



## A INTER-RELAÇÃO ENTRE A HISTORICIDADE E A ESTRUTURA DE PENSAMENTO NO ÂMBITO DA FILOSOFIA CLÍNICA

### *THE INTERRELATIONSHIP BETWEEN HISTORICITY AND THOUGHT STRUCTURE IN THE FIELD OF CLINICAL PHILOSOPHY*

Josué Julien\*

#### RESUMO

Este artigo se debruça sobre a relação entre historicidade e estrutura de pensamento, que são dois conceitos da Filosofia Clínica. O artigo constitui-se como parte de uma pesquisa mais ampla que tem como objetivo: I) discutir como a historicidade constitui a base do processo clínico; II) compreender a relação entre a historicidade e a estrutura de pensamento, bem como suas inter-relações. A pesquisa se valeu de uma revisão bibliográfica, baseada nos autores: Lúcio PACKTER, Will GOYA, Monica AIUB, Rose PEDROSA.

**Palavras-Chave:** historicidade; estrutura de pensamento; tópico; Filosofia Clínica.

#### ABSTRACT

*This article examines the relationship between historicity and thought structure, which are two concepts from clinical philosophy. The article is constituted as part of a much broader research that aims: 1) to discuss how historicity constitutes the basis of the whole clinical process; 2) to understand the relationship between historicity and thought structure, as well as its interrelationships. The research is based on a bibliographic review of the authors: Lúcio PACKTER, Will GOYA, Monica AIUB, Rose PEDROSA.*

**Keywords:** historicity; thought structure; topic; clinical philosophy.

## 1 INTRODUÇÃO

Desde a década de 40, com a criação da Organização Mundial de Saúde (OMS), instituída como órgão responsável a tudo que está relacionado com a saúde, pela Organização das Nações Unidas (ONU), existe uma preocupação referente ao que é o conceito de saúde, suas implicações e relações. Aquele conceito de que saúde é simplesmente a ausência de doenças orgânicas, evoluiu, e, passou-se, então, ao conceito de que a saúde é vista não apenas como a ausência de doença física, mas como a situação de perfeito bem-estar físico, mental e social: “Acredita-se ter esclarecido [...] a inadequação de ainda se fazer distinção, mormente num conceito da OMS, entre o físico, o mental e o social.” (Segre; Ferraz, 1997, p. 541).

Os autores se valendo de uma leitura psicanalítica atualizada questionam e criticam a visão positivista de saúde e a normatização de uma qualidade de vida definida universalmente e exteriormente aos indivíduos. Isso faz da saúde um direito social, condição *sine quo non* à condição de cidadania, à qual, por sua vez, é uma condição de



garantia assegurada, sem distinção de raça, de religião, ideologia política ou condição socioeconômica; ou seja, a saúde é vista como um valor coletivo, um bem de todos<sup>1</sup>.

Dessa forma, também entendemos que o conceito de saúde, tal qual foi conceituado pela OMS, constitui-se como insuficiente, encontrando-se defasado com relação às demandas da sociedade: seus anseios, suas necessidades e perspectivas, visando aquilo que conhecemos como a qualidade de vida.

Entendemos que podemos ir além do que as psicoterapias tradicionais oferecem, avançando no campo da subjetividade, no ‘olhar para dentro de si’, buscando respostas e interpretações para os problemas aqui apresentados e citados. Ou seja, podemos recorrer à Protágoras para sintetizar nosso pensamento: **“O homem é a medida de todas as coisas, das coisas que são, enquanto são, das coisas que não são, enquanto não são.”** (Protágoras, 490 a.C.)

Portanto, propomos uma abordagem que relacione as questões existenciais dentro da subjetividade e singularidade do ser, e com isso, integrando novas possibilidades, isentando-se das questões de normalidade. Desse modo, na filosofia clínica não existe uma determinação do que seja uma boa condição de saúde mental, ou ainda do que é considerado normal, muito menos do que é correto, *a priori*. Entretanto, a busca por um protocolo, ou ainda por uma ‘receita de bolo’, não tem lugar na filosofia clínica. De fato, não há receitas e/ou protocolos que orientem esse ser à uma saúde mental (bem-estar).

Dessa forma, a filosofia clínica procura estar ao lado desse ser (partilhante), ajudando-o a compreender sua representação de mundo. Conseqüentemente, é relevante seu envolvimento em temas mais relevantes e profundos, e que não façam o uso exclusivo de aspectos cognitivos, comportamentais e de normalidade (saúde), os quais são comumente abordados nas psicoterapias ditas tradicionais. Além disso, essas abordagens e conceitos relacionados a questões existenciais envolvem o ser como um todo, como, por exemplo: o lugar no qual ele está inserido; as circunstâncias no qual ele se encontra; bem como a sua relação com os outros.

