



NÚMERO 24

Abril 2017

Buenos Aires

ISSN 1669-9092

FILOSOFÍA COMO TERAPIA: HACIA UN MODELO CONCEPTUAL ¹

Konrad Banicki

Traducción: © Daniel López Salort

Resumen: La idea de la filosofía como una clase de terapia, aunque no por medios comunes, ha estado presente en la reflexión metafilosófica desde la antigüedad. Diversas versiones de eso fueron discutidas y aplicadas por autores más recientes tales como Wittgenstein, Hadot y Foucault. Es sujeto de análisis aquí el desarrollo de una consideración explícita, general y sistemática de un modelo de filosofía terapéutica relativamente amplio y bien estructurado provisto por Martha Nussbaum. Los resultados obtenidos, en consecuencia, forman una base para un nuevo modelo construido alrededor de un conjunto de nociones intrínsecamente conectadas con cualquier forma de terapia filosófica, psicológica o médica. El esquema conceptual de: enfermedades y sus síntomas, el ideal de salud, el proceso de tratamiento con sus

Publicado originalmente en *Philosophical Papers*, Vol. 43, Nº 1, Marzo 2014, pp. 07-31.

¹ Estoy en gran deuda con la asistencia de Richard Srabji y Dylan Futter, cuyas inteligentes sugerencias me han permitido desarrollar sustancialmente este trabajo. Las deficiencias que quedan son sólo mi responsabilidad.

técnicas, la teoría terapéutica, el facultativo, el paciente, y la relación facultativo-paciente es construida e investigada en el contexto de su posible uso metafilosófico. Un aplicación ilustrativa de este esquema para la terapia filosófica desarrollado por el Estoicismo es, por lo tanto, discutido. Finalmente, el tema del alcance de la metafilosofía terapéutica tanto como el problema de la especificidad e integridad de la filosofía terapéutica está brevemente indicados.

Abstract: The idea of philosophy as a kind of therapy, though by no means standard, has been present in metaphilosophical reflection since antiquity. Diverse versions of it were also discussed and applied by more recent authors such as Wittgenstein, Hadot and Foucault. In order to develop an explicit, general and systematic model of therapeutic philosophy a relatively broad and well-structured account provided by Martha Nussbaum is subjected to analysis. The results obtained, subsequently, form a basis for a new model constructed around the set of notions intrinsically connected with any, philosophical, psychological, or medical, form of therapy. The conceptual framework of: disease and its symptoms, the health ideal, the process of treatment with its techniques, therapeutic theory, physician, patient, and the physician-patient relationship is constructed and investigated in the context of its possible metaphilosophical use. An illustrative application of this scheme to philosophical therapy developed by Stoicism is, then, discussed. Finally, the issue of the therapeutic metaphilosophy's scope as well as the problem of therapeutic philosophy's specificity and integrity are briefly indicated.

La posibilidad de una filosofía terapéutica usualmente parece ser totalmente ignorada o más o menos rechazada por la tradición filosófica anglófona dominante. Un buen ejemplo de esta actitud común de aquellos filósofos que se ocupan de discutirlo absolutamente puede ser encontrado en la declaración de Cooper (2009, 193) de que el “el proyecto de una filosofía práctica...es tan poco prometedor que cualquiera que espere una guía práctica de los filósofos no puede ser serio” (178)². Incluso dentro del estudio inspirado por una perspectiva explícitamente terapéutica de las *Investigaciones Filosóficas* de Wittgenstein, “eso es tomado como garantía de que estamos tratando con una comparación o analogía que no debería ser llevada muy lejos” (Fischer 2011a, 49).

El principal propósito del presente trabajo es desarrollar un esquema conceptual dentro de la idea de la filosofía como una clase de terapia que pueda ser literalmente especificada y fructíferamente investigada. Ese modelo terapéutico de filosofía puede ser considerado como una clase de instrumento conceptual metafilosófico y sometido, en consecuencia, al análisis y evaluación desde una perspectiva determinada por los propósitos del carácter metateórico.

La variedad de objetivos que pueden ser tomados en consideración pueden ser ordenados en tres grupos principales. El modelo en cuestión, ante todo, puede ser

² Para una evaluación similar de la idea de la filosofía terapéutica ver Williams (1994, 1997). Cf. una perspicaz discusión de las opiniones de este último, en Sorabji (1997).

aplicado como una construcción central metateorética desarrollada dentro de una particular filosofía. Esta última, por consiguiente, puede ser introducida, presentada y practicada como una clase de terapia. En segundo lugar, el modelo terapéutico de filosofía puede ser empleado como una herramienta para comparar dos o más filosofías terapéuticas. Este modo de aplicación las abarca como tentativas fuertemente interconectadas para encontrar los puntos comunes que comparten las filosofías escrutadas y aquellas características que las diferencian. Hay, finalmente, un posible tercer diseño de la utilización del modelo terapéutico. La consideración de una filosofía en particular como una terapia (o filosofías en particular como terapias), puede llevar a una comparación fructífera con otras formas no filosóficas de terapias, como aquellas que son características de la psicoterapia y tanto de la medicina somática como la psiquiátrica.

Los tres modos de aplicación del modelo terapéutico no son lógicamente independientes: el primero (una filosofía particular como una terapia) es el más fundamental y está presumido por el segundo (diferentes filosofías como forma de terapia) y el tercero (filosofía como terapia versus terapia no filosófica). Cualquier utilización válida del modelo, en consecuencia, debe estar basada en la hipótesis de trabajo de que hay al menos una clase de filosofía que puede ser viablemente interpretada como terapéutica.

Mientras desarrollamos un modelo conceptual de filosofía entendida como terapia, sería desconsiderado ignorar los propósitos ya hechos dentro de este campo. Una considerable cantidad de inspiración, en particular, puede ser encontrada en los muy influenciados y de algún modo clásicos aportes ofrecidos por Ludwig Wittgenstein (1953/1999), Pierre Hadot (1995, 2002; cf. Chase 2007; Davidson 1990; Sellars 2009), y Michel Foucault (1986, 1998, 2000)³. Sin embargo, si uno busca un modelo metafilosófico explícito y completamente realizado, uno tendrá que referirse a análisis más recientes ofrecidos por Eugen Fischer (2010, 2011a, 2012b), o Martha Nussbaum (1996; para una reseña y consiguiente discusión cf. Williams 1994; Sorabji 1997; Williams 1997)⁴.

