

Abriendo la caja de Pandora: las políticas de la psicología clínica

Opening Pandora's Box: The politics of the psychological clinic

Ilana Côrtes dos Santos

Domenico Hur

Universidad Federal de Goiás (Brasil)

Resumen. El objetivo de este artículo es discutir las políticas presentes en el dispositivo clínico psicológico en Brasil. Como método, realizamos una cartografía bibliográfica de la literatura académica brasileña sobre “clínica” y “política”. La investigación resultó en la identificación de las características psicopolíticas de la clínica, que fueron categorizadas en cuatro ejes. En analogía con el mito de la caja de Pandora, estos ejes representan los males liberados, con la esperanza en el trasfondo: (a) prácticas colonizadoras, en las que los movimientos se dirigen al mantenimiento de una subjetividad hegemónica y colonizada por los estándares europeos; (b) psicotecnocracia, prácticas que buscan promover una verdad universal sobre el ser humano y su comportamiento; (c) capitalización del cuidado, práctica impregnada y orientada por la lógica neoliberal; y (d) esperar, propuesta de una práctica clínica politizada y transformadora.

Palabras clave: clínica; política; dispositivo; psicología.

Abstract. This paper aims to discuss the policies within the psychological clinical device in Brazil. We performed a bibliographic cartography in the Brazilian academic literature regarding the key words "clinic" and "politics". The research resulted in the identification of psychopolitical characteristics of the clinic, which were categorized into four axes. In analogy to Pandora's box myth, these axes represent the evils released, as well as hope at the bottom: (a) colonizing practices, which move towards the maintenance of a hegemonic subjectivity colonized by European standards; (b) psychotechnocracy, practices that promote a universal truth about human beings and their behavior; (c) capitalization of care, a practice impregnated and guided by neoliberal logic; and (d) hope, proposition about a politicized and transformative clinical practice.

Keywords: clinic; politics; device; psychology.

Introducción

¿Qué produce una práctica clínica tradicional que suele ser acrítica y poco observadora de sus orígenes y tendencias hegemónicas? Implicarnos con las fuerzas presentes en nuestra propia actuación requiere un análisis crítico de los discursos y prácticas que podemos reproducir. La psicología no está exenta ni por encima de estas fuerzas, no está al margen de las relaciones de poder, ni de las políticas. Además de ser (o enmascararse como) una práctica de cuidado y salud, puede ser fuente de violencia, exclusión y opresión. Desde que se estableció como campo de conocimiento, la psicología forma parte de la inmensa red de fuerzas y configuraciones sociales que enmarañan las relaciones de poder y dominación. Es fundamental que nosotros, los psicólogos, analicemos nuestras herramientas teóricas y técnicas. Es un engaño producido por la ideología liberal suponer que nuestros dispositivos tienen un posicionamiento neutral, aparentemente desvinculado de las cuestiones políticas. La psicología actúa intrínsecamente en la producción de supuestas verdades, transversalizada por diversas relaciones de fuerzas, cuya intención puede ser mantener el *statu quo*, el control social, silenciando y borrando las diferencias (Coimbra, 1995; Hur, 2013). Por lo tanto, debemos prestar atención a las fuerzas que atraviesan nuestra práctica clínica diaria y las posiciones políticas resultantes.

La clínica empieza a través de la práctica médica de inclinarse sobre la cama del paciente, realizando observaciones y exámenes con el fin de hacer un diagnóstico y consecuente tratamiento. Foucault (2014a) hace un análisis crítico, señalando las relaciones de poder presentes en este acto, permeado por cuestiones sociales, políticas y económicas, en el que los saberes *psi* ejercen un poder directo sobre los cuerpos y la población, en un gobierno a través del biopoder y de la biopolítica (Foucault, 2008).

En este sentido, se producen normas que trascienden al individuo. La norma y su desviación, en este caso la enfermedad, se convierten en entidades en sí mismas, caracterizadas por una serie de rasgos específicos producidos por los saberes y las técnicas *psi*. La salud, como conjunