



COMO ESCUCHAMOS EN FILOSOFIA CLÍNICA¹

Will Goya

Resumen

La naciente filosofía clínica hace, en la historia del pensamiento, una original conjunción entre la especulación filosófica y la práctica psicoterapéutica. La simultaneidad de dos lados de esa filosofía solo es intrínsecamente posible gracias a un escuchar ético en la relación de alteridad entre el filósofo y su compartidor de terapia.

Palabras clave: filosofía clínica, ética de cuidado, alteridad, escuchar filosófico.

Antes de tratar de la cuestión propuesta, acerca de como escuchamos en filosofía clínica, dejo claro que las consideraciones hechas aquí en este texto, nacieron y que todavía están en proceso de desarrollo a partir de mi práctica en cuanto filósofo clínico, en permanente trayectoria de aprendizaje tanto teórico cuanto personal. No tengo, de ningún modo, la pretensión de resumir aquí la cultura enciclopédica de la filosofía clínica, tampoco de describir los modos bajo los cuales ejercitamos el escuchar y la metodología filosófica en consultorio. De este asunto tuve la oportunidad de tratar en otro texto (GOYA, 2010). No siendo este el propósito ahora, puesto que, si lo hiciera, aunque didacticamente, habría de hacerlo basándome en mis experiencias y opiniones, con mis errores y aciertos. Errores, quizás, necesarios al fundamentar la verdad de en quien me torné. Apenas debo garantizar mi certidumbre acerca del pensamiento de Lúcio Packter como subyacente a mi habla y convicciones, de que *no hay filosofía clínica sin clínica* y, quizás, contribuir a nuevas reflexiones y futuras pláticas. En ese sentido, me he esforzado en asegurar respeto y fidelidad a los principios del filósofo que sistematizó esta nueva escuela filosófica y terapéutica por medio de la presentación de algunos elementos conceptuales importantes, tales como yo supe interpretarlos. Un cierto romanticismo poético, esperanzador y acogedor de los dolores humanos es perceptible en mi abordaje y mi intención fue de mantenerlo como tal en la estructura de mi discurso. Eso me pareció

¹ Conferencia presentada en el seminario académico “*La Escuela de Ortega Y Gasset y la Acción Filosófica de Lúcio Packter*”, en la Universidad de Sevilla, el 25 de noviembre de 2014.



también un criterio de fidelidad. No obstante, espero traer tal vez algo de luz a un cuadro conceptual básico, alegoría o un conjunto de ideas que sirvan de base para la arquitectura del discurso del querido profesor Packter a respecto de su filosofía, de la cual él mismo declara estar ininterrumpidamente en construcción. Después de estas reservas, empiezo lanzando una pregunta:

¿Cómo escuchamos o vemos cualquier cosa? Una respuesta médica nos explicaría como las células transmiten impulsos por el sistema nervioso hasta el cerebro, que interpreta los estímulos exteriores. No obstante, jamás nos debemos olvidar la advertencia en las palabras de Fernando Pessoa: “*No basta abrir la ventana para ver a los campos y al río. No basta no ser ciego para ver los árboles y las flores...*”². Es necesario un esfuerzo inusual para resistir a la seducción del obvio conveniente y el cansancio sufrido de todas las verdades rígidas que pesan sobre nosotros. Si el simple escuchar es función de los oídos y el mirar es una fisiología de los ojos, tiene sentido la recomendación, aparentemente redundante e insensata de los antiguos sabios, que nos alertaban sobre la necesidad vital de poseer otros tipos de “oídos para escuchar” y de “ojos para ver”³. Los griegos inventaron la *theoría*, término que significaba la acción de pensar y entender un fenómeno a partir de su observación. Nació la filosofía, el amor por la verdad. Desde entonces, saber ver u oír, en cuanto arte es metáfora del conocimiento. Tras muchos siglos de pensamiento filosófico, la Filosofía Clínica, de Lúcio Packter, también deja su legado, y tiene algo que decir acerca de la escucha⁴. Porque la filosofía es un profundo y desafiador amor a la verdad, conocer al otro a través de la escucha es, en su esencia, un acto profundamente filosófico de amor a las verdades subjetivas de cada uno.