3 Las consideraciones de Hadot y Foucault basadas, respectivamente, en las nociones de *ejercicio espiritual* y *el cuidado de sí (las tecnologías del yo)*, no son terapéuticas estrictamente hablando. Lo que es común a ambas aproximaciones es el foco en el aspecto práctico de la filosofía y aproximadamente una atención exclusiva en la filosofía antigua. La diferencia yace en el reconocimiento del aspecto más crucial de tal práctica filosófica. Para Hadot es la noción de *askesis*, la que está reconocida como la más relevante metafilosóficamente. Para Foucault, a su vez, el tema socrático de *epimeleia heautou* tanto como el concepto de *techne peri ton bion* son las tomadas como más significantes (cf. Sellars 2009).

4 El trabajo de Fischer, con sus propósitos explícitamente metafilosófico y conceptuales, es parcialmente paralelo al proyecto emprendido aquí. Cf. también Ganeri (2010), Gowans (2010), y Peterman (1992). El estudio de Gowans (2010, 33), merece una atención especial porque se conecta con la seria consideración de la visión terapéutica de la filosofía y el conocimiento de sus 'obvias atracciones', con los análisis igualmente serios y cuidadosos de las disanalogías entre medicina (principalmente somática) y filosofía y, por lo tanto, de la visión de las limitaciones internas.

El propósito presentado por Nussbaum en *Therapy of Desire* está basado en los escritos de Aristóteles (cf. Jaeger 1957) y es especialmente valioso como recuento de su profundo carácter y amplio horizonte que se extiende desde Aristóteles a las escuelas helenísticas del Estoicismo, Epicureísmo, y Pirronismo. El estudio entero, además, está estructurado por un sistemático modelo médico de argumento filosófico. El modelo de Nussbaum, teniendo un considerable potencial heurístico, será adaptado y generalizado en el presente trabajo. Primero, sin embargo, será brevemente introducido y analizado.

La principal parte del modelo consiste en ocho características en el contexto de las cuales cualquiera argumento de ética terapéutica es analizado. Aunque las ocho características enumeradas por Nussbaum (1996, 45-46) son solamente “probables” y “por ningún medio...dan ni necesarias ni suficientes condiciones para un procedimiento ético médico”, tres de ellas son suficientemente cruciales “estar en el presente, de alguna forma, en cualquier visión ética que las tome para dirigirlas a una analogía médica⁵.”

Estas características esenciales son las siguientes (Nussbaum 1996, 46). Primero, hay un objetivo práctico requerido: todos los argumentos de ética, comprendidos dentro de las líneas médicas, ‘están dirigidos a hacer mejor al paciente’, y deberían ser evaluados respectivamente. Esencialmente, esta particular dirección del objetivo, no debería ser tomado como necesariamente implicando la verdadera instrumentalidad de los argumentos en cuestión. En algún caso, incluyendo aquellos de Aristóteles y los Estoicos, se espera que los argumentos sean tanto útiles en la práctica y válidos independientemente. La orientación práctica está por lo tanto conectada con un valor relativo. El argumento de la ética terapéutica, en particular, ‘en algún nivel...respondería a profundos deseos o necesidades del paciente’. La visión ‘platónica’, entendida como grandes normas que son completamente externas y accidentales a la naturaleza humana está, por consiguiente, a principalmente excluida. Los argumentos de la terapia filosófica, finalmente, son entendidos como una respuesta a una particularidad, por ejemplo como relacionados a un caso en particular, ‘a la situación concreta del paciente y sus necesidades’.

El no-esencial segundo grupo de características terapéuticas es introducido como ‘más controversial’ (Nussbaum 1996, 46): no todas las escuelas éticas que son médicas las aceptan⁶. Entre estas características adicionales uno puede encontrar: el foco en el individuo como tal (más que en la comunidad o en el individuo como miembro de una comunidad), el uso instrumental de la razón práctica y, por lo tanto, el valor instrumental de las características de un buen argumento, junto con la asimetría de la relación entre el facultativo filosófico y el paciente, y la pérdida del examen “simpático” de los puntos de vista terapéuticos alternativos al empleado.

Las características menos universales como tales proporcionan un medio de diferenciación entre las filosofías terapéuticas particulares y constituyen una propiedad metateórica que puede llamarse, por analogía a la psicometría, una confiabilidad

5 Hasta donde se ocupan las filosofías estudiadas por Nussbaum, estas características están presentes no solamente en las corrientes helenísticas sino también en Aristóteles.

6 La ética de Aristóteles, por ejemplo, las rechaza por completo.

diferencial del modelo. Las tres esenciales, y las cinco adicionales y no universales características compartidas del argumento terapéutico, pueden ser entendidas en consecuencia como determinando una dimensión desde el argumento médico ético en un sentido “más débil” (solamente las características esenciales que se presentan), a un argumento médico ético “más fuerte” (se presentan tanto las características esenciales como las adicionales).

El modelo del argumento ético terapéutico propuesto por Martha Nussbaum está ciertamente desarrollado muy cuidadosamente, así como justificado por su aplicación fructífera. Además, está construido con una claridad y exactitud inspiradora, que le permite a uno dominar directamente la investigación y la crítica, por ejemplo, sin arduos esfuerzos de reconstrucción. Para iniciar una evaluación crítica pueden ser hechas dos observaciones importantes.

Primero, debería ser enfatizado que el modelo de Nussbaum es, en su formulación directa y explícita, un modelo de argumento filosófico. A consecuencia de este hecho, esencialmente, puede ser aplicado a un complejo e internamente fenómeno heterogéneo de filosofía solamente hasta donde luego puede ser comprendido en su totalidad, como un conjunto de argumentos o siendo reducible a ellos. Tal perspectiva, uno tiene que admitir, no tiene necesariamente un foco sobre los argumentos entendidos estrechamente de un modo abstracto y separado. En realidad, como el análisis inspirador y muy prolífico de Nussbaum lo ha mostrado, puede ser considerablemente más rico siendo redirigido a prácticas argumentativas tomadas dentro de su contexto global, incluyendo las de clase psicosocial y retórica. Todavía, sin embargo, parece ser significativamente parcial en favor de la visión de la filosofía como orientada fundamentalmente a la Verdad, especialmente cuando es leída literalmente y aplicada sin las características flexibles de Nussbaum. No puede ser satisfactoriamente explicado, respectivamente, la filosofía entendida como una práctica vital o, más específicamente, la filosofía como terapia o medicina (cf. Cooper 2009).

