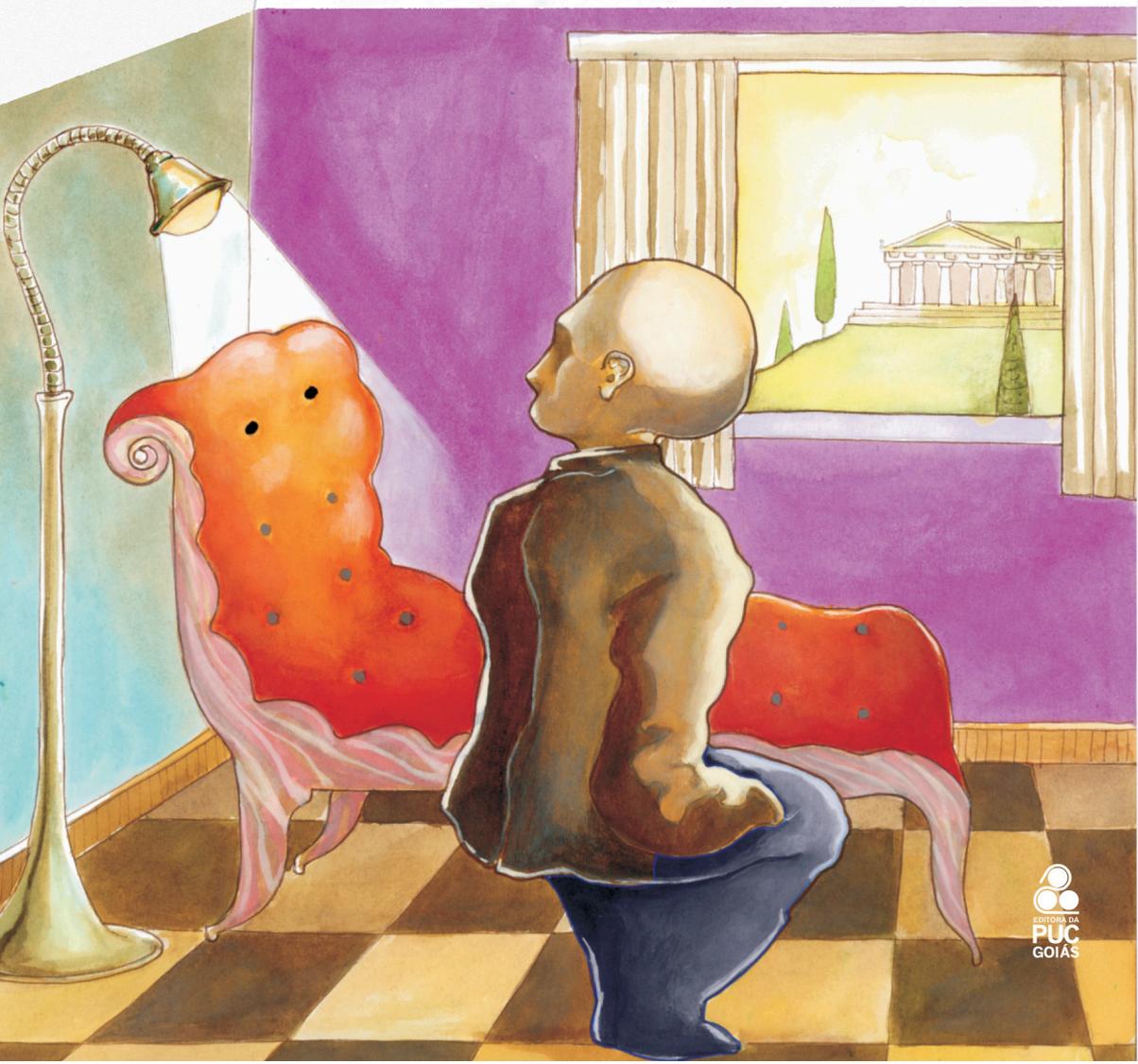


A Escuta e o Silêncio

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

Listening and Silence

Lessons from Dialog in Clinical Philosophy



Grão-Chanceler

Dom Washington Cruz, CP

Reitor

Prof. Wolmir Therezio Amado

Editora da PUC Goiás

Pró-Reitora da Prope
Presidente do Conselho Editorial
Profa. Dra. Sandra de Faria

Coordenador Geral da Editora da PUC Goiás

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 de Campos Borges
Íuri 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



© 2010 by Will Goya

Editora da PUC Goiás
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 PUC Goiás
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. – 2. ed. – Goiânia:
Ed. da PUC Goiás, 2010.
422 p.

ISBN 978-85-7103-614-7

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

CDU: 1.
159.964

Impresso no Brasil
Printed in Brazil

No campo da psicoterapia, quero muito agradecer a dois grandes mestres que tive: Pierre Weil e meu querido amigo Lúcio Packter. 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 125

Palavras que Silenciam 139

A Terapia é uma Tragédia 153

II A ÉTICA DA ESCUTA

A Filosofia do Encontro: sobre como achar a pessoa perfeita 173

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 199

GLOSSÁRIO 209

REFERÊNCIAS 227

PREFÁCIO

Este livro põe o amor em primeiro plano. O texto escrito por Will Goya evitou ser didático. A sua ideia 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*

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.

É 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 linguísticas. 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-

ção 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 conseqüência, 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 ideias apenas.
Há só cada um de nós, como uma cave.
Há só uma janela fechada, e todo o mundo lá fora;
E 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 Caeiro), 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 consequência, 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 Paideia 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 ideias, 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 psicoló-

gicos, 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 pálpabras sobre o desconhecido, iluminando sua vida.

A Filosofia Clínica utiliza-se instrumentalmente de conhecimen-

tos, por certo, mas com uma consciência epistêmica da prática, formalizando e modelando os encadeamentos, meios e fins. O aspecto funcional do conhecimento filosófico é dialeticamente^{viii} 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 convictas 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, tíques 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 Dalí (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 humanidade, 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, recombina-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 específicos 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 antigo 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 consequência. 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 ca-

tegorias, 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 consultório, 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 apoia – 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 lembrança até os dias atuais, é por ela relatado. Depois, isso é mais detalhadamente revisto em vários períodos curtos, intercalados seqüencialmente 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 nature-

zas, podendo se dar 1. em confrontos diretos e indiretos internamente 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 in-

dividual 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, algu-

mas vezes não há o que compensar, momento em que é preciso reconstruir 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 telefôni-

cas ou saindo para dançar até a exaustão etc. Sem os cuidados categoriais, 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.

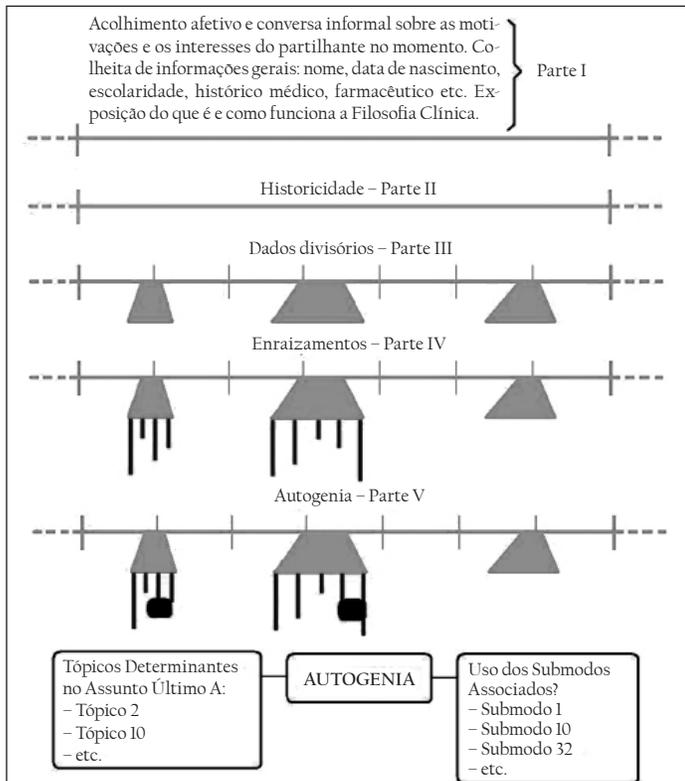


Figura 1: Quadro Geral do Planejamento Clínico⁴

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

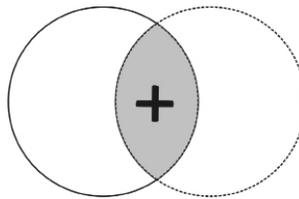
Com a humildade própria de um autêntico filósofo, nem sempre é possível atender a certas pessoas. O partilhante pode estar além da sua capacidade de entendimento... limitada pelo idioma, por uma cultura desconhecida, erudita ou mais sofisticada, por fenômenos místicos etc., e até por motivos de embates 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:

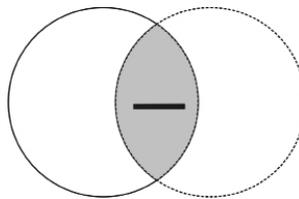
- **Interseção Positiva:** aquela que é subjetivamente boa, no sentido de bem-estar, entre as pessoas.



Caso clínico:

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

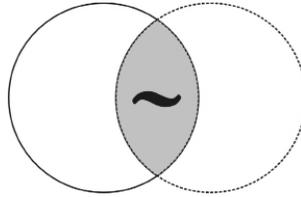
- **Interseção Negativa:** aquela que é subjetivamente ruim, no sentido de mal-estar, para as pessoas.



Caso clínico:

Aproximadamente desde os 19 anos ela teve péssimas relações com os pais, sobretudo com a mãe. Vivia 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.

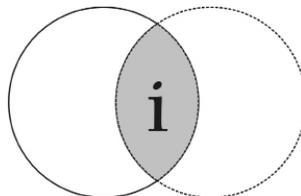
- **Interseção Confusa:** aquela que deixa as pessoas envolvidas sem saber determinar propriamente o que estão vivenciando.



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 boabeira 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 desencontrados 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 ideia de também deixá-la sozinha, lembrando haver abandonado o pai, quando ele mais precisava.

- **Circunstância:** conjunto de todas as idiosincrasias 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 repreensões 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, deixou 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 vendo 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 ideias. 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 ideias 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 expressa 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 ideias, 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, doutor. 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 ideias;
- 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 ideia.

Caso clínico:

A ideia 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 con-

ceitual, 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 re-

sultado 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 sofro”.

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 T10 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 Mal-

colm 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.

Expor 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. Distingue-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 farrá 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 consequência 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, comporta-

mental necessariamente. Já as relações existentes entre a Ação, a Hipótese e a Experimentação são movimentos internos à consciência, 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 pessoas 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 T2I 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 T2I 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 reconhecimentos 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 *Caderno 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 produtivida-

de 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 ideias 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). Parti-

cularmente, 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 ideias 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 ideia 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 àquelles 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 ideias, 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 quan-

do 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, desnorteada, 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 ideias 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 ideias complexas, porém de maneira confusa, com estruturações 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 ideias 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 ideias, 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 interessar, 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, chegando-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 esquecera, 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 cho-

ro. 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 pes-

soais, 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 ideias, 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 ideias, 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 des-

se 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 intelectiva 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 ideias, 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 sen-

sações 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 exte-

rriorização. 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, sinônimas 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, minimando 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 ideia 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 tentou 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 ideias 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 ideias 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 Cansairas 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 ideias, 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 ideias 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 tranqüilo... 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 ideias 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 consequências, 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 ideias, 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. Parafrazeando o famoso ditado de Galiza, no noroeste da Península Ibérica: *“las brujas y las metafísicas [acrêscimo 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 sincronicidades...

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 arrogue 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 levarmos a criança a um pediatra e ele investigar 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 T11 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 ideia 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. Côncio 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 ideia 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 ideia 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 ideia

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 topográfico 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 lembrar 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 autoculpado 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 ideias 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 ideias 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 ideias, 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 ideias. 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 ideias 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 “sim-

ples” 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 modificando 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 mun-

do 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 ideia 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 conhecimen-

to 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 indôceis, 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 ideia 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 existen-

cial do sujeito, orientando-lhe terapêuticamente no uso de Submodos, 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 Categoriais, 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 funda-

mentação 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 irreduzíveis. 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 fi-*

lósofo 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 manifes-

tação 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 conseqüência, 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 pri-

sioneiro 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 equilátera, 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 in-

tento. 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 ideia 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: WW. 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. *Zaratustra, 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'agua, 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.

Listening and Silence

Lessons from Dialog in Clinical Philosophy

By Will Goya

Listening and Silence

Lessons from Dialog in Clinical Philosophy

Translated by Clare Charity
and revised by Fernanda Moura and Thais Campos
2nd Revised Edition



I should like to thank my two professors in the field of psychotherapy, Pierre Weil and my dear friend Lúcio Packter, especially the latter who, with his love for life, did so much for me.

To my family, children, and friends – all of them brothers and sisters to my personal human benevolence. Particularly, I owe a lot to my dear sister Claudia Campos, who welcomed me into her home, in the USA, where I wrote this book.

My love and gratitude to my dear friends Weber Lima, for the dialog, Fernanda Moura, Thais Campos, Gabriela Santos and Mariângela Estelita, for the technical revision.

SUMMARY

PREFACE 243

PIERRE WEIL PRESENTS *LISTENING AND SILENCE* 245

POEM: AN OVERTURE 247

CONSIDERATIONS 249

I WHAT CLINICAL PHILOSOPHY HAS TO SAY

The Plural in Each of Us.... 257

Words that Listen.... 359

Words that Silence.... 373

Therapy is a Tragedy.... 387

II THE ETHICS OF LISTENING

The Philosophy of Encountering: about how
to find the perfect person.... 407

The Language of Approximation: about the art of saying
it all in two words.... 419

III WHEN LOVE TALKS, EVERYONE IS LISTENED...

The Last Words Will Be Only the Most Recent.... 433

GLOSSARY 443

BIBLIOGRAPHY 461

PREFACE

This book places the love in first place. This text written by Will Goya avoided the didacticism. The intention of Goya was to show the Clinical Philosophy in the ambit of the ethics.

The first part of the work is destined to those who don't know Clinical Philosophy. Goya invites the reader to walk. But those who already know Clinical Philosophy will be surprised with Goya's presentation: sensitive, poetic.

The opening poem seems to summarize the first part of the book.

For Will Goya, *“Clinical Philosophy is a praxis in alterity that brought to psychotherapy all the world's visions that have been thought of in all of these 2500 years of philosophy. Because this is an authentic open reflection, critical of itself, it affords understanding of the subjectivity of any individual without coming down to one, singular existential manifestation of no one. New philosophies, yet to arise, endorsing possibilities, will only intensify the degree of listening and dialog with differences”*.

I imagine that many readers will receive Laura in the heart when they arrive to the words of presentation of Will Goya: *“Laura was a sweet, sad girl when I first met her. She came to therapy brought by her mother who, for a long while, had been worried about her depressive state. In a quick conversation over the telephone, she confided she was afraid her daughter*

would “do something silly”. She told me at the time she would leave her daughter at the clinic on the appointed day and hour without coming in. And so it was for five consecutive weeks, when her daughter took it upon herself to come on her own. Our therapy lasted for approximately five months, with a few more supervisor visits at Laura’s request”.

In the second part he assumes thought autonomy and introduces reflections and concepts about the practical and the ethics of the philosophical listening. The conclusion condenses his precepts, his feelings of compassion and his philosophy of clinical practice.

This book is beautiful. The reader soon will verify that this work was written by a philosopher that brings in the soul the love, the poetry, the kindness. There are touching passages. I was shaken, I was grateful, and I can only say: thank you very much, dear friend, for writing in English these pages on the Clinical Philosophy. Beautiful pages.

Lúcio Packer

Brazilian philosopher
Systemizer of Clinical Philosophy

PIERRE WEIL
PRESENTS *LISTENING AND SILENCE*

It is with a great pleasure that I introduce to the public the present work of Will Goya: *Listening and Silence*. First of all because it is about a person whose vocation for the psychotherapy was declared very early, as he was already in Brasilia attending the formation of our UNIPAZ at 18 years old, with a reasonable knowledge of all the great pioneers of the modern psychotherapy.

The title of the book is very suggestive of its therapeutical practice its, as he describes with a powerful force of compassion. He knows to change himself into a careful ear not only to the content of speech, but also to the many non-verbal languages in its different phenomenological expressions.

Certainly this philosophy book constitutes a great contribution to psychology and to all who currently seek to take care of the Being.

Pierre Weil

Former-pupil of thinkers as J. Piaget, I. Caruso and J. L. Moreno,
Pierre is rector of UNIPAZ, educator and a psychologist worldwide known,
with close to 40 books and translations in various languages.

POEM: AN OVERTURE

To all surrenders, and all overcomes

By Will Goya

It's wrong to think that love always wins and can do anything
With love, we learn to lose.

Naturally,

To control everything is to lose control
And he who is not willing to lose, loses

As pride does not destroy only guilt,

But the heart of the one who is guilty.

To love is not to wish the neighbour what you wish to yourself

It's transforming the beloved one into the first,

And yourself into the neighbour.

Love is not weak, not strong, neither much nor little,

It's just whole

Even if for a fraction of seconds

In the most beautiful instants of life.

Only what's simple is completely whole.

Pure delivery, love is light.

The one who loves, walks in the clouds

For his heart reached the kingdom of heaven

Love makes the skin shine from invisible tenderness
When the body coats itself with soul.
Nobody sees the fluidity of quiet waters, the soft and scented blow
of breeze
Nor has one touched the clouds with the hands
But who doesn't know where the floating blue of life comes from
That dressed it with joy for being the world's beauty?
It comes from God's dream, when men still sleep in it
An unconscious wish to love
It's called loneliness.
A secret revealed to him by God
When in him this dream made him waken better.

Fate's great melancholy is that death exists
And love cannot avoid it
But the strenght to start over is a faith
That, maybe, no other life closer to the truth will ever know
The mistery that the day lays under the sun of each new morning.
He who likes, sleeps. He who dreams, loves.

CONSIDERATIONS*

We live in a world of intolerance, of political fragmentation, of religious fundamentalism, and ethnic hate. Philosophy is right on time – to remind us of other values, to dream other dreams, invent other reasons for people to be together. In its etymology (from the Greek philo, love, and sophia, wisdom) the word philosophy bears the memory of its original meaning. If philosophy is, above all, love of wisdom, we may conclude that the present day culture crisis is a crisis in the ability to love.

Olgária Mattos, Revista Galileu.

This is a book about love. And the most important thing to be learnt here, is the path to beyond oneself, overcoming subtleties of vanity and listening profoundly to what the existence of another has to teach us – an immense capacity to understand another and to see oneself in his place, to the most that circumstances will allow. There is a beautiful name for this – a word built on the very heart of life, for it only exists within the conflicting pulse of an encounter. This concept may, perhaps best be translated in the science of caring, that, in my opinion, is the greatest reason for being in ethics: to love one's neighbor as oneself.

This is a book on Clinical Philosophy – always supposing it is a book – shown more as a therapeutic activity than as ethical doctrine: it is provocative and also intended to raise important ethical and epistemological discussions on the infinite personal differences in the human condition. These pages are paths of conciliation between both psychotherapists and specialists in the subject and scholars of philosophy, psychology, anthropology, psychiatry, and related human sciences in general. For such, at the end of the book, we have included a short glossary** that non-specialized readers may resort

* This edition was published on the site www.willgoya.com on May 10, 2010.

** The remissions to the glossary will be indicated by small roman exponential.

to and rely on for reading with greater independence. I have tried to write somewhere between the academic and the poetic. In this way, philosophy accomplishes its fundamental function – to help people think for themselves or, more specifically, in the case of Clinical Philosophy, to think of how to help people without ever thinking for them.

To my relief, there are other, more didactic books on how philosophical clinical practice functions, although nothing can substitute a solid therapeutic background with supervised training for guidance on the finer points of practice. In this sense, I endeavored to avoid unnecessary repetition on a theme, without foregoing the quest for new horizons. Readers with prior knowledge of the subject will be more familiar with the given depths and criticism. This is one of the greatest of tragic beauties in life: on the line of the horizon, all, strong and weak, small or large, swift or slow, will always have the same exact distance to cover. For, after all, the closest someone can get to the horizon, as far as he may progress, ends up always beginning the day once more. Those who want to go further must rise earlier...

Clinical Philosophy is a new mode of practicing therapy, based on academic philosophical theories in clinical practice from the eighties by philosopher Lúcio Packter, in Europe and in Brazil. Philosophical therapy far from outdated, mere moral counseling and that in not conceiving any diseases or behavior disorders of an exclusively psychic nature, abstract typologies, inflexible, universal structures, etc. is also farther from the psychological concept of a cure. Whether this side or the other of organic causes of neurological roots, Clinical Philosophy does not cure - it takes care.

This is philosophical praxis and may be regarded as the most radical practical exercise in alterity ever elaborated to this day. It is

a double therapeutic learning: that of the existential listening and ethical rejection of every form of silencing the alienable right of one or more people, different from each other, coexist and express themselves freely. To accept and listen to the other as he is (within a possible perception of him), however, does not always mean to agree or to support him, as the freedom of the meeting is more important than each one of us; for more important than any one of us, will always be the freedom of encounter. What there is in common between a philosopher and another are not affinities that generate trust, but the friendly certainty of the differences. There is no “us” if there are no individuals that may relate to each other. When an “us” is necessary, we must focus on individualization. To clinical philosophers, to love one’s neighbor as oneself is not to love one’s neighbor, but to love what is different, the one from whom one learns the world is greater than I itself. In this encounter, with the foreign unknown, a philosopher discovers the existence of opinions, of values, experiences, dreams, intimacy, suffering, joy, etc. such that no one else in the universe will ever have lived it. In this way, growing and perceiving himself as from another, he has a debt, anticipated by all, in the form of listening and acknowledgement. As a therapist, he knows the construction of his best, beyond selfishness, springs from the responsibility he has for another. Personally, what experience has taught me is that whenever I wanted to surrender to the unfathomable depths of myself, I had to go deep into someone else’s immensity. In short: in clinical practice, to love is essentially to care for others.

That all of us are different is a popular axiom. However, it is not a fact understood by the majority since it’s possible to realize how much each one of us tends to ourselves. All approximation is almost always a conflict, especially if it is very narrow. As the reason for this, what would the Christian saying mean? Within the scope of our personal

limits, what reflections might we extract from this? Of course, the question, for a start, justifies reading this book in its entirety and, would surely, yet, deserve serious understanding of all of a life... or more, would deserve a serious commitment, to understand all of a lifetime... or better, concerning the remarkable personality that conceived it, to the extent of marking civilizations before and after. As from now, most important it is to comprehend that my neighbor is anyone I draw close to, without violating his autonomy or his way of being. Many are close, above all, those who through the laws of affinity or interest confirm my personal world. To love one's neighbor as oneself is not, therefore, to make him similar to us, a neighbor, a mirror to our vanity, to our deficiencies and material rewards, even if this sounds pleasant for both. It is in this sense that the concept of "another" in Clinical Philosophy is better translated as "sharer" rather than "client" or "patient".

Love is something that doesn't make sense for those who don't love. By far, Clinical Philosophy will never be understood by those who don't wish to love others, even if they are right. However, before referring to love, in important chapters ahead, it is worthwhile to know that Clinical Philosophy, as a method of understanding and help, allows freedom to any therapist – full independence in terms of theoretical positions, values, and opinions in general. It's possible then, for a protestant philosopher to treat a Marxist atheist, and not having the slightest wish to convert him. Affinities exist, and this is good, but in clinical practice, it is not personal preferences that must encourage ethics and kindness. By listening completely to the diverse positions of the other, a philosopher is exempt from approval and sanctions in every sphere – scientific, religious, philosophical, and cultural. Therefore, broaching subjects only from the formal point of view, there is no defense of any rigid and universal meaning of words. A precise meaning is a contextualized meaning. Knowing

is contextualizing. In time and space, everything is perspective, everything carries a background history. The components of the words sense and the components of enunciations interpretation, when they show an opinion or a doctrinal position of the clinical philosopher must remain to the free choice of each. As for the sharer, we try to existentially locate the exact sense or the closest possible to what he expresses in order to listen to him without mistakes.

One of the fundamental purposes of this work, is to answer one philosophical question: how can we be sure that we know how to listen to someone's intention? Or, in other words, how is it possible to understand somebody, in his own way to use language, the closest we can get from the way he would like to be understood? Personally, I am sure of the huge ethical value of the answer: about all that the sharer has to say about himself, I have to make a choice. Do I want to listen to him or do I want to silence him? This is a book about listening.

In the first part of the book, with a case study, the reader is invited to become familiar with the theory and practice of clinical philosophy. It is an academic discourse. The second part examines the notion of alterity praxis in the ethics of listening, where I affirm my thoughts on the strategic differences of respect to the other. Language is rich in analogies and interpretations. Last, a short reflection on love, about which I was taught the most profound living experiences in therapy – where I try to share what to me seems fundamental to those who wish to understand and to help people, whether they have degrees or are natural therapists. For those who would rather read poetry to logic, they may anticipate their feelings reading the last chapter first. Perhaps this will make more sense.

The philosophical exercise implies on recognizing the boundaries of knowledge and, consequently, ignorance itself. If humbleness is

the philosopher's true nature, then the clinical philosopher is, by definition, an ethical being. It is not the one who knows the truth, but the one who learns from possible mistakes. As such, this author is no different. Personally, I am convinced that it is not possible to understand Clinical Philosophy without becoming a better person than one was before attaining such knowledge.

In order, as much as possible, to obviate incoherence, with grateful dedication, this book could not be but a dialog written by all of us, the exchange of which may take place *a posteriori*. It would be unforgivable, also, not to remember that the practical lessons of clinical practice, of the sharers, of so many talks and readings in diversity and in wealth, have made this author more than just one. In my opinion, there is only one author, that is no more than life itself – that many refer to as God. In addition, all of us are interpreters – the more intently we listen to others, the more each becomes plural, the more of an intense feeling of human benevolence we gather to ourselves. If there is anything on my part, of my personal faith, that can be read in these pages, it consists in the effort of these sole purposes: how to develop dialog and repay the compassion of learning with others.

I

WHAT CLINICAL PHILOSOPHY HAS TO SAY

It is not enough to open the window

To see the fields and the river.

It is not enough not to be blind

To see the trees and the flowers.

It is necessary, also, to have no philosophy.

With philosophy, there are no trees: only ideas.

There is only each one of us, like a cave.

There is only a closed window and all of the world outside;

And a dream of what one might see if the window were to open,

That is never what is to be seen when the window is opened.

Fernando Pessoa (by heteronomously Alberto Caeiro), Obra Poética.

The Plural in Each of Us

Almost all philosophies, and with them, psychologies are, to a certain extent, correct. It is true that the physical body suffers and reveals all of the emotional conflicts the soul feels, in that it is one single bio-energetic and cosmic unit (Reich, Lowen, Pierre Weil); but also that body and soul are radically different, and often irreconcilable (Plato, Descartes).

Today, there are a great amount of cases that confirm the theory (Freud) of penis envy that women unconsciously have... and dozens more which say precisely the opposite (Horney, Simone de Beauvoir). On one hand, as is known, the unconscious is a phenomenon exclusive to each of us, made up of complexes and repressed contents. After all, who has never called a person by another's name in "faulty action"? On the other hand, there is no doubt: the unconscious is also collective (Jung), consisting fundamentally of a tendency to be sensitized by symbols and images that represent deep feelings of an universal appeal. It is very difficult to deny the present, deep-rooted in the theories of the unconscious; but materialistic existentialism (Sartre) did not hesitate to break with all the theories, because they remove the responsibility from the individual, whose consciousness in anguish

because of death is necessarily lucid unto itself and intentional in its choices. Neither can those who affirm that the economic structure (K. Marx) determines individual consciousness, be wrong. Could those who recommended self-knowledge and inner renovation (Socrates, Confucius) as the only path to an ethical and political evolution of society be fools? Could not the same be said of love? In the words of the popular saying, how can we love others if we do not first love ourselves (E. Fromm)? Although so many anonymous people who never knew how to love, themselves, made tremendous self-sacrifice to benefit those they loved...

All truth is confirmed by the method that created it and gave it substance. There are no absolute methods. Different methods for the same object of analysis come from different notions of truth. Indeed, knowledge is only valid and revalidated within its epistemological limits.ⁱ However, each one of these and other theories of influence made a great mistake when they generalized to beyond the fragments of reality where the principle of empirical and or logical verifiability was assured. With the advent of phenomenologyⁱⁱ in the psychological sciences or philosophical anthropologies, we can no longer attribute universal values abusively, as though they were mathematical objects, in the defense of such a “human nature” *a priori*ⁱⁱⁱ for each subject. As a result, the instituting of psychological types, of psychopathologies and general pre-judgments applicable to the singularity of individuals is anticipated judgment in wait of confirmation, and is an ethical crime in silencing the plural in each one, especially in the form of psychotherapeutic assistance. Care must be taken as regards the dangers of reductionism that demerits and violates the unique originality of each being.

Concerning human sciences, collectivity movements demand another web of complexity to consider. Both society and the individual

are the issues of complementary but distinct studies. Efforts to build archetypes and collective structures of people are valid to capture the psychological culture of a people or of a particular group, without, however, losing sight of the strictness of knowledge – without forgetting that the greater the extent of the research, the less the depth of this knowledge. For this reason, all that is known or that can be known of the specific subjectivity of one single individual, is owing, solely, to a therapist's listening – listening that, naturally, also demands a philosophical method of its own. It would be an unhappy, disastrous mistake, as a result, to judge a person by others. To the amazement of some, we often perceive that many of the truths of mankind applied to social sciences would be lies if they were said specifically to individuals. The world that appears to all the people is not exactly the same as it appears to each one. What makes us most similar to one another is the distance of the sight – the closer the proximity, the greater the difference.

Brazilian philosopher Lúcio Packter devoted himself to the study of this subjective universe in both its aspects: on one hand, theoretical, to formulate an objective and universal understanding concerning the subjectivity of all individuals, which resulted in the “structure of thought” of the human psyche. It would be incorrect to think that in Clinical Philosophy there are different philosophical methods to different people. It's the opposite, there's only one theoretical composition, made out of five categorial exams of the sharer's existential analysis, that will be explained later on. As for the clinical practice, there are therapeutical procedures that are adequate to each person and may vary according to the case. Lúcio searched to understand the existential truths of each one, and conscious of them, guide them towards their best possibilities in life, in difficult times. Clinical Philosophy is na absolute juxtaposition between theory and

practice. With this knowledge, he developed what he decided to call Clinical Philosophy. As from his personal clinical experience, dissatisfied with psychoanalysis and psychiatry, knowing and departing from the work of philosopher consultants in Holland, he deepened his research seeing patients in Santa Catarina in the south of Brazil, investigating ways of helping people in their existential pain with the classics in philosophy. Along his way, in the stories of different people, he observed a correspondence between concepts of life recognized in them and the various fundamental theories of the great theoretical currents of thought, in such a way that no one theory alone would be able to satisfactorily explain human diversity. With discipline, he proceeded invariably in the same direction: from people to his theories. In his didactic writings, known as *Notebooks* (undated, from A to R), that are texts as a pretext for discussion, he affirms (*Notebook A*) that, in creating this specific philosophy, it was difficult to break away and abandon several methodological, psychotherapeutical instruments he resorted to in his clinical practice experience, but that did no real service to his sharers in the clinic.

But what is Clinical Philosophy? What is philosophy is a question as ancient as the name itself – never completely defined, showing its infinite and powerful capacity of reflection. In addition, it is a question posed by philosophy itself, that may best define itself (Deleuze 1991) by its function, invariably creating new concepts, fighting against those opinions that enslave with hasty answers and solutions that are all too easy. The concepts are not formed as molds, they are not findings, as if they were products. They put themselves in themselves, by the need to affirm what something is in such a way that it may be identified and never mistaken for any other. They are created and affirmed as a knowledge of things and of beings, acknowledged through their essential attributes.

With this in mind, philosophy dwelt on several aspects of reality lived, deriving important reflections on themes such as religion, art, culture, sciences etc... Clinical philosophy, particularly, investigates the concept of psychotherapy, also searching for a new look at ethics in the relationship with others, those with whom we share therapeutic care. Lúcio Packter's efforts to lead thought once more in this respect, however, does not make of this a philosophy of psychology, even though it may discuss methods and bases. Clinical Philosophy makes it possible to re-conduct understanding and research as much as it inaugurates practical methods of working.

Clinical Philosophy is a praxis^{iv} in alterity^v that brought to psychotherapy all of the visions of the world that have been thought of in all of these 2500 years of philosophy. Because this is authentic open reflection, critical of itself, it affords understanding of the subjectivity of any individual without coming down to one, singular existential manifestation of no one. New philosophies, yet to arise, endorsing possibilities, will only intensify the degree of listening and dialog with differences. There has always been a therapeutic nature to philosophy – authentic care to be part of a human background since the Paideia of ancient Greeks when there was not yet a modern dividing line to separate theory from practice. It would be a great mistake to believe that Clinical Philosophy is not philosophy simply because it possesses psychological truths, mapping and diagnoses of psychologies, as though it were scientific. Clinical Philosophy tries, rather, to undo false existential problems derived, in a certain way, from a certain form of thinking the theories of the human psyche. That philosophical activity be efficient and have therapeutic scope does not imply any form of cure, although there may be a coincidence in some comparisons. What a clinical philosopher does is something else again: to understand the nature of existential problems of the

person who seeks him and help him in his free choice in face of the multiple, difficult choices in life. This is the epistemic, pedagogic, and ethical nature of this philosophy that afford it a therapeutic method.

There could not be a greater mistake than to believe that personal dramas are merely psychological. For sure, they are not. There are important psychological issues concerning the relationship between the mind and structures of the word that envelop it. This justifies the position and definition of concepts such as “individual-collectivity”, “body-soul”, “will”, “illusion”, “subjective truths”, “death”, “euthanasia” etc. Even psychological issues must be first based on philosophy in search of knowledge and transformation of what is or is called “reality”. Before the psychologies or psychoanalysis, it is the mission of the philosophy to guarantee an indispensable certainty: to know the depths of somebody it must first be well known the limits of the human knowledge. The wisest has to be the most humble.

Different from psychotherapies, in philosophy, it cannot be said that one thought system is refuted, out-dated, or exchanged for another better one; except of course, if the system was poorly elaborated and is, therefore, poor philosophy. This is so because each philosophical theory possesses coherence in terms of reasoning and agreement of ideas, according to its own postulates and logical rules such as to render it undeniable. Divergence and criticism as from other principles do not take away the bases, but only open new prospects about the real. Although Clinical Philosophy, psychiatry, psychology, and psychoanalysis are based on philosophy and draw philosophical conclusions, only the first is capable of a second reading of all philosophical tradition within its own technical procedures. The force present in the consequences of this reside in the power of knowledge and of cohesion in the treatment of philosophical

conflicts of an existential nature. In solving psychological problems, it is first necessary to know whether the problem was well elaborated at the level of definition and forwarding. After all, what is the correct solution worth... of the wrong problem? And why formulate questions the answers to which can never be honestly known? How many, many times the easy relief of a psychological symptom masks the answer to research of deep causes? As can be seen ahead, at the roots of an apparently simple clinical demand, lie important epistemological, language, aesthetic, logical issues, metaphysical instances, ethical disputes etc. To disregard these would be lacking in truth, and in love.

There have been many philosophers of alterity who elaborated concepts, but did not create practical strategies for a day-to-day practice in alterity. There are some who say that this is not the mission of philosophy, but rather of science, of art, and of culture in general. Lúcio Packter accepted this task, to the benefit of those who were not able to make of books a natural extension to life. Strictly speaking, no scientific or philosophic objectivity is possible without the existence of human beings, of the subject that devises culture and constructs knowledge. To seek logical formal guarantees in structuring knowledge cannot, in practice, mean a negation to living out this reality, especially concerning ethics. To forget empirical subjectivity^{vi} of real people that find sustenance in dreams, who love and suffer, sleep and waken, who must pay off debts, with children, dramas, and joys... is basically to deny life of knowledge itself. In the words of the wise of Tarso, even if we had all of the knowledge and did not have love, what would we have? In the intimacies of my faith, I have no doubts left: from all knowledges of the human soul, only love knows what's the truth.