Sin hacer uso del término “paciente”, el filósofo clínico se abstiene del juzgamiento médico y psicológico en los principios de la psicopatología, ni es tampoco orientado por el interés económico al llamar al otro de “cliente”, el terapeuta por

² PESSOA, F. *Obra Poética*. Volumen único. Rio de Janeiro: Nova Aguiar, 3ª ed., 2005, p. 231.

³ MATEUS, 13: 9-17.

⁴ “Con sincera voluntad, resumo todo en una única pregunta: ¿quiere usted, con toda su alma, verdaderamente servir al prójimo, escuchando sus más profundas necesidades e vida? ¿Como habría yo de explicarle tal verdad cuyo simple escuchar no basta, si uno esta distraído? Es que no nos entendemos directamente con la individualidad de las personas, con los lazos que nos unen. Si el espíritu es lejano y la consciencia duerme, no hay nada que decir. Si las almas vivieran solas, no habría palabras. Como es sabido, la palabra disfraza el pensamiento tanto cuanto lo delata por la manera en que lo esconde. Si alguien se recusa en hablar sobre determinado tema, cambiando de asunto, eso dice mucho....En cualquiera, toda mentira, alucinación o simple devaneo tiene su propio estilo. La palabra es un gesto de intenciones, un deseo de comunicación, un juego de intereses. El buen terapeuta, el amigo, el filósofo, sabe que la operación de hablar implica el acto de escuchar, y que nadie se puede olvidar de eso. Los oídos escuchan, el alma escucha. Si hay algo a ser dicho entre los dos, que sea un encuentro”. GOYA (2010), p. 205-6.



cuestiones de respeto y generosidad, nombra de “compartidor”, por este haber aceptado compartir una íntima caminata existencial de diálogos con el filósofo, un amigo en el apoyo y las reflexiones. Sin las medidas comparativas del juzgamiento, el compartidor no es considerado bajo los parámetros de normalidad/abnormalidad, salud/ enfermedad o por ningún modelo diagnóstico previo de investigación estadística. Rigurosamente, filosóficamente, es alcanzada la comprensión entera del dicho popular “cada persona es única”.

El hablar y el escuchar de esa relación, anclada en una serie de conocimientos filosóficos del terapeuta, exigen del filósofo antes, y sobre todo, una gran sensibilidad humana, fuerte pero versátil, disciplinada aunque afectuosa, capaz de percibir millares de formas de lenguajes semióticos, diferentes e intraconjugadas, las cuales el compartidor utiliza al comunicarse. En la intencionalidad del discurso entre dos, todo lo que es manifiesto delante del filósofo aparenta ser “habla”. Gestos, palabras, dolores de cabeza, insomnio, ropas, olor, comezones, respiración e infinitos otros. Todo puede estar implicado y participar en la vivencia del discurso, en la calidad de pronunciamiento de sentencias, exigiendo del filósofo descifrar los juegos de lenguaje utilizados por el otro. Aunque el silencio pueda ser interpretado a partir de la sintaxe de articulaciones ejercidas por el compartidor en su gramática subjetiva. O sea, su lógica individual propia, en cuanto sujeto reconocido en plena singularidad, en la cual los lapsos de raciocinio o de memoria, los rechazos, mentiras o contradicciones, los delirios, tiques y los matices de humor, como cualquier otro elemento de una conversación pueden exponer relaciones de concordancia intrínseca, de subordinación, de orden o desorden, de tal modo que revelan al filósofo clínico, una vez puesto en práctica su método, la estructura de pensamiento del compartidor. Tal conocimiento es necesario para los futuros consejos e intercambios. La trama conceptual de su red intelectual, entrelazada por las circunstancias históricas de su vida y parcialmente descubiertas por la investigación filosófica, da al filósofo clínico un conocimiento empírico y epistémico del sentido subjetivo de realidad con la cual el otro construyó su visión de mundo. Si el terapeuta obtiene éxito en su trabajo intelectual, no es raro que se escuchará de su compartidor expresiones como: “usted me ha comprendido, tal cual me gustaría ser comprendido”. Comprender no significa concordar. El diálogo y las transformaciones se establecen. Casi siempre, la sensación ética de confianza en aquél en quien uno desnuda su propia intimidad es suficientemente gratificante para el compartidor como que para continuar la terapia, una vez demostrada la certidumbre de que el filósofo clínico sabe escucharlo.