Contudo, propõe-se que essas novas abordagens podem e devem recorrer a práticas e fundamentações metodológicas baseadas na busca por uma integralidade ao ser

---

<sup>1</sup> Neste trabalho, alguns termos como: saúde, saúde física, saúde mental, bem estar, que vão aparecer, só vão ser utilizados em certos momentos para melhor compreensão do leitor, mas são termos que pertencem à área da saúde. A Filosofia Clínica faz uso de outros termos e têm uma linguagem específica.



humano e aos fenômenos humanos a ele conectados. Conseqüentemente, necessita-se de linhas terapêuticas que permitam o acesso a questões mais intrínsecas, relacionadas ao âmago do ser humano, ou seja, fazer o uso do pensamento filosófico para fins terapêuticos. Esse é o caso que é abordado neste trabalho, mostrando as ligações entre a historicidade e a estrutura de pensamento no uso da filosofia clínica como ferramenta terapêutica.

Para entendermos o universo ao qual estamos adentrando, é necessário conceituar a filosofia clínica:

A Filosofia Clínica busca inspiração nos ensinamentos dos filósofos consagrados, que trabalham desde a Lógica, passando pela Epistemologia, Axiologia, Analítica de Linguagem, Ética, entre outras disciplinas, até as mais variadas situações que levam uma pessoa à Terapia. (Paulo; Niederauer, 2013, p.17).

Para Packter, o sistematizador da filosofia clínica, a mesma pode ser definida da seguinte maneira: “A filosofia acadêmica direcionada à clínica, realizada unicamente por filósofos formados em faculdades reconhecidas pelo Ministério da Educação”. (Packter, 2001, p. 11).

Conseqüentemente, apresentando-se como um meio integrador para esses novos processos terapêuticos, com a finalidade de atender às demandas e anseios que melhor acolhem o ser, a filosofia clínica caracteriza-se por possuir a contemporaneidade necessária para inserir-se como uma alternativa, atuando como recurso terapêutico, na perspectiva de abranger e interpretar os fenômenos que envolvem e permeiam o ser, bem como o entorno da sua realidade, mediante método e metodologia adequadas, que são importadas da própria filosofia, norteadora de todos os processos da filosofia clínica.

Dessa forma, os mesmos devem buscar uma adequação para tal finalidade, fazendo o uso de práticas que sejam integrativas, na busca por versões interpretativas, e que possuam uma maior capacidade de vislumbrar a complexidade do ser. A justificativa para tal terapia será pelo fato de estar fora do eixo do campo cognitivo e comportamental, tendo como principal finalidade atender as demandas cada vez mais exigentes, profundas e necessárias da sociedade contemporânea, tratando de assuntos como: a angústia, traumas, etc.

Por fim, tendo como objetivo a busca por problemas e suas respectivas soluções, oferecendo, assim, respostas diferentes às versões reducionistas propostas pelas



psicoterapias tradicionais, e proporcionando a extensão das fronteiras até então desconsideradas.

Em suma, este trabalho está constituído por três (3) tópicos, na seguinte sequência: I) introdução, II) conceituação, discussão e inter-relação entre a historicidade e a estrutura do pensamento, III) as conclusões.

## 2 A ESTRUTURA DE PENSAMENTO E A HISTORICIDADE

Assim como outras terapias, a filosofia clínica caracteriza-se por possuir uma gama de recursos, que lhe permitem atender a demandas, centradas nos seus principais objetivos, os quais residem na tentativa de ajudar o ser humano a compreender de forma mais eficaz, clara, concisa e coerente as questões existenciais aos quais está permeado, e, conseqüentemente a isso, fazer com que o ser humano possa tentar conviver de uma forma mais conveniente, adequada e harmoniosa com estas questões e as suas respectivas interações.

Precisa-se tecer algumas palavras com relação à questão do tempo e do lugar no qual o ser humano está inserido, ao qual pertence, para poder entender como se dá a leitura da realidade do mesmo. Neste ponto, a filosofia clínica entende que as circunstâncias às quais o ser humano vivenciou, ou seja, o lugar onde se encontra, aliadas à questão da temporalidade (o tempo em que vive/viveu), não definem o ser por si só, mas, constituem alguns elementos e características fundamentais e componentes importantes que fazem parte, e podem ser determinantes da sua existência, como aponta o Aiub: “nosso partilhante<sup>2</sup> é a medida de todas as coisas no que se refere à sua própria vida.” (Aiub, 2004, p. 58).

Além disso, a filosofia clínica não trata os problemas apresentados pelo partilhante como uma patologia. Ela não faz o uso do conceito de normalidade e de patologia, ou seja, para a filosofia clínica não existe um padrão de normalidade a ser adotado, o que faz com que seja de extrema importância o conceito de singularidade, isto é, **cada caso é um caso à parte**, levando Aiub a concluir que:

A singularidade é totalmente considerada no processo clínico, o que vejo como melhor opção pode não ser o que outros vêem. Como impor minhas verdades ao outro? Se assim o fizesse deixaria de ser filosofia. (Aiub, 2004, p. 55-56).