The fact is that no theory, however brilliant and perfect, is not

worth, does not substitute, nor is it above the suffering and the smiles of a sharer. We may disagree to the very core, and even so make friendship possible. As the maxim says, humanity runs severe danger when a man makes of his truths, hammers, and of people, the nails. Nor could it be otherwise: a clinical philosopher owes his sharer the devotion and the love that we reserve for a friend. As a result, empathy is determinant in the practical foundations of philosophical therapy. The quality of intersection, of subjective involvement that affords approximation and trust between those who come to clinical practice and the one who welcomes them, is the start and, in some cases, even, the end of therapy. Although not that common, a sharer can relate only through conflicts and encounters with the therapist, by means of the challenges of excelling itself. The cares of love not always walk in positive intersections. In time, it is not difficult to recognize the great value of conviviality; others, at times, render us others also. To travel together in search of new options to problems experienced, new, subjectively better, existential addresses, implies a risk of change to other convictions and truths.

In this deep listening, day by day, a philosopher recovers the initial amazement of knowledge that gave rise to philosophy, and in face of that which is known, maintains the powerful force of hypotheses alight. Enough reason to explain that Clinical Philosophy is not and could never be simply the result of much reading. Academic philosophy is not, therefore, *applied to the clinical*,¹ as if reality were a wall that separates us from another person, and erudition, a painting of his picture. Rather, to practice clinical philosophy is walking together through the sharer's labyrinths, and, in the most difficult moments – possibly for us too – opening a window for him, as though these were eyelids to the unknown, enlightening his life.

Clinical Philosophy uses knowledge instrumentally, for sure,

but with an epistemic conscience of the practice, formalizing and shaping the links, middle, and end. The functional aspect of philosophical knowledge is dialectically^{vii} linked to the therapeutic structure, without ever losing sight of same. In Clinical Philosophy, the sharer serves to bring forth knowledge and not the inverse. That is, no personal doctrine of the therapist (philosophical, political, psychological, religious... or whatever) is used to direct the subject to be listened to, or to interpret the meaning of what the sharer expresses in the consulting room. This is the reason why, many times, again and again, a philosopher may be convinced, by experience with another, to change his strongest beliefs. In clinical philosophy, the existential truths of another appear in strict relation with his person, acknowledged by the philosopher as absolutely valid in the historicity of the sharer and never regarded as wrong in their original concepts; however, the sharer may also review what he took to be certain, according to his desire or need, as an effect of therapy.

It is well known that the truth in theories will always require theories of truth, for the principle of error is in judgment and not in things judged. All of the important certainties that we inherit, if not mistaken, are insufficiently correct to decipher the mysteries of the human soul. If we compare some together with others, the great theories on man elaborated in history would annihilate themselves in contradiction or would appear incomprehensible and, at the same time, paradoxical. This being so, with what method can Clinical Philosophy gather all of the theoretical trends as therapeutic instruments at the service of an ethics in listening? And, in such a way that one single philosopher will be apt to listen and understand the infinity of visions of the world in existence, as though he belonged to them. Is such a degree of plasticity in welcoming and treating human differences possible?

Truly, if we do not consider the concepts of truth in dispute as “contents” of the real or essential substances and, in another way, take them merely as phenomena, perspectives of that which they seem to us to be or multiple categories of understanding of the same reality, this will render possible communication between theoretical differences that are so very apart one from the other. After philosophers such as Kant and Husserl, the issue of truths was no longer a problem of things in themselves and became the subject of human perception. Different perceptions of the world may co-exist and be duly understood at levels at which human thought is organized. And this was precisely what Lúcio Packter did: he located all of the main philosophical anthropologies in history, all that was thought and defined on human beings and, in this way, structured a dialog in 30 topics between the various strata of intelligence, elaborating an infinite set of possibilities. Words that silence are maximum records, pre-judged truths even before knowing the sharer’s historicity. They are those interpretations that are elaborated about the other with no other criteria than the therapist’s own interest.

Differing concepts in differing topics of structure of thought are, in this way, equally valid. Thus, the disparity in antagonistic philosophical trends and concepts can be explained. In the same way as the ethical respect for all diversity and modes of being of others is broadened boundlessly. The apparent contradiction in Lucio’s discourse disappears in the phenomenological architecture of thought, with its harmony and own structural unit, like a patchwork quiet very sewn well. Were this study to have the pretension of an ontology,^{viii} in the search for a philosophical concept of human beings, I believe I would take it as holoplastic subjectivity,^{ix} not plasticity from the outside, in which a person adapts to an outer contour, but as an attribute that is constitutively open to re-definition. Because nobody knows the essence of another and can only interpret what he/

she shows, more important than “the study of the general properties of a being” is the understanding of common good and its practice. In Clinical Philosophy, as in all, ethics comes before the theoretical functions of ontology.

I think there will never be a single theory of the knowledge (rationalisms, empirisms, and others) that is not controversial which is human. One thing is certain, article of intelligence, humility and faith: the reality will always be greater than our truths about it. It interests to Clinical Philosophy, in particular, the study of human subjectivity and thus only the reality “experienced”. It is known to the Clinical Philosophy that any statements defended as “genuine”, while language, it comes from the use of arbitrary rules, definitions and things like that. Without falling into pure relativism and without construct dogmatic metaphysical the philosophical method of Packter affirms itself clearly: it is given for the historicity.

In the sharer’s world, history is a simple narrative of his own facts. For the clinical philosopher, historicity is way more than just that, it’s the method that enables the philosopher to obtain all the knowledge about the sharer as a result of an analysis of life context, with special attention to the way he values the perspectives of his narrative. Through the hermeneutics and philosophy of language, the clinical philosopher may access a lot of the sharer’s historicity even when he doesn’t speak directly about himself and even when the language used for communication is not essentially verbal. For now, what matters is to highlight that any legitimate information about the sharer’s way to be himself is only philosophically valid if it’s a result of clinical listening. The knowledge about the subjectivity of the other must never be presupposed by similarity with another person. Historicity is the net of perspectives of the sharer’s structure of thought about the world’s reality as he and nobody else could and knew how to live. All

methods of Clinical Philosophy use the horizon of historicity. Theory in Clinical Philosophy is opening for the other, an ethical attitude of listening and approach ahead from that it suffers.

Unfortunately, the disciplinary knowledge over the other, in a corrective mechanism of singularity, as a set of tools to cure the sharer of presumed mental ills, is still more important than the person to be known. It is in the conformity of varied social interests, that this knowledge-power builds the political structure of madness, of neurosis, and maladjustment, generally. The impacting philosophy of thinkers as Michel Foucault and George Canguilhem, established ill-faith concerning the concept of psychopathology. Madness was transformed into a mental disease as from the Renaissance for those who did not meet the characterizations of the regime of truth accepted and divulged by Modernity. In his book *Madness and Civilization*,^x Foucault (1965) shows that, as from the eighteenth century, sciences such as psychiatry, psychology and psychopathology condemned to silence and to isolation all of the differences that threatened the status quo. In this way, it was the power of silencing that generated the measure of normality and knowledge of the cure. In our days, all of the subtleties of classification and exclusion at last acquired a social status of culture, in discursive and non-discursive education. And what was only yet another existential manifestation of people in their specific context became a device of normality, of vigilance, and correction.

Of course there are “psychopathologies” and the Clinical Philosophy is not here to deny this knowledge, however, this judgment isn’t obvious at all. The only unquestionable certainty is that they are “theories”, therefore, they can never be taken as the truth in themselves. “Psychopathologies” are object of science. While the scientific method works with truth as a generalization of the phenomena that were

observed and transformed into laws accepted as the reality themselves, Clinical Philosophy investigates the phenomena that aren't objects of science: the radical phenomenon of the single subjectivity of each one, that never repeats in other person. A "psychopath" is a judgment and a "general theory of psychopath". We can't confuse a person with a "theory of the person". The difference is quite philosophical. The theories can be true or unreal, falsas as a whole or in parts, but the sharer in the clinic, being sincere or not, is always deeply real. This is a kind of knowledge that can't be learned without compassion.

The *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* "DSM-IV", published by the American Psychiatric Association, Washington D.C., today in its 4th edition, known as "DSM-IV" together with "CID-10" *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*, 10th Revision, of the World Health Organization, in their structures, tales and divers inter-associated sub-classifications, list hundreds of disorders, nervous twitches and syndromes that will not allow any human being to be free for long of the stigmas and dangerous treatments to readjust. Strictly speaking, in an excess of detail, with suspected support from the pharmaceutical industry, we have all, in some way, been classified under some type of disease. Under the pretext and malice of a cure, our times have made of disease a referential of identity between people. However, we may not disregard the merits of investigation and the advance of medicine in the field of public health, especially in psychic disorders resulting from diseases, lesions, and brain dysfunction or by use of psychoactive substances, among others. Also, in dealing with psychological issues that are not purely biomedical, it is important to make no mistake: there are no mental diseases in themselves – there are theories of mental diseases.

In ethical terms, the cure of madness or the madness of a cure is, of conveniences, the worst trap, especially in discussions from the

opposition. No one is mad on his own or, as Salvador Dali (Neret, 1994) maintained: “the only difference between a madman and myself is that I am not mad”. As a result, there can be no other conclusion: the belief, not naïve, anticipated in the theoretical referential that is universally superimposed, whatever, is something other than Clinical Philosophy.

Anyway, any therapy requires additional caution in being dealt with or in the use of scientific or philosophical systems when embracing one doctrine in particular – which is a professional’s right. Although one should observe which methodological device would be more adequate to the circumstances of such and such an individual, unfortunately, a prevalence of models of knowledge that are more to the taste and ease of the therapist is all too common. As generic examples, naturally, a psychoanalyst is someone who truly knows how to listen... but through the ears of psychoanalysis. A Marxist, a spiritualist, a structuralist, the behaviorists and the holistic, etc., also hear and act on the principle of the same correspondence. Which can be good... *if* and only *if* the emphasis given in clinical practice in some way coincide with the own needs of the subject in question. With strong bonds of intersection and some authority, a professional may often be able to lead the sharer, to bring him to a world of his theoretical considerations and even to convince the sharer of this – which is truly tempting. But there are no ethical justifications for a professional who makes another a mirror to his own vanity. It is not the function of psychotherapy to use frailty and to seduce those who are lost along the way. However, happily, I see an increase in the number of psychologists who exceed in competence: they master several techniques and doctrines and resort to those most fitting to the mode of sharer. These psychologists increasingly have difficulties in defining himself theoretically, classifying their therapeutical

methods and “to label” their clients as “patients”, perhaps as historical effect of the direct or indirect readings of Foucault.

But, if claims as old as humanity as to one sole path for all of us, can be overcome, with open dialog in its philosophical bases, the epistemological foundation of this therapeutic praxis can be queried. Would it consist of one method or of several methods? According to Lúcio Packter, creator of Clinical Philosophy, the correct answer is more towards the second option. There are, however, other clinical philosophers that think differently, as indicated in the important contributions of José Maurício de Carvalho (2005), to whom phenomenology is the answer. According to him, Clinical Philosophy is a psychotherapeutic technique capable of a conceptualizing of its own, that differentiates it from other forms of broaching human consciousness, with an object and a formal method obtained by applying phenomenology to the study of psychological fact. Creating a method for a relationship to help, Lúcio transformed phenomenology into clinical therapy. José Maurício’s conscientious work devoted to the subject broaches the foundations, and theoretical and practical claims of this philosophy with sufficient clarity and vigor, in his own way, to the extent that it is not necessary to repeat them here. Clinical philosopher, Mônica Aiub (2005) has likewise been deriving important considerations concerning the field of education trying to understand the diverse ways in which people learn something, what they do with this learning, the existential consequences of teaching, etc. – from a study based on her practice in schools where she taught. Based upon readings of Deleuze (1991) and of Ricouer, she believes that Clinical Philosophy is situated beyond the tendency for constituting a system, whether phenomenological, analytical, structuralistic, empiricist etc. She dwells on the fact that the function of authentic philosophy is not framing, but to build a new concept – as in the case

of Clinical Philosophy, a concept as yet in a potential state.

Lúcio Packter's philosophy arose from his clinical work in hospitals and consulting rooms, only then to give rise to a theoretical framework that is not yet ready² Clinical Philosophy originated from philosophical clinical practice and not the other way around, directed essentially to care for another, first and foremost the loving practice of an encounter, and only later, to investigate the validity of academic theories to which it refers. According to my own intuition, research and clinical living experience, in particular, I believe that Packter's work can also be understood as an ethical perspective based on not silencing the constitutive possibilities to being another. We must later investigate whether this philosophy proposes a new ethical theory, or a reflection on the principles of morality able to determine a universal norm of conduct to be followed. Without a doubt, the exercise of clinical activity from it, possesses an ethics of alterity, whose presupposed features do not exactly coincide with the models of alterity known in our times, which leads me to believe that this ethics (or attitude) of intent listening is the base foundation of Clinical Philosophy.

In any case, there is still the need for various discussions and theoretical foundations for this new philosophy to shed light on its therapeutic procedures – which does not completely invalidate its clinical effectiveness. Adding the reading of Lúcio Packter's writings to the valuable dialog in our personal encounters over the course of the years, I know he is trying to sustain his philosophy by the joint strength of several different principles consisting of opposition concomitantly antagonistic and complementary. Within this procedural approach of the clinic, we realized the need to assume paradoxes and co-exist with the principle of uncertainty. This particular exercise of alterity acknowledges the subjective hyper-

complexity of people demanding a mode of articulation of knowledge that emphasizes problems stemming from multiple knowledge such as Schopenhauer's existentialism, in its renewed reading of Protagoras; the categorial examinations of Aristotle and Kant; the historicism of Wilhelm Dilthey; phenomenology post-Husserl and the "vital reason" of Ortega Y Gasset; Popper's logical positivism, and Gadamer's hermeneutics; adding in a constant use of formal classical logicism, of the analytical in language, from Wittgenstein to John Searle; of the aestheticism associated to somaticity with multiple authors, starting with the empiricism of Hume and of symbolic mathematics, first with Georg Cantor.

In general, I think that this clarifies the differences between Clinical Philosophy and the traditional psychologies, besides the fact that there's a total lack of conceptions of normality against psychopathologies and universal techniques in the clinic, considering that all its fundamentation, its methods and procedures, are derived from academic Philosophy. Lúcio Packter, in his current researches on symbolic mathematics and philosophies of structuralism^{xi}, admits the existence of a new existential understanding of typologies of being another, which is able to cover the sociocultural phenomena of structure of thought, but with a huge condition: without ever losing or diminishing the importance of the specific and unique subjectivity of each sharer, only recognized by his unrepeatable historicity. This is a research for the soon future, as many people wish.

I believe this clarifies the differences between Clinical Philosophy and traditional psychology, also considering that all of its base, methods, and procedures, derive directly from academic philosophy and, as has been said, with the total absence of concepts of normality and of psychopathology, of typology and universal techniques in clinical practice. The focus of the existential issues, in

the therapy of Packter, may coincide in general and sometimes with the perspective and techniques of some psychologies. Depending on the specific case, the emphasis may be given to the behavior (behaviorism) or the need of experience of the “here-now” (gestalt), among others. Valuable moments for interlocution and mutual learning, reviewing concepts, practices and values.

Does clinical practice demand so much knowledge? Well... in the academic sense of the term “to know”, taking concepts already completed, recombining them and inventing new theories until we arrive at a practical equivalent to the real, clinical philosophy over and above all, demands inner renovation, a kind of wisdom. This is the function of the philosophical act which is at stake, an ethical concept of life in relation to one’s neighbor – not only a mode of knowledge, but a new mode of being and of union essential with other beings. The concept of “concept” in Clinical Philosophy is like life itself...For instance, the concept of pain the other talks to us about, physical or moral pain, may be profoundly bound or separate from the words he uses to express such – we may never know how far. He may suffer from language itself, with difficulties communicating or, in turn, this may go back to his inner world with so much ease and perfection that, in him, words would have more soul than body itself. This and one thousand variations... Word, gesture, the way one cannot bring oneself to say something, or a way of telling a lie, perfume, clothes etc. all of the syntax of signs is taken as a chance for proximity. In therapy, knowledge is only paths of encounter between persons.

The fact is that for clinical practice, experience will require much lucidity from a philosopher, both within and without the consulting room. With no license to prescribe medication, yet he has a background in psychiatry, in pharmacology and in neurophysiology – enough to know how to refer issues of a physical nature to a professional in an

important partnership. A therapist's knowledge and authority are restricted only to the treatment of existential issues.

When we are alarmed to see a friend behave in a manner that is very different from what we expected of him, or saying things we never expected to hear from him (especially if this is upsetting), we are led to believe we did not know him that well or that he has changed his former way of being. However, one question is due: what exactly is someone's way of being? How can we avoid the injustice of barely knowing and judge another exclusively by our own way of being? We must accept people as they are, they say. But... what are they? In fact, I do not know up to what point it is possible to know the answer, but we will always have to re-state the question. No matter whether he is a layman or an old therapist, the danger exists.

In clinical practice, a philosopher approaches fears. The fear of uncertainty, of not knowing... what to do, how to do, what to think, etc. But also the fear of certainty, of not being able to do anything about it, and of no longer having freedom of choice; in being responsible, of having to do something to be free or to break free from: of making no sense, and even so, of being profoundly real etc. I accept the challenge for the competence that made of him a clinical philosopher – a friend of the subjective truths of each – in his moral task, he is under obligation to be ever in a state of admiration in face of the infinitude of another, from the first to the last session, once and for all acknowledging his own ignorance concerning the depths hidden within the sharer. A clinical philosopher must co-exist with the limits of his knowledge, with the possibilities of error and, mainly, never cause the sharer in the consulting room to suffer fear against which he has no defense. Far from melodramatic sentimentalism, Clinical Philosophy is an exercise of love.

In a struggle, not always victorious: a clinical philosopher tries to learn how the person is structured existentially, according only to his psychic elements, by origin or consequence. Employing phenomenology in this task, a therapist can clearly distinguish subjective truths from objective truths or by convention. Maximum honesty due to a person does not permit a philosopher to know a sharer beyond the limits of judgment. When we know nothing about another, except for our own opinions and theories on human beings in general, there remains the description of phenomena such as they seem to be, with no pre-supposition as to how they must be in essence. Without purisms in judging another, it is necessary to avoid a minimum of unfounded certainties.

As a result, without metaphysical dogmas, guessing, or superficiality, the therapeutic work of this objective philosophy purports to locate the conflicts or existential “knots” in the psychic structure of an individual, to solve them or, in some way reduce suffering. Existential suffering to me, deserving treatment in Clinical Philosophy is all that which subjectively causes demands for change or existential solutions on the part of the sharer and is a motive for complaint or request for assistance to the therapist. Suffering here is not understood in the exclusive sense of physical or moral pain because various types and intensity of pain (hurt, anguish, headache, remorse, longing, self-flagellation, intense hunger etc.) may be of benefit to the sharer according to the case. Very often, it is impossible to dissociate understanding from pain without pleasure, contentment, ecstasy, and joy... and the indefinite. The help of a therapist is necessary when the action or the process of undergoing changes in life (any changes) is sufficiently difficult for the sharer. With all due respect to diversity, in the Jewish-Christian culture where guilt is religious identity to many, in the clinical practice setting, we often meet people who do

not wish to do away with the pain they feel, but to qualify it to be adequately painful, who knows joyful, as a moral incentive to God's justice and to inner reform... And why not? In May, 1933, Mohandas Gandhi fasted for 21 days as a protest against colonial oppression, repeated time and again in the course of his life, putting his own existence at risk. Each time he began fasting, he triggered a national movement in a desire for freedom. There are those who would prefer not to cure themselves from an ill and to use it in order to obtain money, favors or dignity from the family, from the government, etc. Also, there is no reason why a person who is happy, without pain without great problems in life with himself, should not seek therapy, for instance, for the purpose of knowing himself better or to help friends. In this case, suffering – that which is sufficiently difficult to the limits of the sharer, will be of another nature: to suffer the thirst for knowledge or suffer compassion and love in abundance. There are many examples that may not be judged without the context due. Because life anticipates rules, clinical practice takes in all.

And what does the clinical philosopher do to assist the sharer in his plea for help?

Three things: first, he uses five categories of understanding (subject, circumstances, place, time, and relation) in order to research and elaborate a well-structured existential concept of the context of the person, as close as possible to reality. Once the links in the relationship between subjectivity and the surrounding atmosphere have been understood, the second stage then takes place: the philosopher moves on to an assessment of the way in which the psychological facts in consciousness are organized, mapping out the sharer's structure of thought (ST), through the person's life story. ST is the way the person is existentially in the world and describes the way in which his consciousness thinks, feels, touches, attributes value to things, etc.

There are thirty structural topics, permanently open to the advent of new ones, that explain reality according to L. Packter, from the philosophers and culture of all times in general. The sum of all the possibilities of topical elements imbricated among themselves, plus the direct relationship with the five categories, makes it possible to amass an uncountable variety of expressions for the modes of being, whether fundamental or transient, of every human being on earth. As far as I know, this is the most complete architecture of understanding and alterity on an individual's condition in human existence. In world-man links, an individual may be understood by his participation in different states of consciousness. Although diverse modes of being or of the concepts that people elaborate about themselves and the world, invariably allow us to learn more about the human condition (the better we know people), diversity will never offer us a total knowledge of who is the other in front of us. The only thing we are sure about, is that singularity is in itself, a single totality in its relationship with the world. The only thing we are sure about is that singularity is a unique totality in its relationship with the world.

Once all the categorial data have been gathered and a study of the relationships between ST topics completed, it is possible to understand the complexity and the constitutive coherence of the psyche investigated, to know how to identify and contextualize information received from the sharer, often dispersed and, especially, to understand the most important reasons for the existential conflicts that motivated him to seek the help of a clinical philosopher. Only thus, and in no other way, is it possible in truth to say to someone telling us about a certain fact in his life: "...I know how that must be" or "I know exactly what you mean to say...". The depth of philosophical listening lies in this.

It is with considerable knowledge of the subject, in the maximum

that the analysis of listening and the observation allows to discover, that a philosopher is in lucid condition to take the third step – to offer strategies to help another, choosing submodes or clinical procedures adequate to untie conflict, the topical shocks contained in ST, avoiding unnecessary suffering and seeking alternatives subjectively viable to the changes that prove important.

There is much to say on clinical practice, with details, stages, and sub-stages, examples, and detailed explanations at every moment, correlating theory and practice – here, never separate. However, considering other publications from clinical philosopher colleagues who previously set themselves this task, for didactic reasons, I think it better simply to present the basic elements that make up clinical practice, re-taking and interpreting the definitions by Lúcio Packter in his *Notebooks*. For such, we added an analysis of literal passages from the case of one sharer, with due guidance. It is not possible to have good understanding of the ethics of listening dealt with here without introducing technical terms from this new perspective in therapy. On the whole, as will be seen below, they will allow broader discernment of human beings with their characteristics, building a bridge of sense between philosophy and clinical practice.

In practical terms, how does this take place? In synthesis, it functions like this... Laura, a 25 years old woman, arrives at the clinic with the following issue: a strong feeling of guilt regarding her father. She says she killed him and must now urgently relieve her pain asking him to forgive her, but considers it impossible to go back in time. She suffers from headache and chronic insomnia. What does a clinical philosopher do in a case such as this?

With no crystal ball, he does not know the reasons for the problems told to him in the first session, rarely presented clearly and often different from what might be supposed. Such complaints

brought to him are *categorial examinations*³ theme under the gender subject. Consultations that can be made in any venue are all the more productive if more adequate to the needs and comfort of the sharer: whether in a walk along the sea front, in the country, at the table in a bar, over the telephone, by Internet, in the house of the sharer himself, or even, in the consulting room.

To be intimate in important issues, above all, not knowing anything of the life of another, beyond first impressions, a philosopher asks the sharer to provide him with a panoramic report of his history from birth down to today – respecting the data of the semiosis used by him, (speech, writing, painting, dramatization, etc.) with a minimum of interference on the part of the therapist. Registering information is to be avoided, as is directing subjects and interests by means of questions, body language or other comments... in the process of listening, so as not to render false the manner in which he shows himself existing for himself. If a person tells me his life story, and I interrupt with questions like: “Let’s talk a little about your family, your dreams... about such and such an aspect etc.”, I won’t be listening to the story of the person by himself, according to what he wants to tell me, but only according to what I want to hear. Such a silencing would result in loss of the maximum approximation to the originality of each person, which is necessary to the knowledge of his subjective truths. Of course, dealing with children is different from adults. The clinical historicity – a special type of anamnesis – also comes from those who co-exist with the child, although their perspective is generally far from the child’s subjective version. All the languages and data of semiosis are used, within a philosopher’s scope and competence, when necessary for understanding. It is necessary to verify the most appropriate needs for each.

A person’s story as told by himself is, in this way, obtained

by three basic criteria used by a clinical philosopher, namely: 1. as said before, using the least possible written records; 2. considering only the literal data (subjected to the hermeneutics and the analytic philosophy of language); and 3. not allowing (as far as possible) speeches in logical temporal leaps. But how is it possible to have the least possible written records with such a systematized background? Of course, there are times when a sharer in his mix-up and confusion cannot set down events in the correct order, just as there are people that will never do so. Others, wouldn't stand to talk directly about themselves. This is why the philosopher resorts to his studies in aestheticity, hermeneutics and philosophy of language (non-verbal data, impossible to rationalize, somatic aspects, expressions of art, intuition, varied games of communication etc.) in the use of clinical submodes. Special cases naturally demand alternative processes. Apart from this, the important fact is that some conditions are necessary or at least sufficient so that understanding is possible without random interpretation and without theoretical presupposition on the part of the therapist. If a sharer again and again insisted on leaving language constructions mid-sentence and changed the subject with a thousand diverging considerations... if he told his story without informing when he was referring to facts in the past or in the present, or if we were not sure he was just giving vent to his extemporary imagination concerning this... if everything were like that, there would be so many omissions, chaotic paths, gaps, etc. they would probably keep the clinical philosopher away from the methodological safety on which he finds support – and without which his efforts would have no more advantage than the therapeutic magic of common sense. Therapy is always possible to all, but each case has limits of its own.

A philosopher will very possibly resort to three or four consultations to complete the first part of his work, starting a

categorial examinations of – *circumstance, place, time, and relationship*. Once this is done, processes of investigation are utilized by dividing data and setting down roots in the background, deepening information by means of empiricism, of hermeneutics and the analytics of language. The sharer tells all of the physical and psychological context surrounding his life from his first memory down to present times. This is then reviewed in greater detail in various short periods, interspaced sequentially from start to finish, invariably respecting the three criteria cited above. This is the time in which new data that was formerly hidden or forgotten in the first telling can be added.

Conclusions, as yet in the realm of pure hypothesis, are many and varied: from contradictions, doubts as to factual correspondence of certain events, hesitancy about subjects avoided, complete or partial loss of memory in certain passages, creative imagination, lies, etc. Only then, alert to the complaints brought to the consulting room and with more knowledge on the way of being and living of the sharer, will a philosopher begin cautiously, minutely and punctually, to research down to the very root of the most important elements of the discourse, phenomenologically. All of this assures the conditions necessary to the study of the language of the sharer, the specific contextualized uses of each experience in his life, discovering associations made among the words he uses and the facts he lived through. Independent of me, the significance of the essence of life of the sharer is in himself. But, except for telepathy, mysticism and the metaphysical, to every human being, sense is bound to language. I can but understand and listen to it.

With problematical indications as from the *immediate* subject (or the *last*), and researching the psychic web of the person, a clinical philosopher tries to identify and assemble his *structure of thought*, considering all of the themes and perspectives existing in his discourse topic by topic. Strictly speaking, there are as many specific types of

personality as there are persons and circumstances in existence in the world. With a large structural vision of the psyche of the sharer, emphasis is given to the most important feature, namely, topic conflicts. These are of many kinds and can take place 1) in direct or indirect confrontation internally between the topics of one same ST; 2) by existential shock in the relation with structures of other people; 3) or when motivated by the physical environment etc. The philosopher observes what in them represents a pattern over the course of life which at the time is up-to-date, without the obligation of filling in all of the topics this structure is capable of. There are characteristics or existential topics that, however strong and determining they may be to some, to others, simply do not exist. For instance, it would be foolish to conclude *a priori* that sexuality is equally important to every human being. As from the culture and type of relationship involved, a sharer can be expected to experience values, emotions, eroticism, that do not exist in him, and that violate his innermost manner of being – with consequences. Without condemnations and labels of any kind, a person has the full existential right to bind himself by marriage for subjective needs other than sex and love – such as religious duty, for children, for safety in routine, purely for the satisfaction of the parents etc. Why would a sharer necessarily be judged for this reason as frustrated, neurotic, with unseemly emotions and desires...? Evaluating all there is to say about a person, these are the variations in mode and intensity to consider in five categorial examinations: “this is determinant, important, or worthless to him... and in what way specifically. Only then is it possible for the clinical philosopher to have a broad perception of how a person is himself, phenomenologically.

I believe in the search for a balance point, an equilibrium in each person, a center, a gravity axle where it is weighed the experiences of life: light ones, other difficult and many forgotten memories, but still

awaken. It is as one old scale to measure the value of the things, with a vertical shaft, a mobile dash and in each extremity two hanging plates. On one side it is met the individual measurement of what is important to someone and determinative (no psychological theory can anticipate this knowledge before a listening, knowing the specific and only circumstances of each one). On the other side, there are the limits and possibilities of somebody's history. To think a therapy demands, to begin (at first or to start), to compare masses, to determine weights or to measure existential forces, studying compensation mechanisms, when for some reason the disequilibrium between the necessities and the conditions of satisfaction is great. For example, if the psychological stability of somebody always relayed on the fact that he lives in a farm, feels the smell of weeds, hears the cattle mowing and sees the sunrise looking at the long green grass, what can be done if this person perhaps falls in depression for having been obliged to move to a city and to live in the highs of an apartment? In the existential scale of this person, when the importance of the corporal directions fed by the experiences of the nature is recognized, it becomes basic to investigate the possible alternatives of sensitivity in its new environment close to its original expectation, as to perhaps to super value the use of a patio/deck or the windows in the apartment, a little bit every day before the sunrise, being able still to hear the pleasant silence of the morning. Perhaps bringing close the sound of birds, recorded or live... the raise of a small symbolic garden in the balcony, replacing the ornamental plants for tomatoes, spices and lettuces, besides frequent jogging in parks of the city, having a pet and much more... Fact is that if in one hand I can figure out which elements and existential ways that a person carries himself and what is the importance of it in his life, on the other hand it facilitates a lot the research of alternatives and counterbalances of balance.

However, who would have ever known if disequilibrium itself would be the one thing that would make his life better? Because life is not always life didactic, some times there is nothing to compensate, moments when it is necessary to reconstruct old ways of being or learn new forms of life. Many times it is the event of a tragedy that unbalances a limited psychological structure, the only possibility of somebody to perceive all the joys and possibilities that had always been around.

As a first approach, without covering the details, it's possible to ask three questions about those that we intend to know in depth, even if finding and verifying the answer is another matter. These questions represent the three levels of categorial intensity, they are: 1. "To this unique person, what is absolutely determinant, non-negotiable, to the point of stimulating vitality and, in case it lacks, to the point of making him lose the balance of his strengths and even lose his own life?". 2. "What is important to him in such a way that it will mean personal fulfillment and be worth all of the effort to reach it; the absence of which would be painful to bear, but perfectly replaceable by another thing or experience of equal value?". In addition, 3. "What is to him so little or of such insignificant value that it makes little or no difference to him?". In the essential details, answers never repeat from person to person and, in some points yes and in others not, they differ in each period and circumstances during life. Astonishingly enough, a strict investigation of these points obliges us to recognize that things that are absolutely without importance to us are determining to people very close to us. It is more difficult when the situation is inverse. A mere word not said, a perfume, a joke or some gesture, without our knowing, may hurt, bring immense joy, recover memories from the past, be a reason for lifelong friendship... Things like this happen much more than we are used to perceiving. The greater the knowledge of the modes of being of himself

and of others, the greater the ethical capacity in this respect.

Autogeny is then carried out between all of the existential topics with no difficulties – a descriptive analysis, never absolute, on the way it figures in the total elements of the ST of a sharer. This is so, because each of these topics is internally continuously interlaced one with another: some with stronger bonds, others with weaker and others yet, not at all. For instance, the mere aroma of coffee (Sensation) may eventually be determinant to someone to recover the will to live (Axiology), because it will remind him (Abstraction) of a friend, of a poem, that he read once at dawn. But this experience will perhaps only cause this effect (Behavior and Function) when he is on his own (Inversion) and preferably in the twilight (time). In addition, each existential topic relates in a manner of its own with the ST of others and with the environment. Such bonds of interchange are known as *intersections* and form agreements: they combine adjustments so very subtle that, like life itself, they cannot be immobilized by the dogma of any universal theory. For instance, the belief that the human genera is in essence made up of feelings, would demand treating the emotions, for any problem in life. However, this is but one isolated topic in the psychic structure of a human being. How can one know the specific way in which each individual deals with emotions without knowing him personally and investigating the circumstances in which he, and no other, lived? I believe that when a therapist talks to a sharer without first listening to him, the therapist will only silence him.

Once the diagnosis has been elaborated, the next action relates to the *submodes* that are most adequate to the sharer. In other words, this is the set of internal resources that a person himself has to resolve his issues. While some people deal with their problems by reflecting on them, others do so through faith, by social isolation, buying junk, talking to friends, memorizing the telephone book, or going out to dance till they drop etc. Without categorial care, nobody can

understand which alternatives really benefit or are counterproductive ways out. Last of all, come the applications.

Naturally, considering the varieties, on average, in every clinical practice, all of the clinical assistance is completed in six months, with additional consultations for revision and follow-up. One of the main objectives of the clinical philosopher is working hard towards that one day in which he will become dispensable, leaving the sharer to walk with his own forces, and if possible, happier.

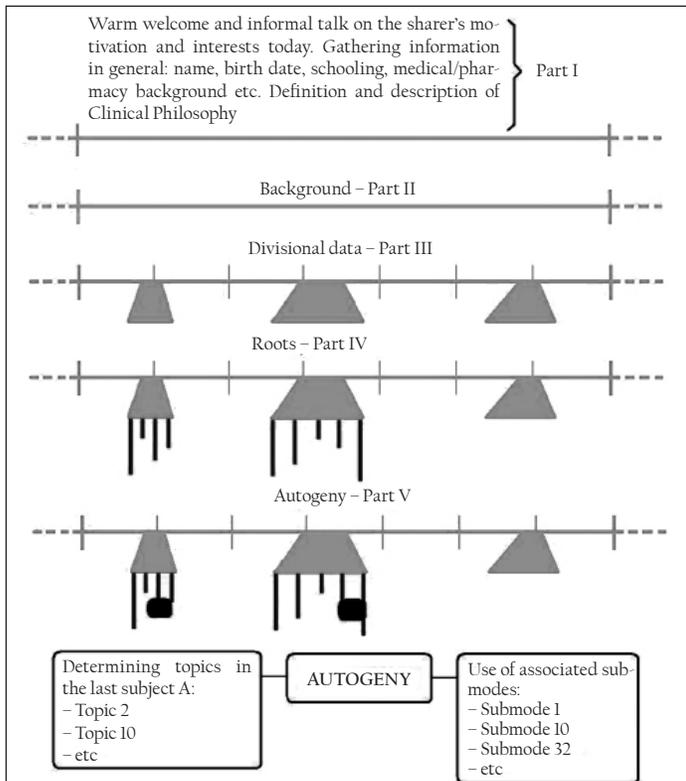


Illustration 1: Diagram of Clinical Planning in General⁴

Reference: Adapted of Packter ([s.d.]).