La segunda observación concierne al hecho de que el alcance original del modelo en cuestión es aun más estrecho. Cuando leemos nominalmente, en particular, no es todavía un modelo de todas las clases de argumentos filosóficos. En su lugar, es un modelo de argumento ético, que puede o no conducirnos a argumentos propios o de otras subdisciplinas filosóficas tales como epistemología o metafísica. Pero aun si siempre lo hiciera, uno podría todavía argumentar que hay filosofías terapéuticas que serían mucho más viables de tratar derivadas de orígenes que no son de tipo ético (por ejemplo, la filosofía de Descartes, cf. Hadot 1995, o las visiones estoicas sobre la naturaleza del tiempo y del ser, cf. Sorabji 1997).

El modelo de la filosofía terapéutica entendida en términos de argumentos éticos o, más ampliamente, de prácticas argumentativas, puede ser utilizado para investigaciones metateóricas, en filosofías en particular y/o para comparaciones entre ellas, y, realmente, ambas de estas aplicaciones están presentes en la obra de Nussbaum. Lo que es crucial en el presente contexto, sin embargo, es que su modelo no puede ser directamente aplicado a la comparación de terapias filosóficas con las terapias no-filosóficas (no argumentativas), tales como aquellas de la medicina somática y la psicoterapia no-cognitiva. Por lo tanto, no solamente es inaplicable para técnicas cognitivas menos dirigidas y/o no totalmente cognitivas, de terapia filosófica, tales como

narrativas, imaginarias, o confesionales, sino también es fundamentalmente inapropiado para el análisis de técnicas de tipo corporal o conductual.

La fuerte posibilidad de clasificar estas últimas técnicas como filosóficas parece hoy sorprendente y controversial, pero fue relativamente sencillo y natural para el caso paradigmático de la filosofía terapéutica, por ejemplo para la filosofía terapéutica antigua griega y romana. El estoico Musonius Rufus explícitamente distinguió entre dos especies de ejercicios filosóficos (*askesis*, ver Sellars 2009), uno directamente relacionado al alma, y otro constituido por entrenamiento físico y, por lo tanto, directamente referido al cuerpo. Este último tipo, esencialmente, a pesar de su carácter corporal, estaba todavía considerado como impactando indirectamente en el alma. Era realmente por esta razón que el entrenamiento en la resistencia al hambre, frío, y sufrimiento, el acostumbamiento a una vida libre de lujuria, confort, y civilización, tanto como a las técnicas de tipo de auto-pruebas, podrían haber sido comprendidas como propiamente filosóficas por los antiguos (cf. Hadot 1995, 2002; Foucault 1986, 1988, 2000; Sellars 2009)⁷.

En comparación con la muy amplia perspectiva metafilosófica de los antiguos, el modelo ofrecido por Nussbaum parece ser demasiado estrecho y demasiado excesivamente ajustado a la noción de filosofía constituida, primero que todo, por argumentos. Parece posible, en consecuencia, que otro modelo médico más universal (terapéutico) y de carácter menos específicamente filosófico puede ser la fuente de un potencial metateorético que está perdido en el esquema conceptual de Nussbaum. Un intento de desarrollar tal modelo será emprendido en este trabajo.

El modelo construido aquí estará comprendido en un conjunto de nociones presentes en la definición de terapia o implicada por ella. La posibilidad de esta clase de modelo terapéutico ha sido ya puntualizado por Michel Foucault (1986, 54). En el tercer volumen de *History of Sexuality*, en particular, él nota que la filosofía y la medicina se basan de hecho en un conjunto compartido de nociones, cuyo elemento central es el concepto de 'pathos'...Sobre las bases de este concepto compartido, fue posible construir una red de análisis que fue válida para las enfermedades del cuerpo y del alma". 'Estas nociones y esquemas', más tarde, pueden ser utilizadas "como una guía común para una medicina del cuerpo y las terapéuticas del alma. Ellas hacen posible no solamente aplicar el mismo tipo de análisis teórico a los problemas físicos al igual que a los desórdenes morales, sino también usar la misma clase de enfoque en atenderlos,

7 Cf. Hadot's (2002) remarca la idea de que el ejercicio filosófico está enraizado en la actividad deportiva como se encuentra en el gimnasio y en Foucault (1988, 37), opinión de que la gimnasia puede ser considerada como el polo opuesto de la meditación: "Mientras la meditación es una experiencia imaginaria que entrena el pensamiento, la gimnasia es el entrenamiento en un situación real, aun si está siendo artificialmente inducida".

tratarlos, y, si es posible, curarlos” (Foucault 1986, 55)⁸. La postura metateórica ofrecida por Foucault ciertamente amerita una posterior elaboración y sistematización⁹.

Para las razones de claridad y exactitud parece ser útil comenzar por una definición de terapia. Si la terapia es entendida como toda práctica “diseñada para realizar algún ideal de salud en alguna situación o situaciones en las cuales ese ideal no está realizado; esto es, enfrentando alguna enfermedad” (Peterman 1992,3), entonces, por el camino de análisis conceptual relativamente simple, uno puede distinguir un conjunto de nociones directamente involucradas en esa definición o implicadas por ella.

Algunas de estas nociones, tales como el ‘ideal de salud’, una ‘situación... en la cual ese ideal no se realiza’ y la práctica diseñada para realizar lo primero, están explícitamente presentes en la definición. Pueden ser transformadas, respectivamente, en el ideal de salud, la dolencia (o enfermedad¹⁰), y el proceso de tratamiento. La estructura constituida por estos tres conceptos parece ser tanto un pensamiento relativamente sencillo como generalmente aceptado sobre medicina o terapia de cualquier tipo. En realidad, eso parece ser compartido por ambas perspectivas metaterapéuticas occidentales y orientales. Nussbaum (1996, 28-29), por ejemplo, discute “tres ideas íntimamente relacionadas...que comparten una con otra y son sostenidas juntas en el proceso investigativo terapéutico”: ideas de ‘diagnóstico tentativa de enfermedad’, ‘normas tentativas de salud’, y la ‘concepción del apropiado método filosófico y el procedimiento’. Además, si uno agrega una distinción entre los síntomas y las causas de una enfermedad, eso asoma presente en la India como la estructura cuádruple de enfermedad (ver Ganeri 2010; Gowans 2010).

El concepto de enfermedad es el más importante de los tres conceptos introducidos más arriba. Porque es esta noción la que determina los fines específicos de la conducta terapéutica y permite la aplicación literal del término ‘terapia’ (Fischer 2011a)¹¹. Por esta razón, por lo tanto, la primera cosa que tiene que hacer cualquier visión terapéutica confiable de filosofía es identificar las dolencias que intenta curar (cf. Fischer 2011b, 22). Sin esa identificación cualquier referencia al carácter terapéutico del

8 Cf. los títulos de capítulos de Nussbaum (1996) que se refieren a la ‘cirugía’ epicúrea, las ‘purgativas’ pirronianas, y los ‘tónicos’ estoicos, además del escrito de McPherran’s sobre la ‘homeopatía escéptica’.

9 Desde la original formulación de Foucault ha habido por lo menos unos pocos autores que notaron y se fijaron fructíferamente sobre los ‘importantes temas conceptuales en pensar la filosofía como una forma de terapia’ (Peterman 1992, 1; cf. Fischer 2011a, 2011b; Ganeri 2010; Gowans 2010). Los metafilosóficos puntos de vista provistos por estos autores son algunas veces análogos a los que constituyen el modelo presentado aquí. Algunas de las semejanzas serán señaladas más adelante.

10 La distinción entre dolencia y enfermedad comúnmente planteada dentro de la filosofía de la medicina (ej. Eisemberg 1977) no necesita ser seguida en esta presentación general.

11 La misma tarea podría ser, en principio, cumplida por el ideal de salud positivamente especificado. Esta alternativa, sin embargo, es muy raramente usada.

proyecto en cuestión permanecerá peligrosamente cerca de una metáfora oscura o incluso de un ornamento verbal sin ningún sentido en particular. Con el fin de encontrar la noción literal de enfermedad, que no estaría por defecto sesgada hacia una clase de terapia filosófica o cognitiva, puede ser útil referirse a la filosofía contemporánea de la medicina y, más específicamente, a la nombrada como aproximación de acción teorética. Refiriéndose a Nordenfelt (1995, 108), por lo tanto, uno puede decir que:

D es una enfermedad en el ambiente E si D es un tipo de proceso físico o mental que, situado en una persona P en E, comprometería en alta probabilidad la salud de P.

Esta noción de enfermedad, curiosamente, es formalmente negativa. En particular, es secundaria al concepto de salud entendida como “la habilidad de una persona, en circunstancias normales, para lograr sus objetivos vitales” (Nordenfelt 1995, 145; cf. Peterman 1992, 7).

La ventaja importante de la definición anterior es su relatividad y su flexibilidad. Los objetivos vitales de una persona, en particular, pueden ser especificados como la supervivencia y la reproducción, para tener una definición fácilmente reconciliable con el paradigma dominante de la medicina somática, como la más prominentemente representada por el enfoque bioestadístico de Boorse (1977). Alternativamente, a su vez, ellos pueden ser referidos al ideal del “completo bienestar físico, mental y social” de la Organización Mundial de la Salud (1948), lo cual será más adecuado para las necesidades de los profesionales de la salud mental. Finalmente, también son posible las consideraciones específicamente filosóficas.

Las nociones de enfermedad y sus síntomas, de salud y del proceso de tratamiento, como ya ha sido dicho, están más o menos contenidas en el concepto de terapia y universalmente reconocidas como tal. Además, algunos otros conceptos, aunque no explícitamente incluidos, están implicados por esta definición. Primero, la práctica terapéutica, supone algunas técnicas por medio de las cuales están administradas. Este elemento conceptual puede estar tomado como obvio o aun como trivial en la medicina somática y psiquiátrica tanto como en la psicoterapia, pero no puede estar exagerado en el contexto de identidad e integridad de un proyecto filosófico. En el caso de la filosofía entendida como terapia, en particular, lo que tiene que ser explicado no son solamente sus técnicas y su eficacia constituyendo la validez terapéutica de la conducta sino también el hecho de que los procedimientos aplicados todavía pueden ser calificados como genuinamente filosóficos¹². Las características necesarias y suficientes de ser técnicas filosóficas reales, obviamente, son una parte importante de la visión de la filosofía y su presunta identidad.

Además, el hecho de que la práctica terapéutica está intencionalmente ‘diseñada’, implica que los procedimientos empleados no son accidentales o espontáneos. Sin embargo, el modo particular en que esa no-accidentalidad puede ser lograda, ha sido un tema de prolongada controversia, tanto en la antigüedad como contemporáneamente (cf. Edelstein 1952; Longrigg 1993; Newton 2001). La escuela post-hipocrática de los Racionalistas y ‘la ortodoxia de la medicina moderna’ (Newton 2001), por ejemplo, enfatiza que es una teoría médica centrada en la naturaleza interna

12 Cf. las notas de Musonius Rufus más arriba y la sección de conclusión de este trabajo.

de la enfermedad, y que se necesita un eje alrededor del cual sería construido todo el proyecto terapéutico. La antigua escuela de los Empiristas y la corriente contemporánea de la llamada medicina basada en la evidencia (EBM), por otro lado, expresa que la colección de los datos empíricos referentes a los síntomas y la eficacia de las curas aplicadas, bastarán para tomar decisiones correctas sobre pacientes individuales, y son en realidad el modo más prometedor de hacerlo. En la medicina antigua, finalmente, uno todavía puede encontrar la posición radical de los así llamados Metodistas, quien creyeron que los síntomas inmediatamente observables son todo lo que el médico necesita conocer para proveer un tratamiento apropiado.