Es imprescindible olvidar que lo que es dicho por el compartidor está siempre implicado con la calidad receptiva de la escucha terapéutica, con sus límites cognitivos, preferencias de interpretación y valores morales propios. Por esta razón, sabe el buen filósofo clínico que los lazos de aproximación exigen mucho más que un simple respecto cordial. Con la práctica en clínica, la continuidad de los estudios filosóficos, el autoconocimiento adquirido también bajo la condición de compartidor en terapias de supervisión entre compañeros de profesión, es exigido del filósofo clínico una firme disposición de carácter y dedicación completa del alma. De esa manera, el proceso activo de consciencia al escuchar el otro comienza a perfeccionarse en el filósofo clínico mucho antes de su primer encuentro con el compartidor en consultorio. ¿Y podría ser diferente para aquel que eligió esa profesión existencial? Enfrenta los riesgos de confusión en juzgamiento delante de los peligros de la vanidad. Afronta aversiones contra el compartidor en razón de lo que el filósofo trae a sí mismo, transgrediendo los propios valores personales atendiendo aquellos que su corazón pedía apartarse. Fabrica a la exhaustión la magia de sacar de su íntimo fuerzas para ayudar, cuando la propia vida esta minada de esperanzas. Situaciones frecuentes en el día a día de un filósofo clínico. Sin licencias, es necesario proteger el compartidor de las carencias del filósofo, puesto que nadie esta exento de sufrimientos y fragilidades. Si errar es inevitable, el filósofo clínico, favorecido por la memoria de sus errores y por una genuina buena voluntad en servir, acumula sobre sí la competencia de la humildad (que es paradójicamente descubrirse no humilde), esa riqueza vital de nunca juzgarse mejor que aquellos que son juzgados. Al fin y al cabo, el otro es tan más perfecto cuanto menos imperfecto sea mi juzgamiento acerca de él. Sabe el filósofo clínico, lucidamente, que el acto de escuchar implica interpretar, en una relación de alteridad en la cual tanto el terapeuta como su compartidor están juntos en terapia.

Decir que *no hay filosofía clínica sin clínica* es, por lo tanto, esencial para la comprensión de ese escuchar *sui generis*. “Filosofía clínica” es un concepto entero, cuyo termino “clínica” no puede ser utilizado de modo general como adjetivo, o sea, con un sentido simplemente agregado a la filosofía académica, sin cambiar en nada la naturaleza o historia de la misma. Simple termino de acomodación, con valor instrumental. Clínica no puede ser comprendida apenas como una metodología psicoterapéutica aplicada, una técnica de auxilio personal basada en presupuestos de sistemas filosóficos, tales como la fenomenología- aunque eso también sea verdad. La actitud filosófico-clínica de cuidar del otro no es independiente del acto de saber cuidar del otro, puesto que la esencia misma



de conocimiento ético es la propia vivencia ética. El pensamiento de Lúcio Packter, un filósofo de la alteridad, es profundamente marcado por el hecho de recibir su impulso y dirección, mayormente de los problemas existenciales recolectados en su práctica en hospitales y consultorios, que de las filosofías y sus pensadores.