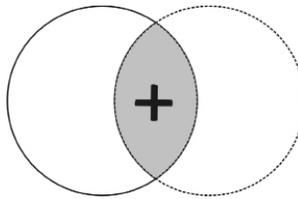
With the humility proper to an authentic philosopher, it is not always possible to cater to certain people. The sharer may be beyond capacity to comprehend... restricted by language, by an unknown culture, erudite, or more sophisticated, by mystical phenomena etc. and even for reasons of axiological struggle, out of spite, discomfort through pure antipathy, sexuality etc. In this case, the procedure most indicated is to forward the person on to a colleague who may be able to handle the case. After all, *the limits of proximity respect the distance that keeps us apart*.

In short, this is how clinical practice functions. Synthesis would be incomplete in the absence of an explanation of the basic concepts of Lúcio Packter's thought cited here repeatedly for greater familiarity with Clinical Philosophy. Within the scope of my understanding, true to the author, I will next set forth his terms and definitions. I take the opportunity to exemplify with the real case of Laura whom I once saw, for better overall understanding of the subject – with her prior permission. Obviously, there is no chance of identifying her owing to alterations made in data reported.

In a simple didactic effect, the explanation of each topic of the structure of thought and the table of submodes will be accompanied by only one reference, when possible, to Laura's literal discourse. In addition, it is important to remember that listening in Clinical Philosophy does not invent contents and interpretations for topics that do not exist or were not perceived in the language of a sharer. Fictitious examples were used in these instances. Of course, a complete written montage of her ST would take up scores of pages as can be verified in the clinical trainee work in specialized courses in therapist training by Clinical Philosophy Associations in Brazil.

INTERSECTION – is the subjective quality of the relationship between beings. In clinical practice, all is directly dependent on this. There are four types of quality, namely:

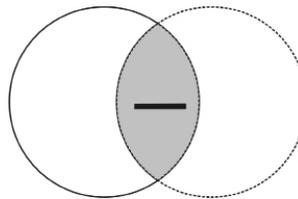
- **Positive Intersection:** that which is subjectively good in the sense of well being, between the people.



Clinical case:

Laura had two strong bonds of love in her life: for her pet dogs – she likes to sleep together with them – and for her paternal grandmother.

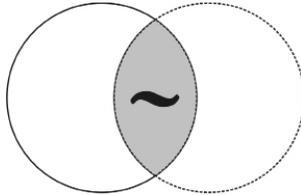
- **Negative Intersection:** that which is subjectively bad in the sense of uneasiness to people.



Clinical case:

Laura had an extremely poor relationship with her parents, especially her mother, ever since the age of 19. She lived in an environment at times fraught with argument, at times with monosyllabic address. She felt uncomfortable in their presence with moments of exception and longed for times past when the family were not so exacting.

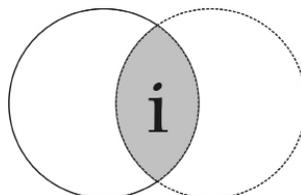
- **Confused Intersection:** that which causes people to become involved without their knowing exactly what they are experiencing.



Clinical case:

Laura was once asked at a party, by a friend, whether she would be able to have a love affair or possibly a sexual adventure with a married man. She promptly answered no... but the thought lingered... if he were a handsome man, like the one walking past her at that precise moment, maybe yes, she would. However, her more conservative religious values immediately prevented her from continuing to imagine anything of the kind. Up to now, she does not know whether, in practice, she would be capable of this. She suddenly thinks that all is possible.

- **Indefinite Intersection:** that which oscillates with enough frequency, in such a way that it cannot be understood as any of the former.



Clinical case:

Laura once had an impulse to kiss Robert, a college mate, while they were talking to each other, but then she was sorry. She

thought she might ruin a very good friendship with silliness on impulse. She sometimes thinks that if she had to date anyone, he would have to be as good as Robert; hence, her conclusion that she is definitely in love with him, and she begins to miss his smile... she wants to run to his arms. She picks up the telephone, calls... hangs up at once. But other days, she is absolutely sure that between them there is only friendship, and nothing to do with love. She gets involved with other boys she thinks are more handsome... and never in fact quite knows what she should do about this. She is afraid that, at a given moment, Robert may fall in love with another woman. Laura is very fond of Robert – that is true; however, she does not know what this fondness is like. There are inner contradictions and fluctuating certainties of the opposite. Her thoughts, feelings, and hormones are completely mismatched on this point. But, Laura is lucky because although this causes her some suffering, it is essentially little relevant to her, for she always dreamed of traveling and getting to know the world and other people, or, who knows, getting a job in Germany...

CATEGORIAL EXAMINATIONS⁵ – investigation of the five fundamental concepts a philosopher resorts to in clinical practice to express, know, and contextually situate the existence of the sharer. These are:

- **Subject** – the existential issue, whether one or many, that is the object of investigation and treatment in clinical practice. It's the philosopher's intellectual focus of attention, the center of gravity of all his analysis. It represents the existential perspective of the problem and reveals the important topics of ST in this case.

Changing subjects in therapy (like, for instance, leaving aside the unemployment issue and concentrating on the relationship matter, different situations that happen at the same time) may change completely the existential topics involved, the other categories and the sharer's examined psychological perspective. It is subdivided into **immediate issue**, in its apparent nature, symptomatic and generally presented at the beginning of the clinical session; and **last issue**, which reveals more important problems. "Last" here doesn't have the metaphysical sense, essential, unique, as if there were no possibilities of other issues beyond. It means the highest level of depth in the analysis of the problem, until then. There may be coincidences between what, at the beginning, the sharer affirms he is and the results of the philosopher's research: however, the therapist can not determine this a priori, according to his theoretical position or intuition.

Clinical case:

Immediate S.: Laura sought out a clinical philosopher by insistence of her mother and at the first consultation said the only "people" who understood her were her pet dogs, with which she spent the greater part of the time locked in her room. She seemed very sad, with a vague unfocused gaze on things, apparently. She complained of strong headaches and slept very little which directly affected her output at work... She could not have lasting relationships with her boyfriends without knowing why. She didn't know what she wanted of life... She wept.

Last S.: Laura had a strong feeling of guilt in relation to her father and had urgent need to relieve her pain by begging forgiveness directly from him, but she thought this impossible owing to his death. After years of alcohol abuse, her father had developed alcoholic cirrhosis

and, in his last crisis, was hospitalized. Death followed swiftly. In this period, as usual, father and daughter were once again at odds. Her mother was emphatic morally warning her daughter that behaving in this way, she would kill her father with pain (most probably – which was not investigated – this was merely provocative speech, not literal). Laura, in turn, was deeply hurt and decided she would not talk to her father until she received a formal apology from him, which did not happen. She felt very uncomfortable living alone with her mother. She wanted very much to leave home, but was stricken with guilt at the very idea of leaving her, also alone, remembering she had abandoned her father when he most needed her.

- **Circumstance** – this is the total sum of all the idiosyncrasy and the manifestation of the modes of being of someone in both inner and outer circumstances. It is the contextualized historicity of the sharer.

Clinical case:

A clinical history of Laura with literal passages from her words and conceptual definitions in each of the topics of her structure of thought follows.

- **Place** – is the psychological record of sensorial, physical experiences that the sharer elaborates for himself regarding the environment in which he is situated.

Clinical case:

Subsequent to the tragic impact of her father's death, Laura showed preference for her own home to anywhere else – and, more specifically, to her room. The room, in her description, revealed very comfortable subjective conditions to her existential conflicts, for there, she had the feeling she was protected from the

world outside. She preferred to stay there with the door closed, even when she was alone in the house.

Before the depressive crisis, she loved to walk out with the dogs in the road, on Sundays, in the late afternoon, wearing an old pair of weather-beaten jeans, close-fitting, that made her beautiful. She said she preferred to go alone, without a lot of talking, to see everyone gather in the sports square in her district, a place with a lot of people. She would hear flattering remarks from the boys. She liked that.

She also loved to go out evenings to chat and have a drink with friends, in places she thought were attractive, with lots of color. She had never liked dark places, even as a child.

She generally sought refuge in the house of her paternal grandmother when there were arguments at home with her parents and enjoyed the light talk and fresh baked homemade cookies.

She was born in City X but was raised in Y and had said she would like to live in another country, to travel to places she had never been to before, where no one would know even her name – all entirely new. She said it would be as though she were being born again, leaving problems behind.

Although she had gone on some pleasant outings to a farm, she said she would never be able to live in a place as quiet with no night life like in the big cities to which she had become accustomed.

She said everywhere was that much better when she was with her friend Robert.

Etc.

- **Time** – is the result of the comparison between time stipulated objectively and time lived subjectively.

Clinical case:

In her narrative she almost always used verbs in the present tense in referring to Robert, to the dogs, and to her grandmother. She said that with them, time stood still. In general, she used the past to refer to facts in her background. Also in the present, she referred to the fact she “spends hours” in the beauty parlor, having her hair done, with aesthetic massage... that she “adores” a long hot bath etc. However, for months now, she had only been to the beauty parlor for the minimum necessary, without lingering on. She said she lacked the money.

When she spoke of herself, she would keep to the past, invariably sadly. Her expression changed, however, and she smiled telling how happy she was to feel she was attractive to the boys when she went out at night, or to parties with friends. She would then go back to verbs in the present.

As from the age of 19, she had learned to get on better with her father by spending less time together. She discovered as from then that this is a basic recipe for success in any relationship: to allow time for longing, to enhance a renewed encounter and co-existence.

At times she used verbs in the past tense to refer to a dream that one day she would travel and live in Germany, saying that “she had this dream about traveling”, but soon went back to speaking in the present tense, saying, with a smile on her face”...I have this dream”. Etc.

- **Relation** – refers to the intimate way in which the sharer gets involved in the various connections with himself in self-definition, with things and persons interconnected with him. This is a matter of physical and psychological characteristics established

in their intersections.

Clinical case:

Among the several determining relations that Laura established over the course of all of her life, the didactic focus here emphasized only, and in short, some relevant aspects in their specific contexts – in considering her parents, the dogs, the grandmother, and friend Robert.

a) Life with her mother had always been marked by a strong Catholic influence of a conservative nature, demanding positions from her of moral rectitude, of family union, in addition to sexual repression. Laura regarded her mother as very fair and good even though she disagreed with the degree of strictness of her values. She realized that she should give back all of the kindness she had received during her lifetime. Laura learned to cope better with her mother, and with her father as from the age of 19 when she discovered it was better to lie about herself and took to living two existential lives: one, more demure, for the benefit of the family, and another, more sexually liberated for friends and boyfriends, with whom an important part of herself was more spontaneous.

b) She had few childhood recollections about her father and said she was in frequent conflict with him as from her first boyfriend, at the age of 15. He always drank a great deal, which practically eliminated the possibilities of dialog. Her efforts to spend time away from him to improve the relationship did not always work out, particularly as a result of the drinking. When her father drank, it was a matter of luck as to whether she would find him in a good or in a bad mood. There were never any guarantees. In spite of the ill-feeling, she learned to think of him as a good man

– through the strong religious influence of her mother – even because, as Laura said: “He never killed nor robbed anyone... and never let anything go lacking at home. He paid for my school and all the rest...”.

c) She had always had dogs, ever since she was a girl of 9. Once one of the dogs died – there were 4 altogether – and Laura almost died of sadness, on which occasion her father said he would never take to another animal, so as not to suffer. And so it was. She thought about her father’s attitude for a long while, wondering whether he was right, but her fidelity to her pet “doggies” (as she refers to the dogs) was stronger. When she moved out of town, at the age of 14, she went to live in an apartment and so, gave them all away to friends. She says she was able to part with them because of her father’s phrase. As soon as she could, now at the age of 23, she again invested in a couple of puppies. She told them all she felt and thought and even “listened to” good advice from the dogs, musing to herself. She said if she did not have the dogs, she would have a personal diary of her own.

d) Her paternal grandmother “is a darling person”, she guaranteed. Of the entire family, her grandmother was the one to caress her physically, to stroke her hair, with lots of kisses... Laura often spent her school holidays with her grandmother. One of the things Laura liked the most was to cook with her grandmother. She confessed that who did almost all of the work including washing the pans was her grandmother. Her grandmother always found a way to lavish acknowledgement and merit on Laura and Laura felt she was loved by her. She was even touched “for the rest of her life” when her grandmother said: “My dear, you may even be wrong, but I shall always be on your side!”.

e) Robert was a very special person to Laura. They had been friends for three years, having met at college studying Languages. As she said, previously, with him, she had an indefinite intersection and saw him at times as the ideal boyfriend, and at others as no more than a friend forever. Since her depression, after her father's death, she had had several invitations from him in his efforts to help her, to go out and talk. But the constant oscillation in feelings made her opt to keep away from him for a while, and she talked to him only on the telephone. Laura knew, or thought, that Robert was in love with her, and used reason so as not to allow her own privation to act on impulse, hurt him and thus lose a great friend. She said the only reason she did not sleep with him was because she could not resist the temptation to continue being desired by other men. She thought she wouldn't be true to him, sexually. In any case, she had never felt prepared for a serious, long-lasting commitment.

DIVISIONAL DATA – sequential demarcations, processes of sharing over broad periods of narrative from the historicity of the sharer in which he again reports his experiences. The data result in greater understanding, lending consistency and detail to former information. The experiences clarify doubt, explain situations that were previously fragmented, sparse, etc. In the case of a historicity that is already sufficiently detailed, it is possible to effect a minimum of divisions. In the opposite case, more divisional data are made as to antecedents. A philosopher must take special care when he comes face to face with a moment that is painful to the other person: this may even impede continuity to the process.

Clinical case:

Clinical philosopher: “Laura, I should like you to tell me once again about everything that happened, but now, in particular, about your ages 15 through 19” (...). “Now, when you were 15 and 16, from when you had your first boyfriend... until the day your dog got sick...”

ROOTS – paths of epistemological depth, of specific knowledge, investigating terms and facts that, in the divisions, proved pertinent to the last subject in clinical practice. This also allows a philosopher to establish logical, syntactic, and semantic relations in the discourse. Roots are also used to overcome difficulties in narrative, when the sharer becomes laconic, shows difficulty remembering his own history or takes too long repeating. Normally roots come after divisional data, but may also be carried out parallel in cases that demand sufficient maturity and clinical experience to avoid detours far from the therapeutic process.

Expressions used include: “Talk a little more about this...”, “What else happened at this time?”, “How come...”, “When did that happen?”. It is essential that the expressions be always adjusted to a person’s ST following three guidelines, basically: examples, definitions, and descriptive data.

Clinical case:

Clinical philosopher: “What did you mean when you spoke of wanting to leave home when you quarreled with your parents? What went through your mind at that precise moment?”

STRUCTURE OF THOUGHT (see page 357) – the sum total of all of the modes of being existing in a person, organized in plastic

correlations that vary to infinity. Structure of thought describes individual consciousness existentially in its divers movements during life, making it possible to come away with a safe, contextualized judgment concerning someone.

Structure of thought consists of thirty topics, because of the anthropological concepts of the history of philosophy elaborated even today and is a structure open to the inclusion of new elements. Clinical Philosophy, like any philosophy is, by definition, dialogic and anti-dogmatic.

1. **How the world appears (phenomenologically)** – is the manner in which we evaluate the world in which we live.

Clinical case:

Laura: “I was born in city X, but I moved to Y at the age of 14. It was interesting to leave up-country Brazil and move to the capital... All I know is that I got used to the busy life here, and it is no longer possible to live in a small town. I can even stay at home the entire weekend, just knowing that if I want to go out, I have options... it is worth it. If a big city is more violent, it is also more fun. We have to be careful anywhere, nowadays...”

2. **What one thinks of oneself** – the judgment a person has of himself.

Clinical case:

Laura: “I was a happy child, free of inhibition and prejudgment about my body. But this became a problem to my parents when I had my first boyfriend. To me there was nothing much to it ...

Today, as a woman, I am unhappy... I really am sorry for all I did, for having caused his death. He was my father, right? In spite of everything... I am a Christian! Perhaps if I had only swallowed my pride at the time and asked for his forgiveness, he might still be alive today... But it's no good, the past is the past! And to God, what you do, you pay for".

3. **Sensorial and Abstract** – the relationship in the sharer between experiences of the five body senses and a pure association of ideas. With no previous separation between body and soul, the perception of the sharer guides possible definitions in this regard. In principle, sensorial is the experience which is the closest to physical sensation, and abstract, which is the closest to complex ideas. What is important in this topic is not both perceptions in themselves, but the relationship between them.

Clinical case:

Laura (Sensorial): "Heavens, how good it is to talk about nothing at all with my grandmother... and to eat baked cheese biscuits... piping hot! I know they are fattening, but later, we can go on a diet".

Laura (Abstract): "I remember that when I traveled and I was sad with such a lot of problems I was experiencing at the time... I had such a longing for her. I went to a bread shop nearby and asked for a cheese biscuit. It was a bit hard, no taste... But I wasn't eating a biscuit... It was my longing for her".

4. **Emotions** – the movement in which a person experiences some sort of affective state.

Clinical case:

Laura: “I never liked dark places. I like very colorful things. Well... now that I think about it, it’s been a long time since I wore anything like this... Do you like it?” with an expression of astonishment, surprised at herself.

5. **Pre-judgments** – subjective truths that exist in a person before the knowledge or the experience to which they refer.

Clinical case:

Laura: “Look, I discovered what everyone one day learns: that you have to take a break every now and again, in any type of relationship... so that longing will enhance being together once more. Else no one can stand it! Even Christ, at times, left his disciples alone... then they met up again. I believe this is very right!”

6. **Terms recorded in the intellect** – terms that are most important expressed by a sharer in his communication with a clinical philosopher. They include words, pictures, touch, images, breathing, sound, gesture, smell, etc. Only those whose values are justified in the context of ST and in categorial variables are of interest here, showing they are pertinent to clinical practice. Good knowledge of the correct use of the terms utilized by the sharer makes quality in the intersection between both easier. The terms here mean the ways each one expresses the meaning of a proper experience. If the way a person set appointments or keeps one definitive information in the ST will also be investigated (topic 20 Epistemology, as will be seen ahead), it also could be possible to discover how to remove a psychological information

eventually bad when associated to a particular Term. Stop using the old perfume that reminds the loss of a great love can empty the following suffering, without which the therapy might be useless.

Research on this topic is initially taken more with identification and importance of the terms than with the correlated subjective living experiences. It should be observed that the whole language of the sharer with its terms is the object of research in the 30 topics of ST. However, many experiences are so fragmented that they can not be fully studied in other topics beyond this. A deeper investigation of the relationship of correspondence between one term and its specific meaning is recorded under topic 16 Meaning.

Clinical case:

Laura used the term “my doggies” in referring to her dogs, in a very affectionate tone (T4 Emotions). She seemed pleased when I referred to them in the same words, with a greater degree of repercussion of T21 Expressivity towards me.

7. **Terms: Universal, Particular, Singular** – in this topic, a philosopher investigates the amounts expressed in the terms used by a sharer.

Clinical case:

Clinical philosopher: To be a Christian, Laura, is not to be perfect. Nobody is perfect (**Universal**)... Who hasn't done something wrong in this life? You, your father, me, your mother... The Gospel was made for people like us, Laura (**Particular**)... To be a Christian is to take a lesson of humility from a mistake... from

guilt, a debt to be paid with love, taking something that is good to the neighbor... to people, to animals... You told me you received a lot of good things from your parents... Your father (Singular) never let anything go lacking at home, he paid for your school... and so much else. What we do, is what we pay for, Laura!... You should pay good with good, don't you think so?"

8. **Terms: Univocal and Equivocal** – here we aim at the particularities in the efficiency of communication, trying to understand why there are one or more senses in interpretation used by the person in his speech.

Clinical case:

Clinical philosopher: Laura, if I understood correctly, the only reason you don't date Robert is because he is not handsome, right? But tell me, precisely, what does a handsome man mean to you?"

Laura: "I don't know... Handsome is handsome. Something standardized that everyone can recognize".

Clinical philosopher: "Just to make it clear and avoid any ambiguity... To you, beauty is what the majority would agree is attractive. Of the sort... a handsome man without a shadow of doubt would, in cinema, be Richard Gere or Brad Pitt?"

Laura: "Yes! I am not talking about inner beauty..."

9. **Discourse: Complete & Incomplete** – discourse in the sense of living experience, taking the experiences of the sharer through the limits of his language. Access to his subjective world, to what he wishes to communicate, demands understanding of the combinations of language in use. On one hand through the syntactic analysis of the language that determines the formal relationships of agreement, of subordination and order; on the other hand,

by existential analysis that investigates possible psychological sensations of stages or cycles of life. The result is that the way in which the other communicates is, in itself, topical information for his ST.

– Discourse is understood as able to

- a) In a syntactic analysis, carry out integral satisfactory communication between people, presenting itself as logically organized within its logistic environment (verbal or non-verbal), with a start, a middle, and an end;
- b) In existential analysis, to represent an experience in the sharer that brought him an inner feeling of an end, of a stage concluded in life, or of a psychological process with nothing else owing, whether this caused him to feel good or to feel bad.

Clinical case:

- a) Laura expressed herself clearly in such a way as to always complete her sentences and ideas, rarely changing the subject before bringing it to a conclusion.

Example:

- b) *Fictitious speech*: “Separation was difficult for me. You know my friend... she thought it was what the photograph showed. That’s why she liked herself so much. She didn’t love the painting in the picture, but the frame that held it high... Better to lose it than not to find myself. We cling to a person, with psychological needs and longing... but a great deal of this is not love, I know... it is

* Translator’s note: a play on the words for grape – uva, and raisin – uva-passa.

habit! Passion is substituted for vice... Habit is tranquility that hurts us... It was hard to cut loose, but I did. I was bound and didn't even feel I was bound... Now I am entering a new phase in my life... After all, there is life after marriage, right? (laughter) Everything passes... Even grapes"! (more laughter)".

– On the contrary, the incomplete is characterized by fragmentation and disorder. It is non-conclusive, vague and stimulates the need for something else. As a result,

- i) In syntactic analysis, we recognize confusion in the listener on the intentions and information transmitted by the other, severely insufficient in the process of communication.
- ii) In existential analysis, there are indications that a previous living experience did not cater to his existential needs, and left him with an impression of something unfinished in life. Such distinctions, of course, can only be recognized in the context of categorial examinations.

Example:

- i) *Speaking of a friend*: “I was watching television, smoking a cigarette, with a bit of beer when... Did you know that the... the... (forgetting what was going to be said)? Well, as I was saying... Boy, is it true your brother is getting married? I do not believe that things are exactly so... in life everything makes sense, I may be wrong... but I don't think so. You guy, the world goes around and around while we are here talking, you guy! That's very interesting...”.

Clinical case:

ii) *Laura's mother*: I am very worried about my daughter, Doctor. Ever since her father died, she seems to have lost the will to live. I never imagined she was attached to her father to such an extent... They always quarreled... She is depressed, locked up in her room all day long... her world seems to have come to a stop”.

10. **Structure of reasoning** – In order to understand this topic properly, the clinical philosopher resorts to six basic criteria, using formal logicism, the empiricism, hermeneutics, and analytic philosophy of language, also associating the submodes 23 Intuition, 28 Epistemology and 32 Principles of truth (all explained ahead). Namely:

- a) The intellectual capacity to record and to respond appropriately to a stimulation;
- b) Intimate and or justifiable relationship between the antecedent term and the subsequent term;
- c) A firm relationship between cause and effect;
- d) Contiguity and similarity between terms, concepts, and propositions;
- e) Ordered, coherent, and justifiable association of ideas;
- f) Capacity of logical interpretation, literal and through good sense.

Without a vision of the ST as a whole, immense mistakes of tragic consequences to the sharer would result if hasty judgment were to be made, because in our society, people without reason structuring may have their freedom curtailed or, if not, lose the legal capacity to answer for themselves. The theme, therefore, vindicates multidisciplinary competence and discussion, just as legal sociology, neurology, psychiatry, and anti-psychiatry, psychological studies in general etc.

Example:

The film *Midnight Express*, of 1978, winner of the Oscar for best script – with Oliver Stone, directed by Alan Parker and with brilliant acting on the part of Randy Quaid. Based on real fact, an American student tries to leave Turkey carrying a small quantity of a drug known as hashish, and is sentenced to 30 years imprisonment. There, he faces terror, a nightmare, violence... until he is deemed mad. Another important Brazilian film, *Bicho de Sete Cabeças* (*Seven-Headed Monster*) of the year 2000, also awarded prizes internationally, with Rodrigo Santoro, is on the same theme. The film was based on the book “Canto dos Malditos” (*The Song of the Damned*) by Austregésilo Carrano Bueno, an autobiographical narration in which Carrano describes his personal tragedy after his father interned him in a psychiatric hospital when he discovered Carrano smoked grass.

Based on the six criteria above, if anyone does not take the circumstances into account (which is all too common) and bases his judgment only on the knowledge of instants of alienation in the characters, he will quickly come to the conclusion there has been a total loss in the Structure of reasoning with all of the consequences. The films, however, show to perfection that any one who is deemed sane and is interned in a lunatic asylum will be institutionally regarded as mad.

- II. **Search** – is the desire or the effort to carry out a personal project – whether intense, mild, passing, specific etc. In the total ignorance of somebody’s search – of the place to which a human being will go existentially – a philosopher must not invent one to a person, in fact (as in any other type of ST).

Clinical case:

Laura: “One day, if God allows, I want to travel around the world... to live, perhaps, in Germany. I have heard it’s beautiful there! I want to travel to places where nobody knows me, not even my name... I think it will be as if I were being reborn, leaving everything behind...”.

12. **Dominant passions** – the frequency that one or more specific concepts repeat in the intellectual web of a person. They do not concern strength, nor the intensity of an idea.

Clinical case:

The idea of leaving home (to live with friends or travel to Germany), inner anguish, and a feeling of impotence are data that visited *Laura*’s consciousness continuously for seven months.

13. **Behavior and Function** – both concepts have a link of reciprocity in the cause and effect relationship. Countless possibilities are associated as from the categorial examinations, and ST development, countless possibilities are associated: one behavior may have several functions (and vice-versa), one behavior may confront another with different functions, attitudes that are an exception to the rule etc. Most certainly, not all of the functions may be known by the philosopher.

Clinical case:

– *Behavior A*: Without thinking twice, *Laura* has a sudden appetite and goes on a visit to her grandmother’s, longing for her delicious tidbits and wanting to tell her how much she loves her.

– *Function B*: To relieve her anger, sadness, anxiety suffered at home after yet another family conflict.

14. **Spatiality** – the psychological location of someone in their movements of drawing closer or keeping at a distance from her, from others and from things. This relates to the place category in four different modes:

- **Inversion** – when a person stays inside himself in solitude and self perception, or brings the other whom he has a relationship to his existential world.

Clinical case:

Laura: “...At these times, I would rather stay alone in my room and not talk to anyone – just with my doggies... until I can think of something else and feel better. I take the opportunity to tidy my things, my wardrobe. There are times when I would simply like to sleep and awaken as if life were a dream that I woke up to. But the fact is I don’t sleep that well...”

- **Reciprocal inversion** – an exercise in alterity, of drawing close to another’s place existentially, acknowledging differences, adding in the desire to relate to them. The capacity for positive intersections is much greater in differing degrees, with the approximation of the physical and psychological needs of the other, the capacity to make positive intersections is much greater. A clinical philosopher is aware of the impossibility of entirely occupying the exact living experiences of the sharer.

(In research on our present studies on Clinical Philosophy, this

topic is the most determinant to the therapist for understanding and developing ethics for listening).

Example:

In *The Doctor*, 1991, a film directed by Randa Haines, Dr Jack MacKee (William Hurt) is a competent and respected surgeon. He is busy and never has time for his family, nor for his patients whom he treats coldly and at a distance. He suddenly finds he has throat cancer. As a patient, he experiences loneliness, fear, the uncertainty patients experience. Amid tests, medicines and bureaucratic plots, he learns the value of friendship and of kindness, and begins to view medicine, hospitals, and the doctors from the point of view of the patient.

- **Short displacement** – an exercise of the imagination or psychological effort through being in a place of things that are physically present to the senses. This implies a change in perspective over a situation, or perhaps, a broader reconsideration of the experienced problem. In this case, these are objects and not people. This is, therefore, the new understanding that is acquired when a sharer projects himself abstractly onto material things that are close and significant to him.

Clinical case:

Manifesting a desire to remain more in sensorial experiences, to draw apart from the complex thoughts of sadness, Laura identified with a china ornament on the chest of drawers in the room. It was a miniature dog made of glass. Talking about this, she brought the therapy important knowledge of her needs and solutions.

Laura: “I stay at home, in my room, looking at this little glass... And what if I were a dog? I think life would be easier, without thinking about anything... just living... with no thoughts. I can see how happy he is, transparent... there is only light inside him, nothing else. How wonderful, no? You can breathe better... Sometimes I miss sunbathing, you know?”

- **Long displacement** – follows the same procedure as the former, with one difference: Short displacement takes place only when the elements that are captured by the sensorial perception of the sharer, while in Long displacement, imagination uses spaces that are physically distant, to be inhabited existentially. The result is a new concept of reality, an existential vision of what is imagined by the one who projects.

Clinical case:

Laura, in the consulting room: “Well... my room is normal, more or less the size of this room. I have a bed, a chest of drawers and a wardrobe... Ah! and a great big red carpet (...). Heavens, if I had to change the room to fit my consumer dreams... I would start with an enormous wardrobe crammed full...”. At this moment I had the distinct impression that her eyes shone with enthusiasm. She broke into a great big smile and gesticulated with joy...

15. **Semiosis** – the system of signs used by the sharer to communicate. These are the terms chosen by the person (speech, a kiss, tears, through writing, facial drawings, music, mimic, etc.) to express the concepts of her ST. It is indispensable to observe the set of messages transmitted, in that there may be contradictions or important complements between verbal and non-verbal semiosis data.

Clinical case:

Laura: “My doggies are my personal diary! I believe that if I didn’t have them to listen to me and be kind to me... that sweet look... I would write a diary. I like to write, I’m not exactly a writer, but at college we do have to read a lot, right?”

In the phase for setting down roots, the clinical philosopher asked her: “What is this to you?”

Laura: “I adore novels, metaphors, Machado de Assis... reading passages from the Gospels... And I feel spiritual energy, a feeling that is at the same time giant and tiny, of being in the world (...). I like Christ’s personal story – to imagine him as a man in this transient world. The highest of all, of course! I can see him walking the roads, in the hot sun, in the twisting lanes... I can even imagine the feeling of the thin leather soles he wore... there... taking the shape of the rocks on the ground, his feet alive and alert. Very different from shoes today...”

16. **Meaning** – regards the semantic content, the component of the sense of the semiosis data and the interpretation of the sharer’s statement within the context of categorial examinations. It’s good not to forget that the meaning of the “speeches” of the other, does not depend on the things they refer objectively in the world. Besides that, the therapist may not know “exactly” the associated set of interrelations they mean, since nobody can experience the other’s reality, as organized by himself. Above all, it depends on the way these statements are used in the speech, in the communication.

The sense of the statements emerge from the context and from the articulation of language rules and conventions. Each language has its own syntax. Therefore, knowledge does not consist of

the the therapist's discovery or invention of some reality that corresponds to the sharer's speech. But consists of studying the way he works his speech. For instance, the way he tells a lie, the purposes of his intentions, why he chooses specific themes to lie about, the body language to hide the truth or simply to exceed imagination...etc; all this carries a meaning to be investigated.

Clinical case:

In one of Laura's visits to the consulting room, as soon as she arrived, she saw I was wearing a light blue shirt and said that blue is a special color. I didn't waste the opportunity and asked her: "How come?". The answer was:

Laura: "Look, the sea is blue, the sky is blue... Even people say: ...'Hi, true blue?' (for All Ok?). Blue gives me a good feeling about the immensity of infinity, that the world is more beautiful, is... is greater than we are, you know?. Have you ever stretched out on the grass, your arms and legs outstretched and imagined that, as opposed to China, we are the ones to be at the bottom of the planet? That your body is bound to the grass because it is under the pull of gravity, otherwise you would fall? Just imagine the effect of gravity is going to end right now... and that we are going to fall out, down into the blue waaayyy... below. As though we were jumping from a plane into an immense ocean of blue. It's kind of scary... and thrilling, isn't it?"

17. **Pattern and Conceptual trap** – Pattern is the tendency of a subject to be existentially repetitive in relation to a specific context of ST (such as biting nails, missing people, smiling, think about sex or somatizing a medical disease...recurrently almost, if not every day). The Conceptual trap through behaviors, living out

of structural topics combined etc. takes place when the sharer tries and cannot break through a given Pattern, which forms a psychological prison, which may lead to self-destruction of the sharer... or to no place at all and is often insignificant, however strange that may seem. There are people who may voluntarily prefer to keep to their suffering (or hope etc.) all of their lives as a form of motivation – romantic, religious, artistic production etc. etc. This does not necessarily mean anything bad or subjectively uncomfortable. There are other people who could not live if psychologically free and at peace, with no form of imprisonment, not knowing what to do with the much desired freedom when they do have it. Therefore, not every Pattern is necessarily a Conceptual trap and not every Conceptual trap is necessarily undue. There are no models of personality that substitute the truth for each.

Clinical case:

Laura was depressed, cut off in a room, thinking repeatedly of her own guilt ever since the death of her father seven months previously. She missed the time when she was happy and often went so far as to think of leaving home, as a form of liberation. But she just couldn't.

18. **Axiology** – the investigation of diverse values (religious, aesthetic, sensorial, moral, cultural etc.) existing in the sharer, his subjective codes and burdens. It shows what is important or relevant to him – the criteria and reasons behind the valuation that justify his choices during a lifetime. Not always valuation is related to a concrete need, and may be the result of pure abstraction etc. with no link to desire.

Clinical case:

Laura: “What my mother thinks is important to me. Not that I agree... Right? But I was brought up like that, you know, realizing that family is important in life for human beings. Even more so nowadays... What I do or think and she doesn't know... Why should she? I don't have to hurt her if she doesn't understand... But what she says affects me. Very often she is wrong... and I suffer”.

19. **Topic of Existential singularity** – considering the infinite plasticity of the human psyche, Clinical Philosophy is exempt from pretensions of absolute knowledge, in its therapeutic function. Far from this, in the sharer, there are sometimes manifestations of topics that are incomprehensible to the intersections of a philosopher, even when he possesses a perfect Structure for reason. Such examples of paranormalities, spiritual living experiences, hallucinations caused by drugs or vascular accidents, mental organization uncommon to a time or culture etc. Experiences of this nature are described here and investigated phenomenologically, without diagnoses and precocious foundations. Although the topic of singularity may cause amazement or enthusiasm, because it is eccentric (just as doing complex mathematical calculations by instantaneous intuition) its clinical value may possibly be little relevant to the latter subject.

Example:

In the film, *The Sixth Sense*, 1999, directed by M. Night Shyamalan, a boy of 9, Cole Sear (Haley Joel Osment), terrified, tells child psychologist Malcolm Crowe (Bruce Willis) that every

day he sees dead people. In his search for the psychotic origins in the boy's mind, in order to cure him, Crowe is also intent on recovering from his own trauma suffered previously when one of his former patients committed suicide in front of him. The outcome of this magnificent drama and suspense, contrary to what was supposed, is that young Cole is not mad. Rather, it was the errant spirit of the psychologist that hallucinated, tormented by his own death months previously. He was one more of the many ghosts who also visited the boy in search of help.

20. **Epistemology** – the way, the limits, and the nature in which each one knows that which he knows. Invariably by reason of the pertinence that one topic may have to therapy, thousands of possibilities associate to different people. Some learn on their own, others by observing colleagues, others yet, striking the head with one hand to memorize. There are those that do it by means of reading, covering short distances, there and back, with strict religious values; other privileged people use their intuition to get to know others, but use reasoning for professional lessons; there are people that resort to mechanical experience, repetitively, under the influence of family pre-judgments or by negative intersections in dispute: there are those who only learn under pressure, at the last minute... And so forth, according to the case.

Clinical case:

Laura: “The day my father died was when I realized the full significance of what my mother was always repeating: “You are going to kill your father, you make him so unhappy... You are going to kill your father, you make him so unhappy! It was then

I understood what I had actually done... (Laura cries. Silence for some minutes...) I should have swallowed my pride and talked to him... because he was sick in hospital. I should have understood that!... But it was too late. Drinking made him sick... and I delivered the final blow”.