Sin ningún intento de resolver la compleja cuestión del papel de la teoría en la terapia filosófica, puede valer la pena hacer referencia a algunas observaciones realizadas por Peterman (1992, 7-8). Este autor, en particular, sugiere que hay 'ciertas cuestiones fundamentales' que 'deben ser enfrentadas' por cualquier terapia filosófica, por la razón de que ellas son 'internas' a su trabajo. Los problemas enumerados por Peterman involucran:

1. Una válida articulación y defensa del ideal terapéutico fundado sobre el relato filosófico del bienestar o florecimiento humano¹³.
2. Un argumento que muestre que el aspecto de *eudamonia*, que la terapia filosófica intenta restaurar, es una capacidad humana central y, por lo tanto, que esa restauración llevará o constituye la restauración de la salud.
3. Una justificación de las técnicas terapéuticas propuestas como las que producen el resultado terapéutico intentado.

En los términos aplicados en este escrito los temas anteriores pueden ser sumariados como los relatos de (1) el ideal de salud, (2) los objetivos humanos vitales, y (3) la eficacia de las técnicas terapéuticas ofrecidas. El último de estos puntos es en principio direccionable por caminos puramente empíricos, por ejemplo, no-teóricos. La efectividad de las técnicas terapéuticas, en particular, pueden ser establecidas por el camino de un experimento bien diseñado y relativamente neutral teóricamente. La especificación y justificación del ideal de salud, sin embargo, puede llegar a requerir un discurso teórico de alguna clase que dé lugar a una teoría que explique las relaciones entre los elementos de la estructura terapéutica y los justifique en términos de conceptos más amplios, es decir, no específicamente terapéuticos, conceptos tales como aquéllos de los propósitos humanos vitales o/y *eudamonia*.

Además de las nociones de técnicas terapéuticas y teoría terapéutica (o un tipo alternativo de sistematización de terapias), hay también tres conceptos posteriores, que son de un carácter más psicosocial. Ellos pueden ser nombrados como los del médico y el paciente, respectivamente. La persona que provee terapia, en particular, para ser un facultativo genuino, tiene que ser técnicamente competente en el empleo de técnicas terapéuticas y, si uno acepta la necesidad de una teoría terapéutica, bien relacionado con esta última. Usualmente, además, él/ella estará expectante de mostrar algunas características éticas que están determinadas por el ideal del médico virtuoso (para un

13 Cf. Nussbaum's (1996), la condición de relatividad del valor de los argumentos terapéuticos tanto como sus observaciones sobre el rol del concepto de *eudaimonia*.

análisis hecho en el contexto de la medicina somática y la psiquiatría, ver Pellegrino & Thomasma 1993, y Radden & Sadler 2010, respectivamente).

El tema del paciente, a su vez, parece ser más simple porque todo lo que uno tiene que mostrar para calificar como un paciente es sufrir una enfermedad y someterse a una terapia. Por lo tanto no hay más requerimientos que los que usualmente se realizan¹⁴. El tema resulta ser más significativamente complejo, sin embargo, tan pronto como uno pasa a la terapia filosófica (o psicoterapia, para el caso). Esta clase de terapia, en particular, puede confiar únicamente en aquellas técnicas que trabajan por razones (como opuesto a causas) o, al menos, que tienen un impacto indirecto sobre la facultad de razonamiento. Si se confía en técnicas puramente causales, podría permanecer como un tipo de terapia similar a la cirugía o a la administración de drogas, pero dejaría de ser real filosofía¹⁵.

El requerimiento de que la terapia filosófica tiene que estar fundada en razones, más que en un recurso de manipulación causal, tiene directas y no triviales consecuencias para una persona que está siendo sanada. El paciente, en particular, tiene como mínimo no solamente cooperar con el facultativo (es decir, escuchándolo/la cuidadosamente y tratando con seriedad lo que se dice), sino que también tiene que ser capaz de comprender el discurso ofrecido y responder a las razones provistas como lo que debe ser considerado (más que como piezas de poesía o retórica que son admiradas). Si las facultades racionales del paciente están afectadas por la enfermedad, en consecuencia, ellas no pueden estar afectadas en su totalidad: una parte saludable debe permanecer al menos potencialmente presente como el aliado al que el médico apelará¹⁶.

El médico y el paciente, finalmente, están involucrados en una relación médico-paciente de dos direcciones. Esta relación es, al menos originalmente, en el momento en que es establecida, instrumental, y sirve para sanar una enfermedad o, al menos, para revelar sus síntomas. Lo que es crucial en el contexto presente es lo que constituye la dimensión interpersonal de la terapia filosófica, la cual, sorpresivamente o no, ha sido usualmente ignorada aun por aquellos filósofos que han endosado la visión terapéutica de su profesión (para notables excepciones ver Nussbaum 1996; Wharton 2010). Al

14 En aquellos casos raros en que están, la referencia se hace sobre el status del bien o de la virtud en el paciente antes que tan sólo un paciente (cf. Waring 2012).

15 La especificación de este punto presenta un problema considerable para la indicación de la diferencia entre el cuerpo genuinamente filosófico –relacionado a los ejercicios como los describe Musonius Rufus (cf. más arriba) y algunos factores casuales (como digestión pobre o drogas psicoactivas), las que pueden indirectamente afectar la facultad del razonamiento. El contraste, posiblemente, puede estar en el hecho de que las técnicas filosóficas (1) son aplicadas intencional y sistemáticamente (su aplicación está impulsada por la razón), y (2) pueden ser consideradas como pertenecientes a un orden natural, no-artificial, de interacciones entre conducta, cuerpo y mente con la primera de estas condiciones, no siendo encontradas por una digestión pobre, y la segunda que no es satisfecha por drogas psiquiátricas.

16 En el caso paradigmático de la terapia filosófica antigua fue un logos compartido aun por el paciente más perturbado y el filósofo, que hacía aplicables las técnicas terapéuticas racionales.

mismo tiempo, parece ser uno de los temas centrales llevados por la filosofía de la medicina (por ejemplo, Emmanuel & Emmanuel 1992), y está en todos los casos en los que los psicoterapeutas se refieren a la filosofía como potencialmente terapéutica (ver especialmente Yalom 1992, 2005, 2012). Lo que puede ser de un particular interés para las Investigaciones metafilosóficas son las propiedades formales de la relación médico-paciente apropiadas para la terapia filosófica. En algunos casos, en concreto, esa relación puede resultar ser jerárquica y paternalista, mientras que en otros casos puede ser más amistosa, o la relación entre un cliente y un experto técnico competente (para un interesante análisis referido tanto a la terapia filosófica como a la medicina somática ver Huijjer & Widdershoven 2001).

