disso, é considerada má prática clínica e crime ético contra a pessoa o seu uso sem os exames categoriais. Exceto, naturalmente, quando em situações de emergência, que exigem procedimentos especiais. Nessa parte da clínica, tão melhor é o resultado quanto mais forte e positiva é a interseção entre o partilhante e o filósofo clínico. Uma devida competência impõe ao terapeuta a habilidade de poder aplicar os submodos com recursos verbais e corporais, segundo as necessidades.

É freqüente observar, num mesmo momento ou discurso, a presença de vários submodos. No caso de Laura, isso fica muito claro. Outros exemplos poderiam por mim ser utilizados, valendo-me de criações fictícias para um entendimento, quem sabe, mais didático. Porém, escolhi a opção de deixar alguns submodos se repetirem no mesmo exemplo, para que se observe com mais naturalidade como se dá a prática clínica habitual.

Os submodos podem se distinguir por serem *informais* – quando usados pela própria pessoa habitualmente em sua vida, no desejo de superação de seus conflitos, mas nem sempre com consciência de sua função – ou *formais* – quando aplicados instrumentalmente, mediante conhecimentos de causa e efeito (no caso, pelo filósofo clínico), por exigirem intervenção estratégica. Nos exemplos a seguir, a distinção é visível.

É comum e compreensível notar que o sofrimento leva, a quem sofre, certa dificuldade em perceber claramente a dimensão dos seus próprios conflitos, momento em que é natural restarem-lhe poucas forças para o uso de seus submodos informais, aliviando a pessoa

das dores e encaminhando-lhe soluções. Por isso mesmo, é justo que o filósofo clínico procure também ajuda em outro colega, quando sofrer seus próprios dramas. Buscando melhores possibilidades de se cuidar, ele, mais que qualquer um, sabe da importância da terapia. Não é demais lembrar agora o caráter minimamente introdutório das definições que se seguem. Elas cumprem o simples propósito de iluminar a reflexão ética. Logo, inexistem quaisquer pretensões de daqui se derivar uma orientação prática sobre como utilizar os submodos. Haveria imensas ressalvas, delicadas e complexas considerações que possivelmente exigiriam outro livro.

1. **Em direção ao termo singular:** usado para causar objetividade, discernimento e precisão às idéias, em busca de uma compreensão clara e distinta sobre os conceitos importantes ao partilhante.

Caso clínico:

Filósofo clínico: “Laura, qual calça jeans especificamente você se refere quando diz que fica bonita, que se sente bem?... Poderia vir com ela na próxima semana, pra eu ver?”

2. **Em direção ao termo universal:** objetiva o tratamento de conceitos vivenciados pelo partilhante, ampliando totalmente a extensão dos seus significados e, com eles, a força de seus efeitos terapêuticos.

Caso clínico:

Filósofo clínico: “... Depois, tem outra coisa que você um dia me falou e está cheia de razão: é preciso dar um tempo de vez em quando nas relações... que é pra valorizar o convívio, se não ninguém

agüenta! Todo mundo precisa disso um dia ou outro, Laura.”

3. **Em direção às sensações:** objetiva retirar a pessoa das abstrações intelectivas para as vivências sensoriais, quando isso se justifica pelas necessidades clínicas.

Caso clínico:

Laura: “Bom, outra coisa que eu fazia pra sair daquelas discussões em casa, que me deixava tonta, desnorçada, era sair pra noite... passear, beber, conversar com os amigos... Mas agora eu não consigo, não ando mais com desejo de sair à noite.”

4. **Em direção às idéias complexas:** dá-se por uma crescente associação de termos abstratos, formando uma trama de pensamentos cada vez mais distantes daqueles formados na experiência sensorial. Se o partilhante já se encontra no universo mental de idéias complexas, porém de maneira confusa, com estruturas perigosas, contraditórias etc., talvez seja possível ao filósofo cuidar de reorganizar esse universo, vencendo desafios e acomodando a pessoa em um melhor ambiente psíquico.

Caso clínico:

Laura: “Eu prefiro ficar no meu quarto, sabe... só eu e meus bichinhos. Daí eu fico pensando nas coisas... e até falo com eles, conto todos os meus problemas... e eles escutam tudo! (risos) Cada um faz uma cara... e eu fico imaginando o que ele queria me dizer, daí eu ouço e fico refletindo mais sobre isso. Já tive idéias ótimas assim... só eu e meus ‘bichinhos’.”

5. **Esquema resolutivo:** construção de argumentos hipotéticos,

tendo em vista alternativas didaticamente expostas, cujas soluções à problemática existencial aparecem lado a lado ante suas perdas e ganhos, ofertando ao partilhante maior clareza em suas escolhas. Nesse propósito, vários tópicos da EP são, conforme o caso, associados: T4 Emoções, T5 Pré-juízos, T7 Termos universais, T18 Axiologia etc.

Cada filósofo se vale da maneira como sabe e pode fazer, utilizando a competência dos seus próprios dados T3 Sensoriais, T15 Semiose, T20 Epistemologia e outros, seja simplesmente por meio da fala, de desenhos, de analogias com filmes etc.

Resume-se assim: delimitando a questão a ser trabalhada, passa-se às opções de resolução. Mediante uma escolha, são reconhecidos e comparados os pesos subjetivos dos ganhos *versus* as perdas. Depois, é elaborado o seguinte cálculo: se os ganhos são maiores que as perdas, a opção é validada; se os ganhos são menores que as perdas, a opção é cancelada. Após isso, resta um exame das possibilidades de efetivar as opções válidas, segundo as características da EP de cada partilhante.

Caso clínico:

Laura: “Eu falo com eles (seus cachorros) assim: olha, de um lado Robert é o melhor amigo que se pode ter, mas não é tão bonito assim... Se eu fico com ele, acabo perdendo a amizade. Vai ficar um clima chato entre nós... e isso não é bom. Depois, eu não estou mesmo preparada pra um relacionamento sério... Ainda tenho muito que viver. Bom, se é assim, melhor ficarmos só amigos. Amigos são poucos, paqueras têm demais por aí... É... vocês têm razão!”

6. **Em direção ao desfecho:** é o processo que induz ao término de

uma tarefa ou o desdobramento de alguma vivência da EP, até que atinja a sua resolução final. Característico dos partilhantes que indicam uma tendência, pela historicidade, a se direcionarem existencialmente ao arremate das questões inconclusas ou mal resolvidas.

Caso clínico:

Filósofo clínico: “... Então, vá lutar pelos seus sonhos, querida!... E ponha tudo de bom que há em você para fora...! É justo que as pessoas recebam isso de você, não é? E é você a maior beneficiada em fazer o bem. Pois é dando que se recebe e é perdoadando que se é perdoada... lembra? O exemplo prático, Laura... Essa coisa que vem da alma pro corpo... Faça como Pedro, Laura... encha a sua alma com coisas boas e vá pro mundo!”

7. **Inversão:** é o movimento terapêutico de conduzir o partilhante à introspecção física e/ou mental.

Caso clínico:

Filósofo clínico: “Laura, então eu quero que você faça o seguinte: quero que você volte pra casa, se recolha dentro do seu quarto, arrume suas coisas do jeito que você gosta... e, no momento em que você estiver bem confortável consigo mesma, chame seus ‘bichinhos’ e converse com eles a respeito de tudo o que eu lhe falei hoje. Troque umas idéias, peça uns conselhos... ouça-os bastante, como você sempre faz. Semana que vem, me conte tudo, ok?” (Noutras palavras, é pedido a ela que fale com si mesma, que se interiorize e ouça a própria consciência).

8. **Recíproca de inversão:** esforço para levar o partilhante a se in-

teressar, conhecer e ser intimamente afetado pela existência de outra pessoa. Cumpre admitir que as nossas subjetividades são infinitas por definição; logo, por mais que nos aproximemos do mundo do outro, jamais teremos a exata concepção que ele vivencia.

Caso clínico:

Foram feitas recíprocas de inversão em relação às pessoas de Cristo, Pedro e o pai de Laura.

Filósofo clínico: “Laura, você é uma mulher cristã, não se esqueça disso! Sabe o que aquele homem Jesus pensava da culpa? Pois ele dizia a todos que o perdão deveria ser dado não sete vezes apenas, mas setenta vezes sete. Esse homem era incomum, de uma imensa sabedoria... Você sabe disso... Merece ser ouvido! Você não acha que você também merece... ser perdoada? Afinal, o que é ser cristã? Dê uma boa leitura em Mateus, 18:21 e 22. Lembra-se de Pedro, o discípulo com quem Jesus vivia e morava? Jesus dormiu e comeu na sua casa tantas vezes... Pois ele, ninguém menos, negou Cristo... Não uma nem duas, mas três vezes, justamente quando ele mais precisava: na hora da morte. E depois, o que fez? Voltou pra casa e ficou num canto, esperando o tempo passar, esperando o corpo envelhecer... ou foi à luta, pagando todo o bem que recebera de Jesus em dobro?... trabalhando até o último minuto pelos mais necessitados? Acha que Pedro não era verdadeiramente cristão? Ser cristão, Laura, não é ser perfeito. Ninguém é perfeito... Quem não erra nessa vida? Você, seu pai, eu, sua mãe... O Evangelho foi feito pra gente como nós, Laura... Ser cristão é fazer de um erro uma lição de humildade... da culpa uma dívida paga com amor, levando algo bom ao próximo... às pessoas, aos animais... Você me disse que recebeu muitas coisas boas dos seus

pais... Seu pai nunca deixou faltar nada em casa, pagou sua escola... e tantas coisas. Ao que se faz, o que se paga, Laura!... Você deve pagar o bem com o bem, não acha?”

9. **Divisão:** processo de investigação detalhada de sérios problemas apontados no histórico da pessoa: traumas, fobias, paranóias etc. Sem preferir a dor que o partilhante evita, com cuidados, o filósofo inicia sua busca com os eventos conhecidos pela pessoa, sempre pelo antes e o depois das questões importantes, achegando-se devagar. Dessa forma, é possível aumentar o grau de interseção, ajudando muito em caso de pessoas arredias ou de pouca fala. Trata-se de um uso específico, localizado e eventual, distinto dos anteriores dados divisórios da EP. Certifica informações, permite entendimento do modo como funcionam ou aconteceram tais dificuldades em sua vida e ajuda o partilhante a se lembrar de coisas que se esqueceram, visando tanto ao desfazimento de choques psicológicos quanto à valorização de experiências positivas. Enquanto submodo, como qualquer outro, só é utilizado após os exames categoriais e a T30 Autogenia.

Caso clínico:

Com o objetivo de colher mais informações sobre o acontecimento da morte do pai com as implicações psicológicas decorrentes, foram feitas sucessivas divisões, até o ponto que pareceu ao filósofo clínico ser produtivo, sem maiores sofrimentos.

Filósofo clínico: “Fale-me agora sobre tudo o que você vivenciou entre 97 e 99.”

Ela contou, falando do trágico momento, e prosseguiu, concluindo o período. Seus olhos sinalizavam a contenção de um choro. Fez um silêncio, respeitado por mim. Depois lhe perguntei:

“quer continuar?” Ela respondeu-me que sim, afirmando com a cabeça.

Filósofo clínico: “Então, como foi pra você aquele mês de julho?”
(Mês em que o pai falecera.)

Laura comenta. Acrescenta detalhes sobre seus sentimentos, julgamentos e percepções, em geral, a respeito... Por fim, numa última questão, eu lhe perguntei, tão logo ela terminou a frase...

Filósofo clínico: “O que aconteceu nesses três dias, exatamente?”

10. **Argumentação derivada:** ato contínuo, o filósofo argumenta com a pessoa, em busca dos seus porquês, considerando inicialmente a temática abordada, sem perder de vista o assunto último.

De um modo comum, as relações de causa e efeito não se afastam das questões mais próximas do partilhante, associadas aos comportamentos então vivenciados. Seja como for, somente com a T30 Autogenia é possível uma adaptação desse submodo às necessidades de cada um, com conhecimento e aplicação bem feitos.

Caso clínico:

Laura: “Eu queria entender por que meus relacionamentos nunca duram. Acho que, se eu entendesse o porquê das coisas, tudo seria mais fácil! Me diga, o que faz um relacionamento dar certo?”

Filósofo clínico: “Afinidades, querida...”

Laura: “Mas como saber quais nossas verdadeiras afinidades se, quando a gente se apaixona tudo parece ser tão perfeito?... Até que um dia o sonho acaba.”

Filósofo clínico: “Para se entender o ser humano, são necessárias duas coisas: um bom conhecimento das suas características pessoais, indivíduo por indivíduo. Por mais que nos pareçamos à

primeira vista, cada um é profundamente diferente do outro. Em segundo lugar, é preciso conhecer as circunstâncias externas que envolvem e limitam o jeito de ser de cada um. O ideal é o máximo de afinidades nos dois aspectos. Com algumas pessoas você só se envolve com o corpo dela, com outras você tem de se casar com a família inteira... Por exemplo, me diga três coisas que, para você, é absolutamente essencial em um namorado, a fim de que vocês dêem certo”.

Laura: “Hum... Bom, bonito e gostoso (risos)”.

Filósofo clínico: “Muito bem! Sem aprofundar direito no que isso quer dizer especificamente pra você, fora de contexto pode não significar nada. Digamos que tenha encontrado alguém assim e até com muitas qualidades mais, melhor do que você imagina... mas para viver numa cidadezinha do interior, morando na casa dos outros e com pouco dinheiro no bolso... Serviria?”

Laura: “Claro que não!”

Filósofo clínico: “Pois é! Tem mais... se for assim para você, ainda precisaríamos saber como é para o outro, além das circunstâncias que vão afetar os dois. Tudo isso importa saber... Você me disse outro dia que tinha conflitos nos seus sentimentos pelo Robert, não é? E se eu entendi bem, ele é tudo de bom menos bonito... e que você, às vezes, pensa em deixar a beleza de lado e namorá-lo, sem saber se vai conseguir isso, não é?”

Laura: “Exatamente! Você acertou em cheio.”

Filósofo clínico: “E você acabou de me dizer que, no começo, tudo parece ser perfeito e, depois, os problemas começam a aparecer... É bem verdade, quando as afinidades não foram suficientes. Imagine, então, se você começa um relacionamento com o Robert, que é uma ótima pessoa, faltando um dos aspectos essenciais para você: a beleza? O que pode acontecer?”

Laura: “Tô entendendo...”

Filósofo clínico: “Mas as nossas necessidades também podem mudar com o tempo, com as vontades do corpo, com alterações importantes e até inesperadas nos contextos da nossa vida... Vamos falar das suas necessidades pessoais, que moram aí dentro do seu coração. Seja bem sincera com si mesma: você está preparada para ter um relacionamento sério agora, perdendo a chance na vida de ainda conhecer outros homens?”

Laura: “Você sabe que não, porque eu já lhe disse isso antes.”

Filósofo clínico: “Falando um pouco das circunstâncias... você realmente tem o desejo de ir morar na Alemanha um dia?”

Laura: “Se Deus quiser!”

Filósofo clínico: “E o que você conclui disso?”

Laura: “Que você tem razão. A questão não é o Robert. Acho que os meus relacionamentos não duram porque eu é que não estou preparada ainda. Acho que eu é que não quero, por enquanto, nenhum relacionamento duradouro. É isso.”

- II. **Atalho:** é uma pergunta ou atitude utilizada para obter qualquer dado novo, uma simples opinião, uma resposta aproximada, na impossibilidade de outra mais completa (tipo: “o que você acha disso?”). Quando, na clínica, se necessita de alguma resposta que viabilize a continuação do trabalho, então o filósofo leva o participante a sintetizar, a dar algum parecer sobre o que lhe passa internamente, da maneira como pode. É incrível o que se observa: um poder ilimitado de misturar, unir, separar, dividir idéias, em outras modalidades.

Quando possível, é um submodo usado para ultrapassar eventuais entraves que exigiriam tempo e esforço desnecessários. Não é raro ser utilizado e reutilizado várias vezes, até uma continuação

satisfatória...

Caso clínico:

Filósofo clínico: “Laura, então eu quero que você faça o seguinte: quero que você volte pra casa, se recolha dentro do seu quarto, arrume suas coisas do jeito que você gosta... e, no momento em que você estiver bem confortável consigo mesma, chame seus ‘bichinhos’ e converse com eles a respeito de tudo o que eu lhe falei hoje. Troque umas idéias, peça uns conselhos... ouça-os bastante, como você sempre faz. Semana que vem, me conte tudo o que eles disseram, ok?” (Noutras palavras, é pedido a ela que fale com si mesma, que se interiorize e ouça a própria consciência).

12. **Busca:** como submodo, é todo empreendimento clínico no qual o filósofo assume apoiar o projeto pessoal, as necessidades e as metas do partilhante rumo ao futuro, em sua caminhada existencial. Pertinente ao contexto da EP, as buscas são plásticas, mudam, evoluem, desaparecem... mas também podem ser inflexíveis, dogmáticas, conforme a pessoa.

Caso clínico:

Laura tinha duas Buscas principais: morar fora de casa e viajar para a Alemanha. O primeiro caso indicava claramente ser um alívio para o sofrimento pessoal. No segundo, além dessa motivação, havia também o desejo de descoberta de novas experiências de vida. Com possibilidades práticas, mediante o apoio da mãe, Laura foi orientada a morar com a avó. O que resultou em um profundo estado de melhora em seu quadro depressivo. Sobre a Alemanha, houve um importante reforço psicológico desse antigo desejo, intentando um deslocamento subjetivo da sua

tristeza vinculada ao passado para as esperanças de viagem, concentrando a atenção no tempo presente em direção ao futuro.

13. **Deslocamento curto:** projeção intelectual da própria subjetividade em objetos fisicamente presentes (não pessoas) ao alcance dos sentidos corporais, de forma a aprender algo com isso. Objetiva-se que o partilhante, conforme as indicações clínicas, modifique ou desenvolva conceitos em sua EP. Alguns conhecimentos somente se apreendem se vivenciados sobre coisas que estejam fora do corpo, mas que a ele se vinculem por meio dos cinco sentidos.

Caso clínico:

Considerando que Laura encontrava-se com baixa auto-estima em relação ao seu corpo, e que os tópicos 2 e 3 (O que acha de si mesma e Sensorial) demonstraram-se importantes a ela, o deslocamento curto foi enfatizado na terapia.

Filósofo clínico: “Laura, pare e pense... Coloque-se no lugar dessa calça jeans que você está usando agora. É a mesma que você usava meses atrás, não é?... e me diga se ela não coube direitinho em você. Como é que você poderia estar gorda...? Você está linda, moça!” Ela concorda e ri...

14. **Deslocamento longo:** movimento em que a pessoa sai de si mesma e vai conceitualmente até coisas que se encontram fora do alcance das suas sensações físicas, sejam elas realidades lógicas, fantásticas, extemporâneas etc. É um submodo bastante usado, quando o partilhante não suporta suas vivências atuais no espaço em que se encontra e necessita de uma distância

conceitual para se reestruturar internamente; quando, enfim, o longe for existencialmente mais recomendável que o perto. Essa distância não significa necessariamente alienação. Como diz Lúcio, nem sempre o melhor endereço existencial é o do próprio corpo.

Caso clínico:

Filósofo clínico: “Me fala como é o seu quarto, descreva-o pra mim... tudo. Se é grande ou pequeno, as cores... tudo.”

Laura descreve, conforme pedido. Então, lhe é feito um novo pedido.

Filósofo clínico: “Diga-me: o que você mudaria nele pra ficar ótimo... E não tenha medo de exagerar, usa toda a sua imaginação. Imagina que você pode tudo e tem todo dinheiro do mundo pra redecorá-lo, aumentá-lo e enchê-lo com o que quiser...”

15. **Adição**: processo de matematização, de composições quantitativas, que considera as coisas por medidas, pesos, perspectivas exatas. Implica uma soma de conceitos variáveis, bons ou ruins, motivando comportamentos ou vivências na EP por efeito de uma conclusão. Pode ser também utilizada simplesmente num exercício de acomodação subjetiva, melhorando a qualidade da interseção, de comunicação entre o filósofo e o partilhante.

Caso clínico:

Laura: “... Da primeira vez eu nem quis terminar de ouvir a frase. Deixei minha mãe falando sozinha, depois de dizer umas coisas também. Eu tinha muita raiva pra pedir perdão naquela hora... Ele (o pai) me chama de vagabunda e fica por isso mesmo? Não deu! Da segunda vez que ele falou com a minha mãe que eu é que

estava errada... aí é que me recusei mesmo! Mas deveria ter entendido a situação pela quarta vez, quando pude...”

16. **Roteirizar:** elaboração de um roteiro adaptado à vida do partilhante, desenvolvendo-lhe passo a passo uma direção do que fazer, pensar, sentir etc. Feito a partir da sua realidade psicológica, com os dados fornecidos da sua EP, usando seus termos, suas experiências pessoais etc., de forma que ele se encontre envolvido no enredo da sua própria história. O filósofo, nesse submodo, intenta desfazer conflitos, sofrimentos, confusões que o partilhante vivencia, quando este se acha perdido e com dificuldade de encontrar saídas existenciais.

Caso clínico:

Filósofo clínico: “Laura, então eu quero que você faça o seguinte: quero que você volte pra casa, se recolha dentro do seu quarto, arrume suas coisas do jeito que você gosta... e, no momento em que você estiver bem confortável consigo mesma, chame seus ‘bichinhos’ e converse com eles a respeito de tudo o que eu lhe falei hoje. Troque umas idéias, peça uns conselhos... ouça-os bastante, como você sempre faz. Semana que vem, me conte tudo, ok?” (Noutras palavras, é pedido a ela que fale com si mesma, que se interiorize e ouça a própria consciência).

17. **Percepcionar:** é o exercício de levar o partilhante, através da imaginação, a vivenciar suas percepções sensoriais. Psicossomaticamente, recuperam-se, em sua memória, coisas como o cheiro, o gosto, delicadezas do vento e das cores etc. Associa-se a isso outras elaborações mentais, repetindo, renovando ou criando novas sensações mais adequadas às necessidades da pessoa. A intensidade

depende sobremaneira da força da interseção estabelecida, pois é uma experiência vivida conjuntamente com o terapeuta. Por causar funda consciência do corpo, particularmente esse é um submodo que deve ser aplicado sem interrupções durante o processo.

Caso clínico:

Laura: “Olha, o mar é azul, o céu é azul... Até as pessoas falam: ‘... e aí, tudo azul!’ O azul me traz a sensação boa da imensidão do infinito, de que o mundo é mais bonito, é... é maior do que a gente, sabe? Você já deitou na grama, de braços e pernas abertas e ficou imaginando que não é a China, mas nós é que estamos do lado de baixo do planeta? Que o seu corpo fica colado na grama porque está sendo puxado pela gravidade? Imagina que o efeito da gravidade acabou e agora você, que estava colado na grama do teto, começa a cair no azul lááááá... embaixo, como se estivesse caindo no imenso oceano azul. Dá um medo gostoso, não dá?”

18. **Esteticidade (bruta)**: toda iniciativa ou provocação que leva o partilhante a se expressar, pôr para fora tudo o que lhe incomoda existencialmente, extravasando, de modo espontâneo, não-reflexivo e sem qualquer esforço de controle, ordem ou significação.

Caso clínico:

Na terceira consulta, *Laura*, ao falar do pai, não se controlou e chorou muito. Noutro momento, disse que chorar era uma maneira de ela se aliviar de tudo aquilo que lhe oprimia o peito.

19. **Esteticidade seletiva**: equivale ao procedimento anterior, porém com direcionamento e algum controle sobre o impulso de exteriorização. Nesse caso, o filósofo é capaz de conduzir o processo

do partilhante, talvez de alívio, criação etc., dentro das questões clínicas, especificamente.

Caso clínico:

Uma constatação: sempre que Laura se expressava progressivamente com alegria e entusiasmo, ela aumentava o grau de movimentação espontânea com as mãos, complementando o raciocínio com gestos. A impressão constante na terapia era precisamente esta: ela se sentia existencialmente melhor quanto maior a sua linguagem impensada, sensorial e impulsiva e menor o seu controle físico de si mesma, pela via dos pensamentos abstratos.

20. **Tradução:** transposição dos dados de semiose ora usados pela pessoa de um termo para outro. Pode ser usado para esclarecer um signo confuso ou para alterar o grau de intensidade de algum significado, aumentando-o ou diminuindo-o, conforme o caso.

Caso clínico:

Laura: “Meus ‘bichinhos’ são meu diário pessoal. Acho que, se eu não os tivesse pra me ouvir e me dar carinho... aquele olhar doce... eu escreveria um diário.”

21. **Informação dirigida:** quando se fornece diretamente ao partilhante informações adequadas ao seu modo de ser, com o fito de ajudá-lo a resolver um problema.
Exemplo: livros, filmes, bulas de remédio, opiniões pessoais (se pertinentes ao caso) etc.

Caso clínico:

Filósofo clínico: “Sabe o que aquele homem Jesus pensava da culpa? Pois ele dizia a todos que o perdão deveria ser dado não sete vezes apenas, mas setenta vezes sete. Esse homem era incomum, de uma imensa sabedoria... Você sabe disso... Merece ser ouvido! Você não acha que você também merece... ser perdoada? Afinal, o que é ser cristã? Dê uma boa leitura em Mateus, 18:21 e 22. [...] O Evangelho foi feito pra gente como nós, Laura... Ser cristão é fazer de um erro uma lição de humildade... da culpa uma dívida paga com amor, levando algo bom ao próximo... às pessoas, aos animais... Você me disse que recebeu muitas coisas boas dos seus pais... Seu pai nunca deixou faltar nada em casa, pagou sua escola... e tantas coisas. Ao que se faz, o que se paga, Laura!... Você deve pagar o bem com o bem, não acha?”

22. **Vice-conceito**: substituição de termos conhecidos por outros de significações aproximadas num mesmo dado de semiose, permitindo que um seja escolhido ou trocado por outro em contextos específicos, sem alterar o sentido geral da sentença como um todo (uso de metáforas, analogias com filmes ou situações, sinonímias etc). Muda-se a forma, preservando o significado. Por vezes, isso facilita ao partilhante falar das suas dores, sem usar diretamente as palavras que mais lhe causam sofrimento, minorando o desconforto. Porém, sua eficácia é proporcional ao conhecimento dos elementos lingüísticos da malha intelectual do partilhante.

Caso clínico:

Laura: “Olha, eu descobri o que todo mundo um dia aprende: é preciso dar um tempo de vez em quando em qualquer tipo de

relacionamento... que é pra saudade valorizar o convívio de novo. Se não ninguém agüenta! Até Jesus de vez enquanto deixava os discípulos sozinhos... quem sabe pra aprenderem sozinhos, depois se encontravam de novo. Acho isso corretíssimo!”

Filósofo clínico, num momento de submodo, de devolução: “Depois, tem outra coisa que você um dia me falou e está cheia de razão: é preciso dar um tempo de vez em quando nas relações... que é pra valorizar o convívio, se não ninguém agüenta! Todo mundo precisa disso um dia ou outro, Laura. Pense bem... você pode ficar a semana com a sua avó e os fins de semana com a sua mãe, além de poder sair sempre que quiser com os amigos, é claro. Se até Jesus deixava os discípulos sozinhos de vez em quando, isso não pode estar errado, não concorda?”

23. **Intuição:** uso da percepção imediata das coisas ou de si mesmo, anterior ao raciocínio e independente dos sentidos corporais. Dá-se pela associação de dados e outros submodos da EP do partilhante, de maneira a provocar *insight*, isto é, uma compreensão súbita e profunda da realidade. Quando o intelecto supera o hábito de aplicar ao mundo vivente as categorias conceituais, é possível que ele então capte a essência, supostamente real, da própria vida. Não é a única e nem a melhor forma de acesso ao conhecimento das coisas, mas disponível, quando necessária, especialmente em momentos de urgência, em uma situação que exige resoluções instantâneas. O mecanismo de validação se dá sempre a *posteriori*, mediante confirmações. Quando a pessoa (tanto o filósofo quanto o partilhante) demonstra, em sua historicidade, um uso repetido de eventos dessa natureza, com efeitos positivos, a utilização do submodo é autorizada. Se o inverso, não.

Exemplo:

Há pessoas que orientam suas decisões na vida por sonhos especiais, preces fervorosas, meditação profunda etc. Uma vez constatados a realidade e os benefícios desse submodo na história do partilhante, há de se investigar, pelos exames categoriais, quais as suas melhores condições físicas e psicológicas, a fim de que a intuição se lhe manifeste. Quem sabe por efeito de certos rituais ou pela força combinada de bebidas e alimentações em horários específicos ou ainda talvez por meio de cheiros, abstenção sexual, leituras, exercícios de yoga, jejum, caminhadas matinais, conversas estimulantes etc.

Outras pessoas recebem Intuições sem absoluto controle, restando a elas o importante cuidado de saberem distinguir as verdadeiras Intuições dos seus muitos T5 Pré-juízos. Discernimento possível às vezes pela T30 Autogenia, com uma atenção especial à trilogia T23 Ação, T24 Hipótese e T25 Experimentação.

24. **Retroação:** volta-se de determinado problema atual até a sua hipotética origem ou até onde for útil, recuperando a memória dos momentos vivenciados, os detalhes, os pensamentos, as emoções, as sensações etc., sempre numa ordem regressiva. Pode, às vezes, se confundir com a S9 Divisão, com a diferença de que a Retroação dá-se necessariamente numa seqüência para trás, em cada um dos fatos lembrados.