En la historia del pensamiento, según mi perspectiva, la filosofía clínica se afirma como una filosofía de la ética, en la cual la vida se mezcla con la filosofía, y está hecha por un acto que parte desde el núcleo más íntimo del filósofo clínico en dirección a aquél quien lo busca por orientación existencial. Entonces filosofar clínicamente es amar el ser del otro, no como “ser-objeto” del saber, sino en cuanto “ser-acto” del conocimiento, ser de alteridad viva y latente. Sin la alteridad dialéctica de la praxis en clínica (en la cual la teoría rehace la práctica y esta reformula el pensamiento) toda ciencia que elabora juicio o teoría de la psique humana, presentando verdades establecidas sin verificación singular, prejuzgando la subjetividad concreta del compartidor, es conocimiento estéril y vacío de significados reales. El conocimiento es relativo y toda objetividad es establecida por convenciones históricas y políticamente determinadas. Sin embargo las ciencias de la psique no pueden ser descartadas, puesto que son parámetros importantes de aproximación de lo real. Generalizar los fenómenos observados en forma de ley científica, reconociendo en ellos patrones lógicos o estadísticos de repetición y previsibilidad consigue reunir en una clase o en un concepto un conjunto de individuos o grupos con características comunes. Los mismos principios lógicos de la investigación científica alertan para el hecho de que, cuanto mayor es la extensión del campo de análisis, menor será la profundidad sobre los elementos particulares. Desde Aristóteles⁵, la tradición conserva el entendimiento de que no hay ciencia o filosofía del singular. Sin embargo, Lúcio Packter nos presentó la tesis y el método de que es posible una filosofía trascendental de la subjetividad capaz de conocer a la psique, tocar y ser tocado por ella a través de la experiencia de lo singular. De hecho, el compartidor no es su “estructura de pensamiento”, el otro jamás podrá ser reproducido y cosificado como objeto de la teoría. Esta arquitectura analítica y formal de la subjetividad humana, es un simple molde abstracto de organización racional, por ser la clínica una filosofía en estado reflexivo de vivencia directa. La lógica, en el proceso de saber filosófico de la alteridad, sirve exclusivamente, como facilitador cognitivo de la intuición. La estructura de pensamiento es solo un mapa de coordenadas de localización existencial de la presencia del otro en

⁵Livro IV da “Metafísica”.



relación a mí. No se encuentra el tesoro confundiendo mapa con el terreno por donde uno camina. Bajo esa comprensión filosóficamente auténtica, la estructura lógica es el paso previo filosófico para la intuición del ser. Ese conocimiento del otro solo se da por el salto intuitivo en el trampolín de la razón. Incluida en el terreno de la ética, la filosofía clínica esclarece que prejuzgar un individuo singular con modelos epistemológicos generales o universales sin antes escucharlo con profundidad suficiente es un crimen ético sobre el corazón de la subjetividad. Es, pues, anti-filosófico.

El llamado filosófico a la práctica clínica, a las vivencias afectivas de la ética como formas de aprensión de la realidad serían mal comprendidas si consideradas como experiencias puramente psicológicas. La filosofía clínica, por su profundidad y radicalismo, demanda del filósofo una comprensión objetiva de los conceptos vitales de la realidad que surgen y habitan su propia alma en la relación de alteridad con el otro. El filósofo, operando con la razón potencializada a la crítica de sus propios límites cognitivos, constata y impone la validez de otra forma de comprensión de la existencia que no la racional, para no tratar la subjetividad de la vida como puro objeto lógico de sus cálculos, lo que sería contradictorio a la verdadera actitud filosófica de la clínica. La humanidad ya sufrió demasiados holocaustos por haberse dejado llevar por el reduccionismo positivista y tecnicista del mundo moderno. Para hacer una broma con los términos filosóficos, es lógico ser afectivo en la comprensión de los dolores de quienes nos piden por ayuda y orientación de vida.

Muy personalmente, concordo con el filósofo Brasileño Leonardo Boff que la filosofía no nació del espanto, como lo pensaron los griegos – al menos no fue esta su única cuna, creo yo –, sino del sufrimiento de la vida que, llena de restricciones, retos y fracasos, exige que raciocinemos para superar nuestros límites. Es de ese esfuerzo poco común que nace la madurez intelectual y espiritual del hombre, sin victimizarse, con autonomía, asumiendo su dolor con lúcida bravura para la autocreación. Pienso ser, al menos para mí, una consecuencia inevitable de mis años de experiencia clínica: adoptar la fuerza de la compasión, de sentir y acompañar los sufrimientos acumulados en el compartidor, a fin de no confundirse con ese dolor, sino para comprometerse sensible y éticamente con él, con la misma dedicación que el filósofo también quisiera que le dedicasen, si estuviera con semejante sufrimiento. La objetividad filosófica en la aproximación íntima del otro efectiva a la ética, disminuye la soledad del dolor no comprendido y desamparado, y anula los riesgos de indiferencia con la pseudoneutralidad.



Lúcio, sostenido bajo los recursos metodológicos de la hermenéutica y de la fenomenología existencial, nos enseña que para desarrollar oídos filosóficos en el momento de la psicoterapia clínica, debemos por cierto conocer teorías y técnicas. Sin embargo, antes cabe a la ética del cuidar, ser el guía afectuoso de aproximación del mundo subjetivo de cada uno. ¿Como debería el filósofo penetrar este universo íntimo sino como huésped respetuoso, invitado apenas a dialogar? Antes de un escuchar filosófico, afectuoso e investigador, nada puede ser dicho *a priori* sobre la subjetividad empírica de una persona. Naturalmente, el filósofo lleva consigo una herencia de prejuicios, opiniones e impresiones personales a respecto de quien se le presenta en el consultorio⁶. Por esta razón, es necesario suspender inicialmente el juicio acerca de las ontologías metafísicas, de las epistemologías filosóficas, psicológicas o psiquiátricas, incluso los propios valores y convicciones personales del terapeuta – lo máximo posible – para que, delante del otro, vis à vis con el compartidor, sea posible un dominio metodológico de validación del conocimiento respecto a él. Nada fácil, y en casos extremos de conflicto radical, de crisis en el amago de las propias convicciones, el filósofo clínico puede ser forzado, por la influencia de los contenidos traídos por el compartidor, a una revisión tan profunda de conceptos de la realidad que lo empuje a una deposición de su propio “yo”, del modo como hasta entonces se reconocía delante del mundo, y verse obligado a reorganizar su propia estructura de pensamiento en nuevos patamares existenciales.

Una vez cumplidos los procedimientos clínicos filosóficos de forma adecuada, posibilitando al filósofo escuchar, acoger y orientar existencialmente a su compartidor, él debe entonces recomenzar toda su tarea desde el principio, una vez en contacto con un nuevo compartidor. Esa es la subjetividad de la escucha clínico filosófica: todo está sometido al modo de ser de cada uno.

Como advertí en el principio de mis consideraciones, me es imposible disertar con la clareza necesaria todos los elementos básicos a la comprensión de la temática anunciada, sobre “como escuchamos en filosofía clínica”. Expliqué genéricamente solamente la menor parte del pensamiento de Lúcio Packter, aquí apenas visto bajo la luz de la intencionalidad de la consciencia del “yo” en el escuchar filosófico del “otro”. Sin jamás perder el contacto vivo con la singularidad del compartidor en su misión

⁶ “Cuando se oye a alguien o cuando se emprende una lectura, no es necesario que se olviden todas las opiniones previas sobre su contenido y todas las opiniones propias. Lo que se exige es simplemente la apertura a la opinión de otro o la del texto. Pero esa apertura ya incluye siempre que se ponga la opinión del otro en alguna relación con el conjunto de las opiniones propias o que uno se ponga en cierta relación respecto a ellas”. GADAMER, 1997, p.404)