21. **Expressivity** – in the quality of a subjective measure, is how much of his authenticity someone truly shows and communicates to another. Existentially, it is equivalent to saying: it is how sincere the sharer is going towards the other.

To show someone, with no hesitation, who one is, to oneself, all that is thought, and all that is felt, both in body and soul – to a few this is easy, like child’s play or an adolescent impulse. Far from any perfectionism, considering our social disposition, the fact is that plain truth is almost always unwelcome, and in many places abhorred. To the majority this is very complicated and, at times, generates personal suffering and shocks at the intersections of the structure of thought.

Clinical case:

Laura: “Alone with my grandmother, I am entirely myself, without having to think what to say or how to behave. She accepts me as I am... and I love her a great deal. We are like twin souls, you know? I just don’t talk about pure sex, really... neither do I have to. We keep some intimacies to ourselves, right?”.

22. **Existential role** – what a person defines of himself, for and to himself, during the intersection. Only the moment and the circumstances in which that takes place can be considered for the record. Subjected to constant change, to additions or correction,

it is not something that can be determined or supposed by a clinical philosopher. It is different from the T2 What one thinks of oneself because, in that one, the person speaks of himself not in relation to anybody, and in the Existential role the sharer defines himself in relation to others.

Clinical case:

Laura: “At that time, I did the following: to my parents I was a person who was very controlled when it came to speaking... in my behavior. Imagine... they don’t even know that I learned how to drink! Now, when I was out on the razzle, I was someone else, more liberal... myself, without abuse... Unto each, his own!”.

23. **Action** – the way in which concepts and topics are associated to attitudes of thought. Here we can observe actions of thought and imagination descriptively: characteristics, movements, function, development, the relations between the internal psychological action and the external concrete action, etc. – without concern ahead of time for the causes of conceptual movements. Considering that people normally occupy their thoughts all of the time, the passages that are closer to the last subject are of more interest to clinical practice. Such a segment is obtained observing Patterns and singularities of communication with people, contextualizing important information in connection with ST and T17.

This is a fundamental topic to interpret dreams, together with T16 Meaning, T6 Terms recorded in the intellect and associated (T7 and T8).

Clinical case: see Topic 25.

24. **Hypothesis** – in general is the sequence of conceptual data of Action, former topic. It is, therefore, what a person is doing or what occurs in her physically and psychologically as an effect of what was thought or the way in which it was done. In search of effects, questions such as “what happens when you think of this (or do that)?” may eventually reveal the hypothesis.

In understanding the implications of specific T23 Action, nor the clinical philosopher, nor any techniques or theories, can comprehend the essence of psychism for itself, its origin and function. For this reason, the hypothetic notion invariably departs from the effects to the investigation of the causes.

Clinical case: below, at the next topic.

25. **Experimentation** – what results from Hypothesis operations.

With no causality *a priori*, with no natural order and without contextualizing the specificity of the data in the categorical examinations, it is impossible to differentiate in behavior and psychological fact precisely what Action, Hypothesis and Experimentation might be. The sense of each one of these three concepts is interdependent and, in the absence of one of them, there may be confusion in classification. Because here, it is not an exact science, it is natural that this should happen, for it is not possible to assess all of the elements necessary or recognize the apparent links between these topics at the same time. In cases such as this, it is better to accept the limits of knowledge with humility than to invent theories that are not verifiable clinically.

The trilogy appears in Topic 13 – Behavior and Function, because this is necessarily an external, behavioral manifestation.

Whereas the relationships existing between Action, Hypothesis and Experimentation are internal movements to consciousness explained exclusively as from the exercise of thought, notwithstanding the fact that, at times, consequences in behavior can be observed.

Clinical case:

a)

1st Action: Laura thinks in terms of leaving home to live on her own... She remembers the death of her father: that she abandoned him at the time he most needed her. She concludes that she would be repeating the same mistake with her mother.

2nd Hypothesis: She takes a deep breath, feels impotent and decides no longer to leave home. She is in silence, depressed...

3rd Experimentation: She has insomnia and ill-being.

b)

1st Experimentation (of a previous Hypothesis): With no more outings with her friends around town, Laura would go to bed at about 11:00 at night.

2nd Action: Among dispersed thoughts and feelings, she elaborated long metaphysical conclusions on the absence of sense to life and death. Night after night she repeated this T17 Conceptual trap to herself.

3rd Hypothesis: ...which produced insomnia;

4th Experimentation: consequently, she was dispirited at work the next day.

5th Action: tiredness as a result of a sleepless night made her believe and to think that life really did not make sense, without stimuli for joy. Hence the depressive process.

26. **Principles of truth** – the bonds of empathy that draw people together in profound intimacy. They reveal and include the positive intersections between topics of ST involved in their degrees of intensity. Without rules, it is practically impossible to find perfect affinities in the five categories and in the thirty topics of structure of thought between two persons (at least, I never heard of one single specific case). As a consequence, the Principle of truth occurs between important elements and or determinants of ST, even if distances and conflicts in various other topics persist.

Different from mere judgment and pre-judgment, truths, as possibilities, here involve the divers concepts of the intellectual web, whether emotive, sensorial, axiological etc. data – subjective truths via intersection in the sense of a consensus, causing people to converge.

Without confusion, T2I Expressivity occurs when a person truly and sincerely communicates his intimacy with greater or lesser psychological defense. The Principles of truth refer to empathy, to the laws of existential affinity. People are often observed to have high, reciprocal Principles of truth with very little T2I Mutual Expressivity. These are persons with a great deal of empathy, but that avoid each other because of shyness or owing to rules of moral behavior, culture, etc.

Clinical case (as in the Relation Category):

The maternal grandmother “is a darling of a person”, she assures us. Of the entire family, her grandmother was the one to caress her physically, to stroke her hair, with lots of kisses... Laura often spent her school holidays with her grandmother. One of the things Laura liked the most was to cook with her grandmother. She

confessed that who did almost all of the work including washing the pans, was her grandmother. Her grandmother always found a way to lavish acknowledgement and merit on Laura and Laura felt she was loved by her. She was even touched “for the rest of her life” when her grandmother said: “My dear, you may even be wrong, but I shall always be on your side!”

27. **Analysis of structure** – a topic that changes the emphasis of the parties towards the whole – the descriptive vision of all of the sharer’s ST, deriving general statements, qualities, and quantities. Considering the intersections with the philosopher and taking for granted the clinical interests that motivate such an analysis, this is a judgment of – approximation by means of trends and fluctuations. With categorial examinations sufficiently complete, a structural synthesis able to psychologically define the individuality of a person at a specific moment of his history is possible.

Far in essence from traditional typologies of personality, there is much to consider: a) perhaps some ST topics, for their importance or function, may blend with the whole; b) in what refers to the whole or to the parts, it is necessary to be alert to what may exist in common and separate; c) etc.

Only in this item can it be affirmed that, in one specific context, a sharer’s ST is robust or fragile, good or bad, well or poorly structured for what he faces, happy or unhappy in relation to needs, etc. For purposes of comparison between STs we must consider the opposites, the ambiguities, proportions, and non-definitions in general.

Clinical case:

Once the Autogeny has been completed, *one* of the important

aspects to consider is undoubtedly the determining weight of the living T3 Sensorial experiences to sustain the structure of Laura's thought. A ST that fell apart with the marked insertion of T5 Pre-judgments of moral censorship (T18 Axiology) on the part of her mother. By reason of this, within that specific context and time, Laura could be defined as a person of weak psychological structure... with severe existential risks.

28. **Intersections of structure of thought** – a study of the qualities of intersection (positive, negative, confused, and indefinite), whether important or determinant, between the sharer and the persons to whom he relates.

Clinical case:

See, again, the examples cited under the term "Intersection" and in the category "Relation" (see page 279), for an analysis of the contacts of Laura with her father, mother, grandmother, and friend Robert.

29. **Data of symbolic mathematics** – Certainly, it's not possible to characterize all the human phenomenon under thirty topics, for this reason this topic is anomalous, open to the registration of new manifestations that can be verified in the future. Besides that, in this topic, the intersections between individuals, the set of people and the structures of the extra-human universe will be investigated. That is, we want to know what are the limits, the fusion and the transcendence between subjective, intersubjective and objective worlds. In a complex totality and using own methodology, the objective is to understand the collective structures of thought, inherent to the social and cultural phenomena, and knowing how these structures impact

the individuals and vice versa.

In a study that was not concluded, Packter also develops the theoretical foundations for symbolic mathematics – initially based on the work of George Cantor. In his Notebook A, Lúcio affirms that symbolic mathematics must be the vital end mark of all Clinical Philosophy.

Different from personal care with, for instance, depressed or violent individuals, studying their origin and the submodes of treatment case by case, the focus here would be “depression” and “violence” in societies today, among others.

30. **Autogeny** – Autogeny is topical – the understanding of the interrelations that the ST topics and submodes have among themselves, allowing a configuration of relevant conceptual data and a vision of the whole of the sharer’s psychic world. In this topical it is possible better to understand a phenomenon that separately could not be perceived clearly in none of the current topics of the intellectual web, but it may be captured in the movement of relations topical. A complex Autogeny, of course, demands a study of the bonds between topics and submodes with categories of place, time, and relation. In clinical analysis, only aspects relevant to the last subject, are the object of study.

Clinical case:

Laura believed she was responsible for her father’s death (T2 What one thinks of oneself) and her objective, rational understanding of the determining cause of this death – alcoholic cirrhosis – was strongly linked and distorted by the influence of the religious values of her mother (T20 and S28 Epistemology linked to T18 and S26 Axiology at the T28 Intersection of structure of thought)

causing her severe guilt and depression. She also suffered from headache, insomnia, and resulting problems in terms of productivity at work (T2 and T4 Emotions affecting the T3 Sensorial and Abstract, generating a specific T13 Behavior and Function).

To this was added the firm belief that nobody changes the past, and that the mistake committed must be dearly paid for, according to God's laws (T5 Pre-judgments and T18). Laura actually counted the number of times she had a chance of visiting her father and asking his pardon, reinforcing the feeling of guilt (S15 Addition potentializing T4).

She kept the definition of unhappy for herself and, in the first consultations with the clinical philosopher, her facial expression was very sad. Since that terrible fact, she had been subjectively living only in the past, with negative thoughts as a souvenir. She retired to her own room as a sentence on herself (Intimate Associations between T4, T2, T3, and S4. In the direction of complex ideas, with marked use of T14 and S7 Inversion).

However, she manifested the beginnings of joy and a few smiles, desire and motivation and went back to talking in the present tense, when the subject revolved around her grandmother, the dogs, and concerned her own beauty, and body care. She spoke of flirting, of the pleasure she felt of being physically attractive and desired, wearing the right clothes... in parties, in bars, strolling through the square with the dogs etc., at which time she would say she did not like dark places, that she preferred colorful environments, as big busy cities (her strength and will to live were the result of a happy combination of T28 and T3 Sensorial together with S3 Towards sensations. This fed her T2 and T4 positively).

In relation to her grandmother, whom she did not at this stage visit as frequently, she received all of the kindness and the love she needed. She loved to cook and eat with her grandmother and repeatedly counted the number of hours she “whiled away” having a good time... (S15). This simple action, particularly, caused her an enormous feeling of well being. With no one else did Laura feel as true, as much herself (T28 established by strong bonds of T4 and T3 Sensorial which showed important T26 Principles of truth and T21 Expressivity)... with the exception of the intimacy she reserved for the monologues with her dogs, projecting her own issues on them. At times, she derived pertinent solutions to her problems in these solitary conversations (S5 Resolutive scheme in moments of T14 and S7 Inversion). Were it not for such monologues, said Laura, she would prefer to keep a personal diary, full of metaphors, for she was very fond of literature, of romance and, at times, remembered passages from the Gospels generically (T15 Semiosis and S20 Translation with applications of S22 Vice-concepts and S17 Perceive. All reinforced by S15). In moments such as these, she appeared to use S10 Arguments several times derived, but in truth, she was not long interested in continued reasoning to the end, to some logical conclusion, and soon substituted arguments for loose opinions, T4, S19 Selective aestheticity, appeals to T5, use of Semiosis (T15) such as expressing her ideas with her hands etc. Over seven long months, Laura generated another conflict of which she could not rid herself (T17 Pattern and Conceptual trap): the self-repressed desire to leave her mother’s house where she felt anguish (T11 and S12 Search connected to the T4). She vaguely mentioned the idea of living with friends or, better still, of living in Germany and getting to know places where no one would know even her name. Laura went as far as to say that this

would be as though she were being born again, leaving problems behind. But whenever she went back to thinking about this alternative, very often, (T23 Action, T3 Abstract and T14 Long displacement, T12, Dominant passions and S4) thoughts of the memory of the father and associated destructive emotions (T24 Hypothesis) stirred up her memory. Finally, she decided not to do anything about this and stay on at home (T25 Experimentation). As a final personal resource, at times for subjective comfort, she simply locked herself in her room with her dogs; in addition to passing the time tidying her wardrobe and personal belongings item by item (T14 and S7, S13 Short displacement and S1 Towards the singular).

Of course, there are yet many other important considerations that would fill pages of even more detailed analysis beyond this short summary.

SUBMODES (see page 357) – modes of experience of structure of thought. The way in which a person expresses behavior and action in the effort to render his will effective. There are thirty-two known procedures that, in combination with the five existential categories in multiple and recurring associations, reveal countless forms of acting, characterizing individualities also because the submodes inevitably complement each other and constantly alternate, in rotation during the applications. Just as in ST topics, Clinical Philosophy is open to the inclusion of new possibilities, of other practical procedures of therapy that may feasibly arise, by research, discovery, or creation. In this case, psychologies, psychoanalyses and popular therapeutics produce extremely rich, varied contributions. Packter avoids the term “technique” for the usual wear and tear of the word in its mechanical stereotype, and prefers “submode”, the bottom to top mode, because

it is subaltern to ST.

A philosopher establishes a sharer's historicity knowing what submodes the sharer uses and their probable efficacy within each context. This demands an investigation as to which submodes could be adequate and pertinent to apply to the ST for the treatment of problems experienced being careful to observe those that might cause him revulsion or inner discomfort. In addition, use of submodes without categorial examinations is considered poor clinical practice and an ethical crime against a person; except, of course, in situations of emergency that demand special procedures. In this part of the clinical practice, the better the result, the stronger and more positive the intersection between sharer and clinical philosopher. Competence imposes on the therapist the ability to apply the submodes with verbal and corporal resources, according to the needs.

Various submodes may be present in one same moment or discourse. In the case of Laura, this is very clear. I might use other examples, resorting to fictitious creations that are possibly more didactic for understanding. However, I chose to allow some submodes to repeat in the same example, to allow us to observe how the practice of habitual clinical practice takes place more naturally.

The submodes are distinct because they are *informal*: when they are used by the person himself as a habit in life, in a desire to overcome conflict, but not always aware of their function; or because they are *formal* when applied instrumentally, through knowledge of cause and effect – in this case, by the clinical philosopher, by demanding strategic intervention. The distinction is visible in the examples that follow.

The sufferer commonly encounters difficulty in clearly perceiving the dimension of his own conflicts, with little strength remaining for the use of informal submodes, to relieve pain and pave the way

for solutions. For this reason, a clinical philosopher may also seek help from another colleague when he finds himself subject to his own drama. A therapist, better than anyone, knows the importance of therapy, in search of better possibilities.

The introductory nature of the definitions is to clarify ethical reflection. There is no intent, here, to derive practical orientation on how to use the submodes. There would be a great number of exceptions, delicate and complex considerations that would possibly demand another book.

1. **Towards the singular term** – used to bring objectivity, discernment, and precision to the ideas – in search of clear, distinct comprehension as to the concepts that are important to the sharer.

Clinical case:

Clinical philosopher: “Laura, to which jeans specifically do you refer when you say you look good, that you feel good? ... Could you wear them next week so I can see?”

2. **Towards the universal term** – has as objective to treat concepts experienced by the sharer, broadening the extent of their significance and consequently the strength of their therapeutic effects.

Clinical case:

Clinical philosopher: “Then there’s something else that you told me about one day, where you are absolutely right: you have to take a break at times in a relationship... to enhance being together, otherwise nobody can stand it! Everybody needs that at one time or another, Laura”.

3. **Towards sensations** – is to remove someone from intellectual abstractions to sensorial experience, when this is justified by clinical needs.

Clinical case:

Laura: “Well, something else I did to get out of those arguments at home, that used to make me dizzy, uncontrolled, was to go out at night... for a stroll, for a drink, to talk with friends... But now I just can’t, I don’t feel like going out at night”.

4. **Towards complex ideas** – takes place through a growing association of abstract terms, forming a web of thought ever more distant from that formed in sensorial experience. If the sharer is already in the mental universe of complex ideas, however, in a confused way, with dangerous, contradictory structure, etc. A philosopher may take the trouble to re-organize this universe, overcoming challenges and fitting the other into a better psychic environment.

Clinical case:

Laura: “I’d rather stay in my room you know, just me and my doggies. Then I keep thinking about things... and I even talk to them, I tell them all my problems...and they listen to it all! (laughter). Each one of them comes up with such a facial expression ...and I can just imagine what it wants to tell me, so I listen and reflect some more about this. I’ve had really great ideas like that... just me and my doggies”.

5. **Resolutive scheme** – is the construction of hypothetical arguments to didactically exposed alternatives, the solutions to

which existential problems appear side by side in face of losses and gains, affording the sharer greater clarity in his choice. Several ST topics associated, according to the case, are: T4 Emotions, T5 Pre-Judgments, T7 Universal Terms, T18 Axiology etc. Each philosopher makes use of the way in which to know and to do, utilizing the competence of his own data T3 Sensorial, T15 Semiosis, T20 Epistemological, and others, whether simply through speech, by means of drawings, analogies with films, etc. In short, delimiting the issue to be worked, we move on to the options of the resolution. Through choice, the subjective weights of gains versus losses are recognized and compared. The following calculation is then elaborated: if the gains are greater than the losses, the option is validated; if the gains are smaller than the losses, the option is canceled. Following this, there remains an examination effecting possible valid options according to each sharer's ST characteristics.

Clinical case:

Laura: "I talk to them (her dogs) like this: look, on the one hand, Robert is the best friend one could ever have, but he is not that handsome... If I sleep with him, I'll eventually lose his friendship. The atmosphere between us will pall... and that's not good. Then, really, I am not prepared to have a serious relationship... I still have a lot to live. Well, if it's like that, it's better for us to be just friends. Friends are few and far between, and passing affairs are all too many... Yes... you're right!"

6. **Towards closure** – the process that leads to the conclusion of a task or to the unfolding of some ST experience to its final resolution. Characteristic of the sharers that indicate a trend,

through their historicity, existentially, towards a conclusion, to finish off non-conclusive or poorly resolved issues.

Clinical case:

Clinical philosopher: "...Then, go fight for your dreams, my dear!... And put everything that is good in you out...! It's only fair that people should receive this from you, isn't that so? And you are the one to benefit when you do good. For, only when you give, do you receive and only when you forgive are you forgiven...remember? The practical example, Laura... This thing that comes from the soul to the body... Do as Peter did, Laura... fill your soul with good things, and go out into the world!"

7. **Inversion** – is the therapeutic movement of leading the sharer to physical and/or mental introspection.

Clinical case:

Clinical philosopher: "Laura, then I want you to do the following: I want you to go back home, lock yourself in your room, tidy things the way you like them to be... and then, when you are thoroughly comfortable with yourself, call your doggies, and talk to them about everything we talked about today. Exchange some ideas, listen to some advice... listen to them attentively like you always do. And, next week, tell me all about it, OK?" (In other words, she is being asked to talk to herself, to interiorize and listen to her own consciousness).

8. **Reciprocal of inversion** – is the effort to get the sharer to become interested, to get to know and be intimately affected by the existence of another person. We must admit our subjectivities

are infinite by definition; therefore, however close we draw to another's world, we will never have the exact concept that he experiences.

Clinical case:

Inversion reciprocals were made in relation to the persons of Christ, Peter, and Laura's father.

Clinical philosopher: "Laura, you are Christian, don't forget that! You know what Jesus thought of guilt? Well he said, forgiveness should be given not only seven times over, but seventy times seven. He was uncommon, of immense wisdom... You know that... He deserves to be listened to! Don't you think you also deserve to be forgiven? After all, what is it to be a Christian? Read Matthew, 18:21 and 22. Remember Peter, the disciple Jesus lived with? Jesus slept and ate in his house so many times... Well he, and no one less, denied Christ... Not one, nor two, but three times over, and precisely when he was in greatest need: at the hour of his death. And then, what did he do? Did he go back home and sit in a corner, waiting for the time to pass, waiting until his body grew old... or did he go out to fight, paying back all the goodness he had received from Christ in double? ...working to the last minute for the needy? Do you believe Peter was not really a Christian? To be a Christian, Laura is not to be perfect. Nobody is perfect. Who does not make mistakes in life? You, your father, myself, your mother... The Gospel was written for people like us, Laura... To be a Christian is to make of a mistake a lesson in humility... of guilt, a debt paid with love, taking something good to one's neighbor... to people, to animals... You told me you received a great many good things from your parents... Your father never

let anything go lacking at home, he paid for your school... and so much else. What is done, is what is paid for, Laura!... You must pay good with good, don't you think so?"

9. **Division** – is the process of detailed investigation into serious problems that show up in a person's background: trauma, phobia, paranoia, etc. Without opting for pain the sharer is careful to avoid, a philosopher starts his search with events that are known to the person always as from before and after important issues, carefully drawing closer. It is thus possible to augment the degree of intersection – a great help to those who are shy or who speak little. This is a specific use, located and possible, distinct from former divisionary ST data. Division certifies information, affords understanding of the way in which such difficulties function or happened in life, and helps the sharer to remember things he had forgotten, with a view both to undoing the psychological shock, and enhancing positive experiences. A submode, as any other, it is only utilized after the categorial and T30 Autogeny Examinations.

Clinical case:

Several successive divisions were made for the purpose of collecting more information on her father's death with the resulting psychological implications to a point that seemed to the clinical philosopher productive, without greater suffering.

Clinical philosopher: "Tell me now, about all you experienced between '97 and '99".

She told me, telling about the tragic moment and going ahead, concluding the period. Her eyes showed she was fighting back tears. She was silent, and I respected this. Then I asked her: "Do

you want to go on?” She answered yes, and shook her head.

Clinical philosopher: “So, what was that month of July like for you?”
(The month her father died).

Laura commented. She added details about her feelings, judgment and perception in general about this... Finally, in a last question, I asked her, as soon as she finished the sentence...

Clinical philosopher: “What exactly happened in those three days?”.

10. **Derived argumentation** – continuous act, the philosopher argues with the person looking for her reasons, initially considering the subject broached without taking the last issue out of sight. The relationships of cause and effect do not commonly draw away from the subjects that are closer to the sharer, associated to behavior experienced. Only with Autogeny T30 is it possible to adapt this submode to the needs of each, with well managed knowledge and application.

Clinical case:

Laura: “I wanted to understand why my relationships never last. I believe that if I understood the reason for things, everything would be easier! Tell me, what makes a relationship work?”.

Clinical philosopher: “Affinities my dear...”.

Laura: “ But how can we know what our real affinities are? When we fall in love, everything seems so perfect? ... Until the day the dream is over”.

Clinical philosopher: “Two things are necessary to understand a human being: good knowledge of his personal characteristics, person by person. However alike we may seem at first sight, each is very different from the other. In second place, it is necessary

to know the external circumstances that involve and limit each one's way of being. The ideal is a maximum of affinities in both aspects. With some people, you are only involved with their body: with others, you have to marry the entire family... For instance, tell me three things that for you are absolutely essential in a boyfriend so that the relationship will work”.

Laura: “Hmmm Good, handsome, and sexy (laughter)”.

Clinical philosopher: “Very well! Without going too deeply into what this specifically means to you... Out of context, it may not mean anything. Let's say you have met someone like that, with a great number of qualities, better than you imagined... but to live in a little town up-country, living in someone else's house and with little money to spend... Would that do for you?”.

Laura: “Of course not!”.

Clinical philosopher: “There you are! There's more... if it is like this for you, we would still have to know what it is like for the other, in addition to the circumstances that will affect both of you. It is necessary to know all of this... You told me the other day you were in conflict in your feelings for Robert, isn't that right? And if I understood correctly, he is all that's good except he's not handsome... and that at times you think of forgetting about the handsome bit and having an affair with him, even though you're not sure you are going to manage, isn't that right?”.

Laura: “Precisely! Absolutely right”.

Clinical philosopher: “And you just told me that, at first, everything seems perfect and then, the problems start to appear... It is true, when the affinities were not sufficient. Just imagine, then, if you embark on a relationship with Robert, a splendid person, with one of the aspects that are essential to you lacking: beauty? What can happen?”.

Laura: “I am beginning to understand...”.

Clinical philosopher: “But our needs may also change in time, with the body wishes, with important, even unexpected alterations in the contexts of our lives... Let’s talk about your personal needs – the needs deep in your heart. Be sincere with yourself: are you ready to have a serious relationship now, to lose a chance in life of meeting other men?”.

Laura: “You know it’s not so, because I told you this already”.

Clinical philosopher: “Talking a little about circumstances... would you really like to go and live in Germany one day?”. *Laura*: “God willing!”.

Clinical philosopher: “And what can you conclude from this?”.

Laura: “That you are right. The question is not Robert. I believe my relationships are not lasting because I am not ready yet. I think that it is I who do not want any lasting relationship for the time being. That’s it”.

- II. **Short cut** – a question or attitude used to obtain any new datum, a mere opinion, an approximate answer, when another, more complete (type: “What do you think of this?”) is impossible. When in clinical practice we need some answer that will render the continuation of the work viable; then the philosopher induces the sharer to synthesize, to provide some inkling about what is taking place within, as well as he can. It is incredible what can be observed: an unlimited capacity to mix, join up, separate, divide ideas in other modalities.

When possible, this is a submode used to overcome possible blocks that would demand unnecessary time and effort. Often, this submode is used and reused several times over, to a satisfactory continuation...

Clinical case:

Clinical philosopher: “Laura, then I want you to do the following: I want you to go back home, lock yourself in your room, tidy things the way you like them to be... and then, when you are thoroughly comfortable with yourself, call your doggies and talk to them about everything we talked about today. Exchange some ideas, listen to some advice... listen to them attentively like you always do. And, next week tell me all about it, OK?” In other words, she is being asked to talk to herself, to interiorize and listen to her own consciousness).

12. **Search** – as submode, is every clinical undertaking in which a philosopher takes it upon himself to support a personal project, the needs and the objectives of the sharer bound for the future in an existential journey. Pertinent to the context of ST, search is plastic, and changes, evolves, disappears... but may also be inflexible, dogmatic, according to the person.

Clinical case:

Laura had two main Search objectives: to live away from home, and to travel to Germany. The first, indicated clearly, would be a relief to her personal suffering. In the second, in addition to motivation, there was also the desire to discover new experiences in life. With practical possibilities through her mother’s support, Laura was advised to live with her grandmother. This resulted in a considerable improvement in her depressive state. As to Germany, there was an important psychological reinforcement to this old wish, towards a subjective displacement of her sadness, linked to the past, to hopes for the journey, focusing her attention on the present time, towards the future.

13. **Short displacement** – intellectual projection of subjectivity itself in objects present physically (not people) within reach of the body senses, in order to learn something – the objective being that, according to clinical indications, the sharer will modify or develop concepts in his ST. Knowledge is only acquired if experienced as regards things that are beyond the body, but bound to it through the five senses.

Clinical case:

Short displacement was emphasized in therapy because Laura's self-esteem was at a low ebb in respect to her body and because topics 2 and 3 (What one thinks of oneself and Sensorial) proved important to her.

Clinical philosopher: "Laura, stop and think... Put yourself in the place of these blue jeans that you are wearing at the moment. They are the same as you were wearing months ago, is that not so? ...and tell me if the jeans did not fit you perfectly. How could you be overweight...? You are beautiful, girl". She agrees and laughs.

14. **Long displacement** – a movement in which a person emerges from himself and moves conceptually to things that are beyond reach of his physical sensations, whether logical, fantastic, extemporaneous realities, etc. This is a submode much used when the sharer can not stand his present day experiences in the space in which he finds himself and requires conceptual distance to re-structure himself internally: when, in short, distance is existentially more recommendable than closeness. Distance does not necessarily mean alienation. In Lúcio's own words, one's own body is not always the best existential address.

Clinical case:

Clinical philosopher: “Tell me what your room is like, describe it to me... all of it. Whether it is large or small, colors, everything”.

Laura describes her room in compliance with his request. She is then asked to do something else.

Clinical philosopher: “Tell me: what would you change in the room to make it tops... Don’t be afraid of exaggerating, use all of your imagination. Imagine you can do anything and that you have all the money in the world to re-decorate, to enlarge, and to fill it with whatever you fancy...”

15. **Addition** – a process of mathematizing quantitative compositions that considers things by measurements, weights, and exact perspectives. It implies a total of variable concepts, good or bad, motivating behaviors or experiences in ST as an effect of a conclusion. Addition may also be utilized simply, in an exercise of subjective accommodation, improving the quality of the intersection, of communication between philosopher and sharer.

Clinical case:

Laura: “...The first time I didn’t even want to hear the end of the sentence. I let my mother go on talking to herself, after I had said some things as well. I was too angry to apologize at the time... Was he (the father) to call me a good-for-nothing with no reaction on my part? No way! The second time he told my mother I was the one that was wrong... that’s when I really refused to apologize! But I should have understood things the fourth time round, when I could...”.

16. **Scripting** – the elaboration of a script adapted to the life of the sharer, developing a step-by-step direction for him of what to do, to think, to feel, etc. – as from his psychological reality, with the data supplied by his ST, using his words, his personal experiences etc. in such a way that he become involved in the plot of his own story. In this submode, a philosopher intends to unravel conflict, suffering, and confusion that the sharer experiences, when he finds he is lost and in difficulties to find his existential way out.

Clinical case:

Clinical philosopher: “Laura, then I want you to do the following: I want you to go back home, lock yourself in your room, tidy things the way you like them to be... and then, when you are thoroughly comfortable with yourself, call your doggies and talk to them about everything we talked about today. Exchange some ideas, listen to some advice... listen to them attentively like you always do. And, next week, tell me all about it, OK?” (In other words, she is being asked to talk to herself, and listen to herself).

17. **Perceive** – the exercise of leading the sharer on, through her imagination, to experience sensorial perception. Memories of things such as smell, taste, gentle breezes, and colors, etc. are recovered psychosomatically. Other mental elaborations are associated to this, repeating, renovating, or creating new sensations that are more adequate to the needs of the person. The intensity depends, above all, on the force of the intersection established, for it is an experience lived together with the therapist. Because it causes a deep awareness of the body, particularly, this is a submode that must be applied uninterruptedly during the procedure.

Clinical case:

Laura: “Look, the sea is blue, the sky is blue... People even say: ‘Hi, how are things doing? Blue, blue...? Everything fine? Blue gives me a good feeling of the immensity of the infinite, that the world is more beautiful, that it’s bigger than we are, you know? Have you ever stretched out on the grass, arms and legs outstretched, and imagined to yourself that it is not China, but we who are on the underside of the planet? That your body is stuck to the grass because you are being pulled by gravity? Imagine the effect of gravity is over and now you, who were stuck to the grass on the ceiling, begin to fall into the blue waaaaay... down below, as if you were falling into an immense blue ocean. Kind of scary/thrilling, no?”

18. **Aestheticity (rough)** – every initiative or provocation that leads the sharer to express himself, to put out all that bothers him existentially, brimming over spontaneously and without any effort of control, order, or significance.

Clinical case:

In the third session, when she spoke of her father, *Laura* could not hold back her tears, broke down, and cried a great deal. At another time, she said that to cry was one way of relieving herself of everything that weighed her down.

19. **Selective aestheticity** – equivalent to the former procedure, however, with direction and some control over the exteriorization process. In this case, a philosopher is able to conduct the sharer’s procedure, perhaps of relief, creativity etc., specifically within the clinical issues.

Clinical case:

One certainty: whenever Laura expressed herself with growing joy and enthusiasm, spontaneous movement with her hands increased, and supplemented reasoning with gestures. The consistent impression in therapy was precisely this: she felt existentially better, the greater the non-thought, sensorial, impulsive language, the less the physical control over herself, by means of abstract thought.

20. **Translation** – a transposition of semiosis data used by a person of one term to another. Can be used to clarify a confused signal or to alter the degree of intensity of some significance, to increase or diminish intensity, according to the case.

Clinical case:

Laura: “My doggies are my personal diary. I believe that if I didn’t have them to listen to me and give me some kindness... that sweet look... I would write a diary”.

21. **Directed information** – when the sharer is supplied directly with information, adequate to his mode of being, with intent to help him to solve a problem. Example: books, films, medical directions, personal opinions (if pertinent to the case) etc.

Clinical case:

Clinical philosopher: “You know what Jesus thought of guilt? Well he said, forgiveness should be given not only seven times over, but seventy times seven. He was uncommon, of immense wisdom... You know that... He deserves to be listened to! Don’t you think you also deserve to be forgiven? After all, what is it to be a Christian? Read Matthew, 18:21 and 22. The Gospel was

written for people like us, Laura. To be a Christian is to make of a mistake a lesson in humility... of guilt, a debt paid with love, taking something good to the neighbor... to people, to animals... You told me you received many good things from your parents... Your father never let anything go lacking at home, he paid for your school... and so much else. What is done, is what is paid for, Laura!... You must pay good with good, don't you think so?"

22. **Vice-concept** – the substitution of known terms for others of approximate significance in one same datum of semiosis, allowing one to be chosen or exchanged for another in specific contexts, without altering the general sense of the sentence as a whole (use of metaphors, analogies with films or situations, synonymies, etc.). The form is different, preserving the significance. At times, this makes it easier for the sharer to talk of his pain without direct use of the words that cause him most suffering, reducing his discomfort. However, the efficacy of the words is proportionate to the knowledge of linguistic elements of the intellectual web of the sharer.

Clinical case:

Laura: “Look, I discovered what everyone one day learns: that you have to take a break every now and again in any type of relationship so that longing will enhance being together once more, Else no one can stand it! Even Christ, at times, let his disciples alone... perhaps so they could learn on their own... then they met up again. I believe this is very right!”

Clinical philosopher, in a moment of submode, of devolution: “Then there is something else you told me about one day, and you are absolutely right: you have to take a break every now and again in relationships, to

enhance being together once more, else no one can stand it! Everyone needs this one time or another, Laura. Think about it... you can spend one week with your grandmother and the weekends with your mother, in addition to going out whenever you please with friends, of course. If even Christ, at times, left his disciples alone every now and again, this can not be wrong, don't you agree?"

23. **Intuition** – the use of immediate perception of things or of oneself, prior to reasoning and independent of bodily senses. Takes place through an association of data and other submodes of the sharer's ST, in such a way as to produce "insight" that is: a sudden, deep understanding of reality. When intellect supersedes the habit of applying conceptual categories to real life, it is possible for him to capture the supposedly real essence of life itself. It is not the only form, nor the best form of access to knowledge of things, but is available when necessary, especially at times of emergency when a situation demands instant solution. The mechanism of validation always takes place *a posteriori*, by confirmation. Use of a submode is authorized when a person (either philosopher or sharer) in his historicity shows repeated use of events of this nature with positive effect – otherwise, not.

Example:

There are people who guide their decisions in life through special dreams, ardent prayer, deep meditation etc. Once the reality and the benefits of this submode in the sharer's background have been ascertained, investigation through categorial examinations must show what the best physical and psychological conditions are so that intuition will manifest itself who knows if, through certain rituals, or by the combination of food and drink at specific times or,

yet, by means of smell, sexual abstinence, reading, yoga exercises, fasting, early morning walks, stimulating conversation etc.

Other people have an intuition without absolute control, and it is important for them to know how to distinguish true intuition from their many T5 Pre-judgments. Discernment is possible at times through T30 Autogeny, with special attention to the trilogy – T23 Action, T24 Hypothesis, and T25 Experimentation.