Exemplo:

Certa vez eu próprio perdi minha carteira durante um passeio de moto. Atônito, pelo dinheiro e pelos documentos que nela estavam, depois de me acalmar, sentei-me, fechei meus olhos e procurei visualizar todo o caminho por mim percorrido no sentido inverso, a começar da cadeira onde eu, naquele momento, estava

sentado. Utilizando também o S17 Percepcionar, procurei enriquecer minha imaginação com o máximo de detalhes possível e, finalmente, me lembrei da exata sensação da carteira saindo do bolso traseiro do meu jeans, quando parara num semáforo. Voltei lá e, pra minha sorte, encontrei-a junto ao meio-fio da calçada.

25. Intencionalidade dirigida: uma filtragem da consciência, do discurso, feita pelo filósofo, direcionando a atenção para algo bem específico. Das temáticas em geral, retira-se somente o que interessa à clínica, em direção às questões essenciais. Rigorosamente apoiado pelos exames categoriais, o quanto possa, aqui se permite o aconselhamento, o agendamento de conceitos vários, confortando amorosamente as dores e os conflitos ou orientando filosofias de vida.

Este submodo, ao lado da S10 Argumentação Derivada e da S21 Informação Dirigida, é largamente utilizado na chamada “filosofia de aconselhamento” (Achenbach, 1984; Sautet, 1995; Marinof, 2001) desenvolvida primeiramente na Europa e depois nos EUA. Esse tipo de filosofia sem os exames categoriais, os dados divisórios e a T30 Autogenia para o uso combinado dos submodos em nada se assemelha com a Filosofia Clínica nascida no Brasil.

Caso clínico:

Em se tratando das noções de pecado e culpa, quando vinculadas à idéia de família, Laura era uma mulher cristã, com forte influência do conservadorismo religioso da mãe. A morte do pai e a autopunição religiosa resultaram-lhe, nesse contexto, numa depressão crônica e demorada. No momento adequado, por resultado da análise clínica de sua EP, foi necessária e importantíssima a inserção da temática religiosa na qualidade de um aconselha-

mento. Em razão da escuta ética, tal conselho foi retirado de seus próprios valores, filtrando neles apenas a temática evangélica do perdão, com o objetivo de lhe oferecer um novo estímulo e uma perspectiva mais adequados. Absolutamente, em nenhum momento, houve qualquer tentativa de doutrinação religiosa, pois não lhe foi apresentado qualquer valor de natureza diferente daquele que antes já se mostrava essencial à sua visão de mundo. O uso desse submodo em particular foi imprescindível neste caso, posto que a raiz do assunto último de Laura foi justamente os valores da moral cristã direcionados com terrível parcialidade e equívocos conceituais por parte de sua mãe.

26. **Axiologia:** na qualidade submodal, o filósofo reforça, desenvolve ou enfraquece certos valores do partilhante, segundo as indicações apontadas pela T30 Autogenia e o equivalente tópico 18 da estrutura de pensamento.

Caso clínico:

Filósofo clínico: “Ser cristão, Laura, não é ser perfeito. Ninguém é perfeito... Quem não erra nessa vida? Você, seu pai, eu, sua mãe... O Evangelho foi feito pra gente como nós, Laura... Ser cristão é fazer de um erro uma lição de humildade... da culpa uma dívida paga com amor, levando algo bom ao próximo... às pessoas, aos animais... Você me disse que recebeu muitas coisas boas dos seus pais... Seu pai nunca deixou faltar nada em casa, pagou sua escola... e tantas coisas. Ao que se faz, o que se paga, Laura!... Você deve pagar o bem com o bem, não acha?”

27. **Autogenia:** com as devidas dimensões dos conflitos existenciais e sua justa localização no conjunto da malha intelectual (Autoge-

nia, enquanto tópico 30 da EP), o filósofo procura reorganizar na totalidade as associações tópicas, via demais submodos. Busca-se gerar novas composições na estrutura de pensamento, de maneira que o partilhante encontre saídas existenciais mais adequadas aos problemas que o afligem.

Vale distinguir algumas diferenças teóricas, nem sempre possíveis na prática, entre este submodo e a S29 Reconstrução. A S29 Reconstrução não diz necessariamente respeito a uma reorganização da EP, podendo ser o esforço de apenas recuperar aquele estado psicológico anteriormente perdido ou destruído, sem alterações ou acréscimos. De outro lado, uma S27 Autogenia pode simplesmente reorganizar a EP somente com os seus elementos atuais, sem ter de, necessariamente, reconstruí-la a partir de um dado celular.

Como tópico, apresenta o aspecto *estrutural* da EP; como submodo, trata das suas possibilidades de ajuste e reestruturação, em seu aspecto *organizacional*.

Caso clínico:

Rememorando o tópico 30 da EP, Laura sofreu desde criança, contra a sua maneira de ser e se definir, uma pesada e difícil influência da autoridade religiosa da mãe, carregada de pré-juízos de punição, sobretudo de contenção sexual (T28 Interseções de estrutura de pensamento, T5 Pré-juízos e T18 Axiologia confrontando o T3 Sensorial e o T2 O que acha de si mesma). Mas Laura acabou desenvolvendo submodos informais que lhe permitiram lidar muito bem com isso, coisas como: mentiras profiláticas aos pais, aparentando a eles algo que não era com os amigos (T26 Princípios de verdade, T22 Papel Existencial e T21 Expressividade); vivências de erotismo que reforçavam positivamente sua

auto-imagem, emoções e vaidades pessoais (S3 Em direção às sensações fortalecendo as T4 Emoções e o T2 O que acha de si mesma); e agradáveis visitas à avó, alimentando-se de muito afeto e sensoriedades (T28 Interseções de estruturas de pensamento a enriquecer as T4 Emoções e o T3 Sensorial).

Com destaque especial, sua vida mais feliz estava plena de experiências sensoriais importantíssimas para sua estruturação psicológica forte e autônoma (T3 Sensorial e T27 Análise da estrutura). Porém tudo se desmoronou com a inserção condenatória dos valores e pré-juízos de culpa (T18 e T5) da mãe, que Laura acolheu profundamente, debilitando-lhe outros dois tópicos fundamentais: o T2 O que acha de si mesma e T4 Emoções. Por força desses pesados valores maternos, seu entendimento (T18 Axiologia subjugando a T20 Epistemologia) das razões físicas da morte do seu pai – único causador de sua própria cirrose alcoólica – perdeu lucidez, criando a si mesma um T17 Padrão e Armadilha conceitual. Conseqüência direta: perda da capacidade de uso daqueles seus submodos informais de alívio, uma depressão crônica e uma estrutura de pensamento fragilizada (T27 Análise da estrutura).

Em resumo, o planejamento clínico feito neste caso intentou uma reconfiguração da EP de Laura e uma S29 Reconstrução dos seus submodos informais pelo uso associado de vários submodos (citados adiante), minimizando os conflitos causados pelos excessos de T14 Inversão e T3 Abstração em seus vínculos negativos de T5 Pré-juízos. Objetivou-se através do refazimento dos laços de Laura com sua avó (T28 Interseções de estrutura de pensamento) um fortalecimento do complexo de seus tópicos determinantes, quais sejam: T2 O que acha de si mesma, T3 Sensorial e T4 Emoções. Isso foi em muito facilitado graças à intervenção direta do

filósofo clínico com sua mãe, possibilitando à Laura uma alteração positiva na sua capacidade de fazer novas escolhas na vida (T18 Axiologia), inclusive alimentar sua T11 Busca.

Alguns trechos literais do direcionamento terapêutico e dos submodos utilizados em Laura foram colocados no próximo item deste capítulo, intitulado “Palavras que Escutam”, facultando um melhor entendimento ao leitor.

28. **Epistemologia:** uma vez conhecido o tópico 20 da EP de alguém (Epistemologia), isto é, as nuances do modo particular como a pessoa compreende a realidade, o filósofo se vale desse conhecimento para ajudá-la a vencer circunstâncias difíceis em sua vida. Se for necessário que o partilhante tenha alguma orientação ou aprendizagem importante, esse é um submodo indispensável.

Caso clínico:

Laura significava o mundo, em grande parte, pelos valores cristãos. Mas não em qualquer perspectiva. Era pelo valor religioso da família, e particularmente pela força impactante de sua mãe, que Laura assimilava conhecimentos e direcionava seus comportamentos. Além disso, ela também compreendia e elaborava opiniões pessoais por uma leitura desmistificada do Evangelho e do homem Jesus. Mas tal leitura não lhe foi suficiente para vencer o obstáculo que enfrentava.

Pelas acusações da mãe, reforçando a moral da culpa, Laura entendeu ser ela própria a causa determinante da morte de seu pai. Esse enorme equívoco precisava ser desfeito, em seu benefício. Mas não poderia ser feito por uma simples análise fisiológica da cirrose alcoólica. Filosoficamente, a raiz psicológica do seu sofrimento pessoal não se devia à falta de conhecimento médico ou à

ausência de um raciocínio bem estruturado (T10), mas sim pela natureza singular da sua T20 Epistemologia.

Razão disso, foi respeitada sua particular maneira de conhecer e significar as questões familiares: por meio do elemento religioso, tal como ela especificamente entendia. Nesse sentido, como filósofo clínico, compreendi que seria descabido convencê-la da ausência de culpa, pois ela se apegou em demasia a esse conceito para lhe ser por mim arrancado num esforço de convencimento racional. Os dados clínicos demonstraram com segurança que o melhor caminho para a sua T20 Epistemologia era a inserção do conceito de perdão, que fora esquecido nas origens da moral cristã, tanto pela mãe como por Laura. Essa nova Axiologia (T18 e S26), mais suave e igualmente forte, conseguiu dar um novo entendimento (S28 Epistemologia) à sua existência, trazendo-lhe paz. Como ela própria diria... “graças a Deus!”.

29. **Reconstrução:** quando uma pessoa se encontra internamente destruída, ouvindo-se dela queixas como a que perdeu anos estudando um curso que não queria, que o casamento acabou e seu coração foi quebrado etc., mas que agora quer recomeçar uma nova vida... por mais doloroso que tenha sido o passado, com as forças que lhe restam é possível um submodo de Reconstrução da sua estrutura de pensamento. Unindo com vários outros submodos, o filósofo alcança pelo menos um dado conceitual positivo e sólido na malha intelectual do partilhante e, a partir desse dado, busca outros adjacentes, circunvizinhos. Tanto melhor será a Reconstrução quanto mais vivências subjetivamente boas puderem ser utilizadas no processo. Isso é feito semelhante à montagem de um quebra-cabeça, com erros e acertos naturais ao processo. O fundamental é ter o cuidado de jamais reconstruir estruturas de pensamento a partir

de T17 Armadilhas Conceituais e de situações extemporâneas, que já não fazem mais sentido ao partilhante, na atualidade das vivências significativas.

Caso clínico:

Sabendo que Laura perdeu seu equilíbrio existencial por meio de pensamentos complexos, carregados de tristeza em vínculos de fixação no passado, a terapia intentou vários esforços de Reconstrução a partir de antigas experiências sensoriais que lhe eram fonte de força, alegria e entusiasmo. Assim, numa das aplicações deste submodo, busquei recuperar-lhe o uso de roupas que lhe faziam enorme bem e auto-estima, a começar por uma específica e antiga calça jeans... do tempo em que ela era feliz. Pedi a ela que usasse nalguns dias de terapia e nesses momentos que me descrevesse como se sentia com a calça, que me contasse os momentos agradáveis e divertidos que tivera com aquela calça: paqueras, passeios com os cachorros aos domingos etc. Assim, comecei com as boas experiências passadas e enriqueci suas vivências T3 Sensoriais no tempo presente, otimizando principalmente as T4 Emoções, T2 O que achava de si mesma e reforçando T18 Axiologias de incentivo.

30. Análise indireta: refere-se à estratégia e à condução dos conflitos tópicos de uma EP pelo filósofo clínico, estudando fenomenologicamente as funções do pensamento durante o processo de pensar, os movimentos e as relações de causa e efeito nele existentes. Objetivam-se aqui possíveis mudanças na forma de pensar e de agir do partilhante. Naturalmente, isso reclama um anterior conhecimento da tríade T23 Ação, T24 Hipótese e T25 Experimentação, pois são conceitos interdependentes.

Compreendendo-se o processo e o funcionamento de um determinado conceito na malha intelectual de certo partilhante, intenta-se descobrir como reorganizar os movimentos e as direções do pensamento (T23). Pensar melhor significa aqui não um raciocínio mais apurado, mas uma melhor forma de percorrer na mente os elementos pensados, isto é, articulando as vivências psíquicas. O que leva diretamente à busca de saber como o partilhante, nos limites da sua própria EP pela orientação do filósofo clínico, conseguiria hipoteticamente resolver seus problemas (T24) e o que funciona na aplicação prática (T25) dessa hipótese.

Conquanto a S27 Autogenia desenvolve operações envolvendo todos os submodos importantes para o assunto último da EP, a Análise indireta ocupa-se exclusivamente com os desenhos do pensamento e dos movimentos conseqüentes.

Caso clínico:

Investigando o fenômeno da insônia de Laura (T24 Hipótese), pelo uso da S9 Divisão, foi observado que sua T17 Armadilha conceitual de pensamentos sem fim a respeito de metafísicas da ausência de sentido sobre a vida e a morte (T23 Ação) começava sempre que ela se deitava na cama para dormir (T25 Experimentação). Entretanto, isso já não se repetia quando ela dormia assistindo TV na sala de estar, nalguns fins de semana.

Estudando e compreendendo essa dinâmica, ficou bastante claro que, ao deitar-se no sofá da sala, assistindo a filmes de ação (T25), por alguma razão desconhecida ou por mim não investigada (T23), ela adormecia rapidamente, quase nunca se lembrando sequer dos sonhos (T24). O resultado já não era tão positivo, quando se tratava de filmes dramáticos.

As noites de insônia no quarto geralmente causavam-lhe a impres-

são de que tivera sonhos ruins (T23) e, apesar de não se lembrar deles, guardava para si uma sensação física no tórax, como uma angústia e, às vezes, um fraco mal-estar por todo o dia (T24).

Pelo submodo da Análise indireta foi primeiramente sugerido à Laura que colocasse uma TV no quarto e locasse filmes de ação, a seu gosto, antes de dormir (T25). Não funcionou (T24). Então, foi pedido a ela que passasse a dormir no sofá da sala sempre que possível ou, pelo menos, nos dias de maior insônia. Que não deitasse na cama sem sono (T25), a fim de evitar-lhe as idéias complexas (T23). O resultado foi uma boa diminuição da frequência da insônia (T24) e das suas conseqüências...

É preciso destacar, ao lado dos cuidados terapêuticos, o atendimento médico especializado. Laura foi por mim encaminhada a um psiquiatra conhecido, especialista em distúrbios do sono.

31. **Expressividade:** uma boa T30 Autogenia e um aprofundamento suficiente nos dados divisórios garantem uma resposta confortável sobre o quanto e em que circunstâncias deve alguém ser espontâneo e verdadeiro com quem convive. Critério definido antes pela estrutura de pensamento que por normas éticas de acomodação social. Neste submodo, busca-se um equilíbrio, um ajuste nos graus e modos de autenticidade (T21 Expressividade), em que o partilhante é si mesmo na relação com os outros.

Caso clínico:

Sem maiores considerações e novidades, foram reforçados simplesmente os usos informais deste submodo de que Laura se valia desde os seus 19 anos. Ela desenvolveu para si mesma uma atitude eroticamente mais recatada para a família e mais espontânea com os amigos. Além disso, sempre houve nela um modo

profundo de Expressividade com a avó. Em particular, Laura costumeiramente dizia sentir-se muito mais leve depois de conversar com a avó.

32. **Princípios de verdade:** havendo clareza dos exames categoriais e do tópico homônimo da EP (T26), e ainda considerando-se o eventual valor de relacionamentos com pessoas existencialmente afins, o filósofo clínico neste submodo encoraja experiências positivas nas T28 Interseções de estrutura de pensamento relevantes para o partilhante.

Caso clínico:

Por consequência do submodo anterior, Laura foi orientada a se mudar temporariamente para a casa da avó paterna, pois a relação com a mãe não lhe gerava conforto e, muitas vezes, até o contrário. Foram incentivados os efeitos benéficos dos seus Princípios de verdade em relação à avó, dentre os quais, o fim da solidão.

Estrutura de Pensamento

1. Como o mundo parece (fenomenologicamente)
2. O que acha de si mesmo
3. Sensorial & Abstrato
4. Emoções
5. Pré-juízos
6. Termos agendados no intelecto
7. Termos:
 - Universal
 - Particular
 - Singular
8. Termos:
 - a) Unívoco
 - b) Equívoco
9. Discurso:
 - Completo
 - Incompleto
10. Estruturação de raciocínio
11. Busca
12. Paixões dominantes
13. Comportamento & Função
14. Espacialidade:
 - Inversão
 - Recíproca de inversão
 - Deslocamento curto
 - Deslocamento longo
15. Semiose
16. Significado
17. Padrão & Armadilha conceitual
18. Axiologia
19. Tópico de Singularidade existencial
20. Epistemologia
21. Expressividade
22. Papel existencial
23. Ação
24. Hipótese
25. Experimentação
26. Princípios de verdade
27. Análise da estrutura
28. Interseções de estrutura de pensamento
29. Dados da matemática simbólica
30. Autogenia

Tábua de Submodos

1. Em direção ao termo singular
2. Em direção ao termo universal
3. Em direção às sensações
4. Em direção às idéias complexas
5. Esquema resolutivo
6. Em direção ao desfecho
7. Inversão
8. Recíproca de inversão
9. Divisão
10. Argumentação derivada
11. Atalho
12. Busca
13. Deslocamento curto
14. Deslocamento longo
15. Adição
16. Roteirizar
17. Percepcionar
18. Esteticidade (bruta)
19. Esteticidade seletiva
20. Tradução
21. Informação dirigida
22. Vice-conceito
23. Intuição
24. Retroação
25. Intencionalidade dirigida
26. Axiologia
27. Autogenia
28. Epistemologia
29. Reconstrução
30. Análise indireta:
 - a) Ação
 - b) Hipótese
 - c) Experimentação
31. Expressividade
32. Princípios de verdade

Palavras que Escutam

*O Professor disserta
Sobre ponto difícil do programa.
Um aluno dorme,
Cansado das Cansiras desta vida.
O professor vai sacudi-lo?
Vai repreendê-lo?
Não.
O professor baixa a voz
Com medo de acordá-lo.*

Carlos Drummond de Andrade, Poesia Completa.

Laura era uma moça doce e triste, quando a conheci. Veio à terapia trazida pela mãe, que há muito se preocupava com seu estado depressivo. Numa conversa rápida por telefone, desabafou-me o medo de a filha “fazer alguma bobagem”. Disse-me, na época, que a deixaria no consultório, sem entrar, no dia e no horário marcado. E assim o fez por cinco semanas consecutivas, quando a filha decidira vir por si mesma. Nossa terapia perdurou, aproximadamente, por cinco meses, com mais algumas visitas de supervisão, a desejo de Laura.

Depois de muito escutá-la, certificar-me de havê-la bem entendido, dentro do que me foi possível... tanto as palavras quanto os gestos mudos, a maneira como se vestia e os desejos de me ocultar detalhes... tudo enfim, veio a hora de eu também falar. Essa é uma questão importantíssima na Filosofia Clínica: saber falar à pessoa de tal forma que ela escute o melhor de si mesma e, se um dia necessário, o melhor do terapeuta. Seja como for, o caráter pedagógico dessa atividade é outra coisa que não uma aula de filosofia ou aconselhamentos bem intencionados sobre o que dizem os livros. Entretanto, acontecem demandas na clínica, na verdade bem raras, em que o partilhante simplesmente deseja se enriquecer de novas informações (S21 Informação dirigida). Problemas psicológicos à parte, há aqueles que, ao

invés de verem um filme, por exemplo, procuram o filósofo clínico para filosofar, trocar idéias, opiniões, corrigir raciocínios etc. Por que não? Mas com toda certeza do mundo, não era o caso de Laura. Ela carecia de outras palavras... daquelas que estão no íntimo e parecem haver saído da própria boca... contudo vêm de outra pessoa. Fosse outro ser é quase certo que nada do que lhe disse se repetiria. Mas se isso acontecesse teriam outros significados. Afinal, quais são as palavras que nunca foram ditas?

Palavras que escutam são aquelas que dizem ao outro o quão profundamente ele foi ouvido. Isto é, são linguagens de devolução que aproximam e cuidam. Pelo método que o ampara, o filósofo clínico fala como quem sabe ouvir. Isso explica, quando o trabalho é bem feito, a sensação comum de os partilhantes acharem que o filósofo “adivinha” seus pensamentos. É uma tautologia clínica calculada, precisa, que não repete ingenuamente o discurso do outro (o que não seria uma escuta filosófica), mas reorganiza as possibilidades internas da existência, a fim de que ele seja o melhor de si e nada mais. Pessoalmente eu, como filósofo clínico, tenho comigo que esse melhor do partilhante nunca se esgota; embora os meus limites de ajuda, infelizmente, sim.

Por certo, eu devo mobilizar em mim aquelas experiências de que o partilhante fala, aproximando-me indiretamente das vivências a que ele se refere. Na medida em que o consiga, ele pode sentir que eu estou falando não apenas da sua experiência, mas de alguma coisa que compartilhamos juntos. Pode até achar que sou algum sábio de grande valor. Todavia, seriam equívocos pertencentes somente a ele. O que nos une não é a semelhança, mas um profundo respeito às diferenças. Podemos nos entender, é claro... aproximar os limites que nos definem, mas cada um é infinito por dentro. Na terapia, o que há de mais banal no outro é infinito pra mim. Se em filosofia nada é óbvio,

por que haveriam de ser os significados das palavras... do outro?

Desse modo, ao falar com a Laura utilizei, sempre que possível, os seus próprios termos, portanto já carregados dos significados que ela deu. A palavra dela é a existência exterior dela. Sobre ela, para mim há outras linguagens e nada além; para ela mesma há ainda tudo o que não foi dito... São os limites da honestidade na terapia filosófica. Não há interpretação sem linguagem e não é justo julgá-la com a linguagem do meu mundo. Só uma verdadeira escuta da outra pessoa pode conhecer suas verdades. Se há algo a lhe dizer, que sejam palavras que ela escute, palavras cujos significados antes lhe falem por dentro. Quase sempre a aprendizagem não está tanto em descobrir coisas novas para avançar, embora isso também aconteça, como foi dito. Antes, está no proveito útil dos recursos pessoais. Inevavelmente, há em todos nós um ponto ótimo daquilo que podemos nos tornar. Sinto que grande parte das nossas crises são meros desperdícios de possibilidades ao alcance.

Nos momentos da terapia, a palavra não é um substituto da escuta, é a sua própria voz. Nós que fazemos clínica e por ela somos feitos, precisamos ter na ausência da palavra, dos gestos e dos signos em geral uma grande humildade e consideração; entender ao menos o bastante para ter consciência daquilo que não entendemos. Se o partilhante não se expressa ou não quer se comunicar, não há o que julgar sobre ele. É uma grande aventura indagar sobre o mistério dos outros, mas é preciso coragem para não trair o milagre que não se revela. Do que não se sabe, há duas escolhas: o silêncio intacto ou a palavra que silencia o diálogo. Na Filosofia Clínica, o que a escuta não pode, a palavra também não.

Unindo os gestos às palavras, pus-me então a usar os mesmos submodos de que ela se valeu durante sua vida para resolver seus problemas, naturalmente evitando os que lhe eram contraproducentes. De um

modo em geral, sempre que possível procurei minimizar nela o impacto ruim dos pensamentos abstratos a que se condenara por muito tempo nos seus instantes de Inversão (S7). E quando estritamente necessário, este submodo foi usado para introduzir novos valores e pré-juízos mais produtivos, sem violentar as compatibilidades do seu universo pessoal. Busquei recriar nela os antigos laços sensoriais com a vida (S3 Em direção às sensações), que antes lhe conduziam favoravelmente a EP como um todo. Depois, momento a momento, os submodos foram reforçados e aprimorados no contexto das pequenas novidades que ela trazia, durante as semanas. Claro que houve submodos por mim aplicados que, algumas vezes, se mostraram inúteis ou muito fracos. Mas, felizmente, no caso de Laura, não houve nenhuma experiência de interseção negativa entre nós. Porque nos tornamos amigos, a terapia mostrou seu êxito.

Com perfeição, haveria muito que reproduzir das minhas falas à Laura. Porém, fica nos três recortes ou resumos aqui escolhidos o essencial para o entendimento da última parte da clínica. Importante colocar que as minhas falas a seguir não seguem nenhuma ordem especial, cronológica ou de valor na terapia. Dão apenas uma noção teórica e bastante geral dos encaminhamentos feitos, considerando a força psicológica dos seus elementos mais importantes. Uma explicação ideal exigiria, ao lado de cada submodo abaixo citado, uma referência completa das maneiras específicas como nestes se associam os tópicos da EP mais os exames categoriais. Um livro seria pouco. Já uma conversa informal, com um gostoso café, seria para mim tudo de bom. Café e filosofia permitem detalhes.

Apaixonado pela Filosofia Clínica, da forma amorosa como Lúcio Packter me ensinou, sei apenas que a prática de consultório é e deve ser um precioso exercício de generosidade e compaixão. Laura não aumentou meu vocabulário, nem me ensinou novas teorias psicológicas... Ela me ajudou a ser mais filósofo... a entender não apenas

o significado da escuta, mas também o seu inverso.

1. Na ocasião oportuna, com os exames categoriais completos, esperei o instante em que ela voltaria a falar da própria culpa. Quando isso aconteceu, procurei introduzir novos valores à sua auto-imagem de então (S26 Axiologia e S7 Inversão). Porque ela se utilizava fortemente de abstrações no processo depressivo da culpa, vali-me dessa mesma condição para ajudá-la a compreender também a temática do perdão (S4 Em direção às idéias complexas e S28 Epistemologia). Temática cuidadosamente filtrada e matematizada das histórias e lições do Evangelho, a seu gosto (S25 Intencionalidade Dirigida, S15 Adição e S22 Vice-conceito). Noutros contextos, trabalhei diretamente com a força dos elementos sensoriais, a ela tão importantes. Aos meus olhos, o sentimento de autopunição a que se condenara por tanto tempo não permitia de início outro caminho.

Filósofo clínico: “Laura, você é uma mulher cristã, não se esqueça disso (S7)! Sabe o que aquele homem Jesus pensava da culpa (S26)? Pois ele dizia a todos, pra quem quisesse ouvir... que o perdão deveria ser dado não sete vezes apenas, mas setenta vezes sete (S15). Esse homem era incomum, de uma imensa sabedoria... Você sabe disso... Ele merece ser ouvido (S6 Em direção ao desfecho)! Você não acha que você também merece... ser perdoada (S7 e S26)? Afinal, o que é ser cristã? Dê uma boa leitura em Mateus, 18:21 e 22 (S4 e S21 Informação Dirigida). Lembra-se de Pedro, o discípulo com quem Jesus vivia e morava? Jesus comeu e dormiu na sua casa tantas vezes... Pois ele, ninguém menos, negou Cristo... Não uma nem duas, mas três vezes (S15), Laura! justamente quando ele mais precisava: na hora da morte. E depois, o que fez? Voltou pra casa e ficou num canto, esperando o tempo passar,

esperando o corpo envelhecer... ou foi à luta, pagando todo o bem que recebera de Jesus em dobro?... trabalhando até o último minuto pelos mais necessitados (S26 e S15)? Ponha-se no lugar dele (S8 Recíproca de inversão)! Acha que Pedro não era verdadeiramente cristão? Ser cristão, Laura, não é ser perfeito. Ninguém é perfeito (S2 Em direção ao termo universal)... Quem não erra nessa vida? Seu pai, sua mãe, eu... você (S1 Em direção ao termo singular)! O Evangelho foi feito pra gente como nós, Laura... Ser cristão é fazer de um erro uma lição de humildade... da culpa uma dívida paga com amor, levando algo bom ao próximo... às pessoas, aos animais... Você me disse que recebeu muitas coisas boas dos seus pais (S32 Princípio de verdade)... Seu pai nunca deixou faltar nada em casa, pagou sua escola... e tantas coisas. Ao que se faz, o que se paga, Laura!... Você deve pagar o bem com o bem, não acha (S7, S26 e S6)?”.

Laura responde que sim, comovida e atenta.

Filosofo clínico: “Qualquer bem que você faça é uma dívida a menos com Deus (S26). A gente começa com algo bem prático, se possível feito com as próprias mãos. Estas aqui! (Falando isso, peguei em suas duas mãos e apertei firmemente – S3 Em direção às sensações). Coisas como pegar o telefone e falar coisas boas pra alguém de quem você gosta e tem saudades (S32)... Quem sabe ajudar aqueles que você sente que estão precisando... A alma é como um vaso: quando está cheia de culpa, feito água suja, a gente vai enchendo com água limpa, com pequenas ações diárias, e a sujeira vai saindo... trocando o mal pelo bem, o sujo pelo limpo, a culpa pelo perdão (S22). Você é cristã, Laura (S7)?”

Laura acena a cabeça positivamente.

Depois de algum tempo de terapia juntos, com forte interseção, estive convicto da verdade dos seus sentimentos (T21 Expressividade). Sobretudo, porque já houvera constatado que a nossa interseção e os meus comentários encorajavam-lhe experiências de autoconfiança (S32 Princípios de verdade).

Filósofo clínico: “Então, vá lutar pelos seus sonhos, querida!... E ponha tudo de bom que há em você para fora (S6 e S12 Busca)...! É justo que as pessoas recebam isso de você, não é (S31)? Além de tudo, você é a maior beneficiada em fazer o bem. Pois é dando que se recebe e é perdoadando que se é perdoada... lembra-se (S26 e S7)? O exemplo prático, *Laura*... Essa coisa que vem da alma pro corpo (S3)... Faça como Pedro, *Laura*... encha a sua alma com coisas boas e vá pro mundo!” (S8 e S6).

Laura suspira fundo... e diz: “Obrigada, Will. Eu não tinha pensado assim... Acho que você tem razão...” (S4).

A sessão continua mais alguns minutos, com devoluções da *Laura*. Antes de concluir, dei-lhe algumas orientações finais. Nesse dia investi no resultado dessa reflexão, ambientada no seu estado habitual de inversão, com um progressivo direcionamento para as vivências sensoriais (S30 Análise indireta e S3), ciente de que isso poderia gerar soluções criadas por ela mesma (S11 Atalho).

Filósofo clínico: “Eu quero que você faça outra coisa... (S6) Vá pra casa, com o coração tranquilo... Tome um banho quente bem demorado... de que eu sei que você gosta. Fique bonita ... pra você mesma! Depois, vá até o seu guarda-roupa e pegue uma roupa que

faça você se sentir confortável. Algo colorido, que fique bem em você... e dê uma boa olhada no espelho... de cima pra baixo (S3 e S16 Roteirizar). Me diga, especificamente, qual roupa é assim pra você?” (S1 Em direção ao termo singular).

Laura olha pra cima, pros lados, buscando a memória... e descreve feliz uma peça (S14 Deslocamento longo).

Filósofo clínico: “... Pois bem, chame seus bichinhos, feche a porta do seu quarto e converse com eles sobre o que eu lhe falei aqui hoje. Conte tudo... Ouça o que eles têm a lhe dizer e... depois você me diz como é que foi, está bem?” E despedi-me como ela gostava de se despedir: “... vá com Deus!” (S26).

Semana seguinte ela volta, com a seguinte observação, logo de início:

Laura: “Olha, eles me disseram que eu estou gordinha... que eu tenho de emagrecer uns três quilos. Acho que é isso mesmo que eu vou fazer!...” (S3) e riu gostosamente, mostrando a calça com as mãos (S1). Parecia mais feliz...

* * *

2. Certa feita, marcamos uma sessão no final da tarde de um domingo, em tempo de assistirmos o pôr do sol, à beira de um pequeno lago bem freqüentado no centro da cidade. Pedi a ela que levasse um dos cachorros (S29 Reconstrução). Ela trouxe os dois. Foi muito divertido, especialmente porque ela puxava conversa o tempo todo sobre questões variadas, frivolidades...

moda, televisão etc. (S3 Em direção às sensações). Escutei-a sem interrupções. Ao final da consulta, ela disse estar se sentindo ótima e me perguntou se poderíamos voltar lá outra vez. Concordei, ressaltando um pedido: que na próxima não trouxesse os bichinhos, que vestisse aquela calça jeans predileta e uma blusa azul, pois queria fazer uma experiência. Sabia dos efeitos de um bom agendamento nela da calça jeans e do termo azul (S29). Deixei-a curiosa até a semana seguinte... o que a estimulou a querer saber do que se tratava e a animar-se contente para a próxima sessão (S28).

Filósofo clínico: Após elogios sobre a roupa e o cabelo, perguntando-lhe como se sentia fisicamente com aquela roupa (S3 e S1 Em direção ao termo singular), disse-lhe: “vamos fazer uma experiência: tocar o azul do céu com a língua... É pra fazer uma careta bem feia e engraçada (S3). Já fez isso alguma vez?”

Laura: “Eu não!?” ... e riu.

Filósofo clínico: “Faça como eu... deite-se de costas e encontre uma posição confortável pra você. Vamos lá, deite-se comigo... Deixe as pernas e braços bem abertos, colados no chão e olhe bem pro céu. O mais fundo que conseguir... Agora tente tocar o céu com a língua... Olha que tem algum Pequeno Príncipe lá em cima olhando pra gente (risos)! Vamos fazer careta e mostrar a língua pro céu?... Prepare-se que já estamos decolando... Estamos começando a entrar na atmosfera que envolve toda a Terra... Sabia que no céu não há barreiras entre os países? Agora a gente vai mergulhar no imenso azul do céu... Prepare-se! [...]”.

Continuei assim S17 Percepcionar por cerca de vinte minutos.

Concluimos a experiência e, antes de voltar pra casa, ela me contou que naquele momento se sentia como se estivesse nascendo de novo... e um certo frio na barriga (S3).

* * *

3. Uma das questões mais importantes, talvez a maior da terapia, foi a sofrida relação de Laura com a mãe dentro da mesma casa, reforçando uma fixação nas tristezas do passado e um grande isolamento no quarto (S4 Em direção às idéias complexas e S7 Inversão). Razão disso, precisei dialogar também com a mãe. Por ter sido ela quem pessoalmente me encaminhou a filha, a oportunidade e o convite para uma conversa no consultório foram muito bem aceitos. Informei-lhe da gravidade da depressão de Laura. Argumentei, sem apontar detalhes (S21 Informação dirigida e S10 Argumentação derivada). Disse-lhe também que se quisesse a filha feliz, evitando piores conseqüências, o melhor seria deixá-la morar um tempo com a avó paterna; quem sabe, retornando à casa nos fins de semana (S32 Princípios de verdade). Expliquei-lhe a necessidade urgente de sair do estado psicológico de isolamento e genericamente afirmei que o ambiente físico da casa onde moravam não a deixava esquecer a morte do pai, sem nenhuma fala minha sobre os verdadeiros e delicados porquês (S25 Intencionalidade dirigida). Aproveitei a conjuntura para lhe perguntar se poderia, em especial, pintar o quarto da filha de um azul claro, justificando seus efeitos terapêuticos (S4). Por fim, ela concordou com a iniciativa e se dispôs a ajudar, o que me possibilitou conversar com a Laura a respeito, usando os submodos que eu sabia mais adequados.

Filósofo clínico: “Laura, você se lembra quando você dava um tempo

das brigas na sua casa e ia pra casa da sua avó? Pois bem, talvez seja uma boa você fazer isso agora (S6 Em direção ao desfecho), mas de uma maneira diferente... Eu sei que você tem receios de deixar sua mãe sozinha e desamparada, mas... se você tivesse certeza no seu coração de que sua mãe ficaria bem, você também ficaria bem também?”

Laura: “... É, mas eu sei que não é assim!”

Filósofo clínico: “Sim, mas se, por acaso, a sua mãe te desse essa certeza, de que estaria bem, de que estaria feliz simplesmente por você estar feliz... você ficaria com o coração mais leve pra seguir seu caminho ou não?” (S5 Esquema resolutivo).

Laura: “Nesse caso é claro que sim!”

Filósofo clínico: “Eu também acho que sim. Estive pensando muito nisso e acho que realmente seria uma boa. Conversei com a sua mãe outro dia, como você sabe, e falei com ela a respeito. Ela concordou, dizendo-me que só quer o seu bem e que você não se preocupasse com ela. Depois, tem outra coisa que você um dia me falou e está cheia de razão: é preciso dar um tempo de vez em quando nas relações... que é pra valorizar o convívio, se não ninguém agüenta! Você não concorda?”

Laura: “Sim.”

Filósofo clínico: “... Todo mundo precisa disso um dia ou outro, Laura (S26 Axiologia e S2 Em direção ao termo universal)... Pense bem... você pode ficar a semana com a sua avó e os fins de sema-

na com a sua mãe, além de poder sair sempre que quiser com os amigos, é claro (S32). Se até Jesus deixava os discípulos sozinhos de vez em quando, isso não pode estar errado, não acha?” (S22 Vice-conceito e S26).

Laura: “Isso é verdade!”, afirmando com convicção.

Conversamos mais sobre o assunto... e ela me disse que seria realmente ótimo morar um tempo com a avó, mas tinha o coração apertado só de pensar que um dia poderia olhar pra traz e ouvir a mãe acusando-a de abandono (S4). Enfatizei-lhe que não seria abandono, pois estaria lá nos fins de semana... e o mais importante: era pela vontade da própria mãe (S10 Argumentação derivada). Ao lembrar-lhe disso, Laura percebeu (S28 Epistemologia associada a S32 Princípios de verdade) que, mais que uma simples hipótese, era uma possibilidade real à sua escolha imediata. Demonstrou interesse e animação na continuidade da conversa.

Filósofo clínico: “Olha, Laura, essa coisa de deixar as pessoas sozinhas de vez em quando é até mais profundo que você imagina. Não tem a ver só com a sua mãe, mas também com o seu pai. A gente sabe que essa vida aqui na Terra é apenas uma passagem... Apesar dos defeitos do seu pai, ele também era um homem bom, como você também é... Eu acho que um dia, quando todos nós nos reencontrarmos no andar de cima, esse período de separação entre os que foram primeiro e os que ficaram também vai valorizar o reencontro, você não acha?” (S4, S22 Vice-conceito e S26).

Laura permaneceu em silêncio, sem respostas, com o olhar firme. *Filósofo clínico*: “Lembra-se de quando você tinha 14 anos e teve de se afastar dos bichinhos, porque tinha de se mudar? Você me disse que só consegui se desfazer deles por causa de uma frase do seu pai, que era importante não se apegar pra não sofrer... Lembra-se? Você até comprou outros depois... Pois é... Laura, o desapego é a arte de deixar as coisas irem quando chega a hora de elas irem. No relógio da vida tudo tem sua hora... (S26, S32 e S22).

Você tem razão numa coisa: passado é passado. Eu ouvi certa vez que, se a gente não pode voltar atrás e refazer o começo, a gente pode agora começar um outro fim. Você me disse que reza pra ele... Tenho certeza de que ele ouve as suas preces e de que ele também quer o seu bem, como a sua mãe... Vai dar tudo certo, você vai ver! Não tem ninguém nessa Terra desamparado por Deus. Estamos aí... vivendo, errando, aprendendo... melhorando, evoluindo. No mais, só falta achar um saco cheio de dinheiro na rua (risos...) (S4 e S26). Ainda mais você, que além de tudo é uma mulher jovem e tão bonita (S3 Em direção às sensações)... Tem tanto pra conhecer esse mundo... Quem sabe ainda vai fazer uma pós-graduação naquele país maravilhoso que é a Alemanha e me mandar depois um cartão postal? Já imaginou?” (risos) (S12 Busca e S14 Deslocamento longo).

Laura chorou numa mistura aparente de tristeza e alegria... rindo e chorando. Disse estar emocionada, pediu desculpas pelas lágrimas... e depois agradeceu: “Obrigada, Will. Nossa...! Tanta coisa bonita... que a gente emociona, né? Acho que você tem razão... Vou falar com a minha mãe”.

Na última semana em que ela veio ao consultório, mostrou-me as páginas mais recentes do seu diário, que eu havia lhe sugerido escrever (S20 Tradução). Laura fez questão de ler alguma coisa sobre os cachorros – que ficaram na casa da sua mãe. Num desses trechos, dizia não saber o porquê (S10 Argumentação derivada), mas já não sofria tanto pra contar seus segredos pra eles, como fazia antes. Apesar de continuar gostando muito deles.

Acontece que, por muito tempo, eles eram os únicos com quem ela conversava, chorava, desabafava, mantinha contatos físicos de afeto etc. (S19 Esteticidade seletiva, S3 e S31 Expressividade). Mas Laura reaprendeu antigos caminhos... e novas possibilidades.

Filósofo clínico: “... É que agora você tem outros amigos pra conversar. Gente que fala pra cachorro!”, brinquei (risos).

Desta vez ela riu... porque estava feliz.

Palavras que Silenciam

... Para demonstrar solicitude aos hóspedes, tudo que é feio, velho ou sujo é atirado no quarto de Gregor, que aos poucos vira um verdadeiro depósito de lixo. Uma noite, três hóspedes ouvem sua irmã tocar violino na cozinha e convidam-na para que toque junto a eles, na sala contígua ao quarto de Gregor. Após alguns instantes eles se enfadam e desdenham a apresentação da garota. Gregor, atraído pela música, vai até a sala e não se preocupa mais em esconder-se, colocando-se à vista dos três senhores, que se assustam ao vê-lo e acabam ameaçando a família pelo ultraje da presença de tão asqueroso animal. Nesta noite Gregor escuta o repúdio dos familiares: "Preferia que estivesse morto", diz sua irmã. Na manhã seguinte, a criada abre o quarto de Gregor e o encontra morto. A morte de Gregor é encarada como alívio para a família.

Franz Kafka, A Metamorfose.

Quanto vale a verdade que nos cala o desejo de ouvi-la? Conta uma antiga história que até hoje jaz no inferno o homem que só dizia a verdade. Há muito tempo ele passeava numa floresta e, ao ouvir alguém se aproximando, parou numa bifurcação, exatamente no meio de duas estradas: uma para a esquerda e outra para a direita. Por ali fugia um pobre coitado, escravo das maldades de um senhor cruel, que escolheu um daqueles caminhos para a libertação. Sem demora, vieram seus perseguidores e perguntaram ao homem que só dizia a verdade qual rumo tomara o escravo. Pode-se deduzir a conclusão...

Todos sabem que o caminho que nos leva ao inferno da consciência está pavimentado de boas intenções. Uma pessoa não é melhor, nem mais verdadeira por ser mais sincera; tampouco uma opinião pessoal se transforma em verdade para os outros, graças a um mero desejo de convencimento. Significa dizer o que não é raro: na prática, a teoria é outra. Depois, sobre qualquer ponto há muitas verdades diferentes, afins e contrárias... filosofias, psicologias e conselhos pessoais realmente brilhantes, talvez mais até do que os efeitos possam confirmar seus fundamentos. Pudéssemos todos afirmar em nossos

corações o que a biógrafa Evelyn Beatrice Hall (Tallentyre, 2004) atribuiu a Voltaire – “posso não concordar com uma só palavra do que dizeis, mas defenderei até a morte vosso direito de dizê-lo” –, teríamos inscrito em nós um dos maiores títulos de todo grande terapeuta. Entretanto, valeria uma pergunta a Voltaire: que valor tem o direito do contraditório sem a compaixão? Direito à discórdia, simplesmente? Não, um filósofo clínico precisa ter outra qualidade, ele deve se perguntar sobre a dimensão cuidante de todo saber. Semelhante ao que Krishnamurti perguntou a Einstein, quando se encontraram (Boff, 2004), sobre em que medida a sua Teoria da Relatividade ajudava a diminuir o sofrimento humano. Perplexo, não soube o que responder no momento, mas, desde este dia, Einstein empenhou-se em defesa da paz mundial e lutou contra o armamento nuclear.

Imagine toda a cultura produzida pela humanidade como se fosse um imenso guarda-roupa, em que cada peça servisse ao seu justo propósito, ao tamanho contextualizado das suas necessidades... Seria uma afronta querer vestir gravatas em adolescentes à beira da piscina, desnudar esquimós ou arrumar os cabelos dos que os preferem “desarrumados”. Isso parece óbvio, sobretudo aos terapeutas mais experimentados. No entanto, o que se observam nas terapias em geral são os velhos apegos às temáticas do comportamento ou dos dramas familiares, da sexualidade, das influências sociais, da retenção nos traumas, no passado ou dos sentidos últimos da existência, entre outros, segundo a teoria de opção. Os que buscam uma causa psicológica básica e universal para a soma de todas as intimidades de cada um, ainda que com as melhores intenções, não parecem capazes de um verdadeiro diálogo. Reduzir perguntas específicas a uma única resposta geral (é isto ou aquilo) silencia as diferenças, mas, sem dúvida, facilita o julgamento e até justifica os anos de estudo àqueles que se especializaram. Porém,

todo ser humano tem direito a ser único e a falar por si próprio. Razão da escolha: o silêncio ou a escuta.

Cada grande teoria filosófica e psicológica sobre o homem concentrou-se apenas num aspecto da imensa complexidade humana. Eu, particularmente, sou estudioso fiel e há anos apaixonado pelas excepcionais contribuições de Sócrates, Sartre, Carl Gustav Jung, Nietzsche, J. L. Moreno, Karl Jaspers, Ortega Y Gasset, Victor Frankl e Erich Fromm... que muito, mas muito abriram meus olhos para o que eles viram. A eles sempre retorno, em minhas dúvidas de eterno aprendiz. O problema dessas verdades não está em serem erradas nos limites do que apontaram, mas nas falácias de generalização contra as singularidades e diferenças. Grandes pensadores à parte, é muito fácil ver nos discursos acadêmicos hoje em dia o quanto as teorias perderam o contato investigativo, pessoal com o “mundo da vida” e a subjetividade empírica do outro... ele ali, especificamente: o senhor João, brasileiro, de 73 anos, com bonitos olhos castanhos, vizinho de um sujeito enigmático, que diz falar com extraterrestres; a jovem Liu Chong, no outro lado do mundo, estudante de artes, recentemente viúva; o meu caro leitor... etc. Na Filosofia Clínica, o desejo de convencer não pode ser maior que a ambição humilde por aprender cada vez mais com o outro, qualquer outro. Do analfabeto aos doutores em filosofia, somos todos profundos: milagres vivos em cada um.

Desde filósofos como Immanuel Kant e Husserl, é sabido que não é possível conhecer a realidade tal como ela é por meio das ciências físicas e humanas, mas apenas interpretá-la com os limites da nossa pequena capacidade de entendimento. Seria absurdo concluir que as pedras, as plantas, todos os bichos, Deus, as pessoas, o infinito e o resto se explicam *totalmente* com algumas regras lógicas do pensamento racional. Já que todo conhecimento filosófico não é mais que interpretação objetiva, a base de qualquer terapia exige, pelo menos,

algo de filosofia da linguagem e hermenêutica. Posto que a filosofia é um conhecimento universal e necessário, não é possível ao terapeuta conhecer o outro por ele mesmo. É preciso objetividade para interpretar no partilhante a relação entre as palavras e as coisas, entre a semântica e a sintaxe, pois disso é feita a escuta. Palavras que silenciam são agendamentos máximos, verdades pré-julgadas antes mesmo do conhecimento da historicidade do partilhante. São aquelas interpretações elaboradas sobre o outro sem nenhum critério além do interesse próprio.

As coisas não falam e as pessoas usam palavras ou outros signos do pensamento. Além das minhas próprias intuições, se algo existe para se pensar e se dizer é linguagem. Se uma pedra existe no fundo do mar e, verificando-se, de fato existe, meu pensamento a respeito é um fato. Um fato, nesse sentido, é mais que um pensamento convicto, é um sistema cognitivo e uma lógica de convencimento. O que existe, portanto, é o que se entendeu que existe. Isso faz muito sentido para filósofos da linguagem como Wittgenstein (1981): a rigor, a vida não é feita de coisas, mas de fatos.

É claro, as ciências não são tolas, tudo é verificado por um método ou por outro. Naturalmente, há discussões sobre qual o método mais adequado e, enquanto não se entendem os cientistas, a discussão permanece cientificamente válida. Noutras palavras, é isso o que nos fala Karl Popper (1977), grande filósofo da ciência, resolvendo antigos debates entre as correntes, por assim dizer, materialistas e idealistas. Desmontando conflitos e evitando disputas, ele esclarece que não existe um, mas três mundos ou realidades: 1. *o objetivo*, por acordo universal; 2. *o subjetivo*, que é exclusivamente um pra cada um; e 3. *o intersubjetivo*, que é próprio da cultura, das semelhanças e diferenças construídas pelas leis de afinidades.

As coisas existem sem as pessoas. As pessoas existem sem as pa-

lavras... O que une as palavras e as coisas são intencionalidades. Onde e quando houver linguagem, haverá “consciência de”, pois ninguém se comunica sem vontade e mínima compreensão de uma língua, dos mecanismos e das dinâmicas de interação com os outros (termos verbais e não-verbais, tudo o que afirma significados, incluindo cheiros, toques, olhares, o estilo das roupas etc.). Entretanto, nem todo estado de consciência é lúcido ou nítido, e nem sempre está focado em intenções objetivas, claras e distintas. Deve-se, com isso, entender por uma mensagem inconsciente uma intencionalidade fora de foco, que comunica todas as intenções associadas, conquanto a consciência esteja em algum momento concentrada noutro ponto. A trama da linguagem é extremamente complexa, já que nenhum estado mental funciona isoladamente, e sempre está em relação a uma rede holística de organizações e processos psicológicos e cerebrais (Searle, 1983). Posto assim, inconsciente não é uma substância, “conteúdo” ou representação interna da psique, não é uma região oculta em que se escondem símbolos, valores ou desejos. Se há linguagem, há intencionalidades, mesmo que os enunciados sejam elaborados por um sistema de dissimulação. O que se pode afirmar sobre o inconsciente de alguém – apenas e tão somente – é o que se pode compreender da análise específica da sintaxe, dos signos e das intenções do seu discurso. Em minhas conversas com Lúcio Packter, ele dizia: “o inconsciente é uma invenção, não uma descoberta”. Se, de outra maneira, a questão consciente *versus* inconsciente for recolocada como linguagem racional *versus* irracional, então o problema será da teoria do conhecimento. O assunto, largamente desenvolvido pela psicologia, é reapresentado por Lúcio como uma questão filosófica anterior. A rigor, para um terapeuta que busca entender o que o outro quer dizer, o mais perfeito estado inconsciente da psique é aquele que não foi ou não pode ser dito, que não utilizou nenhum jogo de linguagem. Por definição, o que há de mais verdadeiro e profundo,

de mais belo ou desprezível na alma humana, permanecerá em misterioso silêncio. Nem tudo se diz, algumas coisas apenas se mostram.

Supondo um acordo dos usos da linguagem comum (como a língua portuguesa ou a inglesa), se um partilhante diz algo a um filósofo clínico, que poderia sugerir algum significado além ou diferente do que ele decidiu, soube ou pôde revelar, como poderia o terapeuta saber objetivamente na fala dele o que lhe está inconsciente? Saber a intencionalidade das razões implícitas? Neste ponto, há de se reconhecer: não é possível qualquer psicologia do inconsciente sem os fundamentos e as investigações de uma hermenêutica e de uma filosofia da linguagem sobre o discurso individual. Em verdade, ninguém pode saber dos desejos e das crenças de outra pessoa, senão pela interpretação do seu enunciado segundo a lógica e as categorias do entendimento dela. Isto é, tal como ela, em sua cultura, constrói e articula subjetivamente os significados da sua linguagem. Toda aprendizagem é uma íntima ressignificação, isto é, uma atitude que atribui novos significados às informações recebidas do mundo, de tal forma que passa a guardar um sentido próprio e adequado à maneira singular como cada um é capaz de entender. Habitado pela linguagem e pelo pensamento, o ser humano carrega consigo a potência de ressignificar o conhecimento, considerando os diversos saberes, culturas e, sobretudo, individualidades. Sabendo disso, é imprescindível e cada vez mais urgente a exigência de uma ética de escuta da diversidade e da alteridade, a exemplo da Filosofia Clínica.

Logo, é contra-senso falar em conteúdos psicológicos universais. Haveria honestidade na escuta clínica, se as regras de interpretação valorizassem mais as opiniões do intérprete que o interpretado? Quem deseja usar palavras que chame verdadeiras, e assim julgar os outros e toda a realidade, saiba: há de falar apenas do que e de como interpreta, mas nunca das coisas percebidas, por elas mesmas. Já que

as palavras promovem o entendimento comum, elas inibem as singularidades do sentir. Como bem sabia o filósofo Nietzsche (1979),⁶ o que se sente difere do dizer do que se sente.

Por meio de uma investigação filosófica bem feita, considerando todos os exames categorias (assunto, circunstância, lugar, tempo e relação) apresentados na Filosofia Clínica, é possível reconhecer nas pessoas diversos e inabituais modos de intencionalidades, conscientes ou inconscientes. Sem jamais desconsiderar os estudos físicos, neurobiológicos, das psicoses mentais, vencendo a pobreza e os perigos dos estigmas de personalidade, pode-se dizer que as manifestações da consciência humana são de infinita diversidade e riqueza. Existem milhares de informações flutuantes, aparentemente des-configuradas: sensações, sentimentos, lógicas, axiologias, pré-juízos, entre outras, em desuso momentâneo, dispersas dos focos de interesse atual. Tal como uma respiração desatenta, ninguém (ou quase) é lúcido o tempo todo. Se somos capazes de sentir os pés enquanto caminhamos suavemente pela manhã, porque deixamos de senti-los durante todo o dia? Os dedos dos meus pés estão agora inconscientes porque eu não tenho interesse neles ou em minha totalidade. Ademais, existem consciências com pensamentos paralelos e simultâneos; compreensão e desejos bipolares; influências espirituais, estados alterados da consciência, metafísicas, linguagens paradoxais, simbólicas, gestuais, intuitivas etc., por certo difíceis ou desinteressantes àqueles (muitos) que se utilizam basicamente das percepções comuns, socialmente condicionadas em cada época. E por último, existe o inconsciente puro que, além do meu alcance físico e espiritual, é o desconhecimento do mundo inteiro.

Da mesma forma que a consciência de cada ser humano se caracteriza pela intencionalidade individualmente dirigida, com uma estrutura de pensamento sem igual, cada sociedade se vale de um

sistema próprio de categorias de entendimento, que determina ou revela suas formas culturais de percepção. Sem dificuldade, as sociologias e as psicologias sociais em geral⁷ dão conta de uma espécie de mecanismo psíquico de padronização social, com a função de modelar valores e comportamentos sob pressão restritiva, de maneira que cada sociedade em um contexto histórico determinado acaba por interferir na capacidade de seus membros em geral (não todos, naturalmente), com maior ou menor influência, a fim de se manter estável na forma particular em que se desenvolveu e se caracterizou.

O que é honestamente possível dizer sobre aquilo que nos é inconsciente por definição? Mais que conhecimento de coisas e a invenção de idéias, a filosofia esculpe no pensamento a certeza da vida. Se há mais coisas entre o céu e a Terra que em vão não podem a filosofia e as ciências, podem a arte e a religião. Caso o filósofo clínico precise investigar e experimentar por si mesmo a intencionalidade dos saberes transpessoais^{xiii}, das incontáveis vivências espirituais e estéticas, familiarizar-se com metáforas e literaturas etc., a fim de entender o outro, ele o fará. Mas é bom não esquecer que o filósofo, como qualquer ser humano, tem direito aos seus próprios valores e recusas, sem dogmatismos. Redefinindo limites, o tópico 19 da EP – Singularidade existencial – é uma janela aberta para os céus da mente. Na Filosofia Clínica, pelo amor ao conhecimento, o que não se pode provar não é verdadeiro nem falso: é escuta.

O infinito e o inefável do homem e do que poderia chamar de “além-do-homem”, como legítimas manifestações do partilhante, têm seus próprios meios de comunicação e entendimento, que não a lógica. As regras que definem o que uma árvore precisa ter, para ser uma árvore, fazem das árvores conceitos e não árvores. Tanto as árvores quanto o inconsciente humano merecem um silêncio intacto e metafísico, não o silenciamento autoritário daqueles que em nome

das suas verdades preferem calar e destruir o que não compreendem. O silêncio intacto da metafísica não é uma simples ausência de palavras, mas a linguagem intuitiva de tudo o que não fala pelo argumento. A perplexidade existe e está em compreender o significado do que não se explica, a intuição que antecede a palavra e o pensamento. Parafraseando o famoso ditado de Galiza, no noroeste da Península Ibérica: “*las brujas y las metafísicas [acréscimo meu] no existen, pero que las hay, las hay*”.⁸

Irrompendo subitamente, desvelando transcendências, antecedendo porquê, a intuição é a própria consciência perplexa de sua latente inconsciência, humilde e sábia. Trata-se de uma concepção não racional de verdades e, como tal, existe e dá provas de sua força àquelas que a manifestam. Pode se referir a uma síntese psicológica, numa maravilhosa e inacessível organização interna, ou evidenciar realidades parapsicológicas, externas às experiências já vividas. Percebê-la ou fomentá-la exige suspensão das motivações que habitualmente em rotina dirigem a atenção da pessoa em função de uma escuta mais livre, possível dos tópicos da própria estrutura de pensamento. Assisti a um filme de madrugada, cujo nome não me lembro, em que um artista plástico só alcançava êxtase e intuições geniais, quando se isolava das outras pessoas e acumulava para si intensa fome, a ponto de delirar... Noutras pessoas, o inconsciente “fala” somente pelas exigências da fé religiosa, rezando em voz alta, com forte entonação, se e somente se existirem outras pessoas ao lado, fazendo o mesmo. Alguns decidem ficar bêbados para receberem a intuição necessária. Há músicos que ouvem composições geniais em seus sonhos, enquanto dormem; outros que incitam intuições ouvindo gravações especiais, lendo certos tipos de livros ou assistindo a filmes congêneres... Mas também há os que não suportam leitura, nem gostam de televisão etc. Alguém ainda poderia dizer que Deus ou a psique do universo

nos fala através do inconsciente, pessoal ou coletivo, e se comunica com todas as pessoas o tempo todo, revelando sinais, acontecimentos e sincronidades...