<sup>2</sup> Partilhante é o termo adotado pela Filosofia Clínica para definir aquele que procura ajuda, (com) partilhando suas questões existenciais com o terapeuta.



Diferentemente das psicoterapias tradicionais, a filosofia clínica entende que os padrões de normalidade se constituem como algo construído em uma determinada época (categoria tempo) e modificada conforme as próprias alterações aconteçam (categoria circunstância), implicando que, se qualquer padrão de normalidade fosse imposto ao partilhante, isso implicaria um risco de considerá-lo anormal caso estivesse fora dele, como aponta Aiub:

Nosso partilhante pode estar subjetivamente bem, feliz com sua loucura – entendendo a citada loucura como uma atitude fora do padrão –, se isto não colocarem risco sua vida, nem a de outros, o que há de mal em deixá-lo como está? (Aiub, 2004, p. 57).

Portanto, pode-se concluir que a filosofia clínica procura e/ou busca entender o outro, como um ser único, singular e complexo, dentro daquilo que definimos como bases categoriais, conforme vai ser discutido mais adiante. Por fim, o filósofo clínico constituir-se-á terapeuta que poderá ajudar a pessoa que chega ao consultório (partilhante), proporcionando e buscando por uma aproximação e concomitantemente oferecendo um acolhimento. Para tanto, essa aproximação deve ser feita através da colheita da historicidade, concedida pelo partilhante que, posteriormente, permitirá que a análise dessa historicidade seja feita pelo filósofo clínico, que, ao defrontar-se com os dados e informações obtidos, mediante processos metodológicos próprios, permitirão a construção e a montagem da estrutura de pensamento e a localização do partilhante dentro da sua base categorial. Essas, por sua vez, darão ao filósofo os meios necessários para a elaboração das etapas seguintes.

Para justificar essa proposta, recorre-se à Derrida, que traz uma interpretação da filosofia como meio terapêutico:

Sócrates mostra que o todo do corpo só pode ser curado na fonte – a alma – de todos os seus bens e males. Ora o remédio da alma são certos encantamentos. Estes consistem nos belos discursos que fazem nascer na alma a sabedoria. Quando a alma possui por uma vez a sabedoria e a conserva, é fácil então dar saúde à cabeça e ao corpo inteiro. (Derrida, 2005, p. 73)

Ao analisar a obra referência sobre a Grécia Antiga, **Paidéia** (2001), de Werner Jaeger, ela fornece uma estreita relação entre a filosofia e a medicina: a medicina de Hipócrates não teria se desenvolvido da maneira como o fez (fazendo o uso da ciência e de métodos científicos adequados) (Siqueira-Batista; Schramm, 2004), sem as



investigações propostas pelos primeiros filósofos jônicos da natureza (Aiub, 2004). Isso é descrito por Platão, quando este afirma que: “O filósofo tem que ser, em certa medida, um médico.” (Siqueira-Batista; Schramm, 2004), conseguindo fazer pela alma do homem aquilo que o médico faz pelo corpo.

Para Aiub, a busca pelo equilíbrio do todo (a inter-relação de corpo e alma) é papel da filosofia, tornando-a terapêutica:

Essa visão organicista da realidade - onde homem (corpo e alma), natureza e sociedade compõem um todo - é característica da filosofia em seu surgimento. A busca do equilíbrio natural desse todo é tarefa da filosofia, tarefa que somente é possível a partir da compreensão do todo e da inter-relação de suas partes. Uma vez encontrado esse equilíbrio entre corpo, alma, natureza e sociedade, encontra-se a saúde. Através dessa busca a filosofia caracteriza-se como terapêutica, e propondo-se, não à cura, mas ao descobrir e ensinar caminhos para a construção de tal equilíbrio, determina-se como profilática. (Aiub, 2004, p.58).

Possuindo a filosofia uma conexão com a medicina, precisa-se de ferramentas, assim como a medicina precisa, para que sejam fornecidos os meios para que a análise dos fenômenos apresentados pelo partilhante na historicidade em filosofia clínica possam ocorrer. Essas ferramentas, por sua vez, constituem uma composição de elementos que podem ajudar o terapeuta ao longo de todo o processo. Segundo Aiub:

Considerando que a Filosofia Clínica mantém a proposta original da filosofia de conhecer o todo, através dos Exames Categroriais, e a individualidade, ao apresentar um método flexível o suficiente para adaptar-se às características individuais de seu partilhante, observadas na Estrutura de Pensamento e no uso de Submodos Informais, a Filosofia Clínica é filosofia e possui um caráter terapêutico. (Aiub, 2004).