- 24. Retroaction** – a return from a specific problem to its hypothetical origin or to where it is useful, recovering the memory of moments experienced, detail, thought, emotions, sensations etc. in regressive order. It can, at times, be mistaken for the S9 Division, with the difference that Retroaction takes place necessarily in a backward sequence in each of the facts recollected.

Example:

I once lost my wallet riding a motorcycle. I was shaken for the money and the documents that were in the wallet. I pulled myself together, sat down, closed my eyes, and tried to visualize all of the path I had traveled in the reverse direction, as from the chair I was at that moment sitting in. Using S17 Perceive, I tried to enrich my imagination with the greatest number of details possible and, at last, was able to recollect the exact feeling of my wallet falling out of my jeans back trouser pocket when I stopped at a traffic light. I went back and was lucky enough to find it on the curb.

- 25. Directed intentionality** – a filtering of consciousness, of discourse by a philosopher, calling attention to something that is very

specific. Of the themes in general, we draw only on those which are of interest to clinical practice, towards essential issues.

Based as strictly as possible on categorial examinations, we now permit counseling, programming various concepts, lovingly comforting pain and conflicts, or offering guidance to various philosophies of life.

Together with S10 Derived argumentation and S21 Directed information, this submode is widely used in the so-called “counseling philosophy” (Achenbach 1984, Sautet 1995, Marinoff 2001) first developed in Europe and later in the U.S. This type of philosophy without categorial examinations, divisional data and T30 Autogeny for the combined use of submodes, is in no way similar to Clinical Philosophy originated in Brazil.

Clinical case:

In referring to notions of sin and guilt linked to the idea of family, Laura was a Christian under the heavy influence of religious conservative behavior on the part of her mother. The death of her father and religious self-punishment, which resulted in chronic, lasting depression. Opportunely, as a result of the clinical analysis of her ST, it was necessary and most important to insert a religious theme in the role of counselor. With ethical listening, such guidance was drawn from its own values, filtering only the evangelical theme of pardon from these values in order to provide her with a renewed, more adequate stimulus and outlook. At no time was there any attempt towards religious indoctrination, and no values were presented to her that were of a different nature from those which previously proved essential to her vision of the world. The use of this submode in particular was indispensable to the case, for the root of the last subject for Laura was precisely

the values of modern Christianity directed with awful prejudice and conceptual mistakes on the part of her mother.

26. **Axiology** – in the submodal quality, a philosopher reinforces, develops, or weakens sharer values, on indication from T30 Autogeny and the equivalent Topic 18 of structure of thought.

Clinical case:

Clinical philosopher: “To be a Christian, Laura, is not to be perfect. Nobody is perfect. Who hasn’t done something wrong in life? You, your father, me, your mother... The Gospel was made for people like us, Laura... To be a Christian is to make of a mistake a lesson in humility... of guilt, a debt paid with love, taking something that is good to one’s neighbor... to people, to animals... You told me you received a lot of good things from your parents... Your father never let anything go lacking at home, he paid for your school... and so much else. What we do, is what we pay for, Laura!... You should pay good with good, don’t you think so?”

27. **Autogeny** – with the due dimensions of existential conflict and its rightful location within the intellective web (Autogeny, while Topic 30 of the ST), a philosopher tries to reorganize topical associations in their entirety, by means of several submodes. An attempt is made to generate new compositions in the structure of thought, in such a way that the sharer will find existential ways out that are more adequate to the problems that afflict her. It is worthwhile to identify theoretical differences that are not always possible in practice, between this submode and S29 Reconstruction. S29 Reconstruction does not necessarily concern a reorganization of the ST, and may be only the effort to recover

that psychological state formerly lost or destroyed, without alterations or additions. On the other hand, an S27 Autogeny may simply reorganize the ST with only its present elements, without necessarily having to rebuild it as from a cellular datum.

While topic it presents the *structural* aspect of the ST; while submodo treats its possibilities of adjustment and restructuring in its *organizational* aspect.

Clinical case:

Going back over ST Topic 30, ever since she was a child, Laura had suffered from a heavy, difficult influence of her mother's religious authority against her manner of being and defining herself, laden with pre-judgment of punishment, above all regarding sexual restraint (T28 Intersections of structure of thought, T5 Pre-Judgments, and T18 Axiology confronting the T3 Sensorial and T2 What one thinks of oneself). But Laura eventually developed informal submodes that allowed her to deal with this very well, such as: prophylactic lies to her parents, appearing to them in a way she did not to her friends (T26 Principles of truth, T22 Existential role, and T21 Expressivity); experiences with eroticism that reinforced her self-image positively, emotions, and personal vanity (S3 Towards sensations strengthening T4 Emotions and T2 What one thinks of oneself); and pleasant visits to her grandmother where she was given a great deal of affection and sensorial experience (T28 Intersections of structures of thought to enrich the T4 Emotions and T3 Sensorial).

With special emphasis, her happier life was full of important sensorial experiences for her strong autonomous psychological structure (T3 Sensorial and T27 Analysis of structure). However, it all came apart with the condemnatory insertion of values

and pre-judgments of guilt (T18 and T5) from her mother, that Laura took to heart which debilitated other fundamental topics: T2 What one thinks of oneself and T4 Emotions. Because of these heavy maternal values, her understanding (T18 Axiology subjugating T20 Epistemology) of the physical reasons for the death of her father – the sole begetter of his own alcoholic cirrhosis – lost in lucidity and she developed a T17 Conceptual Pattern and trap for herself. Direct consequence: loss of the capacity to use these, her informal submodes of relief, chronic depression and a structure of thought rendered fragile (T27 Analysis of structure).

In short, clinical planning in this case intended a reconfiguration of Laura's ST and a S29 Reconstruction of her informal submodes through the associated use of various submodes (cited ahead), minimizing the conflicts brought on by the excesses of T14 Inversion and T3 Abstraction in her negative bonds of T5 Pre-Judgments. The objective was through renewed bonds with her grandmother (T28 Intersections of structure of thought), to strengthen the complex of her determinant topics, namely: T2 What one thinks of oneself, T3 Sensorial and T4 Emotions. This was greatly facilitated by the direct intervention of the clinical philosopher with her mother, which enabled Laura to alter her capacity of making new choices in life (T18 Axiology) positively, including fostering her T11 Search.

For better understanding on the part of the reader, some literal passages of therapeutic guidance and submodes utilized by Laura have been included under the next item of this chapter entitled "Words that Listen".

28. **Epistemology** – once topic 20 of someone's structure of thought is known (Epistemology), that is, the nuances of one particular way

in which he understands reality, a philosopher makes use of this knowledge to help the person overcome difficult circumstances in his life. This is an indispensable submode if it is necessary for a sharer to have any important guidance or learning.

Clinical case:

Laura saw the world, by and large, through Christian values, but not in any perspective. Laura assimilated/absorbed knowledge and directed her behavior through her family's religious values and particularly through the impacting force of her mother. In addition, she also understood and elaborated personal opinions by a demystified reading of the Gospel and of Jesus as man. Such reading, however, was not sufficient to overcome the obstacle she faced.

Through her mother's accusations, reinforcing the moral of guilt, Laura understood she herself was the determining cause of the death of her father. This enormous mistake had to be dispelled for Laura's own benefit. But it could not be done by mere physiological analysis of alcoholic cirrhosis. Philosophically, the psychological root of her personal suffering was not owing to any lack of medical knowledge or to the absence of well-structured reasoning (T10), but rather, to the unique nature of her T20 Epistemology.

Her particular way of knowing and signifying family issues was respected because of this – through the religious element as she herself specifically understood it. In this sense, as clinical philosopher, I understood it would be unwarranted to convince her of an absence of guilt, for she clung too hard to this concept for it to be uprooted in an effort to convince rationally. Clinical data showed with certainty that the best path for her T20 Epistemology was to insert the concept of forgiveness, forgotten, back in the origins of Christian morality, both by her mother and by Laura.

This new gentler, equally strong Axiology (T18 and S26) lent new understanding (S28 Epistemology) to Laura's existence, and brought her peace of mind. As she herself was to say "Thank God!".

29. Reconstruction – When a person is internally destroyed, complaining about the lost years studying for a course that he didn't want, that the marriage is over and his heart is broken, etc; but now he wants to start a new life... as painful as the past may have been, with the strength that is left, it's possible a submode of reconstruction of his structure of thought.

By joining various other submodes, a philosopher will reach at least one positive, solid concept in the intellectual web of the sharer and as from this datum, search for others that are adjacent, in the vicinity. The more subjectively good experiences can be used in the process, the better the Reconstruction will be – similar to assembling a jig-saw, with mistakes and correct choices natural to the process. It is fundamental to take care never to rebuild the structures of thought as from T17 Conceptual traps and from extemporaneous situations that no longer make sense within present experiences significant to the sharer.

Clinical case:

Knowing that Laura lost her existential balance because of complex thoughts beset with sadness, as bonds attached to the past, therapy included various efforts of Reconstruction as from former sensorial experiences that were a source to her of strength, joy, and enthusiasm. In one of the applications of this submode, I endeavored to recover in her the use of clothes that did her self-esteem a world of good, as from one specific ancient pair of jeans... from the time she was happy. I asked her to wear

the jeans on some of the days she had therapy and, at this time, to describe how she felt wearing the jeans – to tell me of the pleasant fun times she had had with that pair of jeans: flirting, on walks with the dogs on Sundays etc. And so, I began with her good past experiences enriched with her T3 Sensorial experiences at the present time, optimizing mainly T4 Emotions, T2 What one thinks of oneself, and re-enforcing T18 Axiologies of incentive.

30. **Indirect analysis** – refers to the strategy and management of topics of conflict of a ST by the clinical philosopher, studying the functions of thought phenomenologically during the process of thought, movements, and relations existing therein, of cause and effect. Possible changes in the way of thinking and of acting on the part of the sharer are made objective here. This, of course demands former knowledge of T23 Action, T24 Hypothesis, and T25 Experimentation, because there are concepts interdependent. With an understanding of the process and functioning of a particular concept in the intellectual web of some sharer, it is intended to find out how to reorganize the movements and directions of thought (T23). A better thinking here does not mean a more accurate argument, but a better way to follow in mind the factors that have been thought, that is, to articulate the psychological experiences. This leads directly to the search for how the sharer, within the limits of his own TS, under the orientation of a clinical philosopher, may hypothetically solve his problems (T24), and which can work in the practical application (T25) of this hypothesis. While the S27 Autogeny develops operations involving all of the submodes important to the last ST subject, Indirect analysis is conducted exclusively with outlines of thought and consequent movements.

Clinical case:

Investigating the phenomenon of Laura's insomnia (T24 Hypothesis), by the use of S9 Division, it was observed that her T17 Conceptual trap of thoughts without end concerning the metaphysics of a lack of sense in life and death (T23 Action) invariably began whenever she lay down to sleep (T25 Experimentation) excepting, however, when she fell asleep watching TV in her living room some weekends.

Studying and understanding this dynamics, it was very clear that when she lay down on the sofa to watch action films (T25), for some reason unknown to me or not investigated by me (T23), she quickly fell asleep and seldom remembered her dreams (T24). Results were not so positive with drama films.

Sleepless nights spent in her bedroom generally left her with the impression that she had had bad dreams (T23) and, although she did not remember them, she experienced an uncomfortable feeling in the chest, of anguish and, at times, felt slightly off-color during the day (T24).

By the Indirect analysis submode, I first suggested that Laura install TV in her room and that she rent action films she would like to watch before falling asleep (T25). This did not work out (T24). To obviate complex ideas (T23), she was asked to begin whenever possible sleeping on the living room sofa whenever possible or, at least, on the days she had greater insomnia and that she not lie down in bed if she were not sleepy (T25). Efforts resulted in a good reduction in frequency of insomnia (T24) and consequences...

Together with therapeutic care, Laura was also seen by a specialist, a well-known psychiatrist, an expert in sleep disorders.

31. **Expressivity** – good T30 Autogeny and sufficient depth to the divisional data guarantee a comfortable response as to how much

and in what circumstances anyone should be spontaneous and true to those with whom he co-exists – a criterion previously defined more by structure of thought than by ethical norms of social accommodation. We look for balance in this submode – an adjustment in the degrees and modes of authenticity (T21 Expressivity), where the sharer is himself in his relationships with others.

Clinical case:

Without greater consideration and new features, informal uses of this submode that Laura adopted as from the age of 19 were simply reinforced. She availed herself of an attitude that was erotically more demure with the family and more spontaneous with friends. In addition, there had always been in her a deep mode of Expressibility with her grandmother. In particular, Laura would say she felt a lot lighter after she talked to her grandmother.

32. **Principles of truth** – with clarity in the categorial and ST homonymous topical exams (T26), considering the future value of relationships with persons who are existentially similar, in this submode, a clinical philosopher encourages positive experiences at the T28 Intersections of the structure of thought s relevant to the sharer.

Clinical case:

As a result of the former submode, Laura was advised to move temporarily to her paternal grandmother's house, for her relationship with her mother did not bring her comfort and, in fact, very often, quite to the contrary. The beneficial effects of her Principles of truth in her relationship with her grandmother – amongst which an end to solitude – were encouraged.

THOUGHT STRUCTURE

1. How the world appears
(phenomenologically)
2. What one thinks of oneself
3. Sensorial and Abstract
4. Emotions
5. Pre-judgements
6. Terms recorded in the intellect
7. Terms: Universal, Particular, Singular
8. Terms: Univocal and Equivocal
9. Discourse: Complete & Incomplete
10. Structure of reasoning
11. Search
12. Dominant passions
13. Behavior and Function
14. Spatiality: Inversion
 - Reciprocal inversion
 - Short displacement
 - Long displacement
15. Semiosis
16. Meaning
17. Pattern and Conceptual trap
18. Axiology
19. Topic of Existential singularity
20. Epistemology
21. Expressivity
22. Existential role
23. Action
24. Hypothesis
25. Experimentation
26. Principles of truth
27. Analysis of structure
28. Interactions of structure of thought
29. Data of symbolic mathematics
30. Autogeny

SUBMODES TABLE

1. Towards the singular term
2. Towards the universal term
3. Towards sensations
4. Towards complex ideas
5. Resolutive scheme
6. Towards closure
7. Inversion
8. Reciprocal of inversion
9. Division
10. Derived argumentation
11. Short cut
12. Search
13. Short displacement
14. Long displacement
15. Addiction
16. Scripting
17. Perceive
18. Aestheticity (rough)
19. Selective aestheticity
20. Translation
21. Directed information
22. Vice-concept
23. Intuition
24. Retroaction
25. Directed intentionality
26. Axiology
27. Autogeny
28. Epistemology
29. Reconstruction
30. Indirect analysis: Action
 - Hypothesis
 - Experimentation
31. Expressivity
32. Principles of truth

Words that Listen

*The professor holds forth
On a difficult point in the program.
A student falls asleep
Tired of the Weariness of this life.
Will the teacher shake him up?
Will he reprimand him?
No.
The teacher lowers his voice
Afraid he might awaken him.*

Carlos Drummond de Andrade, *Poesia Completa*.

Laura was a sweet, sad girl when I first met her. She came to therapy brought by her mother who, for a long while, had been worried about her depressive state. In a quick conversation over the telephone, she confided she was afraid her daughter would “do something silly”. She told me at the time she would leave her daughter at the clinic on the appointed day and hour without coming in. And so it was for five consecutive weeks, when her daughter took it upon herself to come on her own. Our therapy lasted for approximately five months, with a few more supervisor visits at Laura’s request.

After listening to her, sure that I had understood her well, within my possibility... both through words and mute gestures, the way she dressed and the desire to hide details from me... all, in fact, it was time for me also to speak. This is an extremely important issue in Clinical Philosophy: to know how to talk to a person in such a way that she listen to the best in herself and, if one day it prove necessary, the best in the therapist. Whatever, the pedagogic nature of this activity is no more than a lesson in philosophy, well intentioned advice on what the books say. On rare occasions, a sharer will simply wish to enrich himself with new information through clinical practice

(S21 Directed information). There are those who consult a clinical philosopher to philosophize, to exchange ideas, opinions, correct rationale etc. rather than watch a film, for instance and apart from psychological problems. And, why not? But, certainly, this was not the case for Laura. She lacked words... different from those in her innermost that would seem to have been said by her though they came from somebody else. It is almost certain that nothing of what I told her would be repeated. But if it were, it would have another meaning. After all, what are words that have never been said?

Words that listen are those that tell another how deeply he was heard – language that approximates and cares. That is, they are responsive languages that approach and care. A clinical philosopher speaks to one who listens by the method that supports him. This explains why, in work well done, sharers will commonly believe that a philosopher “guesses” their thoughts. This is calculated precise clinical tautology that does not naïvely repeat another’s discourse (which would not be philosophical listening), but rather, reorganizes internal possibilities of existence so that it will be the best of himself and no more. Personally, as a clinical philosopher, I believe that this best in the sharer never runs dry, although the limits of my assistance, unfortunately may.

For sure, I must mobilize those experiences to which the sharer refers in myself, coming indirectly to the experiences to which he refers. In the measure in which I am successful, he can feel I am talking not only about his experience, but about something we shared together. He may feel I am some kind of sage of great worth. However, these would be mistakes relevant only to himself. What binds us is not similarity, but a profound respect for differences. We understand each other and, of course... bring the limits that define us closer, but each of us is infinite within. In therapy, what is most

commonplace to another is infinite to me. If in philosophy nothing is obvious, why should the significance of the words of another be so?

Talking to Laura, whenever possible, I used her own words laden with the significance she lent them. Her words are her outer existence. For me, there are other languages and nothing beyond; for her there is still all that was not said... These are the limits of honesty in philosophical therapy. There is no interpretation without language, and it would not be fair to judge her with the language of my world. Only true listening to another person can make known his truths. If there is something to be said, may these be words that she will listen to, words the significance of which talks to her from the inside. Learning does not always consist in learning new things to move ahead, although this may also be the case. Rather, it lies in the useful use of personal resources. Undoubtedly, in all of us, there is an optimum point of that which we can become. I feel that a great number of our crises are a mere waste of possibilities within reach.

In therapy, the word isn't a substitute for listening, but its own voice. We, who practice, and are made through practice must, in the absence of words, with a great deal of humility and consideration, rely on gestures and signs in general; to understand at least enough to be aware of that which we do not understand. If a sharer does not express himself or does not wish to communicate, there is nothing to be judged about him. It is a great adventure to inquire into the mystery of others, but it is necessary to have courage so as not to betray the miracle that is not revealed. There are two choices of what is not known: silence intact, or words that silence dialog. In Clinical Philosophy, what listening cannot do, neither can words.

Using gestures together with words, I began to use the same submodes that she used during all of her life to solve her problems, avoiding those that proved counterproductive. All in all, whenever

possible, I tried to minimize in her the bad impact of abstract thoughts to which, for a long time, she had condemned herself in her moments of Inversion (S7). And, when strictly necessary, this submode was used to introduce new values and more productive pre-judgments without violating the compatibilities of her personal universe. I tried to re-create former inner sensory links with life (S3 Towards sensations) that had previously led her favorably to ST as a whole. Then the submodes were progressively reinforced and perfected within the context of small new items she brought during the course of weeks. Of course there were submodes applied by me, that sometimes proved useless or very weak. Fortunately, however, in the case of Laura, there was no experience of negative intersection between us. Therapy proved successful because we became friends.

In perfecting, there would be much to reproduce of my talks with Laura. However, the essential to understanding the last part of the clinical practice will be restricted to the three segments or summaries chosen here. My wording does not follow any specific order, whether chronological or of value in therapy. Words only provide a theoretical, very general notion of the forwarding done, considering the psychological force of its most important elements. One ideal explanation would demand a complete reference to the specific ways in which ST topics associate to categorial examinations, together with each submode. One book would be too little. An informal conversation, with a good cup of coffee would be best for me. Coffee and philosophy make for details.

With a passion for clinical philosophy, with the affection Lúcio Packter taught me, I only know that consulting room practice is and must be a precious exercise in generosity and compassion. Laura did not increase my vocabulary, nor did she teach me new psychological theories. She helped me to be more of a philosopher...

to understand not only the significance of listening, but also the inverse.

* * *

1. Eventually, with categorial examinations completed, I waited for the time she would once again broach the subject of her own fault. When this occurred, I tried to introduce new values to her self-image such as it was (S26 Axiology and S7 Inversion). Because she resorted strongly to abstraction in the depressive process of guilt, I resorted to this same condition to help her also understand the subject of pardon (S4 Towards complex ideas and S28 Epistemology) – a subject carefully filtered and “mathematized” to her taste, as from the stories and lessons in the Gospels (S25 Directed intentionality, S15 Addition, and S22 Vice-concept). Within other concepts, I worked directly with the force of sensorial elements – so very important to her. The feeling of self-punishment to which she had condemned herself for so long did not allow any other path.

Clinical philosopher: “Laura, you are Christian, don’t forget that (S7)! You know what Jesus thought of guilt (S26)? Well he said to all, to all who would listen... that forgiveness should be given not only seven times over, but seventy times seven (S15). He was uncommon, of immense wisdom... You know that... He deserves to be listened to (S6 Towards closure)! Don’t you think you also deserve to be forgiven (S7 and S26)? After all, what is it to be a Christian? Read Matthew, 18:21 and 22 (S4 and S21 Directed information). Remember Peter, the disciple Jesus lived with? Jesus slept and ate in his house so many times... Well he, and no one less, denied Christ... Not one, nor two, but three times over (S15) Laura, and precisely when he was in greatest need: at the hour of his death. And then, what did he do? Did he go back home and

sit in a corner, waiting for the time to pass, waiting until his body grew old... or did he go out to fight, paying back all the goodness he had received from Christ in double?... working to the last minute for the needy (S26 and S15)? Put yourself in his place (S8 Reciprocal of inversion). Do you believe Peter was not really a Christian? To be a Christian, Laura, is not to be perfect. Nobody is perfect (S2 Towards the universal term)... Who does not make mistakes in life? Your father, your mother, myself... you (S1 Towards the singular term)! The Gospel was written for people like us, Laura... To be a Christian is to make of a mistake a lesson in humility... of guilt, a debt paid with love, taking something good to one's neighbor... to people, to animals... You told me you received many good things from your parents (S32 Principle of truth)... Your father never let anything go lacking at home, he paid for your school... and so much else. What is done, is what is paid for, Laura!... You must pay good with good, don't you think so (S7, S26 and S6)?”

Laura answers yes, moved and alert.

Clinical philosopher: “Any good you do is one debt less to God (S26). We start with something that is very practical, if possible made with our own hands. These here! (As I spoke, I took hold of her two hands and pressed them firmly – S3 Towards sensations). Like picking up the telephone and saying good things to someone you are fond of and miss (S32)... Who knows how to help those you feel are in need... The soul is like a vase: when it is full of guilt, like dirty water, we gradually fill it with clean water, with small daily actions and the dirt gradually subsides... exchanging evil for good, dirt for clean, guilt for forgiveness (S22). Are you a Christian, Laura (S7)?”

Laura nods to the effect that yes, she is.

After some time of therapy together, with strong intersection, I was convinced of the truth of her feelings (T21 Expressivity). Above all, because we realized our intersection and my comments encouraged experiences of self-confidence (S32 Principles of truth) in her.

Clinical philosopher: "...Then, go fight for your dreams, my dear!... And put everything that is good in you out... (S6 and S12 Search)...! It's only fair that people should receive this from you, isn't that so (S31)? And you are the one to benefit when you do good. For, only when you give, do you receive and only when you forgive are you forgiven... remember (S26 and S7)? The practical example, Laura... This thing that comes from the soul to the body (S3)... Do as Peter did, Laura... fill your soul with good things, and go out into the world!" (S8 and S6).

Laura takes a deep breath... and says: "Thank you. Will. I hadn't thought of it like that... I believe you are right..."(S4).

The session continues for a few minutes more, with responses from Laura. Before concluding, I give her some final guidance. This day I invested in the results of this reflection, within the habitual state of inversion progressively directed towards sensorial experience (S30 Indirect analysis and S3), aware that this could generate solutions created by herself (S11 Short cut).

Clinical philosopher: "I want you to do something else... (S6). Go home, with peace of mind... Have a long soak in a hot bath... I know you like that. Be beautiful... for yourself! Then go to your closet and choose clothes that will make you feel comfortable. Something colorful, that

suits you... and take a good look in the mirror... from top to bottom (S3 and S16 Scripting). Tell me specifically what clothes match this description for you?” (S1 Towards the singular term).

Laura looks up, to the sides, searching in her memory... and is happy to describe an item of clothing (S14 Long displacement).

Clinical philosopher: “...Well, call your doggies, close the door of your room and talk to them about everything we talked about today. Tell them everything...Listen to what they have to say and... then you can tell me how it went, OK?” And I said goodbye to her as she liked to say goodbye herself: “...Go with God!” (S26).

The next week she was back with the following observation right from the start:

Laura: “Look, they told me that I am a bit overweight... that I must lose some weight – some 3 kgs. I think that’s really what I am going to do!...” (S3) and she laughed away showing her trousers with one hand (S1). She seemed happier...”.

* * *

2. One day, we arranged for a session in the late afternoon on a Sunday, in time to watch the sunset, on the edge of a small lake where there were usually a good lot of people. I asked her to take one of the dogs (S29 Reconstruction). She brought them both. It was most amusing, mainly because she talked the whole time about different, varied issues: frivolity, fashion, television etc. (S3 Towards sensations). I listened without interruption. At the end of the session, she said she felt fine and asked if we could go back there again. I agreed,

emphasizing a request: that next time, she not bring the dogs, that she wear her favorite pair of jeans and a blue shirt, because I wanted to conduct an experiment. I knew the effects of good planning as regards the jeans and the word blue (S29). She was curious until the following week... she wanted to know what it was about and look forward happily to the next session (S28).

Clinical philosopher: After compliments on her clothes and hair, I asked her how she felt physically in those clothes (S3 and S1 Towards the word singular), I said: "Let's make an experiment: touch the blue of the sky with your tongue... And you make a horrible, funny face (S3). Have you ever done that before?"

Laura: "No!?" ...and she laughed.

Clinical philosopher: "Do as I do... lie on your back and find yourself a comfortable position. Come on there, lie down with me... Stretch out your arms and legs wide, close to the ground and look fixedly at the sky. As deep as you can... Now try and touch the sky with your tongue... There's probably a Little Prince up there looking at us (laughter)! Let's make a face and put out your tongue to the sky? ...Prepare, we are taking off... We are starting to enter the atmosphere that involves all of the Earth... Did you know that in the heavens there are no barriers between countries? Now we are going to dive into the vast blue of the sky... Prepare! (...)"

I continued with S17 Perceive for some twenty minutes. We concluded the experiment and, before we went home, she told me that at that moment she felt as if she were being born again... a bit cold in the stomach (S3).

3. One of the most important questions and perhaps the greatest in therapy, was the long-suffering relationship of Laura and her mother in the same house, reinforcing a fixation on the sadness of the past and great isolation in her room (S4 Towards Complex Ideas and S7 (Inversion)). So, I also had to dialog with the mother. Because she was the one to personally bring her daughter to me, the opportunity and the invitation for a talk in the office were well accepted. I informed her of the gravity of Laura's depression. I argued without pointing to details (S21 Directed information and S10 Derived argumentation). I also told her that if she wanted her daughter to be happy, avoiding more severe consequences, it would be best to allow her to live for a while with her paternal grandmother; who knows, returning home at weekends (S32 Principles of truth). I explained to her the urgent need to exit from a psychological state of isolation and generically affirmed that the physical environment where they lived would not allow her to get over her father's death, with no mention on my part of the true and delicate reasons (S25 Directed intentionality). I took the opportunity to ask her if she would, especially, paint her daughter's room pale blue, justifying its therapeutic effects (S4). Finally, she agreed with the initiative and said she was ready to help, which allowed me to talk to Laura about this, using the submodes that I knew were most suited.

Clinical philosopher: "Laura, do you remember when you took a break from fights at home and went to your grandmother's house? Well, perhaps it would be a good idea for you to do that right now (S6 Towards closure), but in a different way... I know you are reluctant to leave your mother alone without support but, if you were sure in your heart that your mother would be fine, would you also feel good?"

Laura: "... Yes, but I know that it's not like that!".

Clinical philosopher: "Yes, but if by chance your mother were to give you this assurance, that she would be fine, that she would be happy simply because you are happy... would you go your way with a lighter heart, or not?" (S5 Resolutive scheme).

Laura: "In that case, of course I would!".

Clinical philosopher: "I think you would too. I thought a lot about this, and I believe that really, it would be a good idea. I talked to your mother the other day, as you know: I talked to her about this. She agreed saying she only wants what is to your good and that you must not worry about her. Then, there is something else that you mentioned one day and you are quite right: you have to give every relationship a break... to enhance living together, otherwise nobody can stand it! Don't you agree?"

Laura: "Yes, I do".

Clinical Philosopher: "...Everyone needs this sooner or later, Laura (S26 Axiology and S2 Towards a Universal Term)... Just think... you can spend the week with your grandmother and weekends with your mother, and you will be able to go out whenever you please, with your friends, of course (S32). If even Christ used to let his disciples on their own once in a while, this can hardly be wrong, don't you think so?" (S22 Vice-concept and S26).

Laura: "That's true!", stated with conviction.

We talked some more about the subject... and she told me that really, it would be wonderful to live for a while with her grandmother, but

that she had heartache at the thought that one day she might look back and hear her mother accusing her of having abandoned her (S4). I emphasized it would not be abandonment because she would be there at the weekends... and, most important: it was according to her mother's own will (S10 Derived argumentation). Remembering this, Laura perceived (S28 Epistemology associated to S32 Principles of truth) that, more than mere hypothesis, this was a real possibility to her immediate choice. She was interested and lively in continuing the conversation.

Clinical Philosopher: "Listen Laura, this business of leaving people alone every now and again is even deeper than you might think. It is not to do only with your mother, but with your father, too. We know that life here on earth is but a passage... In spite of your father's faults, he was also a good man, just as you yourself are too... I believe that one day, when all of us meet again up above, this period of separation between those who went first and those who stayed will enhance the re-encounter, don't you think? (S4, S22 Vice-concept and S26).

Laura stayed there in silence, without an answer, her gaze firm:

Clinical Philosopher: "Do you remember when you were 14 and you had to leave the doggies, because you had to move? You told me that you could only part with them because of a sentence from your father, that it was important not to cling to them so as not to suffer... Do you remember? You even bought some more later on... That's it, Laura not to cling is the art of letting things go when it is time for them to go. On the clock of life, everything has its hour... (S26, S32, and S22)".
"You're right about one thing: past is past. I once heard that if we cannot go back and make a new start, we can now begin another

end. You told me you pray to him... I am sure he hears your prayers, and also wants what is to your good, just as your mother does... It's all going to work out just fine, you'll see! No one on this earth is abandoned by God. Here we are... living, making mistakes, learning... improving, evolving. Again, all we could wish for is to find a sackful of gold in the street (laughter...) (S4 and S26). Especially you, who besides everything else are young and attractive (S3 Towards sensations)... There's so much to get to know in this world... You never know, you might still do your graduate studies in that marvelous country – Germany, and send me a postcard later? Can you imagine?" (laughter) (S12 Search and S14 Long displacement).

Laura cried, apparently in a mix of sadness and laughter... laughing and crying. She said she was touched, said she was sorry about the tears... and then thanked me: "Thank you, Will. Heavens...! So many beautiful things... we are overwhelmed, isn't that so? I believe you're right... I'm going to talk to my mother".

* * *

The last week she came to the clinic, she showed me the more recent pages of her diary that I had suggested she keep (S20 Translation). Laura made a point of reading out a passage about the dogs that had stayed on at her mother's. In one of the passages she said she did not know why (S10 Derived argumentation), but she didn't suffer as much to tell them her secrets, as she had before – in spite of the fact she was still very fond of them.

For a long time, she would only talk, cry, confide, maintain physical contact of affection etc. (S19 Selective aestheticity, S3 and S31 Expressivity) with her pet doggies. But Laura re-learned her old

ways... with new possibilities.

Clinical Philosopher: "... Now you have other friends to talk to. People who talk non-stop, to the dogs, as we say in Brazil!", I kidded her (laughter).

This time she laughed... she was so happy.

Words that Silence

...To please the visitors, all that is ugly, old, or dirty is thrown into Gregor's room that gradually becomes a real garbage deposit. One night three guests hear his sister play the violin in the kitchen and invite her to play to them in the room next to Gregor's. They soon grow weary and behave with disdain towards the girl. Gregor is attracted by the music and goes to the room with no thought of hiding, in full view of the three gentlemen who are alarmed to see him and threaten the family over the outrageous presence of an animal as revolting. That night, Gregor hears the rejection from his family. 'I would rather he were dead', says his sister. Next morning the maid opens Gregor's room and finds him dead. The death of Gregor is viewed with relief by the family.

Franz Kafka, Metamorphosis.

How much is truth worth that silences our desire to hear it? An ancient story has it that, even today, in hell lies the man who only told the truth. Long ago, he was walking through a forest when he heard someone drawing close and stopped at a fork precisely in the middle of two roads: one to the left and the other to the right. A poor wretch was running away – a slave to the wickedness of a cruel master and chose one of those paths for freedom. His pursuers arrived on the scene shortly after and asked the man who only told the truth what direction the slave had taken. Well, you know the end of the story...

Everyone knows that the path that leads us to the inferno of consciousness is paved with good intentions. A person is not better, nor any more real because he is more sincere; nor does a personal opinion become truth to others through mere desire to convince. This means to say what is not rare: in practice, theory is something else again. Then, on any point, there are many different truths, similarities, and opposites... really brilliant philosophies, psychologies and personal guidance, perhaps more so than the effects may confirm their bases. If only we could, all of us, affirm in

our hearts what biographer Evelyn Beatrice Hall (Tallentyre, 2004) says about Voltaire: “I disapprove of what you say, but I will defend to the death your right to say it”, we would have inscribed in us one of the greatest claims of every great therapist. However, one question to Voltaire might be: Of what value is the right to contradict without compassion? The right simply to disagree? No, a clinical philosopher must have another quality: he should ask himself about the caring dimension of all knowledge. Similar to what Krishnamurti asked Einstein when they met (Boff, 2004), when he asked him to what extent his Theory of Relativity helped to diminish human suffering. Perplexed, Einstein did not know what to answer at the time, but as from this day strove for world peace and fought against nuclear armament.

Imagine all of the culture produced by humanity as though it were an immense wardrobe where each item served one specific purpose, to the contextualized size of its needs... It would be an affront to want to fit ties to teenagers on the edge of a swimming pool, to strip Eskimos or to tidy the hair for those who prefer an unkempt look. This seems obvious, above all to more experienced therapists. However, what can be observed in therapy in general is the old fondness for themes of behavior or family drama, for sexuality, social influence of harboring trauma, in the past, or to the last senses of existence etc. according to the theory of choice. Those who are in search of a basic, universal psychological cause for the sum total of all of the intimacies of each, even with the best of intentions, do not seem capable of true dialog. To reduce specific questions to one sole general answer (it's this or that) silences differences, but without a doubt, facilitates judgment and even justifies the years of study to those who specialized. However, every human being has the right to be unique and to speak for himself – the reason for the choice: silence or listening.

Each great philosophical and psychological theory on man centered on only one aspect of the immense human complexity. I, particularly, am a faithful scholar with a passion over the years for the exceptional contribution of Socrates, Sartre, Carl Gustav Jung, Nietzsche, J. L. Moreno, Karl Jaspers, Ortega Y Gasset, Victor Frankl, and Erich Fromm... who greatly opened my own eyes to what they saw. I always return to them in my doubt as an eternal apprentice. The problem of these truths lies not in their being wrong on the limits of what they showed; but in the fallacies of generalization against singularities and differences. In academic discourse today, one readily sees how much theory has lost of investigatory personal contact with the “living world” and the empirical subjectivity of the other... he, over there, specifically: Sr. João, Brazilian, age 73, with appealing brown eyes; neighbor to an enigmatic character who insists he talks to extraterrestrials; young Liu Chong, on the other side of the world, a student of arts, newly widowed; my dear reader... etc. In Clinical Philosophy, the desire to convince cannot be greater than the humble ambition to learn more and more from another, any other. From an illiterate to doctors in philosophy, we are all of us profound – living miracles in each.