Tudo bem, sem problemas. Filosofias à parte, quando uma consciência interpreta outra, como se conscientizar daquilo que é de fato inconsciente? Talvez seja possível conhecer as existências passadas ou acessar tudo o que nele foi reprimido. Mas o que é o passado se não linguagem? Deixemos que o oculto fique às ciências ocultas, enquanto o diálogo for possível. Há muitos saberes para que a filosofia se arroge ser a melhor. À Filosofia Clínica só interessa a existência humana como fenômeno, manifestação. Não é o que se advinha, mas o que se mostra importante ao modo de ser do partilhante. Não confere autoridades mágicas ao terapeuta, manipulando os pensamentos e desejos secretos do outro, como se este fosse sempre um impotente para si mesmo. O abuso hoje em dia chegou ao cúmulo de eliminar até o direito fundamental da discordância de opiniões, deixando a pessoa sem defesas. Não bastando, fez-se ainda do direito à recusa desse abuso um mecanismo de confirmação: "... a prova do que eu lhe disse está justamente em você não aceitar as minhas palavras, porque a verdade incomoda... Trata-se de uma reação inconsciente de agressividade!" Sobre teorias, concordamos ou não: discutimos. Aos problemas do diálogo, enquanto for possível e pela mesma linguagem utilizada, mais diálogo. Sobre o outro, na clínica, apenas duas coisas: escutar e cuidar. O inconsciente é dado para a escuta, não para acusações.

Mas é claro! O inconsciente é um fenômeno psíquico como qualquer outro. Devemos nos contentar com a existência de somente duas coisas no mundo subjetivo: a eternidade do que nunca saberemos, como uma fé; e tudo o que é percebido e significado pelos códigos de deciframento, certos ou errados. Se possível, ciência e filosofia no

juízo. Bom senso não faz mal. O inconsciente humano não é um segredo guardado, nem o ouro que se vê, quando se desenterra um baú perdido e se lhe procura o fundo, mas toda a vida e a natureza que se escondem sobre as costas, abaixo do céu. O inconsciente é uma pálpebra: por certo existe, mas nunca se lhe vê o interior quando os olhos se fecham.

Assim como há um ponto cego, distante do meu olhar físico, em que se escondem as alternativas além da superfície, há também uma direção surda, em que silêncio com palavras todos aqueles que não completam a extensão de mim mesmo. Lembro-me de um fato pesado e ao mesmo tempo engraçado, que aconteceu comigo há muitos anos, nos meus vinte e poucos anos. Meu primo, um irmão de coração, um dia apareceu em minha casa com um olhar triste e perdido. Caminhava a esmo. Obviamente, não o quis deixar assim. Convidei-o para uma demorada conversa e gastei com ele toda a minha filosofia que aprendera na faculdade. Disse coisas lindas sobre o sentido da vida, o amor universal, a beleza de tudo etc. Depois de muito me escutar pacientemente, ele foi embora. E eu fiquei me sentindo bem, por ter feito a caridade de ajudar um necessitado em um momento difícil. Anos mais tarde, lembrando a ocasião e rindo juntos, ele me disse que viera me fazer uma simples visita e que se sentia bem, tranquilo e sem nenhum drama. Mas quando foi embora, após tanto me ouvir, ficou péssimo, melancólico, se sentindo incompleto... Ficou tão pensativo, distante do corpo, que mal soube o caminho de volta para sua casa... Naquele dia, ele guardara para si um silêncio cheio de tudo o que fora dito.

Na gramática do silêncio o pensamento é repetido como um dogma. Por vezes é um jogo de sedução em que a verdade é um sentimento confinado à palavra do sedutor, mentindo para si mesmo com elogios de galanteria. Quando se repete o que não se entende, por

bonito que seja, o pensamento em seus poucos instantes de realidade é encapsulado em palavras, pílulas que, se pouco usadas, diminuem a fé das próprias convicções. Não é raro observar, entre os que gostam de vencer e convencer, uma incomunicável distância entre as palavras e os gestos. É que a linguagem é um jogo, cujas regras devem ou deveriam ser não outras senão aquelas em que os jogadores se entendam. Novos contextos, outras circunstâncias lingüísticas e as regras de significação se modificam. Então as mesmas palavras, os mesmos gestos, olhares etc. se transformam completamente.

Se uma pessoa me diz, por exemplo, que no campo das emoções ela se define como “auto-suficiente”, o que ela quer dizer com isso? Que não quer ou não precisa de outra pessoa...? Que tem raiva de alguém e fala isso especificamente em razão do namoro frustrado de cinco anos atrás? Que finalmente alcançou independência financeira há poucas semanas, sem o quê jamais teria um sentimento equilibrado dentro de si? Que é religiosamente arrogante... ou humilde? Que essa fala só faz sentido adequado, quando em relação ao desejo de se libertar do apego ao filho mais velho, que usa drogas e a faz infeliz? Ou que simplesmente acha a frase bonita e quer causar uma boa impressão de si mesma nos outros, pois já ouvira alguém aparentar maturidade ao dizer isso num filme? Como filósofo clínico, se eu me valesse da analítica da linguagem de Wittgenstein (1999), da hermenêutica de Gadamer (1989) e das pesquisas de Jonh Searle (1983) sobre a intencionalidade da mente, investigando a fundo o discurso daqueles que melhor conheço, dos amigos mais próximos, encontraria surpreendentes respostas para uma simples frase como essa. Quem souber nunca esqueça: sem contexto, tudo é nada.

Então uma criança de seis meses chora por comida... Choro é simplesmente choro e comida é simplesmente comida, até o dia em que alguém pára pra pensar a respeito. Então surgem as dúvidas, as

interpretações e uma grande confusão. É até possível que a criança fique sem comida, esperando a resposta: é fome ou dor de estômago? Sem saber, a criança não tem nada a ver com isso, aparentemente, e continua chorando. Mas o que realmente ela quer dizer, quando se expressa? Ouvindo uma pergunta como essa, alguém poderia dizer que isso é pura (e inútil) filosofia e que é preciso tomar providências práticas. Tudo bem, ela pode estar certa neste caso específico... mas pode estar errada. Se levamos a criança a um pediatra e ele investiga o fato com rápidos exames, pode elaborar o pensamento de que tudo não passa de manha por doce. Pode haver também diferentes interpretações médicas... Mas sendo otimista e mais simples, vamos concluir aqui que não houve nada demais. Findada a discussão, há um entendimento básico: a manha foi um fato, um fato psicológico e cultural. Outras crianças agiriam exatamente assim e pelas mesmas razões? O que diversos povos em épocas diferentes falaria sobre a manha? Por certo este conceito nem sempre existiu, apesar de crianças sempre chorarem... por alguma razão.

O que se pode concluir disso? Que a vida é complicada demais para se viver sem filosofia? Não, por certo. Não é preciso filosofia para amar, comer pão, ir ao cinema, falar mal dos outros, rir, trocar de roupa, fazer compras etc. Porém, mesmo que inconsciente das consequências, as pessoas julgam umas as outras e si mesmas... E, em geral, conhecendo tanto, se desconhecem profundamente. Dou-me por satisfeito se aqui restar uma única conclusão, mais uma vez: que nenhuma teoria psicológica sem os completos cinco exames categoriais associados (assunto, circunstância, lugar, tempo e relação), descrevendo uma estrutura de pensamento, é capaz de apreender *na totalidade* um simples fato ou fenômeno humano – nem a própria Filosofia Clínica, vale acrescentar –, pois tudo o que é simples no homem é anterior ao pensamento. Para quem é filósofo, pensar é comprometer-

se com o mundo. Na Filosofia Clínica, conhecer é responsabilizar-se pelo outro. Na lembrança da concepção raciovitalista de Ortega Y Gasset (1961), de que me valho para melhor aprofundar a terapia de Lúcio Packter: “eu sou eu e minha circunstância, e se não a salvo, não me salvo eu”.

Segredos só existem enquanto não são revelados. Escutar segredos não é *des-cobrir* o que se oculta. É guardar respeitosamente intacto o que não pode ser violentado: a consciência da própria ignorância sobre o partilhante. Depois de tudo o que se ouve e se interpreta, escutar segredos é continuar ouvindo o mistério de outrem. Aqueles que ouvem somente o que compreendem, ordenando, corrigindo e prescrevendo pensamentos alheios, preferem o silêncio do outro, o menor tamanho de si mesmo e a voz da solidão. Quando as palavras silenciam o outro a fim de que a pretensão do nosso julgamento seja ouvida, tudo o que mais importa na terapia perde o seu valor. O amor à verdade não pode ser maior que o amor ao próximo. Em algum momento de maturidade será preciso que o terapeuta não mais convença, porém antes seja convencido da real e inacessível existência do inconsciente profundo, do próprio e dos outros. Momento de humildade em que haverá paz no julgamento e diálogo na relação. Esse é o preço da verdade na escuta filosófica: com perfeição, só se conhece plenamente alguém, quando se lhe conhecem todos os segredos. À porta de um consultório deve-se sempre pôr admiração naquele que vai entrar. Só o mistério chega inteiro ao fim.

A Terapia é uma Tragédia

“Quando lhe confrontarem dizendo coisas do tipo: ‘como é que um terapeuta das almas se descontrola desse jeito a ponto de gritar e brigar, de mentir, de errar, de ter mais dúvidas do que certezas, de ser inseguro, de chorar e ser tantas vezes fraco?’ Não deixe barato, não! Acrescente a dor da ressaca depois de um pileque, diga que você só passou em Ontologia, na faculdade, porque colou no exame final; e aquela vez que você quis impressionar uma garota e deu tudo errado; conte também que tem vergonha que descubram que você trocou aquele bar de jazz ao vivo, culto e chato, por uma discoteca de música ordinária; afirme também que se masturba, que às vezes mente, tenta parecer o que não é, que mostrou ter entendido a palestra sobre eticidade na qual dormiu após conferir a própria ignorância; conte que uma pessoa levantou-se em meio a uma entrevista e mandou à merda; não esqueça também, de se dizer contraditório, humano, perfeito e imperfeito, bom e mau, certo e errado; mostre que você ama e que pode odiar com a mesma intensidade; manifesta a sua raiva quando é magoado maldosamente; diga que pensa em vingança, em coisas mediocres como revanchismo. Seja, por favor, completamente humano.”

Lúcio Packter, Caderno de Submodos.

Se desconsiderarmos o tipo real ou ideal de ser humano, coisas como o arquétipo feminino, a psique da criança e suas necessidades da figura paterna, o comportamento psicológico na senilidade etc., seja como for, uma tipologia cuja ausência mereça ser curada, conseguiremos aliviar também as conseqüências: os pesados títulos das doenças mentais, do desajuste, da disfunção e das categorias de imperfeição existencial que sobrecarregam quase toda a humanidade, a começar pelo raciocínio infelizmente comum do que se habituou chamar de nossa inevitável “neurose”. O poeta Drummond bem que estava certo... “teus ombros suportam o mundo e ele não pesa mais que a mão de uma criança”. Vencer o desejo de superioridade e domínio exige um novo eixo de gravidade na concepção da vida, substituindo a norma pela arte; a ordem que classifica e rotula pela comparação elevada ao infinito, que nega o caráter absoluto e dá igual importância aos seres comparados, com suas próprias belezas. A terapia só pode cuidar dos limites internos do partilhante e, quem sabe, alterar um pouco o contorno exterior que o envolve, pois

o mundo inteiro não é construído na clínica e a plenitude da vida está fora de qualquer controle.

Se considerarmos o extraordinário impacto das diferenças pessoais, do que nos constitui inigualáveis a qualquer ser em todo o universo, como ainda seria possível julgar a natureza do que é perfeito ou imperfeito ante o conceito de único para si mesmo? Se a perfeição define-se pela elevação máxima das qualidades de que algo é feito, que poder aumentaria a característica da exclusividade, a fim de torná-la mais singular? Depois, entendendo que não há cura, mas simplesmente ajuda, a Filosofia Clínica pretende ajudar o partilhante em quê, a atingir qual espécie de bem-estar subjetivo? Bom... ao lado da tragédia e da perfeição, o conceito de felicidade também precisará aqui de ressignificações. A beleza da Filosofia Clínica tem suas complexidades... e recompensas.

Na prática clínica, a busca pela felicidade ou qualquer potência de bem-estar, passageira ou duradoura, espiritual e/ou física, prazerosa ou não etc., pode ser totalmente insignificante, a depender da TII Busca e de outras necessidades do partilhante em questão. Há pessoas (que eu considero) maravilhosas que se sentem culpadas, quando se sentem felizes e possivelmente ainda gastem suas últimas energias do corpo para realizar metas que nunca alcançarão nesta existência. Poder-se-ia dizer que isso é a felicidade delas. É possível, mas nem sempre. Se alguém guarda consigo, por exemplo, o T5 Pré-juízo de que a felicidade não é deste mundo e troca a duras penas cada momento agradável pelo galardão nos céus, devo entender como filósofo clínico a Função do seu Comportamento (T13) e respeitá-lo, se isso realmente lhe for uma verdade subjetiva importante. Minhas convicções pessoais não garantem competência de julgar e decidir em absoluto se ele está certo ou não. Além disso, há quem jamais se interessaria diretamente pelo assunto, desejando na terapia encami-

nhamentos exclusivamente pontuais, como resolver comportamentos de inibição na fala em público, de impotência sexual, vontades de otimização da memória etc.

Particularmente a nossa época produziu uma cultura de ansiedades e certo desejo fácil e ilusório de felicidade por consumo. Em consequência, uma realidade impraticável a muita gente. De qualquer maneira, se a felicidade não vier ao partilhante, nem por isso o filósofo haveria de abandonar a terapia ou frustrar-se com os benefícios da clínica. Pois a felicidade não é o fim último da terapia, exceto quando o caso reclama. *Grosso modo*, o bem-estar pode 1. não ser uma necessidade do momento à época da terapia; e se for, 2. com uma relevância específica, a saber; 3. pode ser resultado de uma rara sabedoria pessoal em quaisquer condições da existência, até nas mais adversas; ou 4. pelos contextos trágicos da vida, ser absolutamente impossível. O que fazer perante a morte que se recusa, a velhice indesejada, a traição do amigo, a revolta sem controle, o amor que se acaba, o desemprego que humilha e todo o inadiável que nos chega sem pedir licença? Seja a quem for, a resposta permanece a mesma: o máximo. Na tragédia, o máximo é tudo.

As revoluções burguesas do final do século XVIII recolocaram o estatuto das relações estabelecidas no Ocidente entre sociedade e o indivíduo, tornando este o valor supremo da cultura moderna: o ser da razão e sujeito normativo das instituições, o elemento indivisível e síntese encarnada da humanidade inteira. Era o fim da concepção gregária, holística da Idade Média, em que o coletivo era a referência básica da identidade dos seus membros. Paradigmas invertidos, a sociedade virou “meio” e o indivíduo um “fim” em si mesmo. Subordinada aos anseios individuais, a sociedade priorizou os elementos em detrimento das relações. Entre as vantagens e desvantagens da ênfase ao reino da subjetividade – já discutida por tantos autores

(Arendt, 1998; Dumont, 1986; Foucault, 1984a; 1984b; Perrot, 1990; etc.) –, com a modernidade nasceram o direito, o desejo à felicidade pessoal, mas também o fenômeno sem precedentes do tédio. Na mecânica do mundo capitalista, o tédio, a rotina e a normatização foram necessários para o sucesso no trabalho profissional. Nesse sentido, a bandeira do positivismo “Ordem e Progresso” seria mais honesta se fosse “Tédio e Progresso” ou à luz dos sentimentos: “Tédio e Felicidade Pessoal”.

Essa contradição foi ricamente sentida e estudada, à sua maneira e nos seus limites, pelo brilhantismo de Sigmund Freud (1989). O que ele creu ser uma demanda universal pela felicidade interna foi também pela infelicidade generalizada, mas por outras razões. Para ele, nascemos todos com um destino inacessível: a compulsão de atender aos instintos que a cultura não permite. Investigando o sofrimento humano e as formas de lidar com ele, Freud cita o amor como uma das maneiras menos impotentes de realização dos nossos desejos. A felicidade como a maior realização instintiva das necessidades que, apesar de intensa, nunca dura. Como resultado: a condição mundial da neurose humana. Freud chamou de “natureza humana” o que nunca passou de indivíduos e sociedades historicamente situados em seus próprios dramas e conseqüências. Há tantas significativas diferenças entre o homem burguês do século XIX e os “meninos de rua” criados na Bahia, no nordeste brasileiro... tão grandes diferenças e semelhanças entre uma única pessoa e o seu mais próximo vizinho... que desconsiderá-las é matar o espírito da pesquisa e o respeito à diversidade. Seja como for, foi assim para Freud. A revolução de sua crítica nos ensinou a repensar tudo o que até então era aceito sem questionamentos. É preciso seguir o seu exemplo. Deslocando o foco dos desequilíbrios e sofrimentos da maneira de vida capitalista para a suposta noção *a priori* da psique humana, muitos dos herdeiros

de Freud espalhados no mundo pela cultura preferiram chamar de neurose – entre tantos aspectos a considerar – os efeitos existenciais da política, da economia e a impotência de fazerem algo a respeito. Mas o ser humano não tem natureza, tem história.

Fato é que T5 Pré-juízos e T17 Armadilhas conceituais tão fortes como essa em nossa época, crendo antecipadamente que a felicidade pessoal é menos importante que o tédio e a realização profissional, podem definitivamente excluir da terapia preocupações verdadeiras sobre o bem-estar. Digo podem ou não. Na prática hodierna, enquanto houver dinheiro ou esperança dele, não serão poucos os que deixarão a felicidade pra depois, goste eu ou não. Na verdade, dezenas de outros argumentos e exemplos distantes de uma fundamentação histórica e econômica poderiam aqui ser usados sem dificuldade para chegar à mesma conclusão: *a priori*, nem mesmo a arrebatadora e clássica idéia da busca pela felicidade pode ser defendida como um valor humano universal na Filosofia Clínica. O amor que a todos escuta não cobra felicidades de quem não a tem e talvez muito pouco tenha a doar.

Ao menos por contraponto, substituindo a meta da felicidade pela tragédia muito mais se pode ajudar alguém na terapia, creio. A palavra “tragédia”, nos tempos modernos, adquiriu um sentido catastrófico, doloroso e ingrato, em que alguém foi acometido por uma desgraça qualquer. Denota a passividade do ser, a condição de vítima a que podemos nos tornar a qualquer momento, por capricho da existência. Porém, na concepção grega clássica do *tragikós*, o indivíduo é investido de heroísmo pela grandeza de enfrentar o seu destino e reerguer-se existencialmente das inevitáveis quedas da vida.

A experiência da tragédia tem valores ainda importantes de serem resgatados no esforço da clínica. Sobretudo porque atualmente vivemos o desequilíbrio da influência de dois extremos (dos quais a

Filosofia Clínica igualmente se afasta): a herança do racionalismo iluminista, que deu origem ao cientificismo moderno que a tudo julgou explicar pela exclusiva força da lógica e da matéria e o seu oposto, a chamada reação da “pós-modernidade”^{xiii} que, abalando a confiabilidade da razão, também causou uma geração de apelos irracionais e profunda crença na supremacia das emoções. Ambos marcaram demoradamente suas influências nas psicoterapias. A primeira direcionou a clínica pelo quase único critério da SIO Argumentação derivada, convencendo o outro de suas próprias questões. Na segunda, as mais populares conseqüências foram a recusa dos poderes econômicos e estruturais e a propagação da cultura da auto-estima, da auto-ajuda, pela facilitação de fórmulas mágicas da vontade com base no simples estímulo emocional da auto-imagem (T2 O que acha de si mesmo e T4 Emoções). Nessa perspectiva, querer é poder.

Conquanto a maioria das noções ocidentais de felicidade tem sido formulada pelo raciocínio moral e pelas doutrinas carismáticas de persuasão, na tragédia grega, ao contrário, a vida é um fenômeno estético cuja experiência da arte não é vivida pelo indivíduo como mero espectador. A concepção da tragédia é dramática, intensa, catártica e transformadora. Especialmente porque aquele que a vive nunca sabe o seu próprio destino. A tragédia é a coragem que não teme o escândalo da vida. Noutras palavras, o sentido trágico da existência não pode ser definido ou antecipado por nenhuma teoria universal a gosto de quem a defende, tranquilizando *a priori* a certeza da morte. Seja lá qual o sentido da vida, só pode ser compreendido ao sabor da própria luta interna de si mesmo com si próprio. Como cada um carrega a existência do seu próprio drama, assim também há um sentido da vida único para cada partilhante, na Filosofia Clínica.

A tragédia na terapia é o desenvolvimento da arte de não usar previamente teorias psicológicas para antecipar explicações dos sig-

nificados do partilhante, afastando o pensamento da vida. É a substituição do pensamento de representação, isto é, das teorias não vivenciadas instantaneamente na consciência (em que mente e mundo se correspondem separadamente) pela vivência direta da escuta fenomenológica, que é a certeza viva que a alma tem de si mesma quando percebe o mundo a envolvendo e a convidando para conhecê-lo. Tudo aquilo que se percebe objetivamente de um único partilhante, as realidades materiais, culturais, ideais... aquilo que dele se escuta e se lembra... enfim tudo, não são exclusivamente coisas dele, são também fenômenos da minha percepção. Na clínica, as significações que aparecem à consciência e que são constituídas pela própria consciência são resultadas do encontro entre mim e o outro. Nada de verdadeiro pode ser dito antes desse encontro. Sem a minha consciência não haveria o outro para mim. Sem a existência do partilhante que se comunica comigo, não teria como conhecê-lo, nem como agir na clínica. Cômico e crente de que estou no mundo e que o mundo é mais velho do que eu, de que o outro existia antes mesmo de eu conhecê-lo (o diálogo com muitos me garante esta certeza comum), sei que a realidade da terapia só existe simultaneamente em nosso encontro. Portanto, ninguém escuta verdadeiramente o outro se antes já tem consigo pré-formulada alguma teoria engessada de verdade universal. Antes do encontro e da escuta, tudo o que fala silencia.

No antigo anfiteatro helênico, o indivíduo não assistia a uma peça de teatro por outros contracenada. Ele se transformava na coletividade da platéia, era um com todos e com o universo no espírito do mito encenado. O terapeuta, assumindo a filosofia como arte, põe-se no consultório à escuta da pessoa por ela mesma, pelas suas próprias categorias de entendimento, tal como fossem ambos uma só realidade. Se uma partilhante conta toda a sua história desde o nascimento, com uma riqueza impressionante de minúcias e diz que isso é tudo,

mas se esquece de falar do marido e dos três filhos, a arte da escuta clínica está em achar isso absolutamente natural. Só em momento posterior é que o filósofo se põe aos exames categoriais, por análise e reflexão. Assim como na crítica musical, não pode haver julgamento antes da apreciação.

O filósofo clínico nos momentos iniciais da escuta intervém o mínimo possível na manifestação original da fala ou das muitas linguagens com que o outro se comunica, e posteriormente só o faz por dois motivos: para captar melhor e com mais detalhes tudo o que já foi dito ou para acolher as novidades que o outro por ele mesmo ainda enseja revelar. Como prática terapêutica, eminentemente, a Filosofia Clínica é uma arte, uma vivência de síntese do real. Antes de tudo uma responsabilidade e depois um pensamento da responsabilidade. Uma filosofia que não fosse arte, não poderia ser clínica. Quer dizer, a teoria é importante, a estruturação lógica é fundamental... mas, no momento em que o terapeuta está diante do partilhante, a pessoa é que é importante. Não pode o filósofo fazer apenas aquilo que teoricamente se imagina que deva ser, porque às vezes é a prática que orienta o caminho e ensina novas direções. O que é muito natural, pois a verdade em filosofia é um convite e uma porta constantemente aberta.

Ademais, tudo na vida é perfeito. Essa é a tragédia da terapia: não resta nada para ser curado, tudo é perfeitamente o que é no contexto em que se encontra. Nas aparências, a idéia de “perfeição”, quando aplicada ao ser humano, não passa de uma questão puramente metafísica e ontológica, como se estivéssemos a falar do conceito de um “homem-deus”, de um ser completo e absoluto. Todavia, trata-se aqui de uma nova percepção clínica do filósofo sobre o outro enquanto partilhante. Naturalmente, tudo começa por uma redefinição na linguagem, do que é “perfeito” e “imperfeito” no outro e o que se pode

fazer a respeito. É o que trataremos a seguir, em rápida genealogia do conceito.

Pela tradição de Aristóteles, metafísica é a teoria do ser enquanto ser, uma ciência universal dedicada a investigar e a definir a natureza e estrutura de tudo o que existe. Nesse propósito, ele criou dez categorias de definição ou predicamentos baseados na língua grega. Quase dois mil e trezentos anos depois, a filosofia de Kant reformula para doze a doutrina das categorias de Aristóteles, retirando-as da metafísica clássica. Nesse sentido, as categorias de modos de ser transformaram-se em modos de funções do pensamento, ou seja, não se referiam mais a conteúdos, porém a formas de percepção com que a mente humana sintetizaria a compreensão lógica do mundo. Para o metafísico tradicional, pré-kantiano, nossos esquemas conceituais são o caminho para acessarmos as coisas em si, afirmando portanto que os predicados usados nas sentenças de julgamento são realidades verdadeiras ou falsas (“Laura é *verdadeiramente* cristã”) e servem para qualificar e descrever as coisas e as pessoas. Mas na linha da Filosofia Clínica, longe de toda metafísica realista, a linguagem que permite julgar o outro tem predicados perceptuais, isto é, o terapeuta nem ousa pensar que a sua interpretação do partilhante é uma verdade em si mesma. Pois sabe que a linguagem é um jogo vivo de ressignificações relativas e nem sempre é possível definir um predicado. Por conseqüência, as impossibilidades de definição final e absoluta sobre o partilhante resultam concluir que o outro não é essencialmente verdadeiro ou falso quando se comunica com o terapeuta. Seja lá o que for e como for, é um ser que se expressa, se transforma e por vezes se faz compreendido. Logo, o outro - como eu mesmo que sou outro para alguém - não é um ser imperfeito por não possuir as qualidades do que sequer é compreensível, definível: a essência absoluta da perfeição. Não há como compará-lo a nenhuma outra perfei-

ção estática fora das interpretações. Por isso, não há o quê, nem por que consertá-lo. É como disse o poeta português, Fernando Pessoa (2005): “para ser grande, sê inteiro: nada teu exagera ou exclui”.

De certo ponto de vista, nossa arbitrária ânsia moral de perfeição é a exigência de plenitude de um conceito. O conceito de perfeição costuma ser a arquitetura que adivinhamos proposta como alternativa ao real, uma espécie de utopia ou potência insatisfeita. Isso é absolutamente natural, na medida em que a vida é movimento e transformações entre o eu e seu entorno. Mas o que é o futuro se não linguagem e significado, eticamente o valor de uma escolha pela forma como o problema é elaborado? Os que adquiriram consciência social e histórica, comunicando-se com os outros, têm fé que o mundo é maior do que alcança a percepção individual. Sabem que não sabem. Já que não há conhecimento fora do vivente, certo ou errado, todos os conceitos estão limitados pelas vivências de quem os percebe. Dizendo assim, a cada novo pensamento, a cada novo termo que expressa uma idéia de perfeição, o indivíduo atualiza suas necessidades e moldes de completude de vida. Enquanto houver julgamentos sobre a perfeição, existirá também a exposição do que é critério de importância para aqueles que assim o julgam. Logo, discutir sobre perfeição humana é falar sobre perspectivas e individualidades. Por assim dizer, há uma perfeição para cada pessoa, tal como não existem exatos dois ângulos de vista para duas pessoas singularmente únicas. Aliás, para mim, sobre este assunto, especialmente quando se trata da arrogância de decidir sobre a imperfeição do outro, nada poderia ser mais perfeito que a ausência de julgamento.

Perfeição aqui, na minha leitura, jamais é entendida como uma hiperinflação do egoísmo ou do indivíduo no sentido de átomo, isto é, aquele que não se divide e exclui o outro enquanto outra unidade, e é considerado isoladamente distinto do grupo a que pertence. Na

alteridade ética da Filosofia Clínica, a consciência dos limites de “si mesmo” apenas se realiza, se descobre e se desenvolve no encontro com o próximo e com o mundo circunvizinho. É um “eu relacional”, por definição. Definir-se é posicionar-se, é responsabilizar-se em relação a. Na condição humana, assim como a escuta supõe uma fala, cada perfeita individualidade só é de fato compreendida e respeitada diante de outra. Em outro termo, equivale a dizer que uma “individualidade” é uma “singularidade co-individual”. A perfeição individual é, no mínimo, dupla.