Paulo e Niederauer apontam que as bases categoriais (os exames categoriais) usadas na filosofia clínica poderão advir da lógica formal, fazendo com eles a Divisão, e, posteriormente, elaborando a Estrutura de Pensamento (EP) do partilhante. É a partir dela que o filósofo clínico perceberá como a EP do partilhante está estruturada (como os tópicos conversam entre si), permitindo-lhe análises subsequentes.

Nesse mesmo sentido Aiub relata:

A Lógica Formal é uma ferramenta indispensável ao trabalho do filósofo clínico, porque somente ela poderá nos dar informações coerentes e concisas, mostrando-lhe a racionalidade, ou a ausência dela, presente no discurso de seu partilhante, o qual conhecemos historicidade. (Aiub, 2004).



Pode-se dizer que todo o processo relacionado a filosofia clínica pode ser compreendido como um processo de escuta, o que resulta, conseqüentemente, num processo de ajuda. Isso faz com que esse processo seja essencial e crucial em todo o percurso da clínica. Na obra ‘**A Escuta e o Silêncio**’, Goya descreve bem este processo: **“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”**. (Goya, 2010, p. 127).

Afinal, sendo a filosofia clínica uma linha terapêutica existencial, fundamentada e baseada na própria filosofia, que recorre à sua gênese, ou seja, aos primórdios da filosofia, quando se trata de questões puramente existenciais, isto é, questões que estão no âmago da sua essência, onde a forma como isso se desenvolve se dá pela fala, ou, aquilo que ficou conhecido como o diálogo.

Entendendo que o processo da escuta é de suma importância, partimos para a questão da historicidade, ou melhor dizendo, da colheita da historicidade. Essa, por sua vez, pode ser entendida como o trabalho de escuta por parte do terapeuta, transcrevendo todas as informações fornecidas pelo partilhante. Dessa colheita resultará dados que proporcionarão ao terapeuta informações que lhe permitam a montagem da estrutura de pensamento. Essa inter-relação entre a historicidade e a estrutura do pensamento leva-se a uma pequena reflexão, permitindo formular a seguinte questão: A estrutura de pensamento é um resumo da colheita da historicidade?

## 2.1 A ESTRUTURA DE PENSAMENTO É UM RESUMO DA COLHEITA DA HISTORICIDADE?

Para responder a esta pergunta, precisa-se entender, delimitar e esclarecer o termo de estrutura de pensamento, e sua importância para a Filosofia Clínica.

Conforme aponta Packter, em seu Caderno A: **“A estrutura de pensamento ou simplesmente EP é o modo como a pessoa está existencialmente no ambiente.”** (Packter, 2020, p. 31).

Aiub também propõe-se a responder essa pergunta, apontando que a estrutura de pensamento não é rígida, mas fluida:





Podemos considerar a estrutura de pensamento como a organização dos elementos que compõem e sustentam os modos de ser de uma pessoa. Tal organização é móvel, fluida, acompanha os movimentos da vida, as necessidades dos contextos vividos pela pessoa; mantém algumas de suas ordenações, altera outras; pode aumentar ou diminuir o peso de cada um dos elementos que a constituem; é alterada pelas decisões ou ações da própria, assim como pode ser impactada por decisões ou ações de terceiros, por modificações circunstanciais, por relações estabelecidas, entre muitos outros fatores. (Aiub, 2004, p.67).

Por sua vez, Goya descreve a estrutura de pensamento da seguinte forma:

É a organização formal somatória de todos os modos de manifestação da consciência existentes em uma pessoa, ordenadas em correlações plásticas que variam subjetivamente ao infinito (Goya, 2010, p.174).

Percebe-se, dessa forma, que a estrutura de pensamento é a forma como os tópicos são ordenados, organizados, como eles conversam e se relacionam entre si.

Analisando sistematicamente as definições discutidas anteriormente, podemos concluir que:

- A estrutura de pensamento é derivada diretamente da historicidade do sujeito (partilhante).
- A estrutura de pensamento consiste num conjunto de dados e informações fornecidos pela colheita da historicidade, que permitem ao filósofo clínico entender de quem maneira ou forma os tópicos são ordenados.

É importante salientar que cada caso é um caso à parte, isto é, que, os dados da historicidade de cada partilhante é singular, único, porque cada partilhante possui uma história de vida única e diferenciada conforme as suas vivências do seu dia a dia, das suas relações, possuindo, portanto, uma realidade particular (*sui generis*<sup>3</sup>). Isso constitui-se em fator determinante na forma como os tópicos são ordenados na EP do partilhante.

Ainda sobre a composição da estrutura de pensamento em tópicos perceptuais, Goya descreve a amplitude que ela fornece ao terapeuta:

---

<sup>3</sup> Significa, literalmente, ‘de seu próprio gênero’, ou seja, ‘único em seu gênero’. Usa-se como adjetivo para indicar que algo é único, peculiar, incomum, descomunal, particular, algo que não tem correspondência igual ou mesmo semelhante: uma atividade *sui generis*, uma proposta *sui generis*, um comportamento *sui generis*. A expressão começou a ser usada para coisas especiais, singulares, a partir do século XVIII, principalmente em textos científicos, para qualificar substâncias, enfermidades e até mesmo rochas que não se enquadraram nos grupos conhecidos ou que pareciam ser os únicos de sua classe ou gênero. Pouco a pouco, *sui generis* ultrapassou os limites da ciência classificatória e passou a ser usado para qualquer coisa invulgar, fora do comum. Disponível em: [https://pt.wikipedia.org/wiki/Sui\\_generis](https://pt.wikipedia.org/wiki/Sui_generis). Acesso em: 21 set. de 2022.





Compõe-se, em síntese, de trinta tópicos perceptuais elaborados a partir das mais importantes concepções antropológicas da história da filosofia até hoje. [...] O objetivo é possuir um saber específico e aprofundado naqueles tópicos que se mostrarem importantes e ou determinantes na malha intelectual de uma estrutura de pensamento, quando se fizerem necessárias intervenções pontuais com conhecimento de causa. É uma estrutura por definição aberta à inclusão de novos elementos. Em Filosofia Clínica todo conhecimento julgado acerca do humano é “enquanto”. (Goya, 2010, p.174).

Percebe-se, dessa forma, que a estrutura de pensamento não é uma estrutura fechada e hermética, mas, que está sempre em reconstrução, de tal modo, que permite que mudanças e alterações sejam realizadas ao longo de todo o processo, conforme a necessidade assim o permitir, delineados pelos dados e informações que vão sendo compartilhadas no percurso terapêutico da clínica. Isso fica evidente na citação de Packter, mostrando a fluidez com que a estrutura do pensamento se comporta:

Quero confessar algo que descobri trabalhando em clínica por milhares de horas: a estrutura de pensamento não é rígida. A EP é móvel; ela se transforma e evolui a cada segundo durante toda a vida da pessoa. Mas nesse caso, como é possível se fazer clínica, uma vez que a pessoa se modifica ano após ano, às vezes de um dia para outro, conforme o estado de ânimo? (Packter, 2001, p.83).

Essa fluidez da estrutura de pensamento vem ao encontro da permanente condição humana de estar exposto a um mundo em contínuo movimento, um mundo existencialmente dinâmico, isto é, mundo no qual o ser humano encontra-se numa eterna evolução, considerando que as alterações e mudanças são fatores constantes e corriqueiros, comuns à própria condição de existência humana. Isso fica claro quando Aiub descreve as mudanças que acontecem de maneira involuntária durante a clínica:

Muitas vezes, durante a clínica a EP se modifica. Nas primeiras consultas a pessoa contou uma história, mostrou elementos fundamentais de sua Axiologia, traçou Buscas fundamentais para a sua existência, e, devido a um acontecimento ou ao próprio movimento gerado pela clínica, a pessoa modificou esses dados. Isso significa que a cada consulta a EP do partilhante é atualizada. Mas como há elementos que se mantêm, é possível fazer clínica acompanhando o movimento existencial da EP. (Aiub, 2004, p. 70).

Após essa discussão sobre a estrutura do pensamento no campo da filosofia clínica, volta-se à pergunta inicial: A estrutura de pensamento é um resumo da colheita da historicidade?

A estrutura de pensamento é diretamente ligada à historicidade, conforme visto anteriormente. Esse, que nada mais é do que a história de vida do partilhante, contada por ele mesmo, ou seja, contada do seu próprio ponto de vista, como relata Pedrosa:



A historicidade é o instrumento por onde geralmente começamos a conhecer o partilhante. É uma forma organizada de concatenar dados, conteúdos para que o filósofo clínico possa conhecer melhor a pessoa com quem vai trabalhar. A historicidade é a história do sujeito vista por ele mesmo. (Pedrosa, 2017, p. 18).

Dessa forma, percebe-se que a historicidade constitui-se na fonte de dados que dará suporte ao filósofo clínico, fornecendo o conteúdo base para a montagem do que chamamos em filosofia clínica de Estrutura de Pensamento (EP), é a forma como estão ordenados e/ou organizados os tópicos, permitindo ao terapeuta poder entender as questões existenciais do partilhante.

Em vista disso, pode-se dizer, também, que a historicidade do partilhante, colhidapelo terapeuta, é, sem dúvida, a melhor fonte inicial de informações para a continuação de todo o processo da clínica. Neste contexto, Packter relata que:

Seguramente, a historicidade é a maior fonte inicial de pesquisa para o filósofo clínico. Depois, durante toda a atividade clínica, ela se mantém como sólido alicerce. Incontáveis ocasiões acontecem para o filósofo retornar e retornar à historicidade. (Packter, 2020, p. 19).