From philosophers such as Immanuel Kant and Husserl, it is known that it is not possible to know reality such as it is in itself through physical and human sciences, but only to interpret it within the range of our small capacity of understanding. It would be absurd to conclude that the rocks, plants, all of the animals, God, people, the infinite, and the rest can be *totally* explained by logical rules of rational thought. Since all philosophical knowledge is no more than objective interpretation, the basis of any therapy demands at least something of the philosophy of language and hermeneutics. Since philosophy is a universal and necessary knowledge, it is not

possible for a therapist to know another for himself. It is necessary objectivity to interpret in the sharer the relation between word and thing, between semantics and syntax, for this is what listening consists of.

Things do not talk and people use words or other signals of thought. In addition to my own intuition, if anything exists to be thought about and said, it is language. If a rock exists in the bottom of the sea and is verified, to in fact exist, my thought concerning this is a fact. In this sense, a fact is more than a convinced thought: it is a cognitive system and a logic of convincing. What, therefore, exists, is what has been understood to exist. This makes a good deal of sense to philosophers of language such as Wittgenstein (1981): strictly speaking, life is not made up of things, but of facts.

Of course, sciences are not foolish, all is verified by one method or another. Of course, there are discussions as to what method is more adequate, and while they do not agree, the discussion remains scientifically valid. In other words, these are the words of Karl Popper (1977), the great philosopher of science, resolving ancient debates between trains of thought – described as materialistic and idealistic. Taking conflicts apart and preventing dispute, he explains there is not one, but three worlds or realities: 1. *the objective*, by universal agreement; 2. *the subjective* – exclusively one to each one; and 3. *the inter-subjective*, that is proper to the culture, to similarities and differences construed by the laws of affinity.

Things exist without people. People exist without the words ... What joins the words and things are intentionalities. Where and when there will have language will have “conscience of” because nobody communicates without will and minimal understanding of a language, the mechanisms and dynamics of interaction with others (verbal and non-verbal terms, anything that affirms meanings,

including smells, touches, looks, the style of the clothes etc.). However, not every state of consciousness is lucid or clear, and it's not always focused on objective, clear and distinct intentions. Therefore, it must be understood as an unconscious message, an intentionality out of focus that communicates all associated intentions as for the conscience is, at some point, concentrated elsewhere. The tram of the language is extremely complex since no state of mind works alone, and is always in relation to a holistic net of organizations and psychological and brain processes (Searle, 1983). This way, unconscious is not a substance, "content" or internal representation of the psyche, it is not a hidden region where the symbols, values or desires are hidden. If there is language, there are intentionalities, even though the listed are elaborated by a dissimulation system. What can be affirmed about the unconscious of someone – only and so only – it is what can be understood of the specific analysis of syntax, the signs and intentions of its speech. In my conversations with Lúcio Packter, he used to say: "the unconscious is an invention, not a discovery". In another way, if the conscientious question *versus* unconscious will be replaced as rational *versus* irrational language, the issue will be a problem of the theory of the knowledge. The subject, wide developed by psychology, is resubmitted by Lúcio as previous a philosophical question. Strictly, to a therapist that seeks to understand what the other means, the most perfect state of the unconscious psyche is the one that has not been or can not be said, that did not use no game of language. By definition, what's more real and profound, more beautiful or despicable of the human soul, will remain in mysterious silence. Not everything is said, some things are only shown.

Assuming an agreement of the uses of the common language (such as Portuguese or English language), if a sharer says something

to a clinical philosopher which could suggest some meaning beyond or different from what he decided, knew or could reveal, how could the therapist know objectively in his speech what it is unconscious? How could the therapist know the intentionality of the reasons implied? At this point, we need to be acknowledged: it is not possible any psychology of the unconscious mind without the foundations and inquiries of a hermeneutics and a philosophy of language on the individual speech. Truly, no one can know the wishes and beliefs of another person without the interpretation of his statement according to the logic and categories of his understanding. That is, the way that he, in his culture builds and articulates subjectively the meanings of his language. All learning is a close re-signification – that is an attitude that attributes new meaning to the information received from the world, so that will keep a sense itself and adequate to the singular way as each individual is able to understand. Inhabited by the language and thought, the human being carries the power of re-signify knowledge, considering the different knowledge, cultures, and over all the individualities. Knowing this, it is essential and increasingly urgent the requirement of an ethics of listening the diversity and alterity as Clinical Philosophy proposes.

Therefore it is against-sense speak in psychological universal contents. There would be honesty in clinical listening if the rules of interpretation valued more the opinions of the interpreter than the interpreted? Those who wish to use words that call real, and thus to judge the others and all the reality, knows: it has to speak only of what and how interprets, but never of things perceived by themselves. Since the words promote the common understanding, they inhibit the singularities of the feeling. As well knew the philosopher Nietzsche (1979),⁶ what feels differs of saying what is felt.

Through a well done philosophical research, considering all

the examinations categories (subject, circumstance, place, time and relation) presented in the Clinical Philosophy, it is possible to recognize in people several and unusual modes of intentionalities, conscious or unconscious. Surpassing poverty and the dangers of the stigmata personality without ever disregard the neurobiological studies of mental psychosis, there is everything. There are thousands of floating information apparently de-configured: sensations, feelings, logical, axiology, pre-judgments etc., in momentary disuse, dispersed of the current interest focus. Such as a neglected breath, no one (or almost) is lucid all the time. If we are able to feel our feet while walking smoothly in the morning, why do we lack feeling them during all day? The fingers of my feet are now unconscious because I have no interest in them or in my totality. Moreover, there are lucid consciences with parallel and simultaneous thoughts; understanding and bipolar desires; spiritual influences, altered states of consciousness, metaphysical, paradoxical languages, symbolic, through gesture, intuitive etc., for sure difficult or uninteresting to those (many) that basically resort to common perception, socially conditioned in each period. And, last, there is the pure unconscious that, beyond my physical and spiritual reach, is a lack of knowledge of the entire world.

In the same way in which each human being's conscience is characterized by individually directed intentionality, with a structure of thought without equal, each society avails itself of its own system of categories of understanding that determine or reveal its cultural forms of perception. With no difficulty, social sociologies and psychologies in general⁷ handle a kind of psychic mechanism of social standardization in order to shape values and behaviors under restrictive pressure, in such a way that each society in a specific historic context will eventually interfere in the capacity of its members, in

general (not all, of course), with greater or lesser influence, in order to keep stable in the particular form in which it developed and is characterized.

What can honestly be said about that which is unconscious to us by definition? More than the knowledge of things and the invention of ideas, philosophy shapes the certainty of life in thought. If there are more things between heaven and earth that philosophy and science in vain can not, art and religion can. Should a clinical philosopher need to investigate and experiment the intentionality of transpersonal knowledge^{xii} for himself, of the countless spiritual and aesthetic experiences, to familiarize himself with metaphors and literature, etc. in order to understand another, he will. But it is as well not to forget that a philosopher, like any human being, has a right to his own values and refusals, without dogmatism. Re-defining limits – topic 19 of the ST – Existential singularity – is a window open to the windows of the mind. In Clinical Philosophy, through the love of knowledge, what cannot be proven is neither true nor false: it is listening.

The infinite and the unutterable in man and of what could be referred to as “beyond man”, as legitimate manifestations of the sharer, have their own means of communication and understanding, other than logic. The rules that define what a tree must have to be a tree, make of trees concepts, not trees. Both trees and human consciousness deserve intact, metaphysical silence and not the authoritative silencing by those, who in the name of their truths, prefer to silence and destroy what they do not understand. The intact silence of metaphysics is not the mere absence of words, but the intuitive language of all that does not communicate by argument. Perplexity exists and lies in understanding the significance of that which is not explained, the intuition that precedes word and

thought. To paraphrase the famous saying from Galiza, northwest of the Iberian Peninsula: "*Las brujas y las metafísicas [my addition] no existen, pero que las hay, las hay*".⁸

Suddenly breaking through, uncovering transcendence, a forerunner to why, intuition is perplexed consciousness itself of unconscious latency, humble and wise. This is a non-rational concept of truths and, as such, intuition exists and is proof of its strength to those that manifest it. It may refer to a psychological synthesis, a marvelous and inaccessible internal organization, or be evidence of parapsychological realities, external to experiences that have been lived. To perceive or foster intuition demands suspending the motivation that habitually, routinely, directs the attention of the person to listen as freely as possible to the topics of structure of thought itself. I watched a film in the early hours, the name of which I do not remember, where an artist only reached ecstasy and brilliant intuition when he isolated himself from other people and experienced intense hunger, to the extent he became delirious... In other people, the unconscious only "speaks" through demands of religious faith, by praying aloud, with a strong intonation, if and only when there are other people with him, doing the same. Some decide to get drunk to find the necessary intuition. There are musicians who hear wonderful compositions in their dreams, while they are asleep; some incite intuition listening to special recordings, reading certain types of books, or watching films of the kind... But there are those who cannot stand to read, who do not like television, etc. Someone could still say that God or the psyche of the universe, talks to us through the unconscious, personal or collective, and communicates with people all of the time, revealing signs, happenings and synchronism...

All very well, no problem. Philosophy apart, when one consciousness interprets another, how can one become aware of what

is, in fact, unconscious? It may be possible to know past existences or access all that we have repressed therein. But what is the past, if not language? We must leave the occult to the occult sciences while dialog is possible. There is much knowledge, where that philosophy declares it is better. Clinical philosophy is only of interest to human beings as a phenomenon, a manifestation. It is not what we guess, but what proves important to the sharer's mode of being. It does not confer magical authority to the therapist, manipulating the secret thoughts and desires of another, as though he were invariably impotent to himself. Abuse nowadays has reached the point of eliminating even the fundamental right to disagree with opinions, leaving a person with no defense. As if this were not enough, the right to refuse this abuse has even been made into a mechanism of confirmation: "... proof of what I told you lies precisely in your not accepting my words because truth is awkward – an unconscious reaction to aggressivity!". In theory, we agree or otherwise: we discuss. As long as it's possible and through the same language used, regarding the dialog problems, as long as it's possible and through the same language used, more dialog. As to the other, in clinical practice, just two things: to listen and take care. The unconscious is ours for listening, not for accusation.

But, of course! The unconscious is a psychic phenomenon like any other. We must be content with the existence of only two things in the subjective world: eternity of what we shall never know, such as faith; and all that is perceived and signified by codes of deciphering, right or wrong – if possible, with science and philosophy in judgment. Critic sense does no bad. The human unconscious is not a guarded secret, nor the gold that comes to view when a missing chest is unearthed and you look for the bottom, but all of life and nature concealed on one's back below the heavens. The unconscious

is an eyelid: for sure, it exists, but the interior is never visible when the eyes are shut.

Just as there is a blind spot, far from the physical gaze, where alternatives beyond the surface lie hidden, there is also a soundless direction in which I silence all those that do not complete an extension of myself with words. I can remember a sad, but at the same time amusing, incident that happened to me, many years ago, when I was twenty some years old. My cousin, like a brother to me and close to my heart, one day came over to my house with a sad, lost gaze. He was walking aimlessly about. Obviously, I couldn't wish to leave him in that state. I invited him for a long conversation and plied him with all of the philosophy I had learned at college. I said beautiful things about the sense in life, universal love, beauty of everything etc. After patiently listening to me, he went away. And I felt good at having charitably helped someone out in a difficult moment. Years later, recollecting the occasion and laughing together, he told me he had come to pay me a simple visit, and that he felt well, at ease, with no drama. But when he went away, having listened to what I had to say, he felt very bad, melancholic, and incomplete... He was so pensive, disembodied, he could hardly find his way home... That day he harbored for himself a silence full of all that had been said.

Thought is repeated as a dogma within the grammar of silence. At times, it is a game of seduction in which truth is a feeling confined to the words of the seducer, lying to himself, with gallant compliments. When what is not understood is repeated, however beautiful, in its few instants of reality, thought is encapsulated in words – pills that, if little used, reduce the faith in one's own convictions. An incommunicable gap between words and gesture is not rare among those who like to win and convince. Language is a game in which the rules are or should be no other than those rules in

which players understand each other. New contexts, other linguistic circumstances, and the rules of significance are modified. Then, the same words, gestures, looks etc. are completely transformed.

If a person, for instance, tells me that, in the field of emotion he defines himself as “self-sufficient”, what does he want to say by that? That he doesn’t want or doesn’t need anyone else...? That he is angry at someone and says this specifically in the aftermath of a frustrated love affair five years previously? That he finally achieved financial independence some weeks ago, without which he would never have a balance of feeling within himself? That he is religiously arrogant... or humble? That this speech only makes sense in relation to the desire to free himself from fondness for his elder son who uses drugs and makes him unhappy? Or that he simply finds the phrase beautiful and wants to cause a good impression about himself to others, for he had once seen someone who seemed mature say the same words in a film? As a clinical philosopher, if I resorted to Wittgenstein’s analytic philosophy of language (1999), Gadamer’s hermeneutics (1980) and John Searle’s research (1893) about intentionality of mind, investigating deeply the speech of those that I know best, the closest friends, I would surprisingly find answers to a simple sentence such as this. Those who know must never forget: out of context, all is nothing.

So, a six-month-old cries for food... Crying is simply crying and food is simply food, until the day when someone stops to think about it. Thence doubts, interpretations and a great deal of confusion. The child may even be given no food, in wait of an answer: is it hunger or a stomach ache?. The child knows nothing and has nothing to do with this, apparently, and continues to cry. But what does he really want to say when he expresses himself? Listening to a question such as this, someone might say that this is pure (and useless) philosophy

and that one must take practical measures. All very well, he might well be right in this specific case... but he might also be wrong. If we take the child to a pediatrician and he investigates facts with rapid exams, the doctor may well think that this a spoiled child wanting candy. There may also be different medical interpretations... But being optimistic and simpler, we must conclude there was nothing much to it. The discussion being over, there is a basic understanding: spoiling is a fact, a psychological and cultural fact. Would other children act precisely like this and for the same reasons? What would different nations in different ages, say about spoiling? For sure this concept did not always exist, in spite of the fact children always cry... for some reason.

What can be concluded from this? That life is too complicated to live without philosophy? No, for sure. We do not need philosophy to love, to eat bread, to go to the cinema, say bad things about others, laugh, change clothes, go shopping etc. However, even though unconscious of the consequences, people judge one another and themselves... And, in general, knowing as much, they do not know each other deeply. I am pleased if one single conclusion remains here: yet again, that no psychological theory without the five associated categorial examinations (subject, circumstance, place, time, and relationship), describing a structure of thought is able to grasp a simple fact or human phenomenon in its totality – nor the proper clinical philosophy, valley to add –, for all that is simple in man is prior to thought. For those who are philosophers, to think is to commit oneself to the world. In Clinical Philosophy, to know is to assume responsibility for another. Recollecting the “vital reason” concept of Ortega Y Gasset (1961), that I resort to for greater depth to Lúcio Packter’s therapy: “I am myself and my circumstance and if this is not safe, neither am I safe”.

Secrets only exist when they are not revealed. To listen to secrets is not to discover what is hidden. It is to respectfully keep intact what cannot be violated: the awareness of one's own ignorance about the sharer. After all that is heard and interpreted, to listen to secrets is to continue to listen to the mystery of another. Those who only listen to what they understand, ordering, correcting and prescribing other people's thoughts, prefer the silence of another, less of a size for oneself, and the voice of solitude. When words silence another so that the claims of our judgment can be heard, all that matters most in therapy loses its value. Love for truth cannot be greater than love for one's neighbor. At some stage of maturity, it will be necessary that the therapist no longer convince, but rather, be convinced of the real inaccessible existence of the deep unconscious, his own and that of others – a moment of humility in which there will be peace of mind in judgment and in dialog in the relationship. This is the price of truth in philosophical listening: with perfection, one only gets to know someone well when all of their secrets are known. At the door of a consulting room, we must always admire one who is about to enter. Only the mystery reaches the end intact.

Therapy is a Tragedy

“When you are confronted with comments of the type: ‘how can a therapist of the soul lose his bearing to the extent he may shout and fight, lie, make mistakes, with more doubt than certainty, be insecure, cry, and, so often, be weak? Don’t leave it at that! Add to the list: the pain of a hangover after a drinking spree, tell them you only passed in Ontology in college because you cheated on the final exam, tell them about the time you wanted to impress a girl and it all went wrong, tell them also that you would be embarrassed if they were to find out that you exchanged that bar with live, classical, boring jazz for a disco with ordinary music; tell them you masturbate, that you sometimes tell lies and try to look like what you are not, that you pretended you understood the lecture about ethicizing, through which you slept having verified your own ignorance, tell them that someone got up in the middle of an interview and sent it to hell; do not forget, also to say you are contradictory, human, perfect and imperfect, good and bad, right and wrong; show them you can love and that you can hate with the same intensity; manifest rage when you are hurt on purpose, say you think of vengeance, on mediocre things such as revenge. Please be sure to be completely human”.

Lúcio Packter, Caderno de Submodos.

If we cease to focus on the real or ideal type of human being, things such as the female archetype, a child’s psyche, and its need for a father figure, psychological behavior in senility etc.,– or typology, the absence of which deserves to be remedied, we will also be able to relieve the consequences: the heavy toll of mental disease, maladjustment, dysfunction and of the categories of existential imperfection that weigh down almost all humanity, beginning with the rationale, unhappily all too common, of what is commonly described as our inevitable neurosis. Poet Drummond was indeed right... “Thy shoulders bear the world and it weighs no more than the hand of a child”. To overcome the desire for superiority and domination demands a new axis of gravity in the concept of life, substituting norm for art – the order that classifies and labels by comparison raised to the infinite, that denies absolute nature and awards equal importance to beings compared by their beauty. Therapy can only take care of the internal limits of the sharer and,

who knows, alter the outer contour that envelops it a little, for the whole world is not constructed in clinical practice and the fullness of life is beyond any control.

If we consider the extraordinary impact of personal differences, of what makes us unmatched to any being in the universe, how can it still be possible to judge the nature of what is perfect or imperfect in face of the concept of unique unto itself? If perfection is defined by maximum elevation of the qualities of which something consists, what power would increase the characteristic of exclusivity to render it more unique? Then, in understanding there is no cure, but simply assistance: in what does clinical philosophy intend to help the sharer, to attain what kind of subjective welfare? Well... together with tragedy and perfection, the concept of happiness will also need re-signifying. The beauty of Clinical Philosophy has its complexities... and rewards.

In clinical practice, the search for happiness or any form of well being whether passing or lasting, spiritual and/or physical, pleasurable or otherwise etc., may be totally insignificant depending on the T11 Search and other needs of the sharer in question. There are people (I consider) marvelous that feel guilty when they are happy and may possibly expend the last energies of the body to attain goals they will never achieve in this lifetime. It might be said, this is their happiness. It's possible, but not always. If anyone, for instance, harbors a T5 Pre-judgment that happiness is not of this world and with difficulty exchanges every pleasurable moment for a heavenly reward, I must, as a clinical philosopher understand the Function of his Behavior (T13) and respect him, if this really is an important subjective truth to him. My personal convictions do not ensure competence to absolutely judge and decide whether he is right or not. In addition, there are those who would never be directly interested in

the subject, who desire paths that are exclusively punctilious such as how to find an answer for behaviors of inhibition speaking in public, for sexual impotence, the wish to optimize memory etc.

Our times have, in particular, produced a culture of anxiety and a certain easy, illusionary desire for happiness by consumption – with a consequent reality that is impracticable to many people. In any case, if happiness is not to be for a sharer, a philosopher would never have to abandon therapy or grow frustrated with the benefits of clinical practice. Happiness is not the ultimate end of therapy except when the case demands it. By and large, well being may 1. not be a pressing need at the time of the therapy; and, if it is, 2. with specific relevance, namely; 3. may be the result of rare personal wisdom in any condition of existence, even the most adverse; or 4. may be absolutely impossible for the tragic contexts of life. What can be done in face of death refused, unwanted old age, betrayal on the part of a friend, rebellion without control, love that comes to an end, unemployment that humiliates and all of that which is impossible to put off, that strikes us without so much as a by your leave? Whatever, the answer is the same: a maximum. In tragedy, maximum is all.

The bourgeois revolutions at the end of the 18th century repositioned the statute of relationships established in the west between society and the individual, and made of this the supreme value in modern culture: a being of reason and the normative subject of institutions, the indivisible element and synthesis incarnate of entire humanity. It was an end to the gregarious, holistic concept of the Middle Ages in which the collective was the basic reference of the identity of its members. With paradigms inverted, society became the “means” and the individual an “end” in himself. Subordinate to individual yearnings, society gave priority to the elements to the detriment of relationships. Among the advantages and disadvantages

of emphasis to the kingdom of subjectivity – already discussed by so many authors (Arendt, 1998; Dumont, 1986; Foucault, 1984a and 1984b; Perrot, 1990; etc.) – modernity gave rise to law, a desire for personal happiness, but also, a phenomenon without precedent, namely, boredom. In the mechanics of the capitalist world, tedium, routine and normatization were necessary for success in professional work. In this sense, the banner of positivism “Order and Progress” (on the Brazilian flag) would be more honest if it were to read “Tedium and Progress” or in the light of feelings: “Tedium and Personal Happiness”.

This contradiction was intensely felt and studied, in its own way, and within its limits in the brilliance of Sigmund Freud (1989). What he believed was a universal demand for inner happiness was also for generalized unhappiness, but for other reasons. To him, we were all of us born with an inaccessible fate: the compulsion to cater to instincts that culture will not allow. Investigating human suffering and the ways of dealing with it, Freud cites love as one of the least impotent means of fulfilling our desires, and happiness as the greatest instinctive fulfillment of needs that, although intense, never last. Hence the world condition of human neurosis. Freud described as “human nature” what has never been other than individuals and societies historically situated within their own dramas and consequences. There are so many significant differences between a bourgeois man of the 19th century and the “street boys” who grow up in Bahia in Northeast Brazil... so many differences and similarities between one single person and his closest neighbor... that, to not consider them, is to destroy the spirit of research and respect for diversity. It was thus for Freud. The revolution of his criticism taught us to re-think all that was until then accepted without question. It is necessary to follow his example. Shifting the focus of unbalance

and suffering in the capitalist way of life to a supposed *a priori* notion of the human psyche, many of Freud's heirs spread throughout the world by culture, preferred to call neurosis – among so many aspects to consider – the existential effects of politics, of the economy and impotence in doing anything about it. But the human being does not have nature it has history.

The fact is that T5 Pre-Judgments and TI7 Conceptual traps as strong as this in our times, believing ahead of time that personal happiness is less important than tedium and professional fulfillment, may definitely exclude real concern with well being from therapy. I say, it may or may not. In day-to-day practice, while there is money or the hope of money, very few would leave happiness for later whether I like it or not. In truth, dozens of other arguments and examples distant from historical and economic foundation could be used here without difficulty, to reach the same conclusion: *a priori*, not even the thrilling and classical idea of a search for happiness may be upheld as a universal human value in Clinical Philosophy. Love that listens to all does not charge in happiness from those who do not have it, and may, perhaps, have very little to donate.

At least in counterpoint, I believe a person in therapy can be helped far more by substituting the goal of tragedy for happiness. The word “tragedy” in modern times acquired a catastrophic, painful, ungrateful sense, where someone has been struck by some ill fortune. It denotes passivity of being, the condition of victim that we may become at any moment, through a whim of existence. However, in the classic Greek concept of *tragikós*, an individual is invested with heroism by grandeur in facing his destiny, and rise once more existentially from the inevitable downfalls of life. The experience of tragedy has values that are still important to rescue in clinical effort.

Above all, because today we experience the unbalance of the influence of two extremes (that the Clinical Philosophy equally of them moves away): the inheritance from illuminist rationalism that gave rise to modern scientism that judged it could explain everything by the exclusive force of logic and of matter and its opposite, the so-called “post-modernity” reaction^{xiii} that shook the reliability of reason, also generated a generation of irrational appeals and the deep belief in the supremacy of emotions. Both left a long-lasting mark on psychotherapies. The first directed clinical practice by means of practically the only criterion of S10 Derived argumentation, convincing another of their own issues. In the second, the most popular consequences were a refusal of economic and structural powers and the propagation of the culture of self-esteem, of self-help, by facilitating the magical formulas of will based on mere emotional stimulus of self-image (T2 What one thinks of oneself and T4 Emotions). Within this perspective, willing is power.

Although the majority of the western notions of happiness have been formulated by moral rationale and by the charismatic doctrines of persuasion, in Greek tragedy, on the contrary, life is an aesthetic phenomenon whose experience of art is not experienced by the individual while he is a mere spectator.

The concept of tragedy is dramatic, intense, cathartic, and transforming. Above all, because those who live it never know their own fate. Tragedy is the courage that is not afraid of the scandal of life. In other words, the tragic sense of existence cannot be defined or anticipated by any universal theory to the taste of those who uphold it, tranquilizing the certainty of death *a priori*. Whatever the sense of life, it can only be understood in the light of one’s own inner struggle with oneself. As each carries the existence of his own drama, so, also, there is a sense of life that is unique to each sharer in Clinical Philosophy.

The tragedy in therapy is the development of the art of not previously using psychological theories to anticipate explanation of significance to the sharer, setting aside thoughts on life. It is the substitution of the thought of representation, that is, of theories that are not experienced instantly in conscience (where mind and world correspond separately) through direct experience of phenomenological listening, that is the living certainty that the soul has of itself when it perceives the world enveloping it and inviting him to know it. All that which is perceived objectively in one sole sharer, as material, cultural, ideal realities... what is heard and remembered of him... in fact, all, are not exclusively things of his, they are also phenomena of my perception. In clinical practice, significance that appears to consciousness and that is made up of one's own consciousness, is the result of an encounter between me and the other. Nothing that is true can be said before this encounter. Without my consciousness, there would be no other for me. Without the existence of the sharer that communicates with me, I would have no means of knowing him, nor how to act in the clinic. Conscious and believing that I am in the world and that the world is older than I am, that another person existed even before I knew him (the dialog with many ensures me this certainty in common), I know that the reality of therapy exists only concomitantly in our encounter. Therefore, nobody listens truly to another if he has with him some theory based on universal truth pre-formulated in him. Before the encounter and listening, all that speaks silences.

In the ancient Hellenic amphitheater, a person did not watch a theater play performed by others. He became the collectivity of the audience, he was one with all and with the universe in the spirit of the myth staged. A therapist assuming philosophy as art is in clinical practice listening to persons through themselves, through their own

categories of understanding, as if both were but one reality. If a sharer, tells all of her story since birth, with an impressive wealth of detail and says that is all, but forgets to mention husband and three children, the art of clinical listening is in believing this is absolutely natural. Only at a later time, does the philosopher begin categorial examinations, through analysis and reflection. Just as in musical criticism, there can be no judgment before appreciation.

In the initial moments of listening, a clinical philosopher intervenes as little as possible in the original manifestation of speech or of the many languages with which the other communicates, and later, only does so for two reasons: to capture everything that has been said better and in greater detail, or to welcome the news that the other would still like to reveal himself. While a psychotherapeutic practice, Clinical Philosophy is ostensibly an art, an experience of the synthesis of the real. Above all, responsibility, and later, the thought of responsibility. A philosophy that is not art could not be clinical. Meaning, theory is important, logical structuring is fundamental... but at the time the therapist is before the sharer, the person is important. A philosopher cannot do only what he theoretically imagines should be done, for sometimes it is practice which guides the way and teaches new directions which is very natural, for truth in philosophy is an invitation and an ever open door.

Besides, everything in life is perfect. This is the tragedy of therapy: there is nothing to be cured, everything is perfectly what it is in the context that it's located. In the appearances, the idea of "perfection", when it's applied to the human being, it's no more than a purely metaphysical and ontological matter, as if we were talking about the concept of "God-Man", of a complete and absolute being. However, we are dealing here with a new clinical perception of the philosopher, about the other as a sharer. Naturally, it all starts with

a redefinition in language of what is “perfect” and “imperfect” in the other, and what can be done about it. This is what we will talk about next, in a quick genealogy of the concept.

In the tradition of Aristotle, metaphysics is the theory of being while being, universal science devoted to investigating and defining the nature and structure of all that exists. For this purpose, he created ten categories of definition or classification based on the Greek language. Almost two thousand and thirty years later, Kant’s philosophy reformulated the doctrine of Aristotle’s categories to twelve, removing these from classical metaphysics. In this sense, the categories of modes of being became modes of functions of thought; they no longer referred to content, but to forms of perception with which the human mind would synthesize the logical understanding of the world. For traditional, pre-Kantian metaphysics, our conceptual schemes are the path to access things in themselves thereby affirming that the attributes used in sentences of judgement are true or false truths (“Laura is truly Christian”) and serve to qualify and describe things and people. But in the line of Clinical Philosophy, far from all of the realistic metaphysics, language that allows another to be judged had perceptual attributes, that is, a therapist does not dare think that his interpretation of the sharer is a truth in itself. For he knows that language is a live game of relative re-significance, and it is not always possible to define a predicate. As a result, the impossibilities of a final, absolute definition about a sharer lead us to conclude that the other is not essentially true or false when he communicates with the therapist. In whatever form, it is a being who expresses himself, transforms himself, and is sometimes understood. Therefore, the other – just as I am another to someone else – is not an imperfect being for not possessing the qualities of what is not even understandable, definable: the absolute essence of perfection. There

is no means of comparing him to any other static perfection beyond interpretation. Therefore, there is nothing, nor any reason to fix it. In the words of Portuguese poet Fernando Pessoa (2005): “to be great, be whole: nothing that is thine exaggerates or excludes”.

From a certain point of view, our arbitrary moral anxiety of perfection is the requirement of a concept's plenitude. The perfection concept tends to be the architecture that we guess proposal as alternative to the real, a species of utopia or unsatisfied power. This is absolutely natural considering that life is movement and transformations between the I and its surroundings. But what it is the future if not language and meaning ethically the value of a choice for the form as the problem is elaborated? The ones that had acquired social and historical conscience communicating itself with the others have faith that the world is bigger than the individual perception reaches. They know that they do not know. Since there is no knowledge that exists outside of the living (creature), right or wrong, all the concepts are limited by the experiences of who perceives them. Thus saying to each new thought, each new term that express an idea of perfection, the individual brings up to date its necessities and molds of life completeness. As long as there are judgements about perfection, there will be also the exposure of what are the criteria of importance for those who judge it this way. So to argue on human perfection is talking about perspectives and individualities. For thus saying there is a perfection for each person, as there are no accurate two angles of view for two singularly unique people. Indeed for me on this subject, especially when it comes to the arrogance to decide on the imperfection of the other nothing could be more perfect than the absence of judgment.

Perfection here, in my reading, is never understood as a hyperinflation of the selfishness or of the individual in the Greek sense

of atom, that is, that one which does not divide itself and excludes the other while another unit, and is considered separately distinct from the group to which it belongs . In the alterity ethic of the Clinical Philosophy the awareness of the limits of “itself” only accomplish itself, discover itself and develop itself in the meeting to the neighbor and with the surrounding world. It is a “relational I” by definition. Define itself is positioning itself, it is to take responsibility in relation to. In the human condition as well as the listening supposes a speech, each perfect individuality is only in fact understood and respected ahead to another. Using another term, it’s the same as saying that an “individuality” is a “co-individuality”. The individual perfection is at least double.

Judging that somebody is perfect causes a moral scandal. The sense of “perfection” that I try to develop in Clinical Philosophy is another one, radically. The only way that I have to explain what qualifies someone to be “perfect” is by comparison. Any concept is defined by its limits, making a difference between what it is and what it is not. In this case, perfection of an individual requires a comparison with other individuals – starting by the one who is judging – about who he is and who he is not. If we compared and classified an individual only by general differences from the others, like gender, age, ethnic, physical and psychological types, we wouldn’t be able to recognize him in his uniqueness. If it was as easy as assembling a puzzle, in order to know somebody it would be enough to put together all infinite subjective details that compose the body and soul formula in each one’s way, the world’s social circumstances in the limits of time and space that influence him, plus the terrible free-choice to redefine himself as a person. Finding out that the other person has the power to be infinite in his intimal composition is knowing that the same greatness that separates us by the differences also brings us closer

by admiration. Isn't it "perfect" the one who can be judged unique and infinite at the same time? This way, the concept of individual perfection is an idea that was built by the wish to meet the other, that is, by the ethical effort of approach that never excludes differences. Summing up, without love, nobody is perfect.

To me, what defines the individuality to be exclusive – because it is unique – and such as it is perfect, in nothing it means exclusion of the other in the self-definition process, since the predication of the "I" (such as tall or short, beautiful or ugly, can be intelligent, just, calm or irritated, etc.) only can be understood when inserted and contextualized in different situations in the world. The individuality is exclusive only in the sense that no one ever will feel what I feel exactly as I feel. Therefore, "exclusivity" must mean "privation" of an individual conscience of the intimate experiences of another one person. This is because the concept of "life" takes place necessarily from "my life", of the life of each one. How could it be different? For Clinical Philosophy, the great epistemological problem of reality is the sharer's life, the existence of the other.

With no means of repair and no cure... what is there to be done in therapy? In his perfection, a sharer is not sufficient to prevent suffering, which is natural. Even because, to be perfect is not to be isolated from the world, from the bonds, the excesses and the needs that render us so human in this powerful encounter of forces between birth and death. The greater the sensitivity towards joy, the greater the capacity of recognizing the effects of sadness and of what love leaves us in its absence. He who would like to moderate his feelings and sensations, controlling sensitivity, so as not to suffer a great deal... if he does manage to do so, will reduce pain, and with it reduce the depths and subtleties of pleasure. And for the same reason, those who prefer to economize thoughts and still wish to be understood,

in their own doubts, will understand only very little of themselves. But who can prove that self-knowledge and sensitivity will always be more desirable than the comforts of one's own ignorance? Such is the aestheticity of clinical practice in which life is made patent and protects itself.

In the terms of the ethics of listening, all that is different and that does not repeat itself is perfect in comparison. Perfection is that which it is impossible to better, to the full degree of its relativity. A person "X" is perfect as compared with "Y". So much so that all of the similarities that both possess do not change the fact that the individuality of each one merits dignity to be deemed non-replaceable either for more, or for less. Some say we should not compare people in order to understand them, because they differ one from the other. Are they trying to say that we should not try and make them equal? For, in what better way could differences be observed? When people identify themselves by the laws of affinity, they are equal at a distance, similar in common life, and very different in their innermost. Any doubt may be verified in those living together under the same roof.

When people resemble each other in the laws of affinity, they are equal at a distance, similar in understanding, and different in their innermost. Any doubt may be verified in co-existence in one same house of those who live therein.

In the measure in which the needs for physical or moral changes alter an individual, movement does not constitute re-adjusted perfection to him, as if it were the adjustment of the essence aged, and all were unreal because it is not raised to the power of what it should be. Understanding the movements of life is removing the focus of what's observed in the context of comparisons and in the comparisons of contexts. Clinical Philosophy seeks the appropriate proportion between the existential needs of the sharer

and what circumstance offers him, with its limits and possibilities. At times when life's tragedies take happiness from us and charge us a maximum, it would be as well not to forget the scope of our dimensions; beyond resistance, there is space in abundance. If all is relative and dependent, individuality is the perfect difference. A clinical philosopher is there to remind us.

Notes

- 1 "... no philosophy [and I might say, much less Clinical Philosophy] is pure technology [...]. The mistake of these [some neophyte students] in wanting merely to learn clinical practice procedures for assembly of the Structure of Thought [the subjective psychic structure of the sharer – ST] and resulting use of the Submodes [all of the processes and practical actions applied in compliance with clinical interest] makes them forget that methodology is not use of techniques. This gross mistake, would make it possible for any relatively intelligent person, with a certain good will – even a non-philosopher – without philosophical reflection – irresponsibly to practice clinical philosophy mechanically, reducing CF mechanically to its technical procedures. They forget, that to think philosophically is to think reality through a concept or by means of concepts. Yes, there are techniques in CF, in that it is clinical; however, as with any philosophy, CF is reflexive thought with analyses, criticism, and syntheses of the real permanently refused in its appearance and re-presented as justified understanding. For initiates and laymen in general, practicing philosophy commonly implies this mistake in thinking as though there were a natural order of first understanding theory and then putting it into practice, without querying whether the problems or theories presented are fundamental, correct, or even whether the questions are well elaborated, before the bold interest in answering them. Other examples beyond CP are to be found in courses that are presented and carried out under headings such as "Philosophy Applied to Management" etc. [...], confusing praxis with practice." (Goya, 2005).