Julgar que alguém é perfeito causa escândalo moral. O sentido de “perfeição” que procuro desenvolver na Filosofia Clínica é radicalmente outro, e a única forma de eu explicar o que qualifica uma pessoa ser “perfeita” é o artifício da comparação. Qualquer conceito se define pelos seus limites, diferenciando o que ele é do que não é. No caso, a perfeição de um indivíduo exige uma comparação com outros indivíduos - a começar de quem julga -, sobre quem ele é em relação a quem ele não é. Se comparássemos e classificássemos um indivíduo tão somente pelas suas diferenças gerais dos outros, como sexo, idade, etnia, “tipos” físicos e psicológicos etc, não o reconheceríamos naquilo que ele tem de especificamente único. Fosse tão fácil como montar um quebra-cabeça, para conhecer alguém bastaria juntar os infinitos detalhes subjetivos que compõe a fórmula corpo e alma do jeito de cada um, as circunstâncias sociais do mundo nos contornos do tempo e do espaço que o influenciam, mais o terrível livre-arbítrio de escolher redefinir-se como pessoa. Descobrir que a pessoa ao lado tem o poder de ser infinito em sua composição íntima é saber que a mesma grandeza que nos separa pela diferença também nos aproxima pela admiração. Acaso não é “perfeito” aquele que pode ser julgado ao mesmo tempo infinito e único? Desse modo, o conceito de perfeição individual é uma idéia

somente construída pelo desejo de encontro com o próximo, isto é, pelo esforço ético de aproximação, que nunca exclui as diferenças. Em resumo, sem amor, ninguém é perfeito.

Para mim, o que define a individualidade ser exclusiva, porque única, e como tal perfeita, em nada significa exclusão do outro no processo de autodefinição, já que os predicativos do eu (como alto ou baixo, belo ou feio, podendo ser inteligente, justo, calmo ou irritado etc.) só podem ser compreendidos quando inseridos e contextualizados nas diversas situações do mundo. A individualidade é exclusiva apenas no sentido de que ninguém jamais há de sentir o que eu sinto exatamente como eu sinto; e, portanto, “exclusividade” deve significar “privação” de uma consciência individual das vivências íntimas de outra. Isso porque o conceito e a percepção radical de “vida” dão-se necessariamente a partir da “minha vida”, da vida de cada qual. Como poderia ser diferente? Para a Filosofia Clínica, o grande problema epistemológico da realidade é a vida do partilhante, a existência do outro.

Sem concerto e sem cura... o que há para ser feito na terapia? Em sua perfeição muitas vezes o partilhante não é suficiente para evitar seus sofrimentos, o que é natural. Até porque ser perfeito não é estar isolado do mundo, dos vínculos, dos excessos e das necessidades que nos fazem tão humanos nesse poderoso encontro de forças entre o nascimento e a morte. Quanto maior é a sensibilidade para a alegria e o amor, maior também é a capacidade de reconhecer os efeitos da tristeza e do que esse amor deixa em sua falta. Quem deseja moderar seus sentimentos e sensações restando a sensibilidade para não sofrer muito... se conseguir, diminuirá com a dor igualmente as profundidades e sutilezas do prazer. E pela mesma razão quem prefira economizar pensamentos e ainda desejar-se ser compreendido, em suas próprias dúvidas pouco compreenderá de si mesmo. Mas quem

há de provar que o autoconhecimento e a sensibilidade serão sempre mais desejáveis que os confortos da própria ignorância? Tal é a estética da clínica em que a vida se desvela e se protege.

Nos termos de uma ética da escuta, tudo que é diferente e que não se repete é perfeito na comparação. Perfeição é aquilo cujo melhor é impossível, no pleno grau da sua relatividade. A pessoa “X” é perfeita se comparada com “Y”. Tanto é que todas as semelhanças que ambas possuem não alteram para mais nem para menos o fato de que a individualidade de cada qual merece a dignidade de ser conhecida como insubstituível. Dizem alguns que não devemos comparar as pessoas, a fim de compreendê-las, porque elas são diferentes umas das outras. Estariam querendo dizer que não devemos igualá-las? Pois, como melhor se perceberiam as diferenças? Quando as pessoas se identificam pelas leis de afinidade, são iguais à distância, semelhantes na vida em comum, e muito diferentes no íntimo. Qualquer dúvida, que se verifique no convívio de uma mesma casa quem nelas habita.

Na medida em que necessidades de mudanças, físicas ou morais, alteram o indivíduo, o movimento não se lhe constitui uma perfeição reajustada, como fosse a retificação da essência envelhecida e tudo fosse irreal porque não elevado à potência do que deveria ser. Compreender os movimentos da vida é que retirar o foco do que se observa para o contexto das comparações e comparações de contextos. Na Filosofia Clínica, busca-se a medida adequada entre as necessidades existenciais do partilhante e o que se lhe ofertam as circunstâncias, com seus limites e possibilidades. Nas horas em que a tragédia da vida nos retira a felicidade e cobra o máximo de nós, seria bom não esquecer a amplitude do nosso tamanho: para além da resistência existe espaço em abundância. Se tudo é relativo e dependente, a individualidade é a perfeita diferença. O filósofo clínico está aí para lembrar.

Notas

- 1 “... nenhuma filosofia [e digo eu, muito menos a Filosofia Clínica] é pura tecnologia [...]. O equívoco [de alguns estudantes neófitos] em simplesmente quererem aprender a prática de consultório, os procedimentos de montagem da Estrutura de Pensamento [a estrutura psíquica subjetiva do partilhante – EP] e a conseqüente utilização de Submodos [conjuntos de processos e ações práticas aplicadas segundo a conformidade do interesse clínico] faz-lhes esquecer que metodologia não é um uso de técnicas. Esse erro grosseiro sustentaria a possibilidade leviana de qualquer um, relativamente inteligente e com certa boa-vontade, mesmo não-filósofo – isto é, sem reflexão filosófica –, praticar a clínica filosófica, reduzindo-a aos seus procedimentos técnicos, mecanicamente. Eles se esquecem que pensar filosoficamente é pensar a realidade por um conceito ou por meio de conceitos. Sim, existem técnicas na FC, enquanto clínica. Porém, como qualquer filosofia, a FC é um pensar reflexivo, com análises, críticas e sínteses do real permanentemente recusado em suas aparências e reapresentado como entendimento justificado. Fazer filosofia, aos principiantes e leigos em geral, comumente traz esse engano de pensar como se houvesse uma ordem natural de primeiramente entender uma teoria para depois colocá-la em prática, sem ao menos duvidar se os problemas ou teorias apresentados são corretos, fundamentais ou mesmo se as perguntas foram bem elaboradas, antes do afoito interesse de respondê-las. Exemplos outros, fora da FC, encontram-se nos cursos que se apresentam e se executam sob títulos como ‘Filosofia aplicada à Administração’ etc. [...] confundindo-se práxis com prática...” (Goya, 2005).
- 2 Atualmente é discutido e construído por centenas de filósofos em todo o Brasil. Ao lado de especialistas, mestres e doutores há um rico espaço multidisciplinar em que outros saberes acrescentam importantes discussões sobre a relação e os conflitos humanos. São médicos, juristas, psicólogos, pedagogos, estudantes em geral etc. que hoje cursam as formações de pós-graduação em Filosofia Clínica. Essas discussões são orientadas pelo Conselho de Representantes do Instituto Packter e amparadas pela Associação Nacional dos Filósofos Clínicos.
- 3 Os termos, que ora se destacam em *itálico*, serão objetos de definição logo adiante.

- 4 Detalhamentos sobre a prática e o planejamento clínico referentes à figura, ver os *Cadernos J e N*, de Lúcio Packter ([s.d.]).
- 5 Uma leitura prévia do pensamento da complexidade, de Edgar Morin (1990), impedirá a crença de que o filósofo clínico pode conhecer a subjetividade (a EP) de um partilhante, sem conhecer, ao mesmo tempo, os exames categoriais que lhe dão sentido e contexto. Sinceramente, não acredito que uma visão fragmentada sobre o outro venha desacompanhada de gestos inocentes. A ética de Morin sabe bem disso. Fragmentar um ser vivo é matá-lo.
- 6 “O que é uma palavra? A representação sonora de uma excitação nervosa.

[...] Acreditamos que sabemos alguma coisa das próprias coisas, quando falamos de árvores, de cores, de neve e de flores e, no entanto, só temos metáforas das coisas, que não correspondem de forma alguma às entidades originais. [...] e todo o material no interior do qual e com o qual o homem da verdade, o cientista, o filósofo, trabalha e assim constrói, se não cai do céu, podemos, contudo, estar absolutamente certos de que não provém também da essência das coisas.

Pensemos ainda, particularmente, na formação dos conceitos. Cada palavra torna-se, imediatamente, conceito pelo fato de, justamente, não servir para a experiência original, única, absolutamente individualizada, à qual deve o seu nascimento, isto é, como recordação, mas deve simultaneamente servir para inumeráveis experiências, mais ou menos análogas, ou seja, rigorosamente falando, nunca idênticas, e só pode pois convir a casos diferentes. Todo o conceito nasce da identificação do não idêntico. Tão exatamente como uma folha nunca é idêntica a outra, assim também o conceito de folha foi formado graças ao abandono deliberado destas diferenças individuais, graças ao esquecimento das características, e acorda então a representação, como se houvesse na natureza, fora das folhas, alguma coisa que fosse “a coisa”, uma espécie de forma original segundo a qual todas as folhas seriam tecidas, desenhadas, rodeadas, coloridas, onduladas, pintadas, mas por uma mão inábil, a ponto de que nenhum exemplar tivesse sido corretamente executado como a cópia fiel da forma original.

[...] O que é então a verdade? Uma multidão movente de metáforas, de metonímias, de antropomorfismos, em resumo, um conjunto de relações humanas poeticamente e retoricamente erguidas, transpostas, enfeitadas, e que, depois

de um longo uso, parecem a um povo firmes, canônicas, e constrangedoras: as verdades são ilusões que nós esquecemos que o são, metáforas que foram usadas e que perderam a sua força sensível, moedas que perderam o seu cunho e que a partir de então entram em consideração, já não como moeda, mas apenas como metal” (Nietzsche, 1997).

- 7 Dentre várias contribuições, as de Pierre Bourdieu (1991), Louis Dumont (1986), Peter Berger (1967).

Em benefício de um melhor entendimento, vale o acréscimo da leitura de Erich Fromm (1960), a respeito do que ele chama de “filtro social”. São dispositivos psicológicos, intencionais, que conduzem o indivíduo a absorver seletivamente a realidade, com uma percepção parcial, de maneira a limitar a plenitude da lucidez de que o ser humano é capaz. Para ele, esse filtro opera de três maneiras: 1. através da língua, que em seu conjunto traz consigo uma atitude de vida, cujas palavras, sintaxe, gramática etc. nem sempre permitem tradução estrangeira das experiências afetivas a que se referem; 2. por meio da lógica da cultura, jamais se presumindo que o ilógico numa tradição seja universalmente ilógico noutra (Fromm exemplifica esse erro comum, comparando a lógica aristotélica com a lógica paradoxal dos pensamentos chinês e hindu); e também 3. pelo conteúdo dos tabus e das ordens exigidos e destinados à manutenção da cultura, do caráter social, cuja violação implica um terrível isolamento. Para ele, com efeito, é o medo do isolamento na sociedade o principal fator que impede a pessoa de se conscientizar plenamente das próprias experiências vividas, na medida em que ela se encontra em contradição com as exigências do grupo a que pertence. Todavia, uma sociedade não tem o poder de determinar e reprimir o indivíduo de forma absoluta, uma vez que o homem não é apenas um membro de certa sociedade, como também é um membro da humanidade.

Como psicanalista, ele também fez importantes críticas às teorias tradicionais do inconsciente (Evans, 1981). É que na terminologia psicanalítica clássica habituou-se a falar de “o inconsciente” como se fosse um lugar, uma região dentro da pessoa, referindo-se a certas localizações psíquicas e a certos conteúdos ligados a essas localizações. Assim, “o consciente” tem sido visto como uma parte da personalidade com conteúdos específicos, e “o inconsciente” como uma outra parte, com outros conteúdos diferenciados. Esse uso topo-

gráfico do inconsciente é, para Erich Fromm, o resultado do projeto burguês da época moderna, que estimula os valores do “ter” em preterição à importância do exercício de “ser”. Trata-se da tendência geral de se pensar movido pela necessidade consumista de “possuir” coisas. Da mesma forma que se tem uma roupa, um pensamento, um problema... igualmente teria dentro de si um inconsciente. Por isso, conclui o autor: “o inconsciente” não é mais que uma mistificação ou metáfora (usada didaticamente por ele mesmo).

8 “As bruxas *e as metafísicas* não existem, mas que existem, existem”.

II

A ÉTICA DA ESCUTA

*Em lugar de passos imperativos, o imperador.
Em lugar de passos criativos, o criador.
Um encontro de dois: olhos nos olhos, face a face.
E quando estiveres perto, arrancar-te-ei os olhos
E colocá-los-ei no lugar dos meus;
E arrancarei meus olhos
Para colocá-los no lugar dos teus;
Então ver-te-ei com os teus olhos
E tu ver-me-ás com os meus.*

J. L. Moreno, Divisa.

A Filosofia do Encontro: sobre como achar a pessoa perfeita

No verdadeiro encontro ninguém pode ter com a outra pessoa uma relação de igual pra igual. Ela é meu próximo em sua distância ética. O terapeuta não pode ir a ela para ficar no seu lugar, experimentando seu mundo interior tal como ela própria a percebe e vivencia. Não pode nem mesmo impedir o efeito da sua presença nele, pois quem permanece exatamente o mesmo, inalterável defronte o outro, na verdade nunca o encontrou. No entanto, o terapeuta pode se tornar outro depois desse encontro, para mais. Todavia, para ser autêntico, suficiente em sua vontade, aquele que se diz terapeuta deve, antes de ir ao mundo da outra pessoa, chegar a si mesmo, ser lúcido em suas atitudes. Porque só reconhecendo as próprias experiências como legitimamente suas não as confundem com as do próximo. Como resultado, a força da terapia traz a ambos um acréscimo na potência de viver seus dramas e tragédias. De uma forma especial, o filósofo aprecia a certeza de que cuidar do outro é expressão de amor, por reconhecimento e gratidão; pois cada novo partilhante lhe aumenta as possibilidades de ser-se. Afinal, o terapeuta tem o privilégio de amadurecer com as experiências dos outros.

Em Filosofia Clínica, o que há de autêntico no partilhante nem sempre é autonomia. Não é assim que pensa o filósofo Martin Hei-

degger (1996). Ele afirmou que estar só é a condição original de todo ser humano desde o nascimento, gostemos ou não, e é pela maneira como lidamos com a solidão que nos distinguimos. O homem torna-se autêntico quando aceita a solidão como o preço de sua liberdade e inautêntico quando interpreta a solidão como abandono de Deus ou da vida em relação a si mesmo. Para Heidegger, o ser inautêntico não se sente responsável por sua existência, tornando-se um estranho para si mesmo, e não aceita correr riscos para atingir seus objetivos, buscando dependência e segurança nos outros, mascarando-se no impessoal. Não conseguindo viver intensamente a própria vida como sua, tal ser só consegue encontrar força e encantamentos nas coisas e nos outros e não nele mesmo. A autenticidade viria da angústia, esse mal-estar quando o indivíduo descobre a fatalidade da morte... tanto física quanto de cada uma das possibilidades da existência, como se estivesse morrendo um pouco, a cada desejo e projeto frustrado, em sua vida. Segundo o filósofo, a condição da angústia não precisa significar uma experiência negativa, como se o ser humano precisasse acabar com a solidão ou suprimisse esse sentimento natural, por exemplo, perseguindo um suposto amor para simplesmente preencher o vazio existencial. A angústia traz em sua recompensa a verdadeira capacidade de conhecer-se e respeitar os limites do próprio eu; expressar e buscar realizar os desejos sob a potência da vontade plena, elevada ao seu máximo, como um ser único e especial para si mesmo. Ao fazer isso, a vida se enche de significado. O que dizer? É assim à lógica e aos olhos de Martin Heidegger. Além da perspectiva dele, há outras leituras...

Se uma pessoa distrai-se alienada, dissimulando-se na banalidade cotidiana, fugindo à angústia de uma vida mortal, apegando-se com desespero e prazer à abundância de coisas – coisas para ter e para ver, não coisas para ser... –, por que haveria eu na clínica de

julgar a alienação como fosse sempre e necessariamente um defeito? Aquele que precisa dos anéis para ver os dedos, seja assim até que as necessidades da vida – por dentro ou por fora – o convidem às mudanças. Quem ainda não entendeu o dito popular, é bom refletir: quando se tem todas as respostas, é natural que a vida mude as perguntas. Pode o terapeuta ajudá-lo a superar a alienação em busca de autonomia? Claro! Se for essa a demanda clínica, tanto quanto possível é até desejável. Mas, para mim, o conceito ético de indivíduo perfeito é um julgamento vivo de relação, apenas intelectualmente compreendido quando se é capaz de amar e respeitar (respeitar nem sempre é concordar) a *potência de autenticidade*¹ do outro – seja ele bom ou mau –, mesmo que ele não consiga ou não queira possuir o extraordinário vigor da autonomia. Quem poderá dizer que o alienado é menos perfeitamente humano, menos autêntico que qualquer outro por preferir a paz do apego à liberdade da angústia? E que argumentos éticos permitiriam julgar um depressivo como uma pessoa existencialmente errada ou menor se comparada com uma pessoa alegre e independente? Acaso Sartre era irresponsável e cheio de má-fé porque muito fumava ou Modigliani um pintor menos autêntico porque bebia demais? Seus vícios eram irmãos companheiros de suas virtudes, talvez indissociavelmente. Com que direito um terapeuta retiraria o amparo dos que talvez de outra forma não se sustentassem? Se a morte separa um casal cujas individualidades se confundiram e se amaram por mais de quarenta anos juntos, deixando a quem fica o desejo de também morrer, seria absoluta verdade concluir que este em seu amor é um covarde inautêntico? Questões de saúde física e pública são outras, igualmente válidas à discussão. No encontro, o que mais importa ao partilhante, durante a terapia, é saber e sentir toda a disponibilidade para a escuta que o filósofo clínico lhe oferta e que, mesmo revelando suas verdades mais difíceis e cruéis, ainda

assim continuam amigos. É bom que se entenda: é imprescindível respeitar a autonomia de quem a tem e fundamental não cobrá-la de quem não a pode dar. A Filosofia Clínica, mais do que um cuidado genérico com o ser humano, é um cuidar do jeito de ser de cada um.

Há outra forma para explicar isso, buscando relações de semelhança e disparidade entre os homens alienados, ditos normais em nossa vizinhança e aqueles outros, reconhecidos como santos e sábios. Para tanto, imagine um tipo raro de perfeição, não a perfeita diferença que se possa afirmar numa T27 Análise da estrutura, comparando valores com valores, pessoas com pessoas. Pensemos em alguém perfeito para si mesmo em autodefinição, pleno em sua própria humanidade e sem dívidas com a própria consciência. Tão cômico e honesto na totalidade dos seus limites que sem mais cobranças de aperfeiçoamento se define por fronteiras desconhecidas aos demais seres de sua espécie. Para além dos tolos, dos vaidosos e dos equivocados de seu próprio tamanho, se imaginarmos alguém tão excepcional, cuja proximidade o torna estrangeiro entre os semelhantes em sua inigualável autonomia, perderíamos a capacidade de julgá-lo moralmente, por dois motivos: 1. porque os valores do julgamento só existem na comparação e qualquer juízo a respeito dele não seria mais que a confirmação dos nossos parâmetros. 2. porque as noções de bom e mau não se referem aos seres como eles são (se perfeitos), mas como devem ser. O bem e o mal não se constituem de substantivos, essências, mas de adjetivações, modos de ser às diferentes necessidades de cada qual, indivíduos ou grupos. De modo que aquele que atingiu a totalidade de si mesmo, na razão absoluta das suas exigências, não mais carece de orientações na existência. É o seu próprio caminho, a verdade e a vida das suas escolhas.

Interpretações à parte, a história das civilizações elegeu indivíduos nessa condição. Referências de comportamento, a direção rumo

ao encontro deles foi tomada como o endereço do bem. Em seus diferentes contextos históricos e culturais, figuras como o carpinteiro Jesus, o príncipe Sidarta, o profeta Moisés, o lendário Lao-tzu e tantos outros menos conhecidos, porém notáveis em seus sublimes anonimatos, foram gigantes em sua própria grandeza. Mas o culto, a idolatria e o processo de institucionalização ao longo do tempo fizeram de suas lições de ética, quase sempre, uma exigência universal de perfeição absoluta e sem descanso, como se todas as pessoas tivessem a mesma intensidade, características e níveis de consciência, ainda que desejassem o mesmo propósito. Na medida em que as diversas religiões preferiram a criação de discípulos, ao invés da autonomia pessoal inspirada nos exemplos de seus queridos mestres ascensionados, a humanidade desenvolveu uma difícil moral que mais trouxe condenações e sofrimentos do que iluminou caminhos de realização. Num estudo da origem dos princípios morais que têm regido o Ocidente desde Sócrates, são bem conhecidas as duras críticas ao cristianismo, não a Jesus, feitas por Nietzsche (1967a), segundo as quais vivemos numa crueldade conosco e com os outros, pela culpa de não sermos tão perfeitos quanto deveríamos ou somos cobrados a ser. Trata-se da substituição das dívidas com a própria consciência pelos defeitos da imperfeição. Ele (1995) propôs a morte dessa específica noção moderna, demasiadamente humana e autoritária de Deus, que colocou os indivíduos à submissão das igrejas, em nome de um falso legislador metafísico. Com isso, intentou retirar a aposta na salvação externa e alienada para recolocar a responsabilidade das ações nas mãos dos próprios homens, rompendo com a cultura dos valores absolutos e das essências inatingíveis. De tantas religiões, os próprios homens mataram a verdadeira espiritualidade da vida. Diferentemente dos ateus, Nietzsche não quer provar que Deus não existe, mas demonstrar a profunda ausência de humanidade em que

vivemos, que fez morrer em nossa época o princípio em que o homem cristão fundou sua existência. Sem dúvida, ele foi um dos filósofos mais mal compreendidos da história, pois se trata de um pensador de grande profundidade e erudição e não pode ser tomado por menos.

Essa rápida alusão a Nietzsche serve aqui para simples efeito da pertinência do conhecimento filosófico no tratamento da clínica, a exemplo do caso de Laura. Minha releitura poética do cristianismo, inspirada pelos estudos éticos deste filósofo mostrou-se bem oportuna na ocasião. A cultura filosófica acadêmica e a literatura em geral são imprescindíveis como suporte teórico para um melhor entendimento das temáticas trazidas ao consultório. De longe, não é uma abordagem nietzschiana ou uma opção teórica por mim feita no caso dela, pois a Filosofia Clínica não elege preferências de “conteúdo”, como já dito. Ela é crítica e metacrítica. Por citar, alguns postulados universais desse filósofo são indefensáveis na clínica se direcionados para todos os partilhantes, tal como a inseparabilidade do poder e da vontade na crença de o homem ser originalmente uma pulsão de instintos; a autonomia como uma exigência absoluta para todos etc. Mas fica de Nietzsche para mim uma valiosa contribuição à Filosofia Clínica e ao entendimento de uma ética da escuta, por me inspirar uma releitura do conceito de perfeição. Seja como for, à maneira e às conseqüências em que possa alguém definir-se como ser perfeito, não deve ser por isso chamado de cômico, louco ou idiota. É um ser para cuidados. De resto, o mais importante: nem acima ou abaixo dos que são perfeitos para si mesmos, o outro é sempre perfeito para o filósofo clínico. Para achar a pessoa perfeita é necessário repensar o que se entende por perfeição.

Por conseqüência, a ética em Filosofia Clínica deve ser compreendida como algo distante de uma hierarquia universal de valores fixos de bem/mal ou de amor/ódio e desloca a problemática da identida-

de para a alteridade. Ou seja, o paradigma da filosofia moderna do sujeito e da consciência, cujo enfoque é a primazia do eu, é transferido para a categoria da “relação”, como uma dimensão necessária ao entendimento da realidade humana. De tal forma que o conhecimento do outro não mais se dê sem a viva participação do terapeuta, coexistindo. Junto aos tratos de carinho e cuidados, é a alteridade que permite estabelecer e demarcar os contornos de algum universo teórico, de um saber que se diferencia e se relaciona. O pensamento da alteridade está bem posto por filósofos como Levinas, Sartre, Buber, Ortega, Habermas, Ricoeur, Derrida e tantos mais... Entretanto, pensar a medida certa em que a Filosofia Clínica se separa dessas filosofias uma a uma, pela criação de novos conceitos, é tarefa gigantesca de muitos, para além das humildes pretensões aqui apenas sugeridas. Seja como for, Lúcio deu à grandeza do pensamento da alteridade uma práxis devida. Um melhor delineamento, ainda que introdutório à questão e passível de muitas retificações e críticas do próprio autor, talvez seja possível em meus *Rascunhos* (2005).^{xiv}

Desde já é importante esclarecer que a filosofia de Packter reconhece o princípio ético fundamental de Kant (1996) como norma que rege o mundo ocidental em todas as relações, ou seja: *age de modo tal que a sua ação seja uma norma universal de conduta, respeitando a humanidade em mim e no outro sempre como um fim e nunca como um meio*. Igualmente aplica esse princípio às situações concretas da vida, dando um sentido de responsabilidade imediata com o outro. Por isso recusa no princípio a sua natureza puramente racional e abstrata. Até esse ponto a Filosofia Clínica coincide em gênero com a fenomenologia existencial. Porém distingue-se em números e graus das várias concepções e fundamentos teóricos que explicam a experiência moral, sobre como funcionam diferentemente das vivências intelectuais, religiosas etc.

Por exemplo, é útil destacar de relance alguma reflexão ética imposta pela prática da Filosofia Clínica sobre a importante teoria de Max Scheler (1973), para quem os valores morais são percepções cognitivas ligadas à afetividade, mais especificamente aos sentimentos básicos da condição humana: o amor e o ódio. Segundo ele, esses dois sentimentos permitem a construção de valores presentes nas escolhas. Ao investigar fenomenologicamente o que ocorre no ato do julgamento moral, inseparável, mas distinto da experiência psicológica das emoções, ele constata uma ordem *a priori* e uma hierarquia intemporal de princípios invariáveis. A descoberta e a percepção desses valores dar-se-iam por uma intuição que se assemelha ao sentir-intencional. Scheler propôs ampliar o projeto originário de Husserl que permanecia num processo de natureza eminentemente racional, dando origem a uma fenomenologia dos sentimentos. Assim, para ele, o motivo pelo qual alguém preferiria uma determinada opção sobre outra não seria escolha da razão pura, mas fruto das emoções, unindo os valores com a experiência vivida.

Em geral as características fundamentais de um valor são 1. a preferibilidade (não-indiferença); 2) a bipolaridade (a cada valor corresponde um antivalor: bom *versus* mau, agradável *versus* desagradável, belo *versus* feio etc.); 3) e a hierarquia (valores superiores e inferiores da vida, cuja escala varia conforme a formação do sujeito, costumes, cultura de cada sociedade etc.). Indicando as expectativas, as aspirações que caracterizam o homem em seu esforço de transcender-se a si mesmo e à sua situação histórica, existirão tantos valores quantas forem as necessidades humanas. Como tal, marcam aquilo que dever ser em contraposição àquilo que é.

A experiência clínica demonstra na diversidade humana casos em que pessoas perfeitamente identificadas como agentes morais tomaram importantes escolhas éticas em suas vidas usando as emo-

ções, mas também outras categorias para determinarem o valor da ação. Até aqui isso em nada contradiz o pensamento de Scheler. Mas, com base nessa mesma experiência, também não é possível concluir que os sentimentos são as causas determinantes ou as únicas que motivariam as escolhas morais. Por estranho que pareça a certos filósofos que não operam na clínica ou não souberam construir pontes entre a teoria e o mundo das vivências, há pessoas cujas vontades de fazer o que entendem por bem foram motivadas por outros determinantes interesses: T5 Pré-juízos (no sentido dado por Gadamer), razões puramente lógicas (T10 Estruturação do raciocínio), T3 Sensações e S23 Intuições místicas, entre outros... em que as emoções, associadas ao desejo do bem, foram quase, se não, insignificantes na motivação do agir. Isso por uma anamnese clínica, por uma investigação fenomenológica da historicidade do partilhante. Desconsiderar os resultados dessa verificação dos dados intencionais colhidos na atividade clínica seria um erro de método e um radical silenciamento ao outro, que fala por si mesmo e, direta ou indiretamente, afirma o que os valores significam para ele.

Além disso, não posso dizer agora e sem demonstrações se a Filosofia Clínica cria ou não novos valores. Mas a inserção por Lúcio Packter de novas categorias de entendimento à fenomenologia, suspeito, favorecem pensar um novo modelo ético das relações. Muitos pressupostos éticos encontrados nos mais importantes pensadores da alteridade são absolutamente questionáveis: nem todas as escolhas responsáveis são frutos da angústia, como pensava Sartre (1989); nem sempre o caminho do entendimento ético deve pressupor racionalidade mútua nas relações opostas de conflito, para se construir uma estratégia de diálogo, como queria Habermas (1993); entre outros. No conjunto, a história do pensamento oferece ao filósofo clínico uma variedade grande de modelos éticos, diferentes concepções e autores a considerar. Por consequin-

te, seria impossível eleger dentre vários autores uma filosofia moral em particular – com todas as conseqüências – como a referência básica e inamovível do pensamento moral de Lúcio Packter. Isso porque nenhuma doutrina ética que pretendesse orientações práticas para a vida até agora se deu ao infinito trabalho de verificar nas profundidades subjetivas dos indivíduos se seus postulados teóricos se confirmam. Obviamente, toda filosofia que se faça coerente com seus próprios postulados e regras lógicas é por si mesma válida e autêntica. Sem pretensões de verdades absolutas, a Filosofia Clínica propõe ser apenas um dos caminhos possíveis para os que dela precisarem.