Conforme apontam Paulo e Niederauer, a historicidade pode se comparar com a arqueologia, pois, apresenta traços do passado, os quais se refletem no presente (atual momento da sua existência) e podem refletir no futuro, sendo que, os três tempos constituem a historicidade:

A historicidade em filosofia clínica pode ser comparada à arqueologia. A palavra tem sua origem do grego “arcai, arquero” que significa antigo, velho, arcaico; é a ciência que estuda monumentos e vestígios de civilizações antigas. A comparação diz respeito ao estudo do que é passado, do que já existiu, vestígios que podem ser tanto materiais, como imateriais, sentimentos, emoções, palavras, situações, pessoas, lugares, etc., a análise dessa historicidade será realizada através das etapas. (Paulo; Niederauer, 2013, p.17).

Afinal, como a historicidade é a base de todo o processo da filosofia clínica, tudo aquilo que for derivado dela, tornar-se-á, conseqüentemente, um subproduto da mesma. Entretanto, isso não faz da EP um mero resumo da historicidade, mas é através dela que as movimentações, ordenações, conversações e as interações dos tópicos são identificados, e concomitantemente a isso, as ligações dos mesmos em relação ao assunto último.

Em suma, podemos fazer mais uma reflexão: sem a historicidade, haverá estrutura de pensamento?



## 2.2 SEM A HISTORICIDADE, HAVERÁ ESTRUTURA DE PENSAMENTO?

Percebe-se que, a colheita da historicidade é a base de formulação da estrutura de pensamento, pois, essa historicidade é o produto da representação que a pessoa (partilhante) tem dela mesma, dos seus respectivos anseios e angústias, das suas relações, das suas vivências, enfim, de todo o seu entorno (base categorial) e da forma como interage com o mesmo. Assim, a interpretação da historicidade, por parte do terapeuta, permite a elaboração da estrutura de pensamento, historicidade essa que também servirá de base para todo o processo da filosofia clínica, que se dará subsequentemente.

Conclui-se, portanto, que a estrutura de pensamento não pode ser separada da colheitada historicidade<sup>4</sup>, matéria base do qual a mesma está constituída, pois a EP deriva diretamente da própria historicidade, ou seja, ela é um elemento primordial para a identificação dos tópicos (a forma como os quais estão interconectados) do partilhante e consequentemente fazer a elaboração da estrutura de pensamento, assim como descrito Goya:

Com indicações problemáticas a partir do assunto imediato (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. (Goya, 2010, p. 48).

Portanto, pode-se concluir que, sem a colheita da historicidade, não haverá possibilidade de uma montagem de estrutura de pensamento, pois, a historicidade é a espinha dorsal de todo esse processo. Para Packter, “O filósofo clínico terá uma espécie de autobiografia da pessoa e é a partir daí que o trabalho é realizado.” (Packter, 1997, p. 16), ou seja, a elaboração da estrutura de pensamento, a partir da historicidade e as outras etapas da clínica, é imprescindível. Dessa forma, podemos concluir que, na ausência de casos emergenciais, sem a colheita da historicidade não haverá EP.

Nas precedentes linhas, foi visto a ligação entre a historicidade e a estrutura de pensamento, e como a existência da estrutura de pensamento está diretamente ligada à

---

<sup>4</sup> Existem casos de exceção, onde essa premissa não ocorre. São conhecidos como casos extremos, onde o partilhante está em situações em que se encontra debilitado, ou ainda, não possuindo as devidas condições psíquicas mínimas, impossibilitando-o de narrar a sua historicidade. Esses casos são chamados de casos emergenciais e foram descritos por Packter.



historicidade. Isso pode, *a priori*, confundir a própria estrutura de pensamento com o ser (partilhante), levando-se a mais uma reflexão, levantando a seguinte questão: a estrutura de pensamento é o próprio partilhante?

### 2.3 A ESTRUTURA DE PENSAMENTO É O PRÓPRIO PARTILHANTE?

Discutiu-se, anteriormente, que a EP diz respeito à organização dos elementos que a compõem, isto é, como os tópicos estão interligados, estão amarrados, conversam e conflitam entre si. Isso ocorre mediante a colheita da historicidade (a história de vida do partilhante contada por ele mesmo), que não pode ser confundida com o próprio partilhante.

Outrossim, a EP também não será o próprio partilhante, em suma, não pode e não deve ser confundida com o próprio partilhante. Isso mostra que, mesmo que a EP faça parte da existência do próprio partilhante, existe um distanciamento entre o partilhante e a estrutura de pensamento, isso porque o partilhante antecede a estrutura de pensamento.