En otro aspecto, uno de especial importancia dentro del contexto filosófico, es la posibilidad de que el médico y el paciente sean la misma persona, es decir la posibilidad de una autoterapia. La idea de la autoterapia es tratada con un considerable escepticismo por la mayoría de los profesionales médicos, incluso si no por la mayoría de sus pacientes. También es comúnmente rechazada por los psicoterapeutas, especialmente por aquéllos de zonas psicoanalíticas (para una importante excepción ver Fromm 1992; Horney 1994). Sin embargo, todavía para ser un elemento paradigmático de todas las terapias filosóficas enraizadas en la tradición socrática de *epimelia heatou* (el cuidado de sí, cf. *Apología*, 30 a7-b4) con las prácticas pitagóricas ricas y de Séneca del auto escrutinio de la tarde (cf. Foucault 1988, 2000; Ker 2009) y las *Meditaciones* de Marco Aurelio (cf. Sellars 2009, capítulo siete) siendo sólo dos obvios ejemplos. La posibilidad de ser el propio terapeuta de uno, así como la naturaleza y limitaciones de ese esfuerzo, son temas muy complejos¹⁷. Ambos, sin embargo, merecen ciertamente una posterior investigación metafilosófica.

Para concluir el análisis, uno puede decir que el concepto de terapia que tiene que ser mostrado debe contener o implicar las siguientes nociones:

1. la enfermedad y sus síntomas,
2. el ideal de salud,
3. el proceso de tratamiento con sus técnicas,
4. la teoría terapéutica (u otra fuente de terapia no-accidental),
5. el facultativo,
6. el paciente,
7. la relación facultativo-paciente.

Estas siete nociones constituyen la estructura teórica del modelo terapéutico de filosofía. Con la posible excepción de los tres últimos (cf. Nota al pie, 17), ellos son terapéuticos universalmente y directamente aplicables no sólo a cualquier filosofía médica o potencialmente médica, sino también a todas las terapias no-filosóficas. Por virtud de esta propiedad, el modelo puede ser empleado para cada uno de las tres situaciones de metafilosofía terapéutica descritas más arriba. Ello puede ser aplicado a

17 En realidad, la aplicabilidad de las nociones del médico y el paciente cuando hay sólo una persona involucrada, puede ser cuestionada.

(1) una particular terapia filosófica tanto como a la comparación de (2) varias filosofías terapéuticas, o (3) una filosofía terapéutica con una terapia no-filosófica.

La primera de estas opciones, como lógicamente más importante, siempre incluye las otras dos. Como tal, a su vez, comprende dos esfuerzos ordenados lógicamente. (1.1.) Por un lado, el modelo terapéutico de filosofía puede servir como un criterio mientras tratamos la cuestión de si la filosofía analizada es, en un sentido literal, una terapia. En consecuencia, la posibilidad de asignar un sentido literal a los conceptos de más arriba (o, al menos, a los primeros cuatro) será una condición tanto necesaria como suficiente para responder positivamente a esa cuestión (tan pronto como uno puede literalmente hablar sobre enfermedad y salud tanto como sobre el sistemático proceso de remover lo primero y lograr lo último, en otras palabras, él/ella pueden también hablar significativamente sobre una terapia). (1.2.) Adicionalmente, se puede presumir o derivar de una conducta previamente analizada, que uno trata con una filosofía terapéutica genuina y, por lo tanto, el modelo puede servir como un esquema para investigar temas detallados incluyendo las comparaciones entre proyectos terapéuticos filosóficos y no-filosóficos.

Tan pronto como el modelo terapéutico de filosofía junto con los modos de su aplicación sistemática han sido esbozados, se hace posible concebir cómo el modelo podría trabajar. En cuanto a su aplicación a una filosofía en particular se puede encontrar un ejemplo relativamente sencillo e incontrovertible que se refiere a la filosofía helenística. La idea de que la filosofía puede ser considerada significativamente como terapéutica, en realidad, está bien establecida y encuentra un fuerte soporte tanto en la metafilosofía antigua como moderna (por ejemplo, Ganeri 2010; Gowans 2010; Nussbaum 1996; cf. Foucault 1986, 1988, 2000; Hadot 1995, 2002).

Entre las escuelas helenísticas es posiblemente el Estoicismo el que más explícita e inequívocamente toma una postura metafilosófica terapéutica, la que puede ser ejemplificada por su teórico más grande, Crisipo, quien expresa: “No es verdad que exista un arte (*techne*) que nosotros llamemos medicina, relacionado con el cuerpo enfermo, pero que no corresponde a un arte relacionado con el alma enferma”. (SVF III.471 como es traducido por Nussbaum 1996, 316). Este tipo de reclamo metafilosófico se hace frecuentemente dentro del movimiento estoico, tanto en Grecia como en Roma (para una reseña comprensiva de evidencia textual ver Nussbaum 1996, capítulo nueve). Todavía, sin embargo, no puede ser considerado como una evidencia suficiente para la tesis de que el Estoicismo era una terapia en el sentido literal de la palabra. Un erudito que dude, en consecuencia, podría aun sugerir que las palabras de Crisipo son más o menos accidentales, y que ellas no pueden ser justificadas por la genuina substancia de la filosofía estoica.

Con el fin de abordar las preocupaciones de esta clase, uno puede referirse al conjunto de nociones relacionadas con la terapia, desarrollado en la sección anterior. Lo que uno debería hacer, en realidad, es preguntar si estaría justificado referirse en estos términos a la teoría y práctica estoica. Tan pronto como el significado de tal referencia se establece, a la pregunta: ‘¿Era el Estoicismo una genuina terapia?’, puede ser dada una respuesta afirmativa. De las siete nociones terapéuticas distinguidas más arriba, la

de la enfermedad es crucial puesto que determina los fines de la conducta y produce lo literalmente terapéutico posterior (cf. Fischer 2011 a).