A exigência de desenvolvimento de uma longa argumentação, explicitando os momentos de ruptura e o avanço nas diversas concepções filosóficas da alteridade² persiste. Contudo, o deslocamento dessa problemática para outra poderá não apenas mediar e desvelar as dimensões alteritárias subjacentes ao exercício da terapia, como também elucidar as possibilidades de construção de um conceito ético de subjetividade próprio da Filosofia Clínica. O que ora se propõe é a mudança da questão “qual a teoria da alteridade que subjaz à Filosofia Clínica?” para esta outra: “que práxis clínica garante uma real condição de escuta e efetivação da alteridade?”. Isso porque na terapia filosófica há pelo menos duas importantes figuras de alteridade a se destacar: 1. o *outro-transcendente*, abstrato, de derivações semânticas, que poderia também ser chamado de “outro-universal” do estudo e das reflexões, enquanto pura forma da estrutura de pensamento; 2. o *outro-pessoa*³, empírico, um partilhante que se apresenta como um ser concreto, aos cuidados do terapeuta. Disso decorre afirmar que o outro enquanto outro não pode ser fenomenologicamente reduzido a um ente da consciência do terapeuta. Antes, ele existe em si mesmo, ainda que o olhar do filósofo jamais veja o partilhante pela interioridade e ângulo dos olhos deste.

Distinções feitas, não há o que privilegiar na separação, como se a ética da escuta na Filosofia Clínica fosse uma disputa entre teoria e prática, entre o conhecimento e a sensibilidade. Há espaços e escolhas: há especialistas que não gostam da clínica e se dedicam à pesquisa pura. Tudo bem. É até possível encontrar excelentes terapeutas naturais, sem nenhuma formação acadêmica. Igualmente louvável. Mas um filósofo clínico é feito exatamente pelos dois termos que o definem. Depois, é sempre recomendável não esquecer o significado original da palavra “filosofia”, criada por Pitágoras, que quer dizer “amor ao conhecimento”. O filósofo que se dispõe a ajudar o próximo sabe que para se ter amor ao conhecimento é preciso ter um conhecimento amoroso. Para mim, o filósofo clínico é um filósofo do amor.

Com ênfase, o pensamento fundante da filosofia de Packter foi a busca pela ajuda ao outro, na clínica. Sua pesquisa e os resultados práticos, que geraram a concepção dos exames categoriais a serviço dos submodos de tratamento do partilhante, colocam-no como um filósofo para além do projeto moderno da racionalidade, da representação e do sujeito teórico pleno. Em sua forma de pensar, como a entendo, a ética assume um papel central e anterior à epistemologia. Posto assim, o conhecimento define-se como responsabilidade e a lógica da terapia como a moral do pensamento clínico. Por conseguinte, a Filosofia Clínica é constitutiva e essencialmente uma práxis ética e não pode ser pensada para além das ações. Se essa práxis se sustenta, quem sabe, por uma nova filosofia moral contemporânea, é outra formidável questão, porém menos importante que os cuidados de amor que se deve ao próximo, quando ele é amado.

A Linguagem da Aproximação: sobre a arte de dizer tudo em duas palavras

*Por que eu sempre nado contra a corrente?
Porque só assim se chega às nascentes...*

José Lutzemberger, Sinfonia Inacabada.

A arte do cuidar é um desassossego com as dores e as alegrias do outro, com seus pensamentos, sensações, desejos e tudo aquilo cuja perda do amor nos faz sentir metade. Amar é acolher o estrangeiro como um hóspede em nossa morada. Sobretudo, é a dádiva e a felicidade de receber o outro como próximo. Mas também é a visita aos mundos daqueles que nos chamam, retribuindo o convite com presentes de amizade. A aproximação pode acontecer em qualquer lugar entre o si mesmo e alguém, entre lá e aqui, onde as afinidades mostrarem caminho neste universo maior que nós. Esse é o significado profundo da clínica, do desenvolvimento da capacidade de provocar o encontro e administrar sua inadequação.

Porém, haveria beleza suficiente no mandamento cristão “amarás o teu próximo como a ti mesmo” se lembrar dos inimigos, retribuindo o mal com o bem? No consultório, como é possível suportar defronte os olhos e, mais ainda, cuidar de um partilhante nazista, do pedófilo dos filhos de nossos amigos, do terrorista, do assassino, do traficante de órgãos e de mulheres, de entorpecentes e de tantos outros? Com honestidade, a pergunta fere a poesia dos que não sofrem de compaixão. No entanto, a clínica é feita de gente e se propõe à ajuda dos que precisam, pois a necessidade de uma ética da escuta

nasce justamente da sua falta. Se tratasse de uma simples competência moral, deixaria o problema aos limites de cada um, no esforço de seu melhor, a afetar os outros. Somando a boa vontade com a inteligência, as experiências com a reflexão, é justo buscar uma estratégia para práxis clínica do cuidar, entendendo princípios e demarcações. Nas muitas possibilidades advindas da construção em andamento dessa Filosofia Clínica, percebo um caminho ético feito de duas extremidades laterais, no simples alcance do meu olhar. Não é impróprio relembrar Merleau-Ponty (1993), quando dizia que o mundo que o olho vê estará sempre na perspectiva do olho que vê o mundo. Em meu ponto de vista, o universo do comportamento moral na terapia filosófica não pode ser alcançado para além desse caminho, sob o risco de essa práxis não ser suficientemente nem teórica nem prática.

De um lado e por princípio, ao final de toda sentença, de cada análise sobre o próximo, o filósofo deve ter sempre a mesma conclusão em suas últimas palavras de julgamento: *et cetera* (lat. *e outras coisas*). Termo que não vem do raciocínio, porque é antecipado a qualquer pensamento de explicação dos significados da vida. Não importa o que se diga ou se pense sob as pretensões da verdade, nenhuma frase seria profunda e vivente se, ao final dela, não se complementasse a afirmação: “é isto *e outras coisas*”. Não há palavras para o definitivo, o imutável, o absoluto. Estas não são qualidades humanas. Na clínica o filósofo trata o pensamento como arte, faz do conhecimento uma habilidade de visualizar o espaço de infinitude do outro, as dimensões da criação em que ele se reinventa e os esconderijos dos quais às vezes se revela. Na medida em que essa visão terapêutica é feita da valsa entre conhecer e cuidar, a arte da clínica é inspirada pela atenciosa escuta do *et cetera* através da linguagem de incompletude. Para além dos meus conceitos já formulados, o outro pode sempre se manifestar outro em sua nova palavra. A proximidade que se estabelece exige,

portanto, uma disposição de serviço, porque o íntimo de cada ser humano se abre a incontáveis possibilidades de realização.

Por outro lado, há apenas uma restrição moral, uma impossibilidade lógica e prática da Filosofia Clínica, qual seja: é incabível uma relação de atendimento clínico com aqueles que, pela violência, impedem quaisquer formas de diálogo e silenciam o terapeuta. A ajuda psicoterápica ao outro pressupõe a vontade de ser ajudado. Vontade confusa, incompleta, indefinida, flutuante, com perda total ou parcial da autonomia do pensamento, hesitante... por mais estranho que pareça. Porém nunca contra o lúcido e tranqüilo livre-arbítrio, sob quaisquer pretextos disso ser “para o bem da pessoa”. Claro que, em situações de emergência, surgem casos de atendimentos rápidos, conduzidos pela experiência e pela sensibilidade do filósofo clínico, porém inevitavelmente precários e com desacertos, porque, sem os exames categoriais, não são conduzidos pela reflexão, tais como situações de desesperos incontidos ante a morte de um ente querido, surtos psicóticos de alucinação aparente motivados pelo uso de psicotrópicos. São as exceções que justificam a regra.

À parte isso, sempre haverá outras questões importantes, permeando dados subjetivos da prática (a exemplo dos conflitos de valores entre terapeuta e partilhante, o que é natural) e aspectos objetivos da teoria (como as dimensões jurídicas da atuação profissional no estado democrático). Para ambos os casos, o filósofo clínico conta com o *Código de Ética dos Filósofos Clínicos* (2004) a defender a dignidade humana, discutindo pontos fundamentais e orientando deveres na sociedade, para consigo e na relação com o partilhante.

Seja como for, a arte de julgar moralmente o outro é um pensamento de aproximação, cujos elementos da linguagem são retirados da prática da escuta. O partilhante não é um claro e distante objeto da análise do filósofo. Julgar exige contínuos recomeços de

entendimento, pois são as situações nas quais o partilhante estabelece relações que atribuem sentido às aparências. A resposta à pergunta “quem é ele?” é sempre um indício de localização, uma busca constante de referenciamento e ancoragem nas circunstâncias em que vive ou viveu, mesmo que sobre prévias definições situacionais. A confecção de significados não se dá, portanto, pelas respostas, mas pelo refazimento da pergunta em cada viagem que o filósofo faz à sua história. É um julgamento de indexação, adicionando ao conceito de “pessoa” as inúmeras interações do dia-a-dia. Em Filosofia Clínica, pensar o outro é ir até ele. O filósofo pensa como quem anda.

Se um pai estupra seu filho e vem à terapia em busca de uma maneira de conservar os mesmos desejos, não seria mais que lícito considerá-lo um homem eminentemente mau, uma moralidade doentia? Sem dúvida que há muitas éticas e, portanto, delicadas diferenças. Em geral, o Ocidente definiu por maldade (crime, vício etc.) toda forma de reduzir o ser humano à condição de coisa, simples meio para fins desumanos, objetivos.

De modo genérico, foram três os critérios éticos consagrados na modernidade para a avaliação das pessoas como seres morais: 1. *ter consciência de si e dos outros*, isto é, pelo autoconhecimento ter consigo a obrigação de usar a razão para entender e agir sobre o possível, sobre aquilo que pode ser e deixar de ser; pois não há nada a se fazer com o que é independente da vontade. Em complemento,⁴ ter sobre o outro uma postura primeiramente de não-indiferença; depois, de aceitação e amor com a diferença dele, aprendendo e se transformando em uma pessoa melhor depois desse encontro. 2. *Possuir vontade própria, livre e autônoma*, o que significa dizer que as vontades não poucas vezes são contraditórias entre si, exigindo controle das paixões. Razão disso, respeitar a própria vontade é não atender a qualquer uma, mas apenas àquelas cujas escolhas não fazem perder a liberdade de continuar

escolhendo. A exemplo, uma pessoa que por livre-arbítrio escolhesse usar cocaína perderia total ou parcialmente a liberdade, por haver se tornado dependente de algo que não sua própria vontade. Bem mais que a simples escolha entre as opções oferecidas, a verdadeira liberdade pondera, seleciona e até reformula suas alternativas. 3. *Ser responsável*, que é a capacidade de dar resposta aos problemas decorrentes das escolhas feitas. Difere de ser culpado. A culpa é uma falta voluntária a um princípio moral consciente, com fixação e demora no passado. Enquanto no autculpado fica o rancor a si mesmo e na acusação alheia o desejo da vingança, no indivíduo responsável há o esforço de entendimento do problema do erro e a coragem necessária para resolvê-lo ou desculpar-se. Quando nada há para ser feito, resta ao ser ético a humildade e a lição de crescimento.

Se este pai não sofria de quaisquer transtornos mentais, temporários ou permanentes a lhe impedir a capacidade de se perceber como igualmente a existência do filho, estando com vontade livre e própria, ciente das conseqüências de seus gestos, para si e para ele, sem dúvidas e com justeza ele é socialmente um homem mau. Mas que importa? Sobre aquele que vem à terapia e pede ajuda para os seus sofrimentos, dificuldades ou demandas, a razão ética do terapeuta há de ser sempre o amor ao próximo, bom ou mau, semelhante ou não. Assim como um médico ou um bombeiro antes de qualquer julgamento deve primeiro salvar a vida dos que dele precisam, o filósofo clínico também se oferta, com a diferença de que, no caso deste, as implicações morais são essencialmente de vínculo. Isso porque o centro de gravidade da escuta é a qualidade da interseção. Na medida em que um filósofo se dedica ao tratamento de outra pessoa, o seu melhor e o seu pior, sua própria identidade não mais lhe pertencem com isenção. Ele sabe que também é conseqüência da terapia com o outro e o que faz com isso. É e se redefine a cada novo partilhante.

O que é recíproco depende muito do tipo de interseção estabelecido, mas por princípio a ética da escuta é inaugurada pelas responsabilidades do filósofo e não do partilhante, e se desenvolve durante o processo na medida do encontro para os cuidados com o outro e os possíveis conflitos da relação. Posto isso, se não houver nenhuma violência direta ao filósofo pelo partilhante, quando este é mau, resta descobrir se as afinidades entre ambos serão suficientes para a terapia.

Certo de que o partilhante não está isento de julgamento moral por parte do filósofo clínico, entretanto, a sexualidade, a política, as ideologias opostas, as esquisitices, as ações e reações etc. daquele que vem ao consultório não são julgadas moralmente por ideologias específicas, embora o filósofo tenha suas próprias convicções. Na Filosofia Clínica a ética da escuta guia-se por outro espaço e definições. Ela não trata diretamente da questão do convívio em grupo, buscando ordem e coesão social. Não estabelece os fundamentos nem a validade das normas e dos juízos de valor segundo os interesses históricos e geográficos de cada sociedade, a fim de preservar a integridade dos indivíduos. Essa específica ética tem pretensões exclusivamente clínicas, o que não é pouco. Mesmo que o partilhante seja mau a toda prova - psicótico ou não -, a questão ética da Filosofia Clínica é saber se, ou o quanto, o terapeuta pode lhe fazer um bem subjetivo, sem perder os vínculos de responsabilidade com o mundo.

Nos pontos gerais as muitas doutrinas éticas contemporâneas concluem práticas semelhantes, com sistemas beneficentes e procedimentos de exclusão. As divergências, em geral, são metaéticas,^{xv} referem-se a questões de pura fundamentação teórica. Mas o que é o comportamento se não a matéria das intenções? É na pesquisa da intencionalidade, dos nexos constitutivos da vontade, do livre-arbítrio e das pressões externas do mundo que a verdade do outro se esconde.

A priori, sem os procedimentos clínicos dos exames categoriais, toda profunda certeza do terapeuta sobre o partilhante é imoral. Implica dizer que a ética profissional do filósofo clínico não é feita de simples boa vontade. O bom terapeuta não faz o que é certo ingenuamente, por acaso. Sua bondade possui filosofia, conhecimento de causa. Nem todo palhaço é feliz. Afinal, um sorriso tem algo mais do que mostrar os dentes.

A menos que o terapeuta dê provas de alguma sabedoria mística e sublime, e mesmo assim... a primeira convicção é sempre uma aparência: sinais de linguagem e comportamento que indicam o caminho da infinitude do outro. Mesmo que em sonho se conhecesse toda a verdade sobre alguém, este ainda poderia mudar seu jeito de ser, imperceptivelmente pouco ou muito. Significa dizer que o princípio clássico da filosofia, qual seja, não julgar pelas aparências é de todo impossível, embora necessário. Isso porque a tarefa da filosofia nunca tem fim. Esclareço: na medida em que todo conhecimento terapêutico (como qualquer outro) caminha sempre da aparência para a essência sem que nunca a razão humana atinja o absoluto “si-mesmo” das coisas, tudo será sempre aparência de. Assim, um fato julgado como verdadeiro nunca deixará de ser um fenômeno da percepção lógica, da intuição que me aparenta ser. Ou isso ou teríamos de aceitar que as coisas conhecidas pela razão seriam elas mesmas racionais, o que é absurdo, pois a natureza do mundo (das plantas, da mente do partilhante, de Deus, dos animais, das galáxias distantes...) não é feita da lógica com que faço teorias: o meu entendimento é que é racional. Somente o que é anterior ao julgamento pode ser a essência do que é, pois toda profunda verdade é uma aparência não-superficial.

É por isso que o filósofo clínico se vale também da literatura, da música, das religiões, de todas as artes *e de outras coisas*: para saber escutar do partilhante o que a filosofia sozinha não pode explicar ou

traduzir. A razão impõe limites que o mundo não suporta, mas é com eles que se faz o nosso pequeno conhecimento da vida. Por certo, as primeiras impressões constatadas pela razão são precárias, simples, fragmentadas e muito provavelmente falsas. Todavia, o último entendimento nunca será maior que o mais recente. Ademais, verdade seja dita: qualquer ponto de vista, simples ou complexo, raso ou fundo, é apenas a vista de um ponto. Na terapia o que se sabe é conclusão, o que é verdade é repercussão.

O que se pode derivar disso? Que o conhecimento sobre o partilhante nunca é essencial e definitivo, porque está vivo. Será sempre um grau de intensidade, maior ou menor pelo treino da escuta sobre as linguagens do outro. Nas comarcas do julgamento moral o outro tem o tamanho do meu interesse em compreendê-lo. Ou seja, as dimensões de profundidade da existência humana são mais ricamente possíveis para além do que se sabe que existe e do que é provável. O mais profundo que se possa conhecer do ser humano dá-se pela escuta do inusitado, do *et cetera*, do estrangeiro que há em si mesmo, no outro, em cada um. Conhecer verdadeiramente uma pessoa é dizer para si mesmo em pensamento depois de algum tempo de convívio: “Eu a conheço? Se ela é importante para mim devo me interessar pelo que é importante para ela, pois até o seu nome tem um novo significado que hoje eu não sei mais qual é. Não posso mais chamá-la sem algum espanto ante a novidade que desconheço”.

Neste ponto, a teoria deve transformar-se em arte, o pensamento em gesto. Quando a filosofia vira clínica, o desejo do conhecimento sobre o outro se faz conhecimento do amor ao próximo. Se o filósofo permanecer interessado na extensão infinita do *et cetera*, quando no exercício de julgar sem condenar e nas conseqüências de viver uma relação permanentemente atenta, sem jamais ter uma única verdade absoluta em que possa descansar o julgamento, ele haverá de compre-

ender a profundidade do conceito moral de perfeição, aqui aludido. Perceber a infinitude do que não se sabe do outro pela eterna revisão das próprias certezas faz da inteligência uma prática de humildade. Mais ainda: da escuta terapêutica uma indulgência lúcida, pois aquele que pode julgar seu próximo perante o infinito da própria ignorância, escuta com mais amor o que nele parece ser maldade. Pois a maldade do partilhante, ainda que verdadeira, não é tudo, “é isto e outras coisas”. Acho que isso bem justifica o dito francês: “conhecer tudo é perdoar todos”.

Além do mais, nas profundidades clínicas da compaixão, eticamente tudo é sempre perfeito. Sou bom em tal nível de bondade que, se me comparasse – infinitamente – numa escala inferior ao imaginário extremo mal, eu seria extremamente bom. Eu, que nos parâmetros sociais comuns (acho que) não sou mau, porque luto pela dignidade das pessoas, indistintamente, e me esforço por ser cada vez melhor, em relação a Hitler seria o quê?... Todavia, numa escala superior – ao infinito –, sou mau em tal nível de maldade que, se ficasse ao lado de Jesus, comparativamente... não mereceria o título de bom. Aliás, o que seria o bem e o mal visto aos olhos da história das civilizações de todos os tempos? A eticidade tal como a inteligência é relativa: para o idiota sou um gênio e para este sou o inverso. Para quem é superior em relação ao inferior (e vice-versa) é perfeito na comparação. Então, como posso julgar moralmente o partilhante de forma adequada: em relação aos meus valores particulares, aos dele próprio ou, quem sabe, perante as regras de sociedade atuais? Na Filosofia Clínica, onde todo o universo é limitado à infinitude do singular, do sujeito em contato com os outros e na razão direta de suas circunstâncias, seria descabido afirmar um pleno *relativismo* moral por inconseqüência das ações, como se qualquer coisa ou valor fosse indiferente às suas conseqüências. Ao contrário, o que a ética

da escuta afirma é um *subjetivismo* que não anula as exigências do convívio com o terapeuta, com os outros, nem desconsidera as regras sociais. Apenas busca uma resolução de conflitos e um direcionamento das problemáticas enfrentadas pelo indivíduo no mundo em que ele se insere, sempre a partir da perspectiva interna dele no esforço de concílio com as demandas externas. Em nenhum momento, por qualquer distração, o filósofo se esquece que a compreensão do outro não se dá na pura interioridade dele. Pois eu só vejo o outro no encontro comigo, quando estou lúcido e presente.

Na lógica dessa compaixão ética, exercida pela estrita competência do filósofo clínico, quanto maior for a contextualização das circunstâncias que envolvem, delimitam, explicam a estrutura de pensamento do partilhante e também lhe ofertam as oportunidades de crescimento, menor será o ímpeto de acusação na crítica moral. Na impossibilidade do conhecimento definitivo só resta ao filósofo uma atitude, fonte viva da verdadeira escuta: contemplar admirado o infinito alheio e com tal grandeza no entendimento não julgar superficialmente pelo que não se sabe profunda e completamente. Essa humildade no trato com o partilhante é sinônimo de amor e transforma o outro em próximo. Quem, defronte os limites da razão, enxergar a infinitude do ser humano haverá de compreender o tamanho de sua perfeição.

Nas possibilidades reais da terapia de Lúcio Packter, quando o outro parece perdido e sem saídas, amargo, triste, aflito ou moralmente condenável, a questão prática fundamental da ética para o filósofo clínico em relação ao partilhante será sempre a mesma: “o que eu ainda posso fazer para ajudá-lo?” Significa que muitas e muitas vezes, ao se chegar perto das maldades de certos partilhantes, o filósofo também se aproximará das culpas que lhes pertencem, o que talvez não seja fácil para ambos. É comum preferir não conhecer nem

revelar o lado obscuro de si mesmo adormecido na alma, porém os que renunciarem às lições da tragédia não saberão aprimorar o valor máximo da vida. Nem haverá de ser o filósofo clínico o dedo de Deus a apontar para os pecados do mundo, forçando os outros desnecessariamente a examinarem aquilo para o qual criaram resistências, mesmo entre aquelas pessoas que aparentemente garantem desejar saber tudo delas próprias. Por amor não se deveria querer conhecer tanto as intimidades de alguém, sem estar convidado. Côncio disso, o filósofo redobra sua responsabilidade e carinho para os que tiveram a coragem de desnudar sua vergonha e expor um difícil momento da imensidão oculta do seu ser.

É importante deixar claro que, se o terapeuta, por algum temor em sua pessoal sensibilidade, não for capaz de suportar as sombrias verdades arquivadas nos dramas de outrem, é melhor poupar-se da escuta com a mesma ética com que se dedica aos casos amenos, de igual valor. Não se trata, pois, de não dar ouvidos à maldade, mas de escutá-la com bondade. A curiosidade das maldades alheias sem ternura é um desejo afim, enganador; pois ninguém fica neutro de escolhas na ausência do bem.

Se houver encontro, haverá arte, a alteridade arte de amar. Uns pelos outros, na medida incerta do nosso convívio, aprenderemos cada qual a beleza de sair de si mesmo para se ter uma pré-ocupação com o outro, habitando com ele o bem comum. A finalidade dessa ética de auto-criação e compartilhamento que existe no consultório da Filosofia Clínica desperta, na alma, um poderoso estado de compaixão, que é o esforço de ajudar o outro a crescer e a se fortalecer para a vida.

- 1 Para mais detalhes, leia os meus Rascunhos (2005) (ver reprodução parcial no glossário, nota xiii).
- 2 Na Filosofia Clínica o conceito de alteridade está aberto para toda forma de comunicação e entendimento entre os seres, não apenas entre os humanos, na medida em que o “eu” de alguém é definido constitutivamente pela presença do(s) outro(s), seja ele uma entidade mística, uma planta, um animal etc. Um exemplo clássico é a visão de mundo e de si mesmo de São Francisco de Assis. Ver também Peter Singer (2002).
- 3 Para um melhor detalhamento da distinção entre o “outro-transcendente” e o “outro-pessoa”, leia, no glossário, o verbete “subjetividade empírica”.
- 4 Sobre as relações entre Jesus e a alteridade, veja Signates (2007).

III

QUANDO O AMOR FALA TODOS SÃO OUVIDOS...

Um dia, quando Ele e eu nos achávamos sozinhos caminhando num campo, estávamos ambos com fome, e nos aproximamos de uma macieira silvestre. Havia apenas duas maçãs penduradas no ramo. E Ele segurou o tronco da árvore com o braço e sacudiu-o, e as duas maçãs caíram. Ele as apanhou e deu-me uma, e conservou a outra em Sua mão. Em minha fome, comi a maçã, e comi-a depressa. Depois, olhei para Ele e vi que ainda conservava a outra maçã na mão. E Ele me deu, dizendo: "Come também esta". E eu peguei a maçã e em minha desavergonhada fome, comi-a. E enquanto andávamos, olhei para Sua face. Mas como vos direi o que vi? Uma noite em que lâmpadários cintilam no espaço; um sonho além do nosso alcance; um meio-dia em que todos os pastores estão em paz e felizes porque seus rebanhos estão pastando. Um entardecer, e uma serenidade, e uma volta ao lar; depois, um sono e um sonho. Todas essas coisas, vi-as em Sua face. Ele me havia dado as duas maçãs. E eu sabia que Ele tinha fome tanto quanto eu. Mas hoje sei que, dando-as a mim, Ele ficara satisfeito. Ele próprio comeu outro fruto, de uma outra árvore. E agora, eu vos contaria mais sobre Ele, mas como o farei? Quando o amor se torna vasto, ele não tem mais palavras. E quando a memória é sobrecarregada, procura as profundidades silenciosas.

Kahlil Gibran, Jesus, o Filho do Homem.

As Últimas Palavras Hão de Ser Apenas as Mais Recentes

Antes de nos conhecermos, em nossas janelas somos todos vizinhos de céu. Não parece justo que o encontro aconteça num espaço fora da liberdade, especialmente quando elaboramos nossos próprios pensamentos. O pensamento não está em lugar algum, está em si mesmo feito o azul no invisível ar que respiramos, mas esta é uma cor que só existe nas alturas para quem eleva seus olhos às nuvens. Assim como a Terra é azul, o planeta inteiro está envolto em pensamentos. Quem deseja escutar os pensamentos de outrem, deve saber pensar sobre eles, refletir sobre a escuta. Aprendi que a Filosofia Clínica não é a resposta para todas as perguntas, mas é uma maneira inteligente de se aproximar sem invadir, discordar sem desunião ou concordar sem confundir as próprias idéias com as do outro. A essa inteligência de concílio que nunca me chega de forma definitiva, que não se finge completa, entendi chamar-se amor.

Mas o que é o amor, além de tudo o que já foi dito? É comum ouvir das pessoas julgamentos sobre o amor, sobre o que é e o que não é... como se fossem puras categorias lógicas e tudo não passasse de uma questão simples, uma verdade por exclusão: ou isto ou aquilo... Esse erro compartilhado, em que uns aos outros se enxergam, impõe escolhas inflexíveis e condenações absolutas. Qual direito me permite

julgar, eliminar verdades, resumir ao silêncio todos os valores, desejos e imaginações na única condição de serem tudo ou nada; plenamente verdadeiros ou por completo falsos? Se alguém me diz que ama ou que não ama, sempre resta ainda uma terceira possibilidade ao mesmo tempo e na mesma relação. Na infinita complexificação da vida, as relações entre os sentimentos e as sensações, por exemplo, podem ser contrárias, contraditórias, subalternos a todas as mudanças a que estamos sujeitos, independentemente de quaisquer teorias sobre o amor. Posso amar pouco, mas verdadeiramente e apenas em certos contextos bem específicos da minha história; minhas emoções podem ser fracas, mas duradouras por toda vida; poderosamente fortes, se vividas tão-somente de momentos passageiros; intensas na profissão e pobres no casamento... Há quem seja verdadeiro ao expressar suas idéias e sentimentos pelas ações, mas minta em suas palavras; quem se faça mãe exemplar, sendo uma filha ingrata; quem odeie o amor que sente; quem só aprendeu a amar o sofrimento; quem não goste de sentimentalismos e faça do amor um dever moral, simplesmente porque é lógico; quem afirme só conhecer a verdade do amor pelos argumentos do tempo e quem discorde de tudo isso, com razão. Isso e outras tantas coisas. Quem há de decidir sobre essas realidades, sobre como o outro deve ou pode ser ele mesmo à sua própria maneira?

A prática de consultório ensinou-me que mais importante que as teorias sobre a verdade, é o diálogo do entendimento, a humildade sincera do erro que se conserta e o gosto espontâneo pela vontade de servir. Assim, como se bem queira e possa definir o amor, seja ele uma sabedoria dita pela diversidade dos pensamentos ou pelas emoções, pela intuição do corpo, da alma e da conjunção, pelo que as culturas diferentemente entendem ou pela forma jamais inigualável de cada pessoa, para mim ele é a expressão absoluta do que em Filosofia Clínica chamei de ética da escuta. É uma ética de compai-

xão, de aproximação do partilhante em seu pedido de ajuda, a fim de cuidar da sua existência, em favor de suas necessidades. Se houver um pré-juízo nessa ética de amor aos que sofrem, penso que seja este: qualquer sofrimento sempre pode ser aliviado de alguma forma, ao menos um pouco, ainda que não se saiba como. E se houver alegria no amor, prazerosa ou não, que seja alimento dividido para os que têm a mesma fome de vivê-la. Pois o amor e o seu chamado falam pela escuta em todas as linguagens do acolhimento.