Isso pode ser visto claramente em Packter, no seu Caderno A, quando o mesmo relata que a EP não é o partilhante:

Note que a pessoa é anterior à Estrutura de Pensamento, 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? (Packter, 2020, p. 31).

Mais adiante, o mesmo relata a importância do cuidado com essa distinção, constituindo-se numa linha tênue:

Agora, já percebi que não há, aqui, como em quase tudo o mais, um dado consensual: alguns filósofos certamente consideraram a pessoa como sendo apenas uma Estrutura de Pensamento, outros saberão distanciar uma da outra; sem contar aqueles que entenderão tudo, Pessoa & Estrutura de Pensamento, como um todo. Em suma, entenda como quiser. Elaborar a Estrutura de Pensamento da pessoa exige cuidados e critérios que passo a explicar a seguir. (Packter, 2020, p. 32).

Pode-se perceber que, tanto Packter, quanto os outros autores citados neste trabalho, deixam claro que a estrutura de pensamento não é o partilhante, mas, uma interpretação da sua realidade temporal (passado-presente-futuro), (categoria tempo), da realidade espacial (domínio no qual vive ou está inserido), (categoria lugar) e da forma



como ele está estruturado nelas, a forma como os elementos estão ordenados na sua malha intelectual e, conseqüentemente, interage e modifica (e é modificado) esta estrutura conforme as vivências existenciais do seu dia a dia, estrutura essa que não é rígida, mas maleável, permitindo que ocorram modificações constantes, conforme a sua base categorial (assunto, lugar, tempo, relação e circunstância).

### 3 CONCLUSÕES

A imagem de que o ser humano, na sua própria existência, permeado pelos seus anseios e numa busca por autoconhecimento, com ênfase no olhar para dentro de si, e que, ao mesmo tempo, tenta perceber a realidade exterior que o cerceia, o leva a buscar alternativas que concretizem isso, ou ainda, que lhe permitem uma interação mais realista e concreta com a própria realidade.

Ao longo deste trabalho discutimos a importância de ir além do conceito de saúde como normalidade, avançando no campo das psicoterapias tradicionais, oferecendo uma alternativa para as questões existenciais, num olhar para dentro de si, na perspectiva da filosofia clínica. Dessa forma, as psicoterapias surgem como uma alternativa para que esse processo ocorra. Mais especificamente, terapia da filosofia clínica surge como uma dessas alternativas que, deixa de lado os conceitos patológicos e de normalidade, abordando o ser humano como um ser singular, isto é, um ser que possui uma condição de existência única e deve ser visto como tal, não desconectando o mesmo da suas questões existenciais. Nesse cenário é que a filosofia clínica floresce, em contraponto a essas psicoterapias tradicionais, fornecendo alternativa para que essas questões existenciais sejam ouvidas, abordadas de uma maneira mais ampla e, posteriormente, possibilitem ao ser melhor compreendê-las, de tal forma que ele possa reorganizá-las e, conseqüentemente, possa conviver com essas questões de uma forma mais conveniente.

Com base nisso, a historicidade é uma condição *sine quo non* dentro da filosofia clínica que permite entender/compreender a complexidade da singularidade que constitui esse ser (partilhante), estabelecendo assim uma relação com ele, e conseqüentemente estabelecer uma conexão inicial. Dessa forma, o partilhante que chega ao consultório traz consigo suas queixas, suas dores, sua felicidade, e tudo que faz parte da sua existência. É por isso que o filósofo clínico, ao colher a historicidade do partilhante deve ser detalhista, porque é através da mesma que é realizado um mapeamento de como é o partilhante,



fazendo o uso da aproximação. Essa historicidade, por sua vez, traz ao terapeuta dados e informações que lhe proporcionam conteúdo necessário para a montagem de EP. É nessa linha de pensamento quefoi proposto que a colheita da historicidade torna-se a base da EP.

Por outro lado, a EP pode ser descrita como a organização dos elementos que compõem e sustentam os modos de ser do partilhante, dando ao terapeuta a possibilidade de entender/compreender como os tópicos que compõem esta estrutura estão organizados. Isso não faz com que a estrutura de pensamento seja fixa, rígida ou ainda que seja hermética, mas, em contrapartida, faz com que assuma uma condição de maleabilidade, de fluidez, assumindo que constantes mudanças possam ocorrer durante todo o processo da terapia na filosofia clínica.

Dessa forma, podemos concluir que a historicidade e a estrutura de pensamento estão intimamente inter-relacionadas. Isso não pode ser confundido com a ideia de que a estrutura de pensamento é o próprio partilhante, pois, o partilhante antecede a mesma, e que esta traz elementos que mostram a forma como o partilhante está estruturado existencialmente, ou seja, como os tópicos que fazem parte da sua EP estão interconectados, ou ainda, estão em conflitos, em choques, em constantes modificações e reorganizações.