Hasta donde concierne al Estoicismo, sobremanera, es relativamente fácil identificar *pathê* (deseos, emociones, o pasiones) como constituyendo una condición a ser tratada. En consecuencia, la totalidad del movimiento estoico puede ser entendido como una terapia del deseo (cf. Nussbaum 1996)¹⁸. La sola identificación de la enfermedad con *pathê*, está lejos de ser suficiente para los propósitos de establecer el Estoicismo como una terapia literal. Lo que es necesario mostrar es que las emociones, y en el caso de los estoicos todas estas son todas emociones, pueden ser inteligiblemente consideradas como enfermedades. De acuerdo con la definición dada en la sección de más arriba, más específicamente, uno tiene que indicar los modos en los que *pathê* con mucha probabilidad comprometería la salud de la persona constituida por su habilidad para alcanzar metas vitales.

Los teóricos de la terapia estoica, afortunadamente, hacen todo lo posible por defender su afirmación contra-intuitiva de que la vida emocional de cualquier tipo tiene efectos sustancialmente destructivos sobre la propia *eudaimonia* (florecimiento, felicidad). Aun cuando la totalidad de la argumentación estoica no pueda ser totalmente descrita aquí (para más detalles ver especialmente Nussbaum 1996; Sorabji 2000), es válido enfatizar que eso va significativamente más allá de la tesis de que *pathê* son falsas creencias normativas, una tesis sustancialmente realista sobre el infame principio estoico de que todo lo que es aparte de la virtud y el vicio es indiferente estrictamente hablando. Los estoicos, en realidad, son totalmente conscientes de que este argumento básico está lejos de tener una apelación universal, y provee algunos argumentos adicionales y más generales girando alrededor de: (1) la imposibilidad de reconciliar emociones con la vida racional y la tranquilidad (cf. la traducción de Cicerón de 'pathos' como 'perturbatio', Sorabji 2000), (2) la inevitable conexión entre emociones placenteras y sus contrapartes no-placenteras y/o perjudiciales (produciendo que es 'psicológicamente imposible mantener solamente emociones agradables y abandonar las feas', De Sousa 2010), tanto como (3) 'una inclinación a excesos ingobernables' (Nussbaum, 1996, 396; cf. Séneca, Sobre la ira, 1.7), lo que hace a las emociones no susceptibles de internar una moderación (cf. la *metrio-phateia* aristotélica como aparentemente una alternativa más moderada a la *patheia* estoica).

El argumento para el dogma estoico de que *pathê* necesariamente impide la habilidad propia para alcanzar los objetivos vitales de integrar la personalidad y la *eudamonia*, no puede ser dado aquí con todo detalle. Sin embargo, el breve sumario dado más arriba es suficiente para transmitir la inteligibilidad de la idea de que las emociones son perjudiciales para la salud de uno y, por lo tanto, constitutivas de enfermedad en el sentido especificado. La filosofía estoica, en consecuencia, puede estar significativamente concebida como literalmente terapéutica.

Tan pronto como este punto está hecho, uno puede aplicar el modelo terapéutico a análisis considerablemente más detallados. Algunos estudios de este tipo, como el dedicado a la concepción estoica de la emoción (Cooper 2005; Sorabji 2000),

18 De hecho, la idea de que las emociones, o al menos algunas de ellas, son dolencias a ser tratadas, fue común para la totalidad de la filosofía helenística.

técnicas filosóficas (Hadot 1995, 2002; Foucault 1988, 2000; Nussbaum 1996; Sellars 2009), o al aspecto interpersonal de la terapia de esta escuela (Nussbaum 1996; Huijer & Widdershoven 2001), ya han sido independientemente conducidos. Ahora, sin embargo, todo este significativo trabajo filosófico y metafilosófico puede ser organizado y estructurado dentro del esquema conceptual unificado ofrecido más arriba.

La misma posibilidad de unificación metafilosófica y potencial heurístico se aplica a las comparaciones entre distintas filosofías terapéuticas o especies de terapia filosófica y no-filosófica. En relación a lo primero, por ejemplo, uno puede referirse a las investigaciones en las corrientes helenísticas conducidas por Nussbaum (1996), o a un reciente volumen de Ganeri y Carlisle (2010) que contienen estudios de fenómenos tan aparentemente distintos como el Budhismo y el pensamiento helenístico (Gowans 2010), o la filosofía india y griega en general (Ganeri 2010). En el contexto de esto último, a su vez, un área muy prometedora de investigación se combina con los relatos filosóficos de emociones y técnicas dirigidas a su modificación con sus análogos en psicoterapia contemporánea y las ciencias afectivas. Para la terapia filosófica antigua, para su postura más o menos cognitiva en emociones, es ciertamente la psicoterapia cognitiva la que ofrece el paralelo más sencillo (ver Robertson 2010; Sorabji 2000; para lecturas psicoterapéuticas ver Heaton 2010; Mace 1999; Yalom 1992, 2005, 2012).

Cuando se discute la popularidad de la analogía médica en el pensamiento helenista y budhista, Gowans (2010, 26) escribió que 'las comparaciones con medicina fueron prominentes porque el motivo médico era fructífero'. Con referencia a esta expresión puede ser dicho que el modelo conceptual desarrollado en este trabajo, puede ser valioso solamente si es 'fructífero' filosófica y metafilosóficamente. Tanto la breve aplicación del modelo al estoicismo y los ejemplos de algunos caminos más en los que eso puede ser utilizado, parece ser promisorio en esta consideración. En particular, el modelo terapéutico de filosofía, no sólo sirve como esquema dentro del cual la filosofía estoica puede estar descrita consistente y claramente (una función descriptiva), sino que también parece tener algún poder no-trivial discriminativo y explicativo, que permite a uno realizar algunas distinciones, que de otra manera sería difícil de producir (como la que representa dos modos diferentes entre el estoicismo y el epicureísmo de la relación médico-paciente, cf. Huijer & Widdershoven 2001; Nussbaum 1996), y que proporciona un esquema metafilosófico unificado, en el cual los hechos aparentemente accidentales y/o banales pueden ser consistentemente entendidos.