Com Lúcio aprendi a clínica e com meus partilhantes algo ainda mais poderoso sobre a arte de amar. Eles me ensinaram coisas importantes para serem aqui divididas, neste último capítulo. São alguns cuidados para se ter na presença de outrem. Não são mais que reflexões das minhas vivências. Fossem conselhos, eu próprio gostaria de tê-los recebido. A vida me as deu de presente pelas mãos daqueles a quem antes me dispus a servir. São apenas idéias, palavras de alguma outra forma já escritas no interior deste pequeno livro. Para um escritor, a palavra não é aquilo que antecede a ação, não é uma promessa do que existe além, mas o próprio gesto de fazer conhecidos os nomes da vida, emoldurando as verdades do pensamento. De tantas lições sobre a ética, aprendi que

...sempre que pensei em estabelecer regras para tornar-me um bom terapeuta ou definir quais haveriam de ser *meus* princípios máximos como filósofo clínico, redescobria as antigas verdades do homem de Assis, e tudo se assemelhava a isso: onde houvesse desespero e ódio, tristeza ou solidão, que eu levasse alívio e amor, alegria e amizade. Eu sei que há momentos em que as angústias ensinam mais lições de ternura que os instantes de paz. Em momentos assim um bom terapeuta é especialmente companheiro. Não é interessante o filósofo querer dar ao próximo a mesma compaixão que gostaria de rece-

ber da vida? O verdadeiro amor ao próximo como a si mesmo não é transferir as necessidades pessoais, mantendo vivas as carências do desejo. É poderosamente mais lúcido: só pode doar-se ao outro quem antes desenvolveu em si a caridade de recebê-lo exatamente como ele é. A caridade de receber pode ser tão ou mais importante que a de dar. Quem muito recebeu, deve retribuir. É por isso que faz muito sentido chamar o outro de “partilhante”.

... muitas vezes um esperado encontro pode iniciar-se antes mesmo da chegada de alguém. Há pessoas que carregam em suas expectativas intensidades tão poderosas que, sábias ou tolas, podem vencer num só olhar todas as mazelas e os preconceitos da separação. Mas isso é raro. É natural esperar dos que se autoferiram ou foram machucados muitas defesas, suspeitas e acusações. Qualquer encontro está sujeito a isso. Se uma mulher traz consigo que todo homem trai e mente, negando-se possibilidades de conhecer outra realidade, apegando-se ao julgamento com fortes desejos, devo entender ser minha a tarefa de aproximação, porque nesse ponto estou livre, enquanto ela permanece imóvel no cativo das idéias. Tanto faz qual seja a opinião, cada um pode ser o que quiser, mas aquele que por muito tempo se fechar ao diálogo, ouvirá do silêncio o que lhe diz a solidão. Na presença de tal mulher, eu é que devo me antecipar ao encontro, esperando-a no lado de fora dos seus pensamentos. O tempo de cada qual é o justo para si. Provavelmente em suas dores ela ainda se encontre dormindo seu sono de dor. Se eu puder ouvir suas queixas, por que não haveria de ouvir também seus sonhos? Tivesse paciência suficiente esperaria por todos os que em nome das verdades se isolam do amor. As forças que acumulei para mim vieram da gratidão dos amigos que esperaram o meu tempo de maturação, a fim de caminharmos juntos. Com

inteligência, não foi difícil entender que as minhas boas qualidades vieram dos cuidados de outros e neles de outros também, pois é a vida que dá à vida, enquanto nós simplesmente conservamos o dom de retribuir. O amor é estranho e contrário a si mesmo, apenas se acumula naquele que não o guarda para si.

... se eu quiser mudar o jeito de ser de uma pessoa, para ter esse legítimo direito, devo na mesma proporção deixar-me ser por ela mudado com os mesmos critérios de justiça. Nada fácil. Isso implica no ponto chave de toda discussão: como saber se eu tenho ou não o direito de interferir deliberada e radicalmente na vida de alguém? Pois se o fizesse com base unicamente em meus próprios valores, seria hipocrisia negar que me considero melhor que ela, caso contrário tentaria me aproximar para aprender e não para mudá-la. Não importa se em algum ponto me considero mais correto ou mais lúcido que alguém, isso é natural a todos. Importa que nas cobranças alheias devo sempre me valer da regra: caminhar dos limites do real para o ideal e nunca o inverso. Toda vez que me ponho a pensar que o outro “deveria ser” o que não é (e talvez nunca seja), como uma reclamação a buscar mudanças, mesmo que eu me sinta totalmente justo, isso só provaria a confortável capacidade de eu só achar ruim e falar mal das pessoas. Com desonestidade, eu estaria desejando que primeiro o outro se consertasse para só depois eu me declarar o autor da transformação. Quem de fato se interesse por conhecer e respeitar as pessoas como elas são, nunca diz “se ela fosse diferente... seria melhor”. Em se tratando de reforma íntima, as hipóteses são simples estratégias de ação. A postura adequada de quem sinceramente deseje ajudar é esta: se para mim alguém deve ser o que ainda não é, melhor é pensar noutra perspectiva, quem sabe nestas palavras: “considerando que esta pessoa é precisamente assim e não de outra forma, *o quê, como, em*

que velocidade e o quanto podem ser feitos nas atuais condições dela?”. Entendi que na convivência é importantíssimo refletir se a minha indignação a respeito oculta meu lado dominador. Muitas vezes a liberdade só se define pela desobediência, justamente quando é o outro quem recebe os títulos de errado, ignorante, infeliz ou desaconselhável. Seja a quem forem necessárias as reformas íntimas, quando menos merecermos amor, mais que nunca precisaremos ser amados.

... em cada um de nós há um livro no qual a vida é descrita em todo detalhe, que, ao lê-lo, de tão raro sente-se como se o próprio coração, qualquer que este possa ser, fosse responsável pelos segredos revelados. Confidência profunda entre aquele que se põe à leitura e o autor das palavras. Que importa o livro aberto se é preciso sabedoria para ler? Muitos poucos vencem a capa que o protege. Para se ler as intenções, interpretar o espírito de cada frase dita, há de se dar atenção ao que vem antes do texto, saber das palavras o “pré-texto” que elas carregam. Todo ser humano vive numa região do mundo, numa época exclusiva, tem uma cultura e uma linguagem cujas regras já existiam... e, sobretudo, tem uma história pessoal inigualável que lhe antecede o “texto”. Esquecer-se disso seria erro tão grosseiro quanto acreditar que o Velho Testamento falava dos pecados de se assistir à televisão. Depois, no momento exato em que os pensamentos se comunicam por mil sinais combinados (uma respiração funda, uma olhada rápida para o relógio... e a frase: “está quente hoje, não?”), é absolutamente fundamental entender que cada única pessoa situa-se em seu adequado “com-texto”. Ou seja, cada qual tem relações específicas com os outros, um modo próprio de se expressar diferentemente de acordo com as circunstâncias concretas que vivencia. Somente assim o discurso do outro pode desvelar-se na intimidade, como um diário aberto confiado ao melhor amigo.

... muitas vezes é mais fácil fazer-se terapeuta escondendo do outro as próprias fraquezas, evitando-se os encontros fora do consultório e a amizade na relação. Seria preciso não estar nem muito distante nem muito inserido no mundo da pessoa que se deseja conhecer. Dizem: “há de se proteger o outro das carências do terapeuta”. Concorro. Na verdade, poucos partilhantes sabem que a força não é feita da ausência de medos, mas da coragem de reerguer-se alegre perante a vida, vencidas as batalhas. É comum que o partilhante prefira ajuda daquele que acredita ser tão poderoso que não sofra dos mesmos problemas. Afinal, é-lhe estranho pensar que um terapeuta que tenha dificuldades com a família possa ajudar alguém no mesmo propósito. Mais estranho ainda seria crer que alguém está isento da vida. Apesar de toda a amizade fiel e de toda a bondade que um terapeuta possa demonstrar, um partilhante perturbado é inimigo da tranquilidade. Eu próprio escolhi o caminho mais difícil, aceitando apenas como meu partilhante quem tornei amigo. A amizade é dessas coisas que são dadas por acréscimo, não se procura nem se acha: exercita-se pelo encontro. Não quero para mim a máscara da virtude teatral, descobrindo um meio de tornar a clínica sedutora, agradando àquelas cuja estima evita a sinceridade do meu verdadeiro tamanho. A universalidade humana é tão vária que a uns posso satisfazer inteiramente e a outros, por mais que tentasse, nunca.

Por conclusão, de tudo o que sei e que vivi, de tudo o que me ensinaram... não posso para mim aceitar outra ética que não seja verdadeira escuta. E, se minhas experiências guardarem algum valor para além de mim mesmo, repartirei contente a recompensa. Com vontade sincera, resumo tudo numa única pergunta: de toda a sua alma, quer verdadeiramente servir ao próximo, ouvindo-lhe as mais fundas necessidades da vida? Como lhe haveria eu de explicar essa

verdade que ouvi-la não basta, se estiver distraído? É que não nos entendemos diretamente com a individualidade das pessoas, mas com os laços que nos unem. Se o espírito é distante e a consciência dorme, não há o que dizer. Se as almas vivessem sozinhas, não haveria palavras. Como se sabe, a palavra disfarça o pensamento tanto quanto o revela pela maneira como o esconde. Se alguém se recusa a falar sobre determinado tema, mudando de assunto, isso diz muito... Em qualquer um, toda mentira, alucinação ou simples devaneio tem seu próprio estilo. A palavra é um gesto de intenções, um desejo de comunicação, um jogo de interesses. Sabe o bom terapeuta, o bom amigo, o filósofo, que a operação de falar implica a de escutar, e que ninguém pode esquecer-se disso. Os ouvidos ouvem, a alma escuta. Se houver algo a ser dito entre dois, que seja um encontro.

Dizendo assim, há de se ter cuidado com as intenções, a fim de que elas não façam morrer as palavras na garganta, o espírito nos olhos, o corpo da vida. Não se trata, pois, de evitar dizer certas coisas, quando elas são necessárias, mas de saber dizê-las duma certa maneira, com amor. O estilo faz a beleza, o amor o entendimento. Num diálogo feito de escutas, o terapeuta deve usar as palavras dos outros com cuidado. Elas exprimem melhor as idéias de quem fala e, talvez, toquem uma corda de associação na mente do ouvinte. Eis a missão ética do diálogo: falar como quem escuta e ouvir fazendo que as coisas boas, se pequenas, pareçam grandes e como tais sejam julgadas. Sobretudo, diante do contra-senso, do inusitado, do incompreensível alheio, jamais dizer-se: “isso é um absurdo, não faz sentido!” Ao contrário da resposta antecipada, há o que se perguntar: “que sentido isso faz para ele?”

Foi para isso que escrevi este livro. Quem sabe minhas respostas à vida, dos sonhos de Lúcio Packter, provoquem centenas de outras perguntas. Os sonhos precisam se materializar, afinal o que há de

mais sólido no mundo é matéria dos sonhos de alguém. Nas palavras de um dos maiores oradores da língua portuguesa, o Padre Antônio Vieira (1959), “o livro é um mudo que fala, um surdo que responde, um cego que guia, um morto que vive, e não tendo ação em si mesmo, move os ânimos e causa grandes efeitos”. Corpo ausente, minha consciência não tem medo de existir. Palavras sejam ditas... que o livro se refaça diálogo, muitas e muitas vezes! Num encontro não deixaria minhas palavras serem as últimas, como se a verdade concluísse o silêncio. A verdade pode dar ensejo a dois sentimentos opostos: se pouca e pobre, fazer pensar que todo conhecimento é insuficiente perante a vida, sem defesa contra o desconhecido; ou se muita e erudita, crer na ilusão do orgulho, atirando no rosto de outrem a própria ignorância. O despertar desse tipo de sonho não seria mais que um pesadelo. Nessa práxis ética da escuta, se existirem verdades definitivas, que elas venham só das palavras mais recentes, especialmente daquelas que ainda se preparam para existir. Em se tratando do ser humano, das muitas ciências sobre o outro, não há maior conhecimento que o diálogo.

GLOSSÁRIO

- ⁱ **EPISTEMOLOGIA:** também conhecida por TEORIA DO CONHECIMENTO. É o ramo da filosofia que trata da natureza e da validade do conhecimento (“o que é o conhecimento?”, “qual a sua origem?”, “o que podemos conhecer?”, “como justificamos nossas crenças?” etc). Investiga conceitos como "conhecer", "perceber", "prova", "crença", "certeza", "justificação", "confirmação", entre outros. O nome deriva de *episteme*, termo do antigo grego que significa conhecimento. A esse termo opunha-se o termo *doxa*, que significa opinião. Ao longo da história do pensamento existem diferentes e opostas correntes epistemológicas, tais como empirismo, racionalismo, fenomenologia, historicismo, estruturalismo etc.
- ⁱⁱ **FENOMENOLOGIA:** é a compreensão filosófica da realidade, entendida como um fenômeno da percepção e não como a pura crença de que as coisas existem fora da consciência, isto é, independentemente dela. Fenomenologicamente, o mundo não é apenas fruto do meu pensamento, e é clara a possibilidade de existirem árvores na floresta amazônica mesmo que eu não esteja lá agora para vê-las. O mundo é anterior e maior que a minha percepção. Todavia, o “simples” fato de imaginar uma árvore é um fenômeno que depende

das minhas noções de tempo e espaço. O mundo precisa da minha perspectiva pra eu percebê-lo. Noutras palavras, o conhecedor e a coisa conhecida existem simultaneamente. Perspectiva oposta ao pensamento positivista do século XIX.

O método fenomenológico começa a partir das análises de Franz Brentano sobre a intencionalidade da mente. Para ele, toda consciência é consciência de alguma coisa; portanto a consciência não é uma substância, mas uma atividade constituída por atos (imaginação, percepção, especulação, vontade etc.). Desse modo, as essências são significações, objetos somente captados pelos atos intencionais e não de outra forma. O processo de redução fenomenológica ou *Epoché* dá-se pelo progressivo afastamento das aparências ou fenômenos do mundo exterior rumo à investigação das operações realizadas pela consciência, buscando-se a essência do fenômeno. No entendimento de Edmund Husserl (1976), aluno de Brentano, o conhecimento do mundo caracteriza-se pela sua inacababilidade, pois sempre poderemos rever as coisas sob novas perspectivas, enriquecendo esse conhecimento.

- iii **A PRIORI:** é uma expressão em latim muito utilizada em filosofia, para designar o conhecimento adquirido antes ou independentemente da experiência. São exemplos a matemática, a lógica, as puras abstrações intelectuais, intuitivas, os postulados universais etc. O conhecimento *a priori* costuma ser contrastado com o conhecimento *a posteriori*, isto é, aquele que requer a percepção via os cinco sentidos corporais. *A posteriori* é um conceito básico da epistemologia, pela via do empirismo nas ciências sociais e naturais.
- iv **PRÁXIS:** ação refletida, pensada com potencial transformador da realidade. Pensamento e ação tornam-se dinâmicos, um modifi-

cando o outro, enquanto se fazem mutuamente no processo dialético da própria existência.

v **ALTERIDADE:** é o sentido profundo e existencial do “ser outro” que nos escapa, é a percepção da intimidade, da vivência pessoal exclusiva e única de cada ser humano. Trata-se do esforço de se colocar no lugar do outro – seu modo de pensar, de sentir e agir – de tal maneira que as experiências pessoais dele são preservadas e respeitadas, sem o mínimo desejo de sobrepô-las ou destruí-las. Para pensadores como Peter Singer (2002), a alteridade é uma ética de respeito não apenas entre os humanos, mas também extensiva a outros animais.

vi **SUBJETIVIDADE EMPÍRICA:** refere-se às pessoas que existem concretamente, individualidades no âmbito das relações cotidianas. Distingue-se, pois da subjetividade abstrata, cujo sentido é puramente teórico, de um “eu” universal. Tradicionalmente a filosofia utiliza-se do conceito de “eu” de uma forma transcendente, abstrata e *a priori*, para se referir a todas as pessoas, desconsiderando nelas o efêmero e acidental; conquanto as ciências, a psicologia e a antropologia o fazem considerando diretamente as pessoas e culturas, por meio da experiência.

A Filosofia Clínica tem uma peculiar forma de se valer, ao mesmo tempo, dessas duas concepções de subjetividade. Os conceitos de “exames categoriais” e “estrutura de pensamento” só podem ser compreendidos com profunda abstração teórica, em sua instância fenomenológica e existencial. É esse prévio conhecimento *a priori* que dá ao filósofo um entendimento não equivocado do partilhante, evitando dois erros comuns de julgamento: a crença ingênua nas aparências e a imposição de preconceitos universais (que são

outras abstrações).

Lúcio Packter levanta uma interessante questão a respeito. Na criação da Filosofia Clínica, ele afirma que foram das suas vivências como terapeuta que elaborou os abstratos trinta tópicos da EP. Por essa lógica, a Filosofia Clínica nasceu da clínica, o que aparentemente faria concluir que ela é por origem uma filosofia empirista. Tanto que, em vários momentos do seu trabalho, Packter afirma que será pela experiência de consultório que poderão surgir as mudanças necessárias na teoria e, quem sabe, a inclusão de novos tópicos. No entanto, é somente a partir das cinco categorias de entendimento *a priori*, utilizadas na clínica (assunto, circunstância, lugar, tempo e relação), que a prática se torna filosoficamente possível. Seria a filosofia de Packter um pensamento *a priori* ou *a posteriori*? À questão se responde tranquilamente: não há competições de métodos. A Filosofia Clínica é, sobretudo, uma conjugação aos benefícios do partilhante. Eis o que ele diz no *Caderno A*:

“... preciso admitir que a fundamentação de meu trabalho levou-me a esses métodos e nunca o contrário, até encontrar certas agruras que essa teimosia me causou. Apesar de pequenos embates entre fundamentação e método, no início de meu trabalho, cito os que viveram ao confronto. Conforme já afirmei aos meus alunos, descartei – não sem dor – tudo o que não teve aplicação prática” (#12).

[...].

“Note que a pessoa é anterior à Estrutura de Pensamento [EP], pois é somente através dela que tal Estrutura tem possibilidade de existir.”

“Quando o filósofo clínico considerar o outro ser que o procura, ele terá diante de si mesmo a pessoa ou Estrutura de Pensamento?”

“Se você quer saber o que eu acho basta reler as linhas acima.”

“Agora, já percebi que não há aqui, como em quase tudo o mais, um dado

consensual: alguns filósofos certamente considerarão a pessoa como sendo apenas uma Estrutura de Pensamento, outros saberão distanciar uma da outra; sem contar aqueles que entenderão tudo, Pessoa & EP, como um todo. Em suma, entenda como quiser” (#16).

vii **DIALÉTICA**: um dos termos mais ambíguos na história da filosofia, com diferentes concepções. *Grosso modo*, opõe-se ao método causal, em que o entendimento se dá por relações lineares de causa e efeito. No método dialético, a compreensão resulta de um processo de conflitos e oposições entre perspectivas, para explicar uma nova situação decorrente desse conflito. Possui, nesse sentido, três elementos básicos: a tese, que é a afirmação inicialmente dada; a antítese, que é o seu oposto; e a síntese, resultante desse embate. A síntese não é simplesmente a vitória de uma das outras duas, é uma situação nova que carrega em seu interior os elementos de ambas, sem desperdício dos conhecimentos ou das experiências. Num movimento cíclico e contínuo, a síntese torna-se uma nova tese, que se contrasta com uma nova antítese, gerando então uma nova síntese. No presente texto, afirma-se a inseparabilidade entre a teoria e a prática, em busca de uma visão sintética do processo terapêutico.

viii **ONTOLOGIA**: parte da filosofia que se dedica ao estudo dos conceitos, das características, da identidade, do significado, da composição e das relações essenciais dos diferentes seres no mundo, permitindo definir o que uma coisa é. Afirmar que algo é real ontologicamente implica antes definir realidade. Para isso, vários elementos são chamados à elucidação, de acordo com a natureza do que se trata: se valores, pesquisa-se *a qualidade* (se positiva ou negativa), *a oposição* (se bom ou mau) etc.; se coisas materiais do mundo físico natural, como a pedra, a árvore... ou se do mundo físico

artificial, como as roupas, os carros..., investigam-se *as causalidades* (causa-efeito), *a temporalidade* (sua transformação e durabilidade no tempo) etc. Dessa forma, são estudadas a ética, a religião, a consciência, a política... e tudo o que há. Quando alguém, por exemplo, diz que está preocupado, que é responsável ou que não sabe as horas... ontologicamente se perguntaria: o que é, qual a essência da “preocupação”? Como se define “responsabilidade”, a fim de verificar se esta pessoa realmente é ou não responsável? E... o que é o “tempo”?

- ^{ix} **HÓLOS**: antepositivo grego que significa “total, completo, inteiro”. Por holoplastia, deve-se entender aqui a capacidade imprevisível de o ser humano dar forma ao seu jeito psicológico de ser perante o mundo. A existência humana é entendida, nesse sentido, como singularidade somada ao contorno das circunstâncias externas em que ela se redefine permanentemente, surpreendendo todas as teorias e expectativas desenvolvidas a respeito. Seria por definição um conceito inacabado de homem.
- ^x **MADNESS AND CIVILIZATION / HISTÓRIA DA LOUCURA NA IDADE CLÁSSICA**: Foucault defende a idéia de que a maneira de o homem lidar com a loucura modificou-se significativamente no século XVIII. Até o século anterior loucura e razão não estavam ainda separadas. Antes, razão e “des-razão” implicavam-se confusamente. Com o renascimento científico associado à filantropia religiosa, dentro da ordem absolutista de governo, a experiência medieval da loucura, ainda poética, divertida e, por vezes, metafísica, adquiriu o estatuto de doença mental. Desde então, o homem contemporâneo deixou de se comunicar com o louco, transformado-o num acidente patológico. Esse diálogo rompido condenou ao silêncio todas as palavras imperfeitas e hesitantes, sem sintaxe fixa e conhecimento suficiente. Momento em que a linguagem da psiquiatria revelou

um monólogo abstrato da razão sobre a loucura.

Renunciando às verdades confirmadas, Foucault se propôs fazer uma arqueologia deste silêncio, combatendo e destituindo o papel organizador dos conceitos da psicopatologia, da psiquiatria e da psicologia, que teriam desempenhado função decisiva na mudança. Pretendeu ele, em seu trabalho, suspender as figuras instauradas de conclusão e certezas absolutas a respeito. Em sua análise, ele desenvolveu a história da linguagem implementada pelo silenciamento da razão científica, descortinando a estrutura da recusa e os seus mecanismos. Seu método abrange um conjunto histórico que envolve diversas noções, medidas jurídicas e policiais, instituições terapêuticas, manicômios, escolas etc.

Estabelecida a constituição da normalidade/anormalidade por um saber médico-científico, legitimado pelo surgimento da estatística, criou-se o “poder disciplinar”. Trata-se de dispositivos sociais de reabilitação e reeducação, a fim de humanizar e corrigir os indivíduos então considerados perigosos para si mesmos e para a população. Com estratégias, pedagogias e moralidades de controle dos corpos e das almas, os sujeitos foram arbitrariamente medidos e ordenados. Aqueles psicologizados e classificados como disfuncionais (desde crianças agitadas e indóceis, surdos, mudos, pessoas instáveis, débeis e “deficientes” etc.) foram isolados em laboratórios de observação para a obtenção de técnicas terapêuticas de tratamento. Por fim, a modernidade edificou uma nova forma de dominação, uma política de coerção mais sutil, útil e poderosa que a revolta da escravidão: a identidade da obediência.

^{xi} **ESTRUTURALISMO:** método de pensamento que analisa coisas como as línguas, as práticas religiosas, as relações de família e outros, procurando investigar o sistema das inter-relações, as

profundas “estruturas” da cultura, através das quais o significado é produzido e reproduzido em uma sociedade. Foi uma das modalidades mais extensamente utilizadas pelas ciências na segunda metade do século XX, em especial nas áreas das humanidades. Entre seus maiores representantes está F. Saussure, no campo da lingüística, e Lévi-Strauss, na antropologia. Por citar, segundo este, deve haver elementos universais na atividade do espírito – seu *modus operandi* –, entendidos como partes irreduzíveis e suspensas em relação ao tempo que perpassariam todo o modo de pensar dos seres humanos. O estruturalismo tem sido frequentemente criticado pelo pós-estruturalismo e pelo desconstrutivismo, por ser não-histórico e por favorecer forças estruturais determinísticas em detrimento à habilidade de pessoas individuais de atuar. Particularmente, a Filosofia Clínica se utiliza do estruturalismo com uma leitura não determinística das estruturas de pensamento, isto é, por meio de “estruturas abertas” da condição humana.

^{xii} **SABERES TRANSPessoAIS:** o termo transpessoal significa “além do pessoal” ou “além da personalidade” e é um nível aproximado das experiências místicas, enfocando o sentido das dimensões espirituais da psique. Diferentes definições vem sendo dadas ao longo da história, permanecendo genericamente a idéia da dissolução entre o “eu” e o “mundo exterior”, tal como já utilizada por C. G. Jung. Ao lado de Vitor Frankl, Stanislav Grof, James Fadiman e Antony Sutich, Abraham Maslow (1968) oficialmente cria o termo “psicologia transpessoal” nos EUA, para anunciar o aparecimento da “quarta força” em psicologia, sendo a primeira o comportamentalismo, seguida da psicanálise e do humanismo. A psicologia transpessoal investiga os estados não-ordinários da consciência, aos quais podemos nos entregar num novo sentido

não materialista da vida. Abrangem desde experiências alucinógenas, estados religiosos de transe a similares.

^{xiii} **MODERNIDADE E PÓS-MODERNIDADE:** o iluminismo foi um movimento surgido com maior força na França, na segunda metade do século XVIII (o chamado “século das luzes”), conseqüente das tradições do renascimento e do humanismo, por defender a valorização do Homem e da Razão. Os filósofos da modernidade, impulsionados pelo capitalismo, defendiam, inclusive, que a crença deveria ser racionalizada. Todavia, junto à poderosa ascensão do cientificismo, revolucionando a economia industrial, um século depois vieram duros embates aos alicerces da razão. Críticas como a de Marx ao liberalismo, de Nietzsche à moral cristã e de Freud ao racionalismo fizeram deles pórticos de uma nova era contemporânea, difícil de nominar.

A chamada “pós-modernidade” possui diferentes concepções filosóficas sobre o termo (Lyotard, 1984; Jameson, 1991; Habermas, 1983; Santos, 1993; etc.), genericamente demarcada a partir do capitalismo pós-industrial, em torno de 1900. Seja como for, uma vez abalada a crença nas verdades absolutas, na linearidade histórica do progresso entendido como evolução acumulativa, o mundo caracterizou-se fundamentalmente por serviços e trocas de bens simbólicos, como a informação. Somando-se à decepção dos pressupostos racionalistas que não impediram duas guerras mundiais, além de subseqüentes perdas de referenciais em longo prazo, devido à aceleração assustadora das tecnologias de comunicação, à multiplicidade, à fragmentação e à instantaneidade do consumo, sobreveio uma onda de romantismo piegas e uma crise da linguagem. Os excessos de informação, especialmente audiovisuais, a economia globalizada, o caráter policultural e virtual da realidade

“on-line”, o fim das proibições, transformando tudo em produto, em mercadoria à plena liberdade de escolha do consumidor... e tantos outros fenômenos correlatos, trouxeram às psicoterapias um impacto de difícil avaliação: no meio de valorosos terapeutas, superando a razão em busca de novas percepções e tratamentos, há aqueles que, por insuficiência do raciocínio, limitam-se ao marketing, ao carisma e aos pseudomisticismos da moda.

Conquanto as ciências modernas foram consideradas pelos iluministas nas suas possibilidades de libertação da irracionalidade, para os “pós-modernistas” essas mesmas ciências não garantiram a desmistificação do mundo nem o incalculável aumento das tecnologias da violência.

^{xiv} RASCUNHOS FILOSÓFICOS SOBRE UM (NOVO) CONCEITO ÉTICO DE SUBJETIVIDADE EM CLÍNICA:

A seguir, a reprodução parcial do referido artigo de Will Goya (2005):

“... Na FC o respeito ao modo de ser do outro, não apenas aos seus dados axiológicos, mas à sua subjetividade holoplástica, afirma, segundo o alcance ou o acréscimo de minhas próprias reflexões, uma nova noção de valor: a *potência de autenticidade*, ou seja, a capacidade de promover uma existência (ou uma função existencial) e de assumir o maior valor que sua grandeza é capaz de ser. Numa palavra, suscitar o máximo de eficácia às realizações subjetivas de cada um, segundo a autogenia da Estrutura de Pensamento considerada. Enquanto tal, este valor possui uma validade irrestrita na medida em que garantiria um total respeito à liberdade existencial do sujeito, orientando-lhe terapêuticamente no uso de Submo-

dos, isto é, gerando sobre seus costumes e sua existência em geral, se possível e ou necessário, um novo modo ser, buscando soluções aos seus conflitos internos, muitas vezes independentemente dos interesses axiológicos culturais, plurais ou hegemônicos vigentes fora dele.

[...]

Para além dos limites da esfera da pura racionalidade, a minha leitura de Packter entende uma ética distinta tanto do *a priori* lógico quanto do *a priori* axiológico, na esfera dos sentimentos. Na FC o *a priori* axiológico reconhece sua legitimidade específica apenas quando inserido nos Exames Categóricos, em uma autogenia da EP. Fato que permite averiguar clinicamente que, inclusive, nalguns sujeitos não se verifica nenhuma manifestação emocional ou sequer a necessidade da existência ou predominância de dados axiológicos. Ausente quaisquer “conteúdos”, tipologias psicológicas ou metafísicas da natureza humana universal não haveria porque também uma pessoa sofrer reconduções sanitárias ou morais. Nessa leitura, não subsiste uma forma transcendental de dever ser ou de bem/amor na subjetividade holoplástica. Isto é maiormente uma constatação clínica. Dessa forma, a FC não prolonga, como simples aperfeiçoamento, a continuidade das leituras dos dados fenomenológicos das análises de natureza intelectual (Husserl) ou das vivências emocionais, distante das experiências intelectual e religiosa (Scheler). Pensar uma ética, na FC, é pensar um valor moral para além dos imperativos ou das emoções, embora possa haver justaposição. Trata-se de uma *ética da potência*, para além do Bem e do Mal, mas em nada privilegiando uma vontade de poder, como um instinto natural (Nietzsche). Para além dos postulados filosóficos de quaisquer concepções definidas de uma certa natureza ontológica ou da condição humana, conforme lista a história do

pensamento. Todas estão circunscritas ou relativamente verdadeiras, por coincidência ou não, se estiverem ajustadas às singularidades subjetivas. Indefensável querer que um paradigma ético, ainda que longinquamente, abarque a infinitude de cada um na história de si próprio e ou na das sociedades.

Se esses rascunhos indicarem um válido caminho de pesquisa – enquanto intuições nascidas tanto da minha práxis clínica, quanto das releituras feitas – conjeturo dizer que a Filosofia Clínica acrescenta, talvez ainda nas mesmas direções, o que a fenomenologia existencial já expôs a respeito. Conseqüentemente, antevejo que a FC cria sim um novo valor, para além de Kant e da ética da responsabilidade de Scheler, justamente porque retira do conceito de moralidade seus valores de bem/mal e as hierarquias de amor/ódio. As divergências não afetam o princípio do kantismo, que rege o mundo ocidental em todas as relações, ou seja: age de tal forma que a sua ação seja uma norma universal de conduta, sempre como um fim e nunca como um meio. Nos estatutos da FC o que se questiona é o cumprimento da norma como um dever puro e simples. Discorda-se também de Scheler, quando este buscou garantir a universalidade da ética pela experiência emocional dos valores, fazendo da afetividade o tópico fundamental da escolha. O resultado da crítica envereda por uma genealogia dos juízos de valor, não da introspecção psicológica, mas recolocando em debate a questão da subjetividade e das relações de autogenia que atuam sobre a vontade.

[...]

O fato de novas categorias de entendimento serem acrescentadas à fenomenologia enseja uma ética porque ensaia uma reflexão em dois campos, a saber: 1. do ponto de vista teórico, é cogitável a fundamentação de uma *ética da potência* nos parâmetros aqui rapidamente

delineados? 2. Anteriormente, o que está ao campo da observação e análise clínica, é inevitável que a práxis da FC tenha pressupostos éticos, o que justificaria investigar quais seriam. O que nos permitiria fundamentar uma ética na FC, a fim de que os juízos de valores possam ter uma significância predicativa de verdadeiro ou falso e saibam nortear a atividade humana na conformidade de um entendimento filosófico-clínico, não deve se apoiar em nenhum realismo metafísico, religioso ou cultural. Portanto, na FC eles se colocam acima das influências do absolutismo de uma ética individual, nem advogam a ênfase de uma ética essencialmente pública (seja universal, seja em versões comunitárias, relativistas), e superam o debate entre o individualismo/universalismo/racionalismo *versus* holismo e leituras antropológicas (social, histórica, hermenêutica ou contextualista). Na medida em que isso permanece ainda uma leitura fenomenológica existencial, também não subsistem mais condições transcendentais ou formais cuja materialidade dos valores objetivos advenha mediante uma percepção emocional pura, por se tratarem de fenômenos axiológicos irredutíveis. Diferentemente, na FC a manifestação fenomenal dos valores éticos, enquanto ato intencional na realização de quaisquer valores, parece-me que certifica uma nova fundamentação: o acesso à uma objetividade dar-se-á não pela observação fenomenológica da experiência vivida pelo sujeito psicológico, mas pela investigação das condições e circunstâncias da manifestação fenomenal do valor de uma *força vital subjetiva*.

[...]

Nesta concepção ética, *bom é todo valor que se manifesta no ato intencional que permita o exercício existencial da pessoa, potencializando o que ela é fenomenologicamente em interseção com o mundo, isto é, tudo que maximiza o modo de ser único e talvez flutuante de cada um. E por atitude ética do filósofo clínico tudo o que, por esforço e competência necessários, puder fazer*

ao partilhante com o propósito de lhe garantir uma autogenia forte em sua interseção com o ambiente – o conjunto de pessoas e coisas importantes e complexas – no qual está inserido.

[...]

Ora, não coincidindo necessariamente ética com busca de ‘bem-estar’ ou ‘felicidade’, dadas as holoplásticas configurações subjetivas, pode haver escolhas pelo sofrimento, sem a conotação moral de um valor mau. Naturalmente que isso só é validado através da metodologia filosófico-clínica de acordo com os elementos ou categorias internas da Estrutura de Pensamento e aplicação de Submodos compatíveis a cada um. Critério terapêutico ambivalente porque essa *força vital subjetiva* ou *potência de autenticidade* pode se apresentar de duas maneiras. Em princípio, é desejável, ao menos possível conseguir a tão desejada autonomia do partilhante clínico sobre os seus pesares, enquanto uma questão interna, localizada no restrito universo da sua subjetividade. Esse tipo de autonomia é vista no limite clínico intra-organizacional à Estrutura de Pensamento. Noutras palavras, o conceito de autonomia psíquica geralmente pressupõe independência de fatores externos sobre o controle da própria vontade, tendo por oposto graus de alienação antiética. Enfatizando, isto apenas estabelece uma verdade se e somente se após a feitura de uma autogenia clínica constatar-se um importante entrave na existência ou perda daquela *força vital*, devido a vínculos de subjugação ou reificações etc. Neste caso, a FC cuidaria do partilhante no sentido de orientá-lo a uma reorganização produtiva dos elementos constitutivos da sua Estrutura de Pensamento, para o seu próprio bem. Todavia, contrariando, por citar as correntes freudo-marxistas, longe dos estigmas paradigmáticos, a FC constata, pela exigência da práxis clínica, uma outra manifestação de autonomia, capaz de revelar a existência de Estruturas

de Pensamentos individuais que se unem de forma indissociável, às vezes até confusa, feito uma única EP com outras pessoas ou mesmo com objetos inanimados. Neste caso a *potência de autenticidade* é otimizada no sentido da autonomia como pertencendo a uma análise e tratamento de âmbito estrutural. Eticamente, por consequência, seria condenável orientar ou mesmo conduzir uma pessoa a se separar dos seus mais rígidos apegos – sejam pessoas e ou coisas –, por motivo de sofrimento ou por incompatibilidades ideológicas entre o filósofo clínico e o partilhante. *A priori* e sem os devidos Exames Categoriais e, sobretudo, classificando-a de “patológica” seria à FC um crime ético. Nenhuma resposta carismática vale mais que as infinitas perguntas que o mistério do outro nos suscita.

[...]

Não poderia ser de outra forma, compreendo uma ética nascida da clínica e não para a clínica; um filósofo terapeuta e não um terapeuta que estudou filosofia. É o que a FC soube dar à luz. No sentido que apresento, *a Filosofia Clínica é uma terapia ética*. Uma ética de tautologia, que não pretende no ser humano uma evolução moral apoiada em qualquer doutrina abrangente, de um preceito, valor para outro. Quando a necessidade exige um cuidado clínico, o partilhante busca alguma mudança no conjunto de suas vivências pessoais, não necessariamente no que pensa ou sente de si, mas na condição da sua Estrutura de Pensamento, que não se lhe satisfaz. Podem ser choques tópicos, conflitos nas categorias existenciais de sua totalidade psíquica, insuficiências ou excessos, ausência de submodos, etc. Coisa que não se pode saber sem devida análise. Importa que ele, sintomaticamente com assuntos imediatos (em geral), encontra-se numa situação limítrofe, da qual se sente prisioneiro ou aquém de sua plena liberdade existencial. *A esse estado*

de ser que, segundo os Exames Categorias previamente feitos, reivindica ser diferentemente do que é ou se encontra, pode ser chamado de condição de inautenticidade.

[...]

Este novo conceito filosófico de sujeito (Estrutura de Pensamento) e do método que o revela (Exames Categorias) ligam-se à noção de prática clínica (Submodos) por uma inseparável configuração triangular eqüilátera, não apenas constituída de lados, mas com uma área e ângulos existenciais. Entender a FC fragmentando esta configuração decorreria necessariamente numa razão instrumental, em que se preferiria uma mera técnica de conhecimentos mais ou menos utilizáveis, por quaisquer interesses, acima dos fins a que se destinam, ou seja, a eficiência psicoterápica. Pensar a subjetividade num Exame das Categorias sem a consoante elaboração/leitura de uma Estrutura de Pensamento condizente, seria puro, inútil academicismo, cujo único valor estaria na vanglória da reflexão que se afasta do mundo para melhor compreendê-lo teoricamente, mas se esquece de a ele voltar. Afinal, de que vale saber um método se não se pode dele valer-se para o fim a que se destina? Uma Estrutura de Pensamento, frente aos Submodos, sem Exames Categorias é antiético, por fazer do outro o que eu quero que ele seja, a partir de pré-juízos. É reificá-lo como meu objeto de estudo e prática, como tão flagrantemente se observa nas teses psicológicas e filosóficas que engessaram, cada qual em disputa, o que condenaram ser a ‘sua verdadeira’ e universal natureza humana. Submodos sem Exames Categorias ou Estrutura de Pensamento, apreciados nas múltiplas técnicas psicoterápicas existentes – e quase todas eficazes nos propósitos a que se destinam – incorrem no conhecido equívoco de se valorizar a técnica antes do seu intento. Fazer antes de saber é algo como insistir com a chave certa

na fechadura errada. Mais que simplesmente não abrir a porta é aprisionar-se.

[...]

Sei que para um rascunho há muitas palavras aqui, sobretudo com uma idéia ousada, apesar de interessante. Do ponto de vista da fenomenologia, a FC propõe (se é que bem entendi o pensamento do filósofo Packter), dentre outras coisas, uma ética-antropológica, um espectro de compreensão aberto por categorias *que é antes de tudo uma responsabilidade e depois um pensamento da responsabilidade* em busca dos infinitos caminhos da verdade e do pensamento. Nesse particular, penso, há concordância com Emmanuel Levinas, segundo o qual o sentido primeiro surge da moralidade. A questão ético-gnoseológica da Filosofia Clínica perante a intencionalidade do ego é esta: quem posso ou não ser em interseção com o mundo, conforme minha autonomia? Isso ao invés de um idealismo teórico totalizante: quem sou, segundo qual perspectiva além de mim ou nas minhas puras representações? Com a ontologização do ser humano corremos sempre o risco de alienarmos esse mesmo ser por ideologias, não raro, autoritárias, travestidas de um discurso ‘sobre’ a realidade. Ao menos pelas intenções, este rascunho cumpre o seu papel: convidar os erros à aprendizagem e as verdades à revisão”.

- ^{xv} **METAÉTICA:** investigação teórica a respeito dos significados das proposições, dos fundamentos e da metodologia do universo conceitual da ética. Essencialmente especulativa, afasta-se das reflexões morais que envolvem problemas empíricos e aspectos práticos.

REFERÊNCIAS¹

- ACHENBACH, G. B. *Philosophische Praxis*. Cologne: Juergen Dinter, 1984.
- AIUB, M. *Filosofia Clínica e Educação - a atuação do filósofo no cotidiano escolar*. Editora. Rio de Janeiro: Walk, 2005.
- . *Para entender Filosofia Clínica: o apaixonante exercício do filosofar*. Rio de Janeiro: Walk, 2004.
- ANDRADE, C. D. de. *Poesia Completa*. Rio de Janeiro: Nova Aguilar, 2001.
- ANDRADE, C. D. de. *Poesia Completa*. Rio de Janeiro: Nova Aguilar, 2001.
- ARENDT, H. *The Human Condition*. Chicago: University of Chicago Press, 1998.
- ARIES, P. Introduction. In: CHARTIER, Roger (Ed.). *A History of Private Life III: passions of the Renaissance*. Cambridge: Harvard University Press, 1989.
- BEAUVOIR, S. de. *The Second Sex*. Translated by H. M. Parshely. Harmondsworth: Penguin, 1984.
- BECCARI, Á. Entrevista com Olgária Mattos. *Revista Galileu*, São Paulo, n. 98, set. 1999.
- BERGER, P. L.; LUCKMANN, T. *The Social Construction of Reality: a treatise in the Sociology of Knowledge*. New York: Anchor Books, 1967.

¹Porque este livro foi escrito nos EUA, utilizei a bibliografia originalmente em inglês, facilitando mais o entendimento da Filosofia Clínica ao leitor fora do Brasil.

- BOFF, L. Críticos, criativos, cuidantes. In: _____. *Educação cidadã: novos atores, nova sociedade*. Brasília: Educação Cidadã Talher Nacional, 2004. (Cadernos de Estudos, BBE, 2).
- BOURDIEU, P. *Language & Symbolic Power*. Cambridge: Harvard University Press, 1991.
- BUBER, M. *I and Thou*. 2. ed. Translated by R. Gregory Smith. Edinburgh: T. & T. Clark, 1958.
- CANGUILHEM, G. *The normal and the pathological*. New York: Zone Books, 1991.
- CARVALHO, J. M. de. *Filosofia clínica, estudos de fundamentação*. v. 1. São João del-Rei: Ed. da UFSJ, 2005.
- _____. *Introdução à filosofia da razão vital de Ortega y Gasset*. Londrina: Cefil, 2002.
- _____. *Problemas e teorias da ética contemporânea*. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2004.
- CÓDIGO de Ética do Filósofo Clínico e do Especialista em Filosofia Clínica. Porto Alegre: Registro Especial de Títulos e Documentos, 9º tabelionato. Disponível em: <<http://www.filosofiaclinica.com.br>>. Acesso em: 27 mar. 2004.
- CREEL, H. G. *Confucius and the Chinese Way*. New York: Harper Torchbook, 1960.
- DELEUZE, G. ; GUATARRI, F. *What is Philosophy?* New York: Columbia University Press, 1991.
- DERRIDA, J. *Writing and Difference*. Translated by Alan Bass. London & New York: Routledge, 1978.
- DESCARTES, R. *Meditations on First Philosophy*. Translated by John Cottingham. Cambridge: Cambridge University Press, 1996.
- DILTHEY, W. *Hermeneutics and the Study of History*. Princeton, NJ: Princeton University Press, 1996.
- DREYER, L. *Sinfonia inacabada: a vida de José Lutzenberger*. Porto Alegre: Vidicom, 2004.
- DUMONT, L. *Essays on individualism: modern ideology in anthropological perspective*. Chicago and London: University of Chicago Press, 1986.
- FOUCAULT, M. *Ethics, Subjectivity and Truth: essential works of Foucault 1954-1984*. v. 1. Translated by Robert Hurley and others. New York: New Press; Penguin, 1997.
- _____. *Madness and Civilization: a history of insanity in the age of reason*. Translated by Richard Howard. New York: Pantheon, 1965.

- . *Mental Illness and Psychology*. Translated by A. M. Sheridan-Smith. New York: Harper and Row, 1976.
- . *The Birth of the Clinic An Archaeology of Medical Perception*. Translated by A.M. Sheridan Smith. New York: Pantheon Books, 1973.
- FREUD, S. *Civilization and Its Discontents*. New York: W.W. Norton, 1989.
- FROMM, E. *The Art of Loving*. London: Thorsons, 1995.
- . SUZUKI, D. T.; DE MARTINO, R. *Zen Buddhism and Psychoanalysis*. New York: Harper & Row, 1960.
- GADAMER, H.-G. *Truth and Method*. 2. ed. rev. Translated by J. Weinsheimer and D. G. Marshall. New York: Crossroad, 1989.
- GAY, P. *Freud: a life for our time*. New York: W. W. Norton & Co, 1988.
- GIBRAN, K. *Jesus, the Son of Man*. New York: Knopf, 1928.
- GOYA, W. Rascunhos Filosóficos sobre um (Novo) Conceito Ético de Subjetividade em Clínica. *Revista Internacional de Filosofia Clínica*, Porto Alegre, n. 1, jan./jun. 2005.
- HABERMAS, J. Modernity: an incomplete project. Translated by Seyla Ben-Habib. In: FOSTER, Hal (Ed.). *The Anti-Aesthetic: essays on postmodern culture*. Seattle: Bay Press, 1983.
- HABERMAS, J. Modernity: an incomplete project. Translated by Seyla Ben-Habib. In: FOSTER, Hal (Ed.). *The Anti-Aesthetic: essays on postmodern culture*. Seattle: Bay Press, 1983.
- HEIDEGGER, M. *Being and time: a translation of Sein und Zeit*. Translated by Joan Stambaugh. Albany, NY: State University of New York Press, 1996.
- HORNEY, K. *Feminine Psychology*. New York: W. W. Norton, 1967.
- HUME, D. *An Enquiry concerning Human Understanding*. Edited by Tom L. Beauchamp. Oxford/New York: Oxford University Press, 1999.
- HUSSERL, E. *Ideas: general introduction to pure phenomenology*. v. 1. London: George Allen & Unwin, 1976.
- JAMESON, F. *Postmodernism, or, The Cultural Logic of Late Capitalism*. Durham: Duke University Press, 1991.
- JAPIASSU, H. F. *Introdução à Epistemologia da Psicologia*. 5. ed. São Paulo: Letras & Letras, 1994.
- JONES, E. *Sigmund Freud: life and work*. (Later published under the title *The life and*

- work of Sigmund Freud*). London: Hogarth, 1953-1957. 3 V.
- JUNG, C. G. *The Archetypes and The Collective Unconscious*. 2. ed. Princeton, N. J.: Bollingen, 1981. (Collected Works, v. 9, Part 1).
- KAFKA, F. *The Metamorphosis and Other Stories*. 1. ed. Translated by Stanley Appelbaum. New York: Dover Publications, 1996.
- KANT, I. *Critique of Pure Reason*. Translated by Guyer and Wood. Cambridge: Cambridge UP, 1998.
- . *Critique of Practical Reason*. Translated by Mary J. Gregor. Cambridge: Cambridge University Press, 1996.
- LEVINAS, E. *Totality and Infinity*. Translated by A. Lingis. Pittsburgh: Duquesne University Press, 1969.
- . *Humanism and the Other*. Translated by Nidra Poller. Champaign: University of Illinois Press, 2003.
- . *Ethics and Infinity*. Conversations with Philippe Nemo. Translated by R. Cohen. Pittsburgh: Duquesne University Press, 1985.
- LOWEN, A. *Language of the Body*. New York: Collier Books, 1978.
- LYOTARD, J.-F. *The Postmodern Condition: a report on knowledge*. Manchester: Manchester University Press, 1984.
- MACHADO, R. *Zarathustra, tragédia nietzschiana*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1997.
- MARX, K. Economic and Philosophic Manuscripts of 1844: Selections. In: TUCKER, R. (Ed.). *The Marx-Engels Reader*. New York: W. W. Norton, 1978.
- MARINOF, L. *Philosophical Practice*. New York: Academic Press, 2001.
- . *PLATO, NOT PROZAC!: applying eternal wisdom to everyday problems*. New York: Harper Collins Publishers, 1999.
- MASLOW, A. H. *Toward a Psychology of Being*. 2. ed. New York: Van Nostrand, 1968.
- MERLAU-PONTY. *Eye and Mind*. Translated by Carleton Dallery. In: EDIE, James. (Ed.). *The Primacy of Perception*. Evanston: Northwestern University Press, 1993.
- MICHAEL J. L. *Metaphysics – A Contemporary Introduction*. 2 ed. Londres: Routledge, 2002.
- MORENO, J. L. *Einladung zu einer Begegnung*. Anzengruber Verlag: Viena, 1914.

- MORIN, Edgar. *Introduction à la pensée complexe*. Paris: ESF, 1990.
- NIETZSCHE, F. *Philosophy in the Tragic Age of the Greeks*. Translated by M. Cowan. Washington, D. C.: Regnery Gateway, 1962.
- _____. *On the Genealogy of Morals*. Translated by Walter Kaufmann and R. J. Hollingdale. New York: Vintage, 1967.
- _____. *On Truth and Lies in a Nonmoral Sense*. In: *Philosophy and Truth: Selections from Nietzsche's Notebooks of the Early 1870's*. Edited and translated by Daniel Breazeale. New Jersey: Humanities Press International, 1979.
- _____. *Acerca da verdade e da mentira no sentido extra-moral*. Tradução de Paulo Osório de Castro. Lisboa: Relógio D'água, 1997.
- _____. *Thus Spake Zarathustra: a book for all and none by Friedrich Nietzsche*. Translated and with a preface by Walter Kaufmann. New York: Modern Library, 1995.
- ORTEGA, F. *Genealogias da Amizade*. São Paulo, SP: Iluminuras, 2002.
- ORTEGA y GASSET, J. *Meditations on Quixote*. New York: W.W. Norton and Co, 1961.
- PACKTER, L. *Ana e o Dr. Finkelstein*. Rio de Janeiro: Wak Editora, 2006.
- _____. *Armadilhas Conceituais*. Florianópolis: Garapuvu, 2003.
- _____. *Cadernos: especialização em filosofia clínica (de A até R)*. Porto Alegre: Instituto Packter, [(s.d.)]. [*Notebooks, (undated)*];
- _____. *Buscas: caminhos existenciais*. Florianópolis: Garapuvu, 2004.
- _____. *Passeando pela vida: lições de filosofia*. Florianópolis: Garapuvu, 1999.
- _____. *Sinais*. São Paulo: All Print Editora, 2005.
- _____. *Filosofia clínica: propedêutica*. 3. ed. Tradução de Geneci Bett. Florianópolis: Garapuvu, 2001.
- _____. *Clinical philosophy: propedeutics*. Translated by Geneci Bett. Disponível em: <<http://www.filosofiaclinica.com.br>>. Acesso em: 27 mar. 2004.
- _____. *Semiose: aspectos traduzíveis em clínica*. Edição e revisão final de Alex Mourão. Fortaleza: Gráfica e Editora Fortaleza, 2002.
- PESSOA, F. *Obra poética*. 3. ed. Rio de Janeiro: Nova Aguilar, 2005.
- PLATO. *The Republic (Book VII and X)*. *The Collected Dialogues of Plato*. New York, NY: Pantheon Books, 1961. (Bollingen series).

- POPPER, K.; ECCLES, Sir J. C. *The self and its brain: an argument for interactionism*. New York: Springer International, 1977.
- REICH, W. *Character analysis*. 3. ed. New York: Farrar Straus & Giroux, 1972.
- RICOEUR, P. *Oneself as Another*. Translated by Kathleen Blamey. Chicago: University of Chicago Press, 1992.
- ROSS, W. D. *Aristotle's metaphysics*. Oxford: Clarendon Press, 1924. 2 V.
- SANTOS, B. de S. *Introdução a uma ciência pós-moderna*. 3. ed. Porto: Afrontamento, 1993.
- SARTRE, J.-P. *Transcendence of the Ego*. Translated by Forrest Williams and Robert Kirkpatrick. New York: Noonday Press, 1962.
- . *Being and Nothingness: a phenomenological essay on ontology*. Translated by Hazel E. Barnes. New York: Routledge, 1989.
- SAUTET, M. *Um café pour Socrate*. Local: Éditions Robert Laffont, 1995.
- SCHELER, M. *Formalism in Ethics and Non-Formal Ethics of Values: a new attempt toward the foundation of an ethical personalism*. Translated the *Der Formalismus in der Ethik und die materiale Wertethik* by Manfred S. Frings and Roger L. Funk. Evanston, Illinois: Northwestern University Press, 1973.
- . *El puesto del hombre en el cosmos*. Barcelona: Alba, 2000.
- . *Gramática de los sentimientos: lo emocional como fundamento de la ética*. Barcelona: Editorial Crítica, 2003.
- SCHOPENHAUER, A. *The World as Will and Representation*. v. 1 e 2. Translated by E. F. J. Payne. New York: Dover Publications, 1969.
- SCHUSTER, S. C. *Philosophy Practice: An Alternative to Counseling and Psychotherapy*. Westport, Conn.: Praeger Publishers, 1999.
- SEARLE, J. *Intentionality*. Cambridge: University Press, 1983.
- SIGNATES, Luiz. *Comunicação e solidariedade*. Disponível em: <http://www.irc-espiritismo.org.br/form/busca_palestras.php>. Acesso em: 04 nov. 2007.
- SINGER, P. *Animal liberation*. New York: Harper Collins, 2002.
- STRASSBURGER, H. *A Formação do Filósofo Clínico*. Porto Alegre: Instituto Packter, 2005.
- . *Fundamentação prática em Filosofia Clínica*. Porto Alegre: Instituto Packter, 2006.
- TALLENTYRE, S. G. [Evelyn Beatrice Hall]. *The Life of Voltaire*. Honolulu, HI: University Press of the Pacific, 2004.

TRIPICCHIO, A.; TRIPICCHIO, Ana Cecília C. L. *A Filosofia Clínica e as psicoterapias fenomenológicas*. São Paulo: Associação Paulista de Filosofia Clínica, 2000.

VIEIRA, A. *Sermões. Obras completas do Padre Antônio Vieira*. Prefaciado e revisto pelo Pe. Gonçalo Alves. Porto: Lello, 1959. 5 V.

WEIL, P. *Holística: uma nova visão e abordagem do real*. São Paulo: Palas Athenas, 1990.

_____. *Sistemas abertos: a nova transdisciplinaridade*. Colaboração de Ubiratan D'Ambrósio e Roberto Crema. [São Paulo: Summus Editorial, 1993.](#)

WERNER, J. *Paideia: The Ideals of Greek Culture*. v I e III. Translated from the German by Gilbert Highet. Oxford: Oxford University Press, 1965.

WITTGENSTEIN, L. *Tractatus Logico-Philosophicus*. Routledge: [s. n.], 1981.

_____. *Philosophical Investigations*. Translated by G. E. M. Anscombe: Prentice Hall, 1999.

Os textos conferem com os originais, sob a responsabilidade do autor.



ESTA PUBLICAÇÃO FOI ELABORADA PELA EDITORA
DA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS

Rua Colônia, qd. 240-C, lt. 26 a 29, Chácara C2, Jardim Novo Mundo
CEP 74.713-200, Goiânia, Goiás, Brasil.
Secretaria e Fax (62) 32271814 – Livraria (62) 32271080

“... resumo tudo numa única pergunta: de toda a sua alma, quer verdadeiramente servir ao próximo, ouvindo-lhe as mais fundas necessidades da vida? Como lhe haveria eu de explicar essa verdade que ouvi-la não basta, se estiver distraído? É que não nos entendemos diretamente com a individualidade das pessoas, mas com os laços que nos unem. Se o espírito é distante e a consciência dorme, não há o que dizer. Se as almas vivessem sozinhas, não haveria palavras. Como se sabe, a palavra disfarça o pensamento tanto quanto o revela pela maneira como o esconde. Se alguém se recusa a falar sobre determinado tema, mudando de assunto, isso diz muito... Em qualquer um, toda mentira, alucinação ou simples devaneio tem seu próprio estilo. A palavra é um gesto de intenções, um desejo de comunicação, um jogo de interesses. Sabe o bom terapeuta, o bom amigo, o filósofo, que a operação de falar implica a de escutar, e que ninguém pode esquecer-se disso. Os ouvidos ouvem, a alma escuta. Se houver algo a ser dito entre dois, que seja um encontro”.

“... I can sum up everything in one question: with all your heart, do you really wish to serve your neighbor, listening to his deepest needs in life? How can I explain this truth that to listen is not enough, if one is absent-minded? We do not communicate directly with the individuality in people, but with the bonds that unite us. If the spirit is distant and consciousness asleep, there is nothing to say. If souls lived alone, there would be no words. A word is a gesture of intent, a desire to communicate, a play of interests. As can be observed, words disguise thought, but also reveal thought through the way in which it hides thought. If anyone refuses to talk about a given subject, and changes the subject, this tells a lot... In any one, every lie, hallucination, or mere day-dream has a style of its own. A word is a gesture of intent, a desire to communicate, a play on interests. A good therapist, a good friend, a philosopher knows that the act of talking implies listening and no one can forget this. Ears hear, the soul listens. If there is something to be said between two persons, may it be an encounter”.