## REFERÊNCIAS

AIUB, M. **Para entender filosofia clínica: o apaixonante exercício do filosofar**. Rio de Janeiro: Wak, 2004.

ANFIC. **Diretrizes Curriculares Nacionais para a Formação em Filosofia Clínica**. Dez. 2018. Disponível em: <https://www.anfic.com.br/documentos/diretrizes-curriculares-nacionais-para-a-formação-em-filosofia-clinica/>. Acesso em: 17 set. de 2022.

DERRIDA, J. **A farmácia de Platão**. São Paulo: Iluminuras, 2005.

FOLHA DE LONDRINA. **No consultório do filósofo**. 2009. <https://www.folhadelondrina.com.br/cidades/no-consultorio-do-filosofo-697-37.html>. Acesso em: 17 set. de 2022.

GOYA, Will. **A Escuta e o Silêncio: lições do diálogo na filosofia clínica = *Listening and silence: lessons from dialog in clinical philosophy*** / Will Goya; tradução Clare Charity; revisão Fernanda Moura. Goiânia: Ed. da PUC Goiás, 2010. 422p.



INSTITUTO PACKTER. **Frases e pensamentos de especialistas em filosofia clínica.** Disponível em: [https://www.institutopackter.com.br/frases\\_de\\_filósofos\\_clínicos.html](https://www.institutopackter.com.br/frases_de_filósofos_clínicos.html). Acesso em: 17 set. de 2022.

JAEGER, Werner. **Paidéia: a formação do homem grego.** 4ed. Tradução: Artur M. Parreira. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

LIMA, José Gabriel de Oliveira; SILVA, Márcio José Andrade da (Orgs.). **Apostila 1 – Introdução à Filosofia Clínica.** Campinas-SP: Instituto de Filosofia Clínica de Campinas e Região, 2015. 48 p. Disponível em: <https://institutosendtko.eadbox.com/ng/student/courses/programa-de-p-s-graduacao-lato-sensu-em-filosofia-clinica-ead/lectures/mes-01-apostilas-introducao-em-filosofia-clinica/contents/5e2097b63cb6320037929de2/>. Acesso em: 20 out. 2022.

PACKTER, Lúcio. **Caderno A, Filosofia Clínica.** Porto Alegre: Mikelis, 2020. 67 p.

PACKTER, Lúcio. **Caderno J: especialização em filosofia clínica.** Porto Alegre: Instituto Packter. 39 p.

PACKTER, Lúcio. **Caderno N: planejamento clínico.** Porto Alegre: Instituto Packter. 79 p.

PACKTER, Lúcio. **Propedêutica.** 3<sup>a</sup>.ed. Florianópolis: Garapuvu, 2001. 176 p.

PAULO, Margarida N.; NIEDERAUER, Mariza Z. **Compêndio de filosofia clínica: caso Nina.** Rio de Janeiro: Livre Expressão, 2013. 306 p.

PEDROSA, Rose. **Historicidade: narrativa existencial.** Porto Alegre: Mikelis, 2017. 36p.

PLATÃO. Protágoras ou sofistas. Trad. <sup>a</sup> Lobo Vilela. Lisboa: Editorial Inquérito, LDA. **Revista Internacional de Filosofia Clínica**, Porto Alegre, v. 1, IP. 11-27, jan./jun. 2005. 84 p.

PLATÃO. Teeteto – Crátilo. *In: Diálogos de Platão.* Trad. Carlos Alberto Nunes. 3.ed. Belém: Universidade Federal do Pará, 2001, 35 p.

PRIZO, Paula Regina Medeiros. **Filosofia clínica: a busca pela liberdade do Ser.** [monografia]. Rio de Janeiro: IFCH/UERJ, 2021.

REVEL, Jean François. **Histoire de la philosophie occidentale – Tome 2.** Paris: Stock, 1970. 523 p.

SEGRE Marco; FERRAZ Flávio Cavalho. O conceito de saúde. **Revista Saúde Pública**, v. 31, n. 5, p. 538-542, 1997. (Ponto de Vista). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/ztHNk9hRH3TJhh5fMgDFCFj/?lang=pt#not1>. Acesso em: 10 set. de 2022.





SIQUEIRA-BATISTA, R.; SCHRAMM, F. R. Platão e a medicina. **História, Ciências, Saúde**, Manguinhos, v. 11, n. 3, p. 619-634, set.-dez. 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-59702004000300005>. Acesso em: 04 set. de 2022.

---

\* Mestrando do Curso de Pós-Graduação *Stricto Sensu* do Instituto Sendtko de Ensino Superior Chapecó-SC – Mestrado Livre e Institucional em Filosofia Clínica (PPG-ML1-FC). E-mail: [josue2015@yahoo.fr](mailto:josue2015@yahoo.fr)