Independientemente de estas indicaciones afirmativas, sin embargo, uno no dudaría en agregar que hay temas significativos concernientes al modelo terapéutico de filosofía que tiene que ser llevado a cabo en futuro estudios. Uno de estos temas se relaciona con *el alcance del modelo*, por ejemplo los límites del dominio filosófico en el cual puede ser válidamente aplicado. Es muy difícil delinear tales límites en un modo *a priori*. La tarea de delinear su forma, sin embargo, puede estar explícita y sistemáticamente enfocada en dos vías, formalmente opuestas. La primera, que puede ser llamada un enfoque de *arriba-abajo*, consistiría en distinguir y describir toda la parte terapéutica de la filosofía con el análisis de sub-partes más específicas de ello. La segunda, a su vez, un enfoque de *abajo-arriba*, podría comenzar identificando las sub-

partes de la filosofía que son terapias¹⁹ y, luego, agregándolas, intentar lograr los límites de todo el dominio de la filosofía terapéutica. Ambos enfoques obviamente requerirían un conjunto de reglas que permitan distinguir la filosofía terapéutica de la no-terapéutica (éstas podrían ser las reglas determinadas por el modelo terapéutico de filosofía aplicado como un criterio de filosofía terapéutica genuina).

El segundo de los temas de toda perspectiva terapéutica es, más tarde o más temprano, considera que se trata de *la especificidad e integridad de la filosofía* entendida como una *terapia*. Cualquier metafilosofía terapéutica, en consecuencia, puede ser considerada como que hace filosofía muy cerca de fenómenos tales como la psicoterapia y/o la religión. Esta clase de afinidad, de hecho, puede ser reconocida como promisoría o al menos despreciable por algunos autores (cf. Cooper 2009, 9). Para otros, sin embargo, puede constituir la fuente de una considerable preocupación²⁰. Chase (2007, 14), por ejemplo, antes de alabar las recientes corrientes de la llamada filosofía práctica y el *counseling* filosófico, para su apreciación de los puntos de vista de Pierre Hadot, se apresura a enfatizar que nada en los últimos trabajos justifica la confusión del estudio y práctica de la filosofía con el enmascaramiento como un psicoanalista, y que la filosofía práctica debe ejercer gran cuidado en no reclamar el tratamiento de la enfermedad mental, que es mejor dejarla a los médicos profesionales²¹. La misma clase de preocupaciones hay detrás del intento de Fischer (2011 a, 53) en mostrar no solamente que la filosofía es literalmente 'legítima' como una clase de terapia, sino también que puede estar basada en un 'genuino argumento filosófico' y, por lo tanto, permanece 'viable como un emprendimiento filosófico' (para una discusión reveladora cf. Sorabji 1997 y Williams 1997).

La solución al problema de la viabilidad de la terapia filosófica como un proyecto genuinamente filosófico es inevitablemente dependiente del modo en el cual uno comprende la filosofía y, en consecuencia, está implicado en otro debate considerablemente más general. Por la razón de esta última complejidad no será posible aquí completar y confrontar conclusivamente el problema en cuestión. En su lugar, se harán dos observaciones más generales.

19 Una considerable rama de las recientes investigaciones metafilosóficas, por ejemplo, se han centrado en el potencial terapéutico de la lectura de Nietzsche (ver Pearson 2010; Hutter 2006; Ure 2008, 2009; Yalom 1992). Algunas áreas adicionales son potencialmente muy fructíferas para las investigaciones, como las sugeridas por Hadot (2002), y podrían incluir: Erasmo, Montaigne, Descartes, Kant, Schopenhauer, y Wittgenstein.

20 Cf. la referencia de Nussbaum's (1996, 5) sobre que la concepción foucaultianas de la filosofía hace esto último demasiado similar a 'movimiento religiosos y mágicos/supersticiosos de varios tipos'.

21 Fue la última clase de referencias que llevaron al City Collegue de New York prohibir a Lou Marinoff, la figura igualmente prominente y controversial del *counseling* filosófico contemporáneo, para practicar en el campo universitario. El *counselor*, en respuesta, demandó a la universidad por violación de la libertad del habla (ver Duane 2004).

El primer tema trae a colación, particularmente, que las preocupaciones sobre la integridad de la filosofía tienden a surgir como un problema urgente solamente sobre la base de algunas posiciones metafilosóficas, tales como aquéllas de especificar la naturaleza de la filosofía como constituida por propiedades de un 'argumento genuinamente filosófico' (por ejemplo, Nussbaum 1996). Dentro de otras visiones de la filosofía como las ofrecidas por Pierre Hadot (filosofía como ejercicio espiritual) o Michel Foucault (filosofía como cuidado de sí) ellas son relativamente menos urgentes.

El segundo punto que vale la pena plantear se refiere al hecho de que cualquier definición de la filosofía basada solamente en sus propósitos o solamente en sus métodos auténticos parece ser insuficiente. Si la filosofía es definida en términos de sus objetivos tales como Verdad o el Bien (Cooper 2009), en particular, es relativamente fácil distinguirla de la psicoterapia pero deviene cerca, alguien podría decir peligrosamente cerca, de la ciencia y de la religión, respectivamente. Si uno tiende a especificar la filosofía por referencia a sus técnicas (por ejemplo, Peterman 1992, 4-5), por otro lado, eso deviene relativamente fácil de separar de la ciencia y la religión pero no queda distante de formas más completas de psicoterapia cognitiva y/o existencial. Es más, con tal enfoque, puede ser acusada de producir filosofía instrumentalmente subordinada a algunos objetivos no-filosóficos y reducirse a la condición de sirviente (*ancilla therapeutiae*). El problema de la especificidad e integridad de la filosofía terapéutica, en consecuencia, nos hace requerir una visión de la filosofía más compleja y completa. Como tal, es ciertamente un área valiosa para posteriores investigaciones.

Konrad Banicki es Dr. en Psicología y Mag. en Filosofía, por *Jagiellonian University*, Cracovia, Polonia. Su tesis es *Philosophy as a Therapy of Psyche. Between Hellenistic Schools and Philosophical Counseling*. Es Profesor Asistente en la misma Universidad y Profesor Visitante en *Oxford University*, Londres.

Daniel López Salort es Editor y Director de *Konvergencias, Filosofía y Culturas en Diálogo*, y de *Konvergencias, Filosofías de la India*. Ensayista y Gestor Cultural. Prof. De Lengua Inglesa, Diplomado en Relaciones Internacionales, con estudios en Filosofía y en Arte. Es miembro del Consejo Directivo de *Archivo Filosófico Argentino*, de la *Academia Nacional de Ciencias de Buenos Aires*; del Lectorado y Traductorado de *Polylog*, Filosofía Intercultural, Munich; y del Comité Científico Asesor de Revista *Enfoques*, de la Universidad del Plata, Entre Ríos.