- 2 Today, discussed and developed by hundreds of philosophers all over Brazil – experts, masters, and doctors, with a wealth of multidisciplinary space with other knowledge and important discussions on human relationship and conflicts. Doctors, law-makers, psychologists, students in general etc. are today completing graduate studies in Clinical Philosophy. These discussions are under the guidance of the Council of Representatives of the Packter Institute, supported by the National Association of Clinical Philosophers.
- 3 The terms in italics will be defined ahead.
- 4 For details on clinical practice and planning referring to the diagram, please see *Cadernos J and N* by Lúcio Packter.
- 5 A previous reading of the *thought of the complexity*, of Edgar Morin (1990), will hinder the belief of that the clinical philosopher can to know the subjectivity, the ST, of a sharer without knowing at the same time the categorial examinations that gives him meaning and context. Sincerely, I do not believe that a fragmented vision on the other comes alone of innocent gestures. The ethics of Morin know well of that. To break up an alive being is to kill it.
- 6 “What is a word? It is the copy in sound of a nerve stimulus.
(...) we believe that we know something about the things themselves when we speak of trees, colors, snow, and flowers; and yet we possess nothing but metaphors for things~metaphors which correspond in no way to the original entities. (...) and all the material within and with which the man of truth, the scientist, and the philosopher later work and build, if not derived from never-never land, is a least not derived from the essence of things.
In particular, let us further consider the formation of concepts. Every word instantly becomes a concept precisely insofar as it is not supposed to serve as a reminder of the unique and entirely individual original experience to which it owes its origin; but rather, a word becomes a concept insofar as it simultaneously has to fit countless more or less similar cases~which means, purely and simply, cases which are never equal and thus altogether unequal. Every concept arises from the equation of unequal things. Just as it is certain that one leaf is never totally the same as another, so it is certain that the concept “leaf” is formed by arbitrarily discarding these individual differences and by

forgetting the distinguishing aspects. This awakens the idea that, in addition to the leaves, there exists in nature the “leaf”: the original model according to which all the leaves were perhaps woven, sketched, measured, colored, curled, and painted—but by incompetent hands, so that no specimen has turned out to be a correct, trustworthy, and faithful likeness of the original model.

(..) What then is truth? A movable host of metaphors, metonymies, and; anthropomorphisms: in short, a sum of human relations which have been poetically and rhetorically intensified, transferred, and embellished, and which, after long usage, seem to a people to be fixed, canonical, and binding. Truths are illusions which we have forgotten are illusions – they are metaphors that have become worn out and have been drained of sensuous force, coins which have lost their embossing and are now considered as metal and no longer as coins”. (Nietzsche, 1979).

- 7 Among various contributions such as Pierre Bourdieu (1991), Louis Dumont (1986), Peter Berger (1967), and others. For better understanding, it is worthwhile to read Erich Fromm (1960), concerning what he defines as “social filter”. These are psychological, intentional devices, that lead a person to absorb reality selectively, with partial perception, in such a way as to limit the full lucidity of which a human being is capable. To him, this filter operates in three ways: 1. through language, that in its entirety includes with it an attitude to life, whose words, syntax, grammar etc. do not always permit a foreign translation of the affective experiences to which they refer; 2. by means of the logic of culture, never assuming that what is illogical in one tradition is not universally illogical in another (Fromm exemplifies this common mistake comparing Aristotelic logic to paradoxical logic in Chinese and Hindu thought); and also 3. by the context of taboos and orders demanded and intended to maintenance of culture of a social nature, the violation of which implies terrible isolation. To him, in effect, the main factor that prevents a person from full awareness of his own experiences lived, is the fear of isolation in society, in the measure in which it contradicts the demands of the group to which it belongs. However, a society does not have the power to determine and repress a person in an absolute way, in that man is not only a member of one particular society, but also a member of humanity.

As a psychoanalyst, he directed important criticism to traditional theories

of the unconscious (Evans, 1981). The fact is, in classic psychoanalytic terminology, it became habitual to refer to “the unconscious” as though it were a place – a region within a person, referring to certain psychic locations and certain contents associated to these same locations. Thus, “consciousness” has been viewed as a part of the personality with specific contents, and the unconscious as another part of the same, with other differentiated contents. This topographical use of the unconscious is, to Erich Fromm, the result of a bourgeois project of modern times that stimulates the values of “to have” as an omission to the importance of exercising “to be”. This is the general trend of thought, driven by the consumer need to “possess” things. In the same way as we own an item of clothing, a thought, a problem... equally one would have within oneself an unconscious. For this reason, the author concludes: the unconscious is no more than a mystification or metaphor (used didactically by him, himself).

8 “Witches *and metaphysics* [my addition] do not exist, but that there are, there are.”

II

THE ETHICS OF LISTENING

*The Philosophy of Meeting or How to Find the Perfect Person?
In place of imperative steps, an emperor.
In place of creative steps, a creator.
An encounter of two: eye to eye, face to face.
And when you are near, I will retrieve your eyes
And place them in place of mine;
And I will retrieve my eyes
To place them in place of yours;
Then I shall see you with your eyes
And you will see me with mine.*

J. L. Moreno, Divisa.

The Philosophy of Encountering: about how to find the perfect person

In a true encounter, nobody can have a relationship with another person that is equal to equal. He is my neighbor at an ethical distance. The therapist cannot go to another person to be in his place, experiencing his inner world just as the person himself perceives and experiences it. A therapist cannot even prevent the effect of his own presence in it, for anyone remaining precisely the same, unaltered and face to face with another, has, in truth, never found the other. A therapist may, however, become another, for the better, after this encounter. To be authentic, sufficient in his will, one who calls himself a therapist must first reach himself, be lucid in his attitudes, before going out to the other person's world. Because only by recognizing his own experiences as legitimately his own, will he not mistake them for those of his neighbor. As a result, the force of therapy brings to both an addition in the power to live drama and tragedy. In a special way, a philosopher appreciates the certainty that caring for another is an expression of love, of recognition and gratitude, for each new sharer augments the possibilities for him of being. A therapist is privileged to gain in maturity through the experiences of others.

In Clinical Philosophy, what is authentic in the sharer is not always autonomy. Philosopher Martin Heidegger (1996) does not

think so. He once stated that to be alone is the natural condition of all human beings from birth, whether we like it or not, and that it is the way in which we deal with solitude that distinguishes us from others. A man becomes authentic when he accepts solitude as the price for his freedom and unauthentic when he interprets solitude as being abandoned by God or by life in relation to himself. To Heidegger, a non-authentic person does not feel responsible for his existence, becomes a stranger unto himself and will not run risks to attain his objectives: he will look for dependence and security in others and disguise himself in the impersonal. Because he cannot live his life intensely as his own, he will only find strength and enchantment in things and in others and not in himself. Authenticity turns to anguish, ill-ease when an individual discovers the fatality of death... both physical and as to each one of the possibilities of existence, as if he were dying a little more at each frustrated desire and project in his life. According to Heidegger, a condition of anguish does not necessarily mean a negative experience, as if human beings would have to do away with solitude or were to suppress this natural feeling, for instance, pursuing supposed love simply to fill an existential vacuum. Anguish brings, as its reward, a true capacity to know oneself and respect the limits of one's own self; to express and try to achieve desires under the full power of will, elevated to a maximum, as a being unique and special unto himself. In doing so, life becomes filled with meaning. What is to be said? This is logic to Martin Heidegger. Beyond the perspective of him, there are other readings...

If a person is alienated, dissimulating himself in every day banality, fleeing from the anguish of a mortal life, clinging in despair and pleasure to an abundance of things... things to have and to see, not things to be..., why should I, in clinical practice, judge alienation,

always, and necessarily, as a defect? Anyone who needs rings to see his fingers, will be this way until the needs of life – without and within – invite him to change. Anyone who has not understood the dictum, must reflect: when one has all the answers, it is only natural that life will change the questions. Can a therapist help him to overcome alienation in search of autonomy? Of course! If this is a demand of clinical practice, it is, as much as possible, even desirable. But to me, the ethical concept of perfect individual is an alive trial of relationship, only intellectually understood when it is able to love and respect (respect is not always agree) the *power of authenticity*¹ of the other – be it good or bad –, even if he can not or do not want to have the extraordinary vigor of autonomy perfectly human, less authentic than any other, because he prefers peace of mind to clinging on to freedom from anguish? And what ethical judgments would allow judging a depressive as a person who is existentially wrong or any inferior if compared to a glad and independent person? Was Sartre, by any chance, irresponsible, in bad faith because he was a heavy smoker, or Modigliani a painter any less authentic because he drank too much? Their vices were companions to their virtues, perhaps without separation. What right does a therapist have to remove a support from those who would otherwise not stand it? If death separates a couple whose individualities have blended, who loved each other for over forty years, together, and on leaving one behind wishing he too could die, would it be absolute truth to come to the conclusion that this person, in his love is a non-authentic coward? Issues of physical and public health are other subjects equally open to discussion. During the encounter, what is most important to the sharer during therapy is to know and to feel all of the availability for listening that a clinical philosopher will offer him and, that even on revealing all of his most difficult and cruel truths, will

even so, continue to be his friend. It is as well to understand: it is indispensable to respect the autonomy of one who has autonomy and fundamental not to demand it from one who cannot give it. Clinical Philosophy, more than general care with a human being, is caring for each one's way of being.

There is another way to explain this, searching for relationships of similarity and disparity between alienated people said to be normal in our vicinity, and those others, acknowledged as saints and scholars. Imagine a rare type of perfection – not the perfect difference that can be affirmed in a T27 Analysis of structure, comparing values with values, people with people. Think of someone who is perfect to himself in self-definition, complete in his own humanity and without debts towards his own consciousness – so conscious and honest in the totality of his limits, that with any other demands for perfecting, he defines himself by frontiers unknown to the remaining beings of his kind. Beyond fools, vain individuals and those mistaken about their own importance, if we imagine anyone as exceptional, the proximity of whom will make him a stranger to his peers in his unmatched autonomy, we will lose the capacity to judge him morally for two reasons: 1. because values of judgment only exist in a comparison, and any judgment about him would be no more than a confirmation of our parameters. 2. because notions of good and evil do not refer to beings as they are (if perfect), but as they should be. Good and evil are not nouns, essences, but adjectives, modes of being to the differing needs of each person, individual, or group – in such a way, that he who has attained totality in himself, in the absolute reason of his demands, no longer needs guidance in his existence. It is his own path, truth, and the life of his choice.

Interpretations apart, the history of civilizations elected individuals in this condition. References to behavior, the direction

they were bound for, was taken as an address of good. In their differing historical and cultural contexts, Jesus, the carpenter, Prince Siddharta, the prophet Moses, legendary Lao-tzu and others less known but notable in their sublime anonymity – were giants in their own grandeur. But the cult, idolatry, and the process of institutionalizing over the course of time made their lessons of ethics almost always a universal demand for absolute perfection, without rest, as if everyone had the same intensity, characteristics and levels of consciousness, in being desirous of the same purpose. In the measure to which divers religions preferred to create disciples instead of personal autonomy, inspired on examples of their dear masters ascended, humanity developed a difficult morale, that brought more condemnation and suffering than enlightenment to paths of fulfillment. In a study of the origin of moral principles that have governed the western world since Socrates, bitter criticism to Christianity is well known, though not of Christ, made by Nietzsche (1967a), according to which we live in cruelty towards ourselves and others, because we are not as perfect as we should be or are expected to be. This is a substitution of debt to one's own consciousness through defects of imperfection. He (1995) proposed extinction to this specific, overly human and authoritarian modern notion of God and placed the individuals in submission to the churches in the name of a false, metaphysical legislator. In this way, he tried to remove the bet on external alienated salvation to replace responsibility for action in the hands of man himself, breaking with the culture of absolute values and unattainable essence. Of so many religions, it was man himself that killed the true spirituality of life. Different from atheists, Nietzsche does not wish to prove that God does not exist, but to show the deep absence of humanity in which we live, that brought death in our times to the principle on which Christian

man based his existence. Without a doubt, he was one of the most misunderstood philosophers in history, for he was a thinker of great depth and erudition and can be regarded as no less.

This rapid mention of Nietzsche is included for simple effect of pertinence of philosophical knowledge in clinical treatment, as in the case of Laura. My poetic re-reading of Christianity, inspired on ethical studies of this philosopher proved opportune at the time. The academic culture philosophy and literature in general are indispensable as theoretical support for better understanding of the themes brought to clinical practice. This is far from a Nietzsche approach or a theoretical option made by me in this case, for Clinical Philosophy does not elect preferences for “content” as has been said. It is critical and meta-critical. Some universal postulates of this philosopher are indefensible in clinical practice if directed to all of the sharers, such as the non-divisibility of power and will in the belief of man originally as a pulsing of instincts: autonomy as absolute demand for all etc. But Nietzsche made me a valuable contribution to Clinical Philosophy and to the understanding of an ethics to listening, because he inspired me to a new reading of the concept of perfection. The manner and consequences in which someone may define himself as perfect must not result in his being described as comical, mad, or idiotic. This is a being to be cared for, and, most important – not above nor beneath those who are perfect in themselves: the other will always be perfect to a clinical philosopher. Anyone who has not yet met a perfect person should perhaps re-think what he understands by perfection. In order to find the perfect person, it's necessary to think over about what is understood by perfection.

As a result, ethics in Clinical Philosophy must be understood as distant from a universal hierarchy of fixed values of good/evil or of

love/hate and shift the problem of identity to alterity. The paradigm of modern philosophy of the subject and of consciousness whose focus is I in first place, is transferred to the category of “relation”, as a dimension necessary to understanding human reality, in such a way, that the knowledge of the other, no longer be without the live participation of the therapist, co-existing. Together with kindness and care, it is alterity that allows us to establish and demarcate the outlines of some theoretical universe, of knowledge that differentiates and relates. The thought of alterity is well set forth by philosophers such as Levinas, Sartre, Buber, Ortega, Habermas, Ricouer, Derrida, and others more... However, to think the correct measure in which Clinical Philosophy is separate from these philosophies one by one, by creating new concepts is a giant task for many, and beyond the unassuming claims here but suggested. Lúcio has lent due praxis to the grandeur of the thought of alterity. A better even if introductory outline to the issue that is subjected to rectifications and criticism by the author himself, and may be possible in my *Philosophical drafts* (2005).^{xiv}

It is important to explain that Packer's philosophy acknowledges Kant's fundamental ethical principle (1996), and is a norm that commands the western world in all relations, namely, *it acts in such a way that its action is a universal norm of conduct, respecting humanity in me and in the other, invariably, as an end and never as a means*. Packer's philosophy also applies this principle to concrete situations in life, conveying a sense of immediate responsibility with the other. He thus refuses his purely rational and abstract nature in the principle. Up to this point, Clinical Philosophy coincides in kind with existential phenomenology; however, it is distinct in number and degree from various concepts and theoretical bases that explain moral experience and function in ways different from intellectual, religious experiences etc.

For instance, it is useful, at a glance, to highlight ethical reflection

imposed by practice in Clinical Philosophy on the important theory of Max Scheler (1973), to whom moral values are cognitive perceptions associated to affectivity, more specifically to basic feelings of human condition: love and hate. According to him, these two feelings allow the construction of values present in choice. On investigating what occurs in the act of moral judgment phenomenologically, inseparable but distinct from the psychological experience of emotion, he perceives an *a priori* order and a non-temporal hierarchy of invariable principles. The discovery and perception of these values would take place by intuition that resembles intentional feeling. Scheler proposed broadening Husserl's original project that remained in a process of eminently rational nature, giving rise to a phenomenology of feelings. Thus, to him, the reason that someone would prefer one specific option over another would not be the choice of pure reason, but the result of emotion combining values with experience lived.

In general, the fundamental characteristics of a value are 1. *preferability* (non-indifference); 2) *bipolarity* (each value has an anti-value counterpart; good x evil; pleasurable vs. non-pleasurable; beautiful vs. ugly; etc.); 3) and the *hierarchy* (superior and inferior values in life, the scale of which varies according to the background of the subject, customs, culture of each society etc.). Indicating expectations, aspirations that characterize man in his efforts to transcend himself and his historic situation, there will be as many values as there are human needs. As such, they mark that which *should be* as opposed to that which *is*.

Clinical experience demonstrates, in human diversity, cases in which people perfectly identified as moral agents make important ethical choices in their lives using emotions, and also other categories to determine the value of action. Up to this point, this is not counter to Scheler's thought. However, based on this same experience, it is

also not possible to conclude that feelings are the determining or the only causes to motivate moral choice. However strange it may seem to certain philosophers that do not work in clinical practice or who have not discovered how to build bridges between theory and the world of experiences, there are people whose wish to do what they like for the good, have been motivated by other determining interests: T5 Pre-judgments (in the sense given by Gadamer), purely logical reasons (T10 Structure of reasoning), T3 Sensations, and S23 Mystical Intuition etc. where emotion, associated to a desire for good, were almost, if not insignificant in the motivation to act. This through clinical anamnesis, through a phenomenological investigation of the historicity of the sharer. To cease to consider the results of this verifying of intentional data collected in clinical activity would be a mistake in method and direct silencing of the other who speaks for himself and directly or indirectly affirms what the values signify to him.

In addition, I cannot now say without demonstrating whether Clinical Philosophy creates new values or not. But the insertion by Lúcio Packter of new categories of understanding of phenomenology, I suspect, favor thinking a new ethical model of relations. Many ethical presuppositions found in the most important thinkers of alterity are absolutely questionable: not all the choices responsible are the result of anguish, as Sartre believed (1989); not always must the path to ethical understanding presuppose mutual rationality in the opposite relations of conflict to build a strategy for dialog, as Habermas would have (1993), etc. In the context, the history of thought offers a clinical philosopher a great variety of ethical models, different concepts and authors to consider. Therefore, it would be impossible, from among various authors, to choose one moral philosophy in particular – with all of the consequences – as

basic and immovable reference of Lúcio Packter's moral thought. This is so because no ethical doctrine intending practical guidance for life has, up to now, devoted itself to the infinite task of delving down into the subjective depths of individuals to see whether their theoretical postulates are confirmed. Obviously, all philosophy that is coherent with its own postulates and logical rules is for itself, valid and authentic. With no intents of absolute truths, Clinical Philosophy suggests to be only one among many possible ways for those who may need it.

The demand to develop a long argument explaining the moments of rupture and the advance in divers philosophical concepts of alterity persists.² However, the shifting of this problem to another, may not only mediate and reveal alterity dimensions subjacent to the practice of therapy, but also elucidate the possibilities of construction of an ethical concept of subjectivity proper to Clinical Philosophy. What is now proposed is a change in the question "What theory of alterity is subjacent to Clinical Philosophy?" to this other: "What clinical praxis ensures a real condition of listening and effectivating of alterity?". This is so because, in philosophical therapy, there are at least two important figures of alterity to highlight: 1. *the transcendent-other*, abstract, of semantic derivations that might also be called the "other-universal" of study and reflections, while a pure form of structure of thought. 2. And *the other-person*³, empirical, that is a sharer that presents himself as a concrete being under the therapist's care. From this, it may be affirmed that the other, whilst another, cannot be phenomenologically reduced to a being from the therapist's consciousness. Rather, he exists in himself, even if the philosopher's gaze never sees the sharer through interiority and through his viewpoint.

Distinctions having been established, there is nothing to favor

in the separation, as if the ethics of listening in Clinical Philosophy were a dispute between theory and practice, between knowledge and sensitivity. There are spaces and choices: there are experts who do not like clinical practice and are devoted to pure research. Fine. One even comes across excellent natural therapists, with no academic background whatsoever. Equally laudable. But a clinical philosopher consists precisely of both terms that define him. Then, it's always advisable not to forget the original meaning of the word "philosophy", created by Pythagoras, which is "love of wisdom". The philosopher who is willing to help another knows that in order to love wisdom it's necessary to have a loving knowledge. For me, the clinical philosopher is a philosopher of love.

With emphasis, the basic thought in Packter's philosophy was the search for another's help at a clinic. His research and practical results that generated the concept of categorial examinations at the service of submodes of treatment of a sharer, position him as a philosopher beyond the modern project of rationality, of representation, and of the full theoretical subject. In his way of thinking, as I understand it, ethics plays a central role anterior to epistemology. Thus, knowledge is defined as responsibility and the logic of therapy as a moral of clinical thought. Therefore, Clinical Philosophy is constitutive and essentially an ethical praxis and cannot be thought beyond actions. If this praxis is sustained, who knows, by new contemporary moral philosophy, is another formidable question, however, less important than the loving care owed to one's neighbor when he is loved.

The Language of Approximation: about the art of saying it all in no more than two words

*Why do I always swim against the current?
Because only in this way, does one reach the source.*

José Lutzemberger, Sinfonia Inacabada.

The art of caring is concerned with the pain and joy of another, with his thoughts, feelings, desires and all of that in which loss of love makes us feel like half. To love is to welcome a stranger as a guest in our home. Above all, it is the gift and happiness to welcome another as a neighbor. But it is also a visit to the world of those who call us, returning an invitation with tokens of friendship. An approximation may happen in some place between one oneself and another, between there and here, where affinities show us a path in this universe that is greater than we are. This is the profound significance of clinical practice, of the development of the capacity to bring about an encounter and manage its inadequacy.

However, would there be enough beauty in the Christian commandment to “love thy neighbor as thyself” remembering enemies, with retribution of evil, with good? In clinical practice, how is it possible to stand the sight and, more so, to care for a Nazi partisan, a pedophile of our friends’ children, a terrorist, a murderer, an agent in human organ traffic, a women trader, a drugs dealer and so many others? In all honesty, the question the goes against the poetry of those who do not have compassion. Clinical practice,

however, is made of people and purports to assist those who need help: the need for ethics in listening arises precisely because of its lack. If listening were mere moral competence, it would leave the problem to the limits of each. But adding good will to intelligence, experience to reflection, it is only fair to seek a strategy for clinical praxis of caring, understanding principles and demarcations. In the many possibilities stemming from the construction under way of this Clinical Philosophy, I see an ethical path made up of two lateral extremities, within the scope of my eye. Merleau-Ponty (1993) said the world the eye can see will always be within the perspective of an eye that sees the world. From my point of view, the universe of moral behavior in philosophical therapy cannot be reached beyond this path, without the risk that this praxis will not be sufficiently theoretical, nor practical.

On one hand and in principle, at the end of each sentence, of each analysis of one's neighbor, a philosopher must always come to the same conclusion in his last words in judgment: *et cetera* (Latin: and *other things*) – a term that does not come from reasoning because it comes before any thought of explaining the significance of life. No matter what is said or thought about claims of truth, no sentence would be profound and living without a statement to complete it: "It is this *and other things*". There are no words for the definitive, the immutable, the absolute. These are not human qualities. In clinical practice, a philosopher deals with thought as an art, and makes of knowledge an ability to visualize the space of the infinitude of another, the dimensions of the creation in which he re-invents himself, and the hiding places from which he sometimes reveals himself. In the measure in which this therapeutic vision is made up of a partnership between knowing and caring, the art of clinical practice is inspired by careful listening to the *et cetera* through the

language of the incomplete. Beyond my concepts that are already formulated, the other can always manifest himself as another in a new word. The proximity which is established, therefore, demands a disposition for service, because the innermost of every human being is open to countless possibilities of achievement.

On the other hand, there is only one moral restriction, a logical and practical impossibility in Clinical Philosophy: It's impossible a relationship in the clinical approach with those who stop any kind of dialogue and end up silencing the therapist with violence. Psychotherapeutic help to another presuppose the wish to be helped – confused, incomplete, indefinite, fluctuating will, with total or partial loss of autonomy of thought, hesitant... as strange as it may seem; however, never, definitely, against lucid, peaceful free-choice, under the pretext that this is “for the sharer’s well being”.. Of course, in situations of emergency, cases arise of rapid sessions, inevitably precarious and ill-matched because, without the categorial examinations, the sessions are not guided by reflection, but rather by experience and sensitivity of the clinical philosopher, such as unrestrained despair over the death of a loved one, psychotic outbursts of hallucination apparently triggered by the use of psychotropics etc. These are the exceptions that justify the rule.

Apart from this, there will always be other important issues, permeating the subjective data in practice (as per the conflicts of values between therapist and sharer, which is natural) and objective aspects of theory (such as the juridical dimensions of professional action in a democratic state). In both cases, a clinical philosopher relies on the *Clinical Philosophers’ Ethical Code (2004)* to uphold human dignity, discussing fundamental points and guiding duties in society to himself and in the relationship with the sharer.

The art of judging another morally is to think of approximation

where the elements of language are removed by the practice of listening. The sharer is not a clear, distant object of analysis to the philosopher. Judging demands a continual re-start of understanding, for these are situations in which the sharer establishes relationships that attribute sense to appearance. The answer to the question “Who is he?” is invariably an indication of localization, a constant search for reference and anchoring on the circumstances in which he lives or lived, even if on prior situational definitions. Making up significances does not take place, therefore, through answers, but by rewording the question in each journey the philosopher makes into a sharer’s background. It is a judging of indexation, adding the countless day-to-day interactions to the concept of “person”. In Clinical Philosophy, thinking the other is to go to him. A philosopher thinks in the same way as one he walks with.

If a man rapes his son, and comes to therapy in search of some way to preserve the same desires, is it not more than correct to regard him as a man who is eminently bad, sick morally? No doubt, there are many ethics and, therefore, delicate differences. In general, the west has defined every form of reducing a human being to the condition of a thing, merely a means to inhuman ends, object (crime, vice, etc.) as evil.

Three ethical criteria have been acknowledged generically in modern times to assess persons as moral beings: 1. *to be aware of oneself and of others*. That is, through self-knowledge, to have with oneself, an obligation to use reason to understand and act on the possible, on that which may be and may not be; for there is nothing can be done with what is independent of the will. As a complement,⁴ first to have an attitude that is primarily of indifference; then, of acceptance and love towards his difference, learning and becoming a better person after this encounter. 2. *To possess one’s own, free, autonomous will* –

which means saying that wills are not often contradictory between themselves, demanding control of passion. By reason of this, to respect one's own wishes is not to cater to any one, but only to those whose choices do not entail loss of freedom to continue choosing. For instance, a person who by free choice chooses to resort to cocaine, would lose his freedom, totally or partially through having become dependent on something other than his own will. A lot more than the mere choice among the options offered, true freedom ponders, selects, and even reformulates its alternatives. 3. *To be responsible*, the capacity to provide an answer to problems arising from choices made. This differs from being guilty. Guilt is a voluntary lack of a conscious moral principle, with fixation and lingering in the past. In a case of self-guilt, rancor towards oneself persists with a desire for vengeance at another's accusation, in a responsible individual there is an effort to understand the problem of making a mistake and the courage necessary to resolve it or to apologize. When there is nothing that can be done, an ethical person is left with humility and a lesson in growth.

If this father did not experience any temporary or permanent mental disorder to block his capacity to perceive himself and, equally, the existence of a son, of his own free will, aware of the consequences of his gestures, for himself, the father, and for him, the son, no doubt and fairly so, the father is a bad man. But what does it matter? Regarding the one who comes to therapy asking for help with his sufferings, difficulties or demands, the therapist's ethical reason ought to be loving his neighbor, good or bad, similar or not. Just as a doctor or a fireman must always first save the life of those who need him, prior to any judgment, a clinical philosopher, also, offers himself, with the difference that in his own case, moral implications are essentially binding. This is so because the center of gravity of

listening is the quality of the intersection. In the measure in which a philosopher devotes himself to treating another person, the best or the worst in him, his own identity, no longer belongs to him with exemption. He knows that it is also a consequence of therapy with the other and what he does with this. He is and re-defines himself at each new sharer. What is reciprocal depends a great deal on the type of intersection established but, in principle, the ethics of listening starts with the responsibilities of the philosopher, not of the sharer and develops during the process in the measure of the encounter for care with another and the possible conflicts of the relationship. Given this, if there's no direct violence to the philosopher, when the sharer happens to be bad, it remains to figure out whether the affinities between them both will be enough for therapy.

Certain that a sharer is not exempt from moral judgment on the part of a clinical philosopher, however, sexuality, politics, opposite ideologies, quirks, action and reaction etc. of those who come to clinical practice are not judged morally by specific ideology, although a philosopher may have his own convictions. In Clinical Philosophy, the ethics of listening is guided by another space and definitions. It does not deal directly with the issue of co-existence as a group seeking social order and cohesion. It does not establish the foundations nor the validity of norms and of judgments of value according to the historical and geographical interests of each society, in order to preserve the integrity of the individuals. This specific ethic has claims that are exclusively clinical which is no small matter. Even if the sharer is evil – psychotic or not – the ethical matter in Clinical Philosophy is to know whether, or how much, the therapist can give him a subjective well being, without ever losing the bonds with world's responsibility.

In general terms, the many contemporary doctrines conclude

similar practices with beneficial systems and procedures of exclusion. Divergence is in general, metaethical^{xv}, and refers to issues of a purely theoretical basis. But what is behavior other than the subject of intentions? It is in the research of intentionality of the nexus that constitutes will, of free choice, and the external pressures of the world, that the truth of another lies hidden. *A priori*, without clinical procedures in categorial examinations, all of the deep certainty of a therapist about the sharer is immoral. This means that the professional ethics of a clinical philosopher does not consist merely of good will. A good therapist does not do what is right, naïvely, by chance. His kindness possesses philosophy and a knowledge of cause. Not every clown is happy. After all, a smile is something more than just showing one's teeth.

Unless a therapist gives evidence of some mystical, sublime wisdom, and even so... the first conviction is always an appearance: signs of language and behavior that indicate the path of infinitude of another. Even if in a dream, all of the truth about someone were known, he could still change his mode of being, either imperceptibly so, a little or a great deal. This means to say that the classical principle of philosophy, namely, not to judge by appearances, is altogether impossible, although necessary. This is so because the task of philosophy is never-ending. In the measure that all therapeutic knowledge (as any other) travels invariably from appearance to essence without human reason ever attaining an absolute "one-self" of things, all will always be appearance of. Thus, a fact judged as true, will never be anything else other than a phenomenon of logical perception, of intuition that it would seem to me to be. Either that or we would have to accept that things that are known by reason would themselves be rational, which is absurd, for the nature of the world (of plants, of the mind of the sharer, of God, of animals,

of far-off galaxies...) is not made up of logic with which I produce theories: my understanding is rational. Only that which is anterior to judgment can be the essence of what it is, for every deep truth is a non-superficial appearance.

That is why a clinical philosopher also avails himself of literature, of music, religion, of all of the arts and *of other things*: to know how to listen in the sharer, to what philosophy alone cannot explain or translate. Reason imposes limits that the world cannot bear, but it is of these that our small knowledge of life is made up. For certain, the first impressions that are perceived by reason are makeshift, simple, fragmented, and very possibly, false. However, the ultimate understanding will never be greater than the most recent. Furthermore, true it is: any point of view, whether simple or complex, shallow or deep, is but a view from one point. In therapy, what is known is conclusion, and what is true is repercussion.

What can be derived from this? That the knowledge concerning the sharer is never essential and definitive, because he is alive. It will always be a degree of greater or lesser intensity, by trained listening of the language of another. In the departments of moral judgment, the other is the size of my interest in understanding him. The dimensions of the depths of human existence are more richly possible beyond what is known to exist and what is probable. The deepest that can be known of a human being is in listening to the hitherto unheard of, to the *et cetera*, to the stranger there is in oneself, in the other, and in each one. To truly get to know a person is to say to oneself in thought after some time of co-existence: "Do I know him? If he is important to me should I take an interest in what is interesting to him, for even his name has a new significance that today I no longer know about. I can no longer call him without some astonishment in face of the novelty that I am not aware of".

It is at this stage that theory must transform itself into art, and thought into gesture. When philosophy becomes clinical practice, the desire for knowledge concerning the other becomes knowledge of love for one's neighbor. If a philosopher continues interested in an infinite extension of the *et cetera* when in exercising judgment without condemning and its consequences of living a permanently alert relationship, without ever having one single absolute truth on which to rest judgment, he will understand the depths of the moral concept of perfection mentioned here. To perceive the infinitude of what is not known of the other by the eternal revision of one's own certainties, renders intelligence a practice in humility. Moreover: from therapeutic listening, lucid indulgence, for he who can judge his neighbor in face of the infinity or his own ignorance, listens with greater love to what seems to him to be evil. For the evil of the sharer even if true, is not all, "*it is this and other things*". I believe that this justifies the French dictum: "to know all is to forgive all".

In addition, in the clinical depths of compassion, ethically, all is always perfect. I am good to such a level of goodness that if I were to compare myself infinitely – on an inferior scale to extreme imaginary evil, I would be extremely good. I, who by common social parameters (I believe) am not evil, because I fight for the dignity of people, without distinction, and try to be ever better as compared to Hitler, would be what?... However, on a superior scale – to infinity, I am bad to such a level of evil that, if I were to be side by side with Jesus, comparatively, I would not deserve the title of good. In fact, what would good and evil be seen in the light of the history of civilizations of all times? Ethicity such as intelligence is relative: to an idiot, I am a genius and to a genius, I am the inverse. To the one who is superior in relation to the inferior (and vice-versa) it is perfect on comparison. So, how can I judge a sharer in an adequate form morally: in relation

to my particular values, to his own, or who knows, before the rules of society today? In Clinical Philosophy, where all of the universe is limited to the infinity of the singular, of the subject in contact with others and in the direct reason of their circumstances, it would be unwarranted to affirm full moral *relativism* through inconsequence of actions, as if any thing or value were indifferent to its consequences. On the contrary, what the ethics of listening affirms is *subjectivism* that does not annul the demands of co-existence with the therapist with others, nor disregards social rules. It only looks for a solution of conflict and a direction to the problems faced by the individual in the world in which he is inserted, invariably as from his inner perspective, in an effort to conciliate external demands. At no time, through absent-mindedness, must a philosopher forget that the understanding of the other does not take place in his pure interiority. For, I only see the other in an encounter with me, when I am lucid and present.

In the logic of this ethical compassion, exercised by the precise competence of a clinical philosopher, the greater the contextualization of the circumstances that involve, delimit, explain the structure of thought of a sharer, and also offer him the opportunities for growth, the less will be the impetus of accusation in moral criticism. In the impossibility of permanent knowledge, a philosopher can have but one attitude, the living source of true listening: to contemplate the other's infinitude in admiration, and with such greatness in understanding, not to judge superficially by what is not known in depth and completely. This humility in treating a sharer is synonymous with love and makes the other a neighbor. Anyone, in face of the limits of reason and seeing the infinite in a human being, will understand the extent of his perfection.

Within the real possibilities of Lúcio Packter's therapy, when

the other seems lost, with no way out – bitter, sad, distressed or morally condemnable, the fundamental practical question in ethics for the clinical philosopher in relation to the sharer will always be the same: “What else can I do to help him?”. This means that many, many times, on approaching the evil element in certain sharers, a philosopher will also draw close to the guilt that is his, which may not be easy for both. It is common to prefer not to know, nor to reveal the obscure side of oneself, dormant in the soul, and those who have renounced the lessons to be learned from tragedy, will not know how to perfect the maximum value of life. Nor must the clinical philosopher be the finger of God pointing out the sins of the world, forcing others unnecessarily to examine that to which they have built up a resistance, even among those people that apparently swear they want to know all about themselves. For the sake of love, one should not wish to know the intimacies of anyone without being called upon to do so. Conscious of this, a philosopher re-doubles his responsibility and care for those who have had the courage to lay bare their shame and expose a difficult moment from the hidden immensity of their being.

It is important to make clear that if, through some fear in his personal sensitivity, a therapist is not able to bear the somber truths filed away in the drama of another, it is better to spare himself from listening, with the same ethics with which he devotes himself to less severe cases of equal worth. It is not, therefore, a matter of not lending ears to evil, but of listening with kindness. The curiosity concerning another’s evils without kindness is deceitful desire; for no one remains neuter in choice in the absence of good.