terapéutica, el filósofo clínica dedícase al cuidado ético y a la investigación de las estructuras sistémicas del pensamiento colectivo, conocidas como “patrones autogénicos estructurales”. Al hacer eso, el filósofo tiene dos grandes ejes metodológicos diferentes, simultaneamente entrelazados y complementarios en la práctica clínica. De un lado, via intencionalidad, es posible zambullirse en la comprensión del compartidor, de su visión singular de mundo, circunstanciada en la trama de su vida. Metafóricamente, sería como quién aprende a conocer el otro viendo su mundo con los ojos de él, del interior al exterior. El segundo eje, el reconocimiento del compartidor y el cuidado que se le debe, son resultados de los lazos de alimentación, de construcción de su propia identidad según las vecindades existenciales. Lazos intencionales de conversación establecidas entre él y los patrones de la estructura de pensamiento colectiva en la que está localizado y en movimiento. Aún utilizando metáforas, por un lado el filósofo clínico preguntaría a si mismo, bajo el punto de vista de Mahoma, “ como iría él a la montaña en caso de que se dispusiera a una caminata?”. Así, el filósofo escucharía su visión del mundo. Por otro lado, el filósofo clínico, dialogando con Mahoma, ya habiendo comprendido su estructura de pensamiento, preguntaría a si mismo: “¿Qué le diría la montaña en caso de que ella pudiera caminar y venir hasta su corazón?”. El filósofo entonces escucharía, por la traducción intuitiva de Mahoma, lo que la realidad y las estructuras del mundo le tendrían que decir.

Sin que el propio Lúcio consiguiera explorar todas las consecuencias de su filosofía clínica, tarea de los que vendrán, su pensamiento trajo para nuestro tiempo lo mismo que la navegación marítima fue al hombre renascentista: una experiencia vital, necesaria y corajosa, asumida en el corazón de los marineros, para expandir el mundo. Yo, por mi parte, soy apenas un marinero.

REFERENCIAS

_____. *Evangelho segundo Mateus*. In *Bíblia de Estudo Genebra*, Editora Cultura Cristã e Sociedade Bíblica do Brasil, São Paulo e Barueri, 1999.

ARISTÓTELES. *Metafísica*. Tradução Valentín García Yebra. Madrid: Gredos, 1998.

BOFF, L. *O Cuidado Necessário: na vida, na saúde, na educação, na ecologia, na ética e na espiritualidade*. Petrópolis, RJ: Vozes, 2012.

_____. <<https://www.youtube.com/watch?v=9hR0-0VGrIU>>. Acesso em 10/10/2014.

CARVALHO, J. M. de. *Diálogos em Filosofia Clínica*. São Paulo: FiloCzar, 2013.



- _____. *Estudos de Filosofia Clínica*. Curitiba: Ibpex, 2008.
- _____. *Filosofia clínica, estudos de fundamentação*. v. 1. São João del-Rei: Ed. da UFSJ, 2005.
- _____. *Filosofia clínica e humanismo*. Aparecida, SP: Ideias & Letras, 2012.
- GADAMER, H.-G. *Verdade e Método. Traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica*. Tradução de Flávio Paulo Meurer. Petrópolis, RJ: Vozes, 1997.
- GOYA, W. *A Escuta e o Silêncio: lições do diálogo na filosofia clínica = Listening and silence: lessons from dialog in clinical philosophy*. Tradução de Clare Charity. 2ª. ed. – Goiânia: Ed. da PUC Goiás, 2010.
- PACKTER, L. *Ana e o Dr. Finkelstein*. Rio de Janeiro: Wak Editora, 2006.
- _____. *Armadilhas Conceituais*. Florianópolis: Garapuvu, 2003.
- _____. *Buscas: caminhos existenciais*. Florianópolis: Garapuvu, 2004.
- _____. *Cadernos: especialização em filosofia clínica (de A até R)*. Porto Alegre: Instituto Packter, [(s.d.)]. [Notebooks, (undated)].
- _____. *Filosofia clínica: propedêutica*. 3. ed. Florianópolis: Garapuvu, 2001.
- _____. *Passeando pela vida: lições de filosofia*. Florianópolis: Garapuvu, 1999.
- _____. *Sinais*. São Paulo: All Print Editora, 2005.
- PESSOA, F. *Obra poética*. 3. ed. Rio de Janeiro: Nova Aguilar, 2005.