If there is an encounter, there will be art – alterity art of loving. Some, for others, in the uncertain measure of our co-existence will each learn the beauty of exiting from oneself to show concern for

another, sharing common good with him. The purpose of this ethics of auto-creation and sharing that exists in practice in Clinical Philosophy, awakens in the soul a powerful state of compassion, which is the effort of helping another to grow and find the strength to live.

Notas

- 1 See details in my *Philosophical drafts* (2005) – (see partial reproducing in glossary, note xiii).
- 2 In Clinical Philosophy, the concept of alterity is open to every form of communication and understanding between beings, not only between humans, in the measure that someone's "I" is defined constitutively by the presence of the other, whether a mystical entity, a plant, an animal etc. One classical example is St Francis of Assisi's vision of the world and of himself. See also Peter Singer (2002).
- 3 For better detailing of the distinction between the "other-abstract" and the "other-person", please see under "Empirical Subjectivity" in the Technical Vocabulary.
- 4 See the relation between Jesus and alterity, in Signates (2007).

III

WHEN LOVE TALKS, EVERYONE IS LISTENED...

On a day when He and I were alone walking in a field, we were hungry, and we came to a wild apple tree. There were only two apples hanging on the bough. And he held the trunk of the tree with His arm and shook it, and the two apples fell down. He picked them both up and gave one to me. The other He held in His Hand. In my hunger I ate the apple, and I ate it fast. Then I looked at Him and I saw that He still held the other apple in His Hand. And He gave it to me saying, "Eat this also". And I took the apple and in my shameless hunger I ate it. And as He walked on I looked upon His face. But how shall I tell you of what I saw? A night where candles burn in space, A dream beyond our reaching. A noon where all shepherds are at peace and happy that their flock are grazing; An eventide, and a stillness, and a homecoming; Then a sleep and a dream. All these things I saw in His face. He had given me the two apples. And I knew He was hungry even as I was hungry. But I now know that in giving them to me He had been satisfied. He Himself ate of other fruit from another tree. I would tell you more of Him, but how shall I? When love becomes vast, love becomes wordless. And when memory is overladen, it seeks the silent deep.

Kahlil Gibran, Jesus, Son of Man.

The Last Words Will Be Only the Most Recent

Before we know each other, in our windows we are all neighbors in heaven. It does not seem fair that the encounter occur in a space beyond freedom, especially when we elaborate our own thoughts. Thought is nowhere: it is in itself like the blue in the invisible air we breathe, but this is a color that only exists in the heights to anyone raising their eyes to the clouds. Just as the Earth is blue, the entire planet is enveloped in thoughts. Anyone wishing to listen to the thoughts of another, must know how to think about them and reflect on the listening. I have learned that *Clinical Philosophy* is not an answer to all of the questions, but it is an intelligent way of drawing close without invading, to disagree without dis-union or agree without mixing one's own ideas with those of another. This intelligence of conciliation that never reaches me in a definitive form, that does not pretend to be complete, is what I understand as love.

But what is love over and above all that has been said? It is common to hear people pass judgment on love, on what it is and what it is not... as if there were pure, logical categories and all were no more than a simple question – truth by exclusion: either this or that... This shared mistake in which some see others imposes

inflexible choice and absolute condemnation. What right allows me to judge, to eliminate truth, to resume all of the values, desire, and imagination to silence in the sole condition of being all or naught; completely true or completely false? If anyone tells me he loves, or that he does not love, there is always yet a third possibility, at the same time and in the same relation. In the infinite complexity of life, feelings and sensations etc. may be contrary, contradictory, subaltern to all of the changes to which we are subject, independent of any theories about love. I may love little, but truly, and only in very specific contexts of my history; my emotions may be weak, but may last all of a lifetime; powerfully strong, if lived only in passing moments; intense in a profession and poor in marriage... There are those who are true when they express their ideas and feelings by means of actions, but who lie in their words; one who is a model of a mother, and an ungrateful daughter; one who hates the love she feels; those who only learned how to love by suffering; those who do not like sentimentality and make of love a moral duty, simply because it is logical; those who insist they only know love through segments of time, and those who disagree with all this, with reason. This and so much more. Who can decide on all these realities, on how the other should or can be himself in his own way?

Clinical practice taught me that more important than theories about truth, is the dialog of understanding that shelters the other, it's the sincere humility of the mistake that can be fixed and the spontaneous wish to serve. Thus, as wished, one may define love, whether wisdom expressed by a diversity of thoughts or by emotion, by intuition of the body, soul, and by conjunction, by which cultures they understand in different ways, or by a form ever unmatchable in each person. To me, love is the absolute expression of what in Clinical Philosophy I have termed the ethics of listening. It is an ethics of

compassion, of approximation of the sharer in his plea for help in order to care for his existence, in favor of his needs. Should there be pre-judgment in this ethics of love towards those who suffer, I believe that it is this: any suffering may always be relieved in some way, at least a little, even if we do not know how. And if there is joy in love, whether pleasurable or otherwise, that it may be food shared with those with the same hunger for living it. For love and its call speak by listening in all of the languages of welcome.

Particularly whenever I thought about establishing rules to make me a good therapist or define what would be my maximum principles as clinical philosopher I rediscovered the ancient truths of the man of Assisi and everything was similar to this: where there was despair and hatred, sadness or loneliness, that I would bring relief and love, joy and friendship. I know that there are times when the distress teaches more lessons of tenderness than the moments of peace. In moments like that a good therapist is specially accompanying. Isn't it interesting that the philosopher wants to give to the other the same compassion that he would like to receive from life? The true love to the next one as itself is not transferring the personal needs keeping alive the lacks of the desire. It is powerfully more lucid: it is possible to donate yourself to the other only who developed before in itself the charity to receive it exactly as it is. The charity to receive can be as or more important than to give. Who far received, must repay. Therefore, it makes a lot of sense to call the other sharer.

I learned clinical practice with Lúcio and, with my sharers, something that was even more powerful about the art of loving. They taught me important things to be shared here in this last chapter. These are some of the items to take care of in the presence of another. They are no more than reflections of my experiences. Were they advice, I myself should have liked to be given them. Life gave

me them as a present from the hands of those whom I was first ready to serve. These are only ideas, words in some other way, already recorded in this small book. To a writer, words are not that which antecede action, not a promise of that which exists beyond, but the gesture itself of making known the names of life, framing truth of thought. From so many lessons on ethics, I learned that

...many a time an expected encounter may begin even before someone's arrival. There are those that, in terms of expectation, bear with them intensities so powerful that, whether wise or foolish, they can overcome all of the obstacles and prejudice of separation at a glance. However, this is rare. It is only natural to expect self-defense, suspicion and accusation from those who hurt themselves or were hurt. Any encounter is subject to this. If a woman believes in her innermost that every man betrays and lies, denying possibilities of knowing another reality, clinging to judgment with strong desire, I must take my task to be approximation, because on this point I am free, while she remains immovable in a trap of ideas. Whatever the opinion, each can be what he wants, but any one who, for a long while has been closed to dialog, shall hear, from silence what solitude has to say. In the presence of such a woman, I must anticipate the meeting, and wait for her on the outside of her thoughts. The time of each is the right time for him. Probably, in her pain she may still be asleep in her sleep of pain. If I can listen to her complaints, why should I not also listen to her dreams? If I had sufficient patience, I would wait for all those who in the name of truth cut themselves off from love. The strength I gathered to me came from the gratitude of friends who waited for my time of maturity, so we could walk together. With intelligence, it was not difficult to understand that my good qualities came from the care of others and in them, from others also, for it is life

that gives life while we simply retain the gift of giving back. Love is strange and contrary to itself, only accumulates in one who does not keep it for himself.

...if I wish to change someone's way of being, to have this legitimate right, I must in the same proportion allow myself to be changed by that person with the same criteria of fairness. Not easy. This reflects on that which is the key point of every discussion: how to know whether I have the right or not to interfere deliberately and radically in the life of a person? For if I were to do this exclusively on my own values, it would be hypocrisy to deny that I consider myself better than she is, otherwise I would try to approach him to learn and not to change him. No matter if, in some point, I regard myself as more correct or more lucid than someone that is natural to all. What matters is that in exacting charges, I must always lay hold of a rule: to travel from the limits of the real to the ideal, and never the inverse. Each time I begin to think what the other "should be" like, which he is not (and perhaps never will be) like a complaint demanding change, even if I do feel absolutely fair, this would only prove the comfortable capacity of my objecting and saying bad things about people. Dishonestly, I would be wishing that, first, the other change, and only then, would I declare myself the author of the transformation. Anyone in fact interested in knowing and respecting people such as they are never says "If he were different... it would be better". As innermost change, hypotheses are mere strategies of action. One position adequate to anyone genuinely wishing to help is this: if to me someone should be what he is not yet, better think of another perspective, who knows if in these words: "Considering that someone is precisely this way and not any other way, *what, how, how quickly, and how much* can be done in his/her present situation? I understood that in co-existence, it is very important to reflect whether my indignation concerning this

hides my dominating side. Very often, freedom is only defined by disobedience, precisely when it is the other who is dubbed wrong, ignorant, unhappy, or impossible to advise. Anyone requiring inner renovation, when we least deserve love, more than ever, we will need to be loved.

...in each of us, there is a book in which life is described in every detail: when we read as rare a book, we feel as though the heart itself, whatever heart it may be, were responsible for the secrets revealed – deep confiding between the reader and the author of the words. What difference does it make if it is an open book, if wisdom is necessary to read it? But few get beyond the cover that protects it. To read the intentions, interpret the spirit of each phrase said, one must pay attention to what comes before the text and know from the words, what “pre-text” they are charged with. Every human being lives in one region in the world, in one particular time, is from a culture and a language the rules of which already existed... and, above all, has a personal history that is unequaled anterior to the “text”. To forget this would be a mistake as gross as believing that the Old Testament spoke of the sins of watching television. Then, at the precise moment in which thoughts communicate through one thousand signs combined (a deep breath, a swift glance at the clock...and the sentence: “It’s hot today, isn’t it?”), it is absolutely fundamental to understand that each unique person is situated in his adequate “con-text”. Each has specific relations with others, a way of expressing himself differently according to the concrete circumstances that he experiences. Only thus, can the other’s discourse reveal itself in intimacy, like an open diary entrusted to a best friend.

...that very often it is easier to be a therapist hiding one's weaknesses, avoiding encounters away from clinical practice, avoiding friendship in the relationship. It would be necessary to be neither very far, nor too inserted in the world of the person that one wishes to get to know. They say: "The other has to be safeguarded from the privations of the therapist". I agree. In truth, few sharers realize that strength is not made up of an absence of fear, but of courage to rise once more, happily, in face of life, once the battles are won. It is usual for the sharer to prefer help from one he believes so powerful that he does not suffer from the same problems. After all, it is strange to him to think that a therapist in difficulties with his family may help someone else on this same score. Stranger still would be to believe that anyone is exempt from life. In spite of all the true friendship and all the kindness a therapist may show, a disturbed sharer is the enemy of peace of mind. I myself chose the most difficult path, accepting as a sharer only one I became friends with. Friendship is one of these things given by addition – neither sought for nor found: but practiced in an encounter. Not for me a mask of theatrical virtue, searching for a means to make clinical practice seductive, pleasing those whose esteem avoids sincerity as to my true size. Human universality is so various that I may satisfy some entirely and others never, however hard I try.

In concluding, of all I know and that I have lived... of all they taught me... I cannot accept any other ethics other than true listening. And if my experiences bear some value beyond myself, I shall be happy to share the reward. Sincerely, 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.

Said thus, it is necessary to take care with intention, so that it will not cause words to die in the throat, the spirit in the eyes, the body in life. It is not a matter, therefore, of avoiding saying certain things when they are necessary, but to know how to say them in a certain way, with love. Style makes for beauty, love for understanding. In a dialog made up of listening, a therapist must use the words of others with care. They explain the ideas of the person who speaks better and may strike a chord of association in the mind of the listener. This is the ethical mission of dialog: to talk like the one who is listening and talk as though small good things will seem great and be deemed as such. And, above all, in face of the counter-sense, of the unheard of, of the incomprehensible in another, never say: "this is absurd, it makes no sense!". Contrary to an answer anticipated, it is necessary to ask: "What sense does this make to him?".

That is why I wrote the book. Those familiar with my answers to life and to Lúcio Packter's dreams will trigger hundreds of other questions. The dreams must materialize, for after all, what there is

that is most solid in the world is the subject of somebody's dreams. In the words of one of the greatest orators in the Portuguese language, Priest Antonio Vieira (1959), "A book is a mute speaking, a deaf person answering, a blind person who guides, a dead person who lives and, not containing action in itself, a book stirs up emotion and is of great effect". Absent body, my consciousness is not afraid of existing. May words be said... may a book become dialog, time and again! In an encounter, I would never allow my words to be the last, as if truth were to conclude silence. Truth can give rise to two opposite feelings: if scant and poor, it makes us think that all knowledge is insufficient in face of life, with no defense against the unknown; or if too much and erudite, to believe in the illusion of pride casting one's own ignorance in the face of another. To awaken from this type of dream would be no more than a nightmare. In this ethical praxis of listening, if there are conclusive truths, may they stem only from the most recent words, especially those that are as yet readying themselves to exist. For human beings, about many sciences of the other, there is no greater knowledge than dialog.

GLOSSARY

- ⁱ **EPISTEMOLOGY:** also known as THEORY OF KNOWLEDGE. Is the branch of philosophy that deals with nature and the validity of knowledge (“What is knowledge?”, “What is its origin?”, “What can we know?”, “How do we justify our beliefs?”, “Confirmation”, among others. The name derives from ‘*episteme*’: a term from the ancient Greek meaning knowledge. The opposite of this word was ‘*doxa*’, meaning opinion. Over the course of the history of thought, there are different and opposing epistemological currents such as empiricism, rationalism, phenomenology, historicism, structuralism, etc.
- ⁱⁱ **PHENOMENOLOGY:** is the philosophical understanding of reality, understood as a phenomenon of perception and not as a belief that things exist outside consciousness, that is, independent from it. Phenomenologically, the world is not only the result of my thoughts, and the possibility that exist trees in the amazonic rainforest is clear, even if I am not there to see them. The world is prior and bigger than my perception. However, the “simple” fact of imagining a tree is a phenomenon that depends on my notions of time and space. The world needs my perspectives so that I can perceive it. In other words, the knower and

the known thing exist simultaneously. This is an opposite perspective to the positivist thought of the nineteenth century. The phenomenological method begins as from the analyses of Franz Brentano on the intentionality of the mind. To him, all consciousness is the consciousness of something; therefore, consciousness is not a substance, but an activity made up of acts (imagination, perception, speculation, will, etc.). In this way, essences are significances, objects that are only captured by intentional acts and not otherwise. The process of phenomenological reduction or *Epoché* takes place by gaining distance progressively from appearances or phenomena of the outer world towards investigating operations carried out by consciousness, in search of the essence of the phenomenon. In the words of Edmund Husserl (1976), a student of Brentano, knowledge of the world is characterized by the fact it cannot be finished, for we will always be able to review things from a new perspective, enriching this knowledge.

- iii **A PRIORI:** an expression in Latin much utilized in philosophy to designate knowledge acquired before or independent of experience. Mathematics, logic, pure abstract intellectual intuitive abstractions, universal postulates etc. Knowledge *a priori* is a contrast to *a posteriori* knowledge that is, that which requires perception via the five bodily senses. *A posteriori* is a basic concept of epistemology by means of empiricism in social and natural sciences.
- iv **PRAXIS:** reflected action, thought with a transforming potential of reality. Thought and action become dynamic, one modifying the other, while they make each other mutually in the dialectic process of existence itself.

v **ALTERITY:** is the deep and existential meaning of “being another” that goes unnoticed, it’s the perception of intimacy, of exclusive and unique personal experiences of each human being. It’s the effort to put ourselves in the other’s shoes - his way of thinking, feeling and acting – in such a way that their personal experiences are preserved, respected, without the slightest wish to overlap or destroy them. For thinkers such as Peter Singer (2002), the alterity is an ethics of respect, not only among humans but also extended to other animals.

vi **EMPIRICAL SUBJECTIVITY:** refers to people who exist concretely, individualities at the level of day-to-day relations and therefore distinct from abstract subjectivity, the sense of which is purely theoretical, of a universal “I”. Philosophy traditionally utilizes the concept of “I” in a transcending abstract, *a priori* form, to refer to all people, not considering the ephemeral and accidental in them; whereas sciences, psychology and anthropology refer to them and to cultures directly through experience.

Clinical Philosophy has a peculiar way of availing itself concomitantly of these two concepts of subjectivity. The concepts of “categorical examinations” and “structure of thought” can only be understood with deep theoretical abstraction, in their phenomenological and existential instances. It is this knowledge *a priori* that lends a philosopher unmistakable understanding of the sharer, obviating two common errors of judgment: naïve belief in appearances and the imposition of universal prejudice (that includes other abstractions).

Lúcio Packter raises an interesting question concerning this. In creating Clinical Philosophy, he affirms that it was as from his experience as a therapist that he elaborated the abstracts of the

thirty ST topics. By this logic, Clinical Philosophy originated in clinical practice, which would lead us to the apparent conclusion that it is originally empiricist philosophy. So much so, at various stages of his work, he affirms that it will be through experience in clinical practice that the changes necessary to the theory will arise and, who knows, with the inclusion of new topics. However, only as from the five categories of *a priori* understanding utilized in clinical practice (subject, circumstance, place, time, and relation), will that practice become philosophically possible. Would Packter's philosophy be *a priori* or *a posteriori*? The answer is reassuring: there are no competitions in methods. Clinical Philosophy is, above all, a combination of benefits to the sharer. This is what he says in Notebook A:

"... I must admit that the basis of my work led me to these methods and never the contrary, until I came across certain difficulties engendered by stubbornness. In spite of some opposition between foundation and method, at the start of my work, I shall cite those that outlived confrontation. As I stated to my students, I have discarded – not without some pain – all that did not have a practical application" (§12).

(...).

"Please note that a person is anterior to structure of thought, for it is only through a person that such a Structure can exist.

"When a clinical philosopher considers another being who seeks him out, will he have before him a person or a structure of thought?

"If you want to know what I believe, just read the lines above.

"I have now perceived that here, just as in almost all else, there is no consensual data: some philosophers will certainly consider a person as mere structure of thought; others will know how to keep one apart from the other; not to mention those who will understand all, Person & ST, as a whole. In short, take this as you will" (§16).

^{vii} **DIALECTIC** – the term is one of the most ambiguous in the history of philosophy, with different concepts. *By and large*, it is opposed to the causal method where understanding takes place through linear relationships of cause and effect. In the dialectic method, understanding is the result of a process of conflicts and opposition between different perspectives to explain a new situation resulting from this conflict. In this sense, it possesses three basic elements: thesis, the statement given initially, antithesis, its opposite, and synthesis, the result of this conflict. Synthesis is not merely the victory of one over the other two, but a new situation that bears within itself the elements of both, with no waste of knowledge or of experience. In a cyclic continuous movement, synthesis becomes a new thesis, contrasting with a new antithesis, generating a new synthesis.

In the present text, the non-divisibility between theory and practice is affirmed, in search of a synthetic vision of the therapeutic process.

^{viii} **ONTOLOGY**: is the part of philosophy devoted to the study of concepts, characteristics, identity, significance, composition and essential relations of the different beings in this world, allowing a definition of what something is. To affirm that something is real ontologically, implies first defining reality. For such, various elements are called on for elucidation, according to the nature of what it concerns: if values, *quality* for instance, is researched (whether positive or negative), *opposition* (whether good or bad), etc. whether material things of the natural physical world such as a rock, a tree... or whether of the artificial physical world such as clothing, cars... *causality* (cause-effect) is investigated, as is *temporality* (its transformation and durability in time), etc. Ethics, reli-

gion, consciousness, politics ... and all there is, are studied in this form. When anyone, for instance, says he is concerned, that he is responsible, or that he does not know the time... ontologically one would ask: What is it, What is the essence of his “concern”? How is “responsibility” defined, in order to verify whether this person is really responsible or not? And, what is “time”?

- ^{ix} **HÓLOS:** greek prefix meaning “total, complete, whole”. By holoplasty, we must understand the unpredictable capacity of a human being to shape his psychological way of being in face of the world. Human existence is understood, in this sense, as singularity, plus the contours of external circumstances in which it redefines itself permanently, a surprise and expectation to all of the theories developed in this respect. By definition, holoplasty would be an unfinished concept of man.
- ^x **MADNESS AND CIVILIZATION / THE HISTORY OF MADNESS IN THE CLASSICAL AGE:** Foucault upholds the idea that the way man deals with madness has changed significantly since the 18th century. Until the previous century, madness and reason were not separate. Rather, reason and “non-reason” were confusedly implicated. With scientific re-birth associated to religious philanthropy, within the absolutist order of government, the medieval experience of madness, as yet poetic, amusing and, at times, metaphysical acquired the status of mental disease. Since then, contemporary man no longer communicated with a madman, and made of him a pathological accident. This broken dialog condemned to silence all imperfect, hesitant words with no fixed syntax and enough knowledge and, at this, the language of psychiatry revealed an abstract monolog of reason over madness.

Renouncing confirmed truths, Foucault purported to make an archeology of this silence, combating and stripping the organizing role of the concepts of psychopathology, psychiatry, and psychology, that played a decisive function in the change. In his studies, he intended to suspend the figures of conclusion and absolute certainty established concerning this. In his analysis, he developed a history of language implemented by silencing scientific reason, revealing the structure of refusal and its mechanisms. His method includes a historical complex that involves several notions, legal and police measures, therapeutic institutions, lunatic asylums, schools, etc.

The “disciplinary power” was created once the normality/abnormality constitution had been established by medical-scientific knowledge, legitimated by the advent of statistics. These are social devices of rehabilitation and re-education, in order to humanize and correct persons then considered dangerous to themselves and to the population. With strategy, pedagogy and morality for the control of bodies and souls, subjects were arbitrarily measured and ordered. Those subjected to psychology and classified as dysfunctional (ranging from restless, non-docile children, the deaf, mutes, unstable people, weak-minded and “handicapped” etc.) were isolated in observation laboratories to obtain therapeutic techniques for treatment. Finally, modernity built up a new form of domination, a more subtle policy of coercion, useful and powerful for slavery rebellion: the identity of obedience.

- ^{xi} **STRUCTURALISM:** method of thinking that analyses things such as languages, religious practices, family relationship and others, investigating the system of interrelations, the deep “structures” of culture, through which the meaning is produced and reproduced in a society. It was one of the most widely used methods

by the sciences in the second half of the twentieth century, especially in the humanities areas. Among the greatest representants of structuralism are F. Saussure, in the linguistic field, and Lévi-Strauss, in Anthropology. According to Lévi-Strauss, there must be universal elements in the spirit activity – the *modus operandi* – understood as irreducible and suspended parts in relation to the time that all the human being’s way of thinking would pervade. The structuralism has been frequently criticized by the post structuralism and by the desconstructivism, for being non-historical and for supporting deterministic structural forces instead of the ability of individual people to act. Particularly, Clinical Philosophy uses the structuralism as a non-deterministic understanding of the structures of thought, that is, through “open structures” of human condition.

xii **TRANSPERSONAL KNOWLEDGE:** the word transpersonal means “beyond the personal” or “beyond the personality” and is a level close to mystical experience focusing on the sense of the spiritual dimensions of the psyche. Different definitions have been given over the course of history, with the idea of dissolution between “I” and the “outer world” as utilized by C. G. Jung, remaining generically. Together with Vitor Frankl, Stanislav Grof, James Fadiman, and Antony Sutich, Abraham Maslow (1968) officially created the term “transpersonal psychology” in the U.S. to announce the advent of the “fourth force” in psychology, behaviorism being the first followed by psychoanalysis and humanism. Transpersonal psychology investigates non-ordinary states of consciousness to which we may surrender in a new non-materialistic sense in life – ranging from hallucinogenic experiences, religious states of trance, and similar states.

^{xiii} **MODERNITY AND POST-MODERNITY:** illuminism was a movement that arose with greater strength in France in the second half of the 18th century (the so-called “century of lights”), subsequent to the traditions of the Renaissance and of Humanism, to uphold the worth of Man and of Reason. Philosophers of modernity, impelled by capitalism, insisted that belief be rationalized. However, together with the powerful ascent of science, revolutionizing the industrial economy, the next century was to see stiff opposition as regards the foundations of reason. Criticism such as that by Marx of liberalism, by Nietzsche of Christian morale, and by Freud of rationalism made them porticos of a new contemporary era, that is difficult to name.

So-called “post-modernity” possesses different philosophical concepts as to the term (Lyotard, 1984; Jameson, 1991; Habermas, 1983; Santos, 1993; etc.) generically demarcated as from post-industrial capitalism, around 1900. Once the belief in absolute truths, in historical linearity of progress understood as accumulative evolution had been shaken, the world was characterized basically by services and the exchange of symbolic goods such as information. Added to the deception of rationalistic pre-suppositions that did not prevent two world wars, in addition to subsequent losses of long term references, owing to the alarming acceleration of communication technology, to multiplicity, fragmentation and instantaneity in consumption, there was a wave of maudlin romanticism and a crisis in language. Excess of information, especially audiovisual, globalized economy, a poly-cultural and virtual nature of reality “online”, an end to prohibition, transforming all into products, into goods with complete freedom of choice for consumers... and so many correlated phenomena, brought to psychotherapy an impact difficult to assess, with brave therapists overcoming rea-

son in their search for new perceptions and treatments: there were those who, through insufficient reasoning, were limited to marketing, to a charisma and to pseudo-mysticism of fashion.

Whereas modern sciences were regarded by illuminists in their possibilities of irrationality, to post-modernists these same sciences did not ensure the de-mystification of the world nor the incalculable increase in techniques of violence.

^{xiv} **PHILOSOPHICAL DRAFTS ON A (NEW) CONCEPT OF SUBJECTIVITY IN CLINICAL PRACTICE:** Below, a partial reproducing of Will Goya's article (2005).

"... In CF, respect for the mode of being of others, not only to their axiological data, but to their holoplastic subjectivity, affirms, according to the reach or the addition of my own reflections affirms a notion of worth: the *power of authenticity*, or the capacity to promote an existence (or an existential function), to assume the greatest value that its grandeur can be. In a word, arouse a maximum of efficacy to the subjective achievements of each, according to the autogeny of the Structure of Thought considered. This value possesses an unrestricted validity in the measure in which it would ensure total respect to the existential freedom of the subject, guiding him therapeutically in the use of Submodes – that is, generating over his customs and existence in general, if possible and or necessary, a new mode of being, in search of solutions for his inner conflicts, many times independently of the plural or hegemonic axiological cultural interests in effect outside him.

"Beyond the limits of the sphere of pure rationality, my reading of Packter comprehends a distinct ethics both of logical *a priori* and of axiological *a priori*, in the sphere of feelings. In CF the axiologi-

cal *a priori*, acknowledges its specific legitimacy only when inserted in the Categorical Examinations, in an autogeny of ST – a fact that allows us to verify clinically that, also, in some subjects, there is no emotional manifestation or even the need for the existence or predominance of axiological data. Once any “contents”, psychological or metaphysical typologies of universal human nature were absent, there would be no reason for a person to undergo healthful or moral re-conveyance. In this reading, no transcendental form of having to be, or of good/love in holoplastic subjectivity subsists. This is mostly a clinical conclusion. In this way, CF does not prolong the continuity of readings of phenomenological data of the analyses of an intellectual nature (Husserl) or of emotional experiences distant from intellectual and religious experiences (Scheler) as mere improvement. To think of ethics, in CF, is to think of a moral value beyond the imperatives of emotion, although there may be some overlapping. This is an *ethics of power* beyond Good and Evil, but in no way favoring a wish for power, as natural instinct (Nietzsche) – beyond the philosophical postulates of any concepts defined of a certain nature or human condition, according to the listing of the history of thought. All are circumscribed or relatively true, by coincidence or otherwise, if they are adjusted to subjective singularities. It is inexcusable to hope that an ethical paradigm even if by far assume the infinitude of each one within the history of himself or in that of societies. If these drafts indicate a valid path for research – as intuition originating both from my clinical praxis and from renewed reading – I dare say that Clinical Philosophy adds, possibly in the same direction, to what existential phenomenology has revealed in this respect. Consequently, I can foresee that CF does indeed create a new value, beyond Kant and Scheler’s ethics of responsibility, precisely because it removes

the concept of morality from good/evil values and from love/hate hierarchies. Divergence does not affect Kant's principles that govern the western world in all its relationships, or, it acts in such a way that its action is a universal norm of conduct, invariably as an end and never as a means. In CF statutes, what is questioned is compliance to the norm as duty pure and simple. They also disagree with Scheler when he sought to ensure the universality of ethics by emotional experience of values, making of affectivity a fundamental topic of choice. The result of the criticism pursues a genealogy of judgments of value, not of psychological introspection, but repositioning the issue of subjectivity and of the relationships of autogeny that act on will in debate.

“The fact that new categories of understanding are added to phenomenology requires ethics because it reflects on two fields, namely: 1. from the theoretical point of view, is a basis for an *ethics of power* within the parameters outlined here feasible? 2. Formerly, what was to the field of observation and clinical analysis, it is inevitable that CF praxis have ethical presuppositions, which would justify investigating as to which they would be. This would allow us to base ethics on CF so that the judgments of value be attributed significance of false or true, and that they guide human activity in conformity with clinical-philosophical understanding, without relying on support from any metaphysical, religious, or cultural realism.

Therefore, in CF they are above the influence of absolutism of individual ethics, nor do they advocate emphasis of an essentially public ethics (that is universal, whether in community, relativistic versions). They supersede the debate between individualism/universalism/rationalism versus holism and anthropological readings (social, historic, hermeneutic, or contextual). In the measure

in which this still remains as existential phenomenological reading, more transcendental or formal conditions whose materiality of objective values also result through pure emotional perception also do not subsist because they are irreducible axiological phenomena. In a different way, in CF, the phenomenal manifestation of ethical values while an intentional act in effecting any values, seems to me, to certify a new basis: access to objectivity will occur by phenomenological observation of the experience lived by the psychological subject, but through the investigation of conditions and circumstances of the phenomenal manifestation of value of a *subjective vital force*.

“Within this ethical concept, good is any value that is manifest in an intentional act that will allow the existential practice of a person, potentializing what he is phenomenologically in intersection with the world, that is, all that will maximize the unique and possibly fluctuating mode of being of each one. And by ethical attitude of a clinical philosopher all that, through necessary effort and competence can do to a sharer for the purpose of ensuring him a strong autogeny in his intersection with the environment – the total of important and complex persons and things – in which he is inserted”

Should ethics not necessarily coincide with a quest for “well being” or “happiness”, given the subjective holoplastic configurations, there may be a choice for suffering, without the moral connotation of a bad value. Of course, this is only validated through philosophical-clinical methodology according to the inner elements or categories of Structure of Thought and application of Submodes compatible with each. An ambivalent therapeutic criterion because this *subjective vital force* or *power of authenticity* may present in two ways. In principle, it is desirable, at least possible to obtain the much desired autonomy of the clinical sharer about his regrets, while an inner question, located in the restricted universe of his

subjectivity. This type of autonomy is seen on the intra-organizational clinical limit to the Structure of Thought. In other words, the concept of psychic autonomy generally presupposes independence of outer factors under the control of one's own will, having as opposite, degrees of anti-ethical alienation. With emphasis, this establishes a truth if and only subsequent to the completion of a clinical autogeny, showing an important obstacle in existence or loss of that *vital force* owing to bonds of subjugation or reification etc. In this case, CF would care for the sharer in the sense of guiding him to the productive reorganization of elements constituting his Structure of Thought, for his own good. However, on the other hand, because it cites Freud-Marxist trends of thought far from paradigmatic stigma, through the demands of clinical praxis, CF identifies another manifestation of autonomy, able to reveal the existence of individual structures of thought that join together in an indivisible form, that is at times confusing, in one sole ST with other people or even with inanimate objects. In this case, the *power of authenticity* is optimized in the sense of autonomy as belonging to an analysis and treatment of a structural scope. Therefore, ethically, it would be condemnable to guide or even to lead a person to separate from his closest attachments – whether people or things – because of suffering or through ideological incompatibility between clinical philosopher and sharer. *A priori* and without the Categorical Examinations due and, above all, classifying it as “pathological” it would be an ethical crime to CF. No charismatic answer is worth more than the infinite queries that the mystery of another arouses in us.

“It could hardly be otherwise, I understand ethics originating from clinical practice and not for the clinic; a therapist philosopher and not a therapist that studied philosophy. This is what CF brought to

light. In the sense I present it, Clinical Philosophy is ethical therapy – an ethics of tautology that does not intend moral development supported by any doctrine of scope, precept, value for another human being. When need requires clinical care, a sharer seeks some change within the context of his personal experiences, not necessarily what he thinks or feels about himself, but in the condition of his Structure of Thought that does not satisfy him – possibly topical shocks, conflicts in existential categories in his psychic totality, insufficiency or excess, absence of submodes, etc. things that can not be known without due analysis. It is important that, with immediate subjects (in general) symptomatically, he find himself in an extreme situation of which he feels a prisoner or short of his full existential freedom. *This condition of being, that according to Category Exams done previously, vindicates to be different from what it is or where it finds itself, may be described as condition of non-authenticity.*

“This new philosophical concept of subject (Structure of Thought) and of the method that reveals it, (Categorical Examinations), are bound to the notion of clinical practice (Submodes) by an inseparable equilateral triangular configuration, consisting not only of sides, but of an existential area and angles. To view CF fragmenting this configuration would necessarily result in an instrumental reason, in which mere technique of knowledge that is more or less utilizable, by any interests, is to be preferred above the ends to which they are intended, or be it, psychotherapeutic efficiency would be preferred. To think subjectivity in a Categorical Examinations without the concomitant elaboration/reading of a compatible Structure of Thought would be sheer, useless *academicism* whose only worth would be in the vain glory of reflection that draws away from the world in order to better know it theoretically, but neglects to return to it. After all, what is the sense of know-

ing a method if one cannot resort to it for the purpose for which it was intended? A Structure of Thought, in face of the Submodes, without Categorical Examinations, is anti-ethical, for making of the other what I want him to be, as from pre-judgments. And, to transform into an object of study and practice, as can be observed so flagrantly in psychological and philosophical theses that have, each in dispute, immobilized what they condemn as being “his true” universal human nature.

Submodes without Categorical Examinations or Structure of Thought, appreciated in the multiple psychotherapeutic techniques in existence – and almost all of them effective for the purposes for which they are intended – incur in the well-known mistake of attributing value to the technique rather than its intent. To do before knowing how is somewhat like insisting with the right key and the wrong lock. More than simply not opening the door is to imprison oneself.

“I know that, for a draft, there are many words here, above all with a daring, if interesting idea. From the phenomenological point of view, CF purports (if I have understood philosopher Packter’s thought), among other things, an anthropological-ethics, a spectrum of understanding open by category which is *above all a responsibility and only then a thought of responsibility*, in search of the infinite paths of truth and thought. In this particular, I believe, there is agreement with Emmanuel Levinas, according to whom sense first arises as morality. The ethical-gnoseological issue of Clinical Philosophy, in face of the intentionality of the ego is this: who can I be or not be in intersection with the world, according to my autonomy? That instead of totalizing theoretical idealism: who am I, according to which perspective besides myself or in my pure representations? With the ontologizing of a human being, we always run the risk of alienating this same being through ideology, often

authoritarian travestied through a discourse “on” reality. At least in intention, this draft fulfills its role: to invite mistakes for learning and truth for revision.”

- ^{xv} **METAETHICS:** is the theoretical investigation concerning the significance of the propositions, of the foundations and of the methodology of the conceptual universe of ethics. Essentially speculative, it draws away from moral reflections that involve empirical problems and practical aspects.

BIBLIOGRAPHY

- 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.
- 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: WW. 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.: Bol-

- lingen, 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 PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS

Rua Colônia, qd. 240-C, It. 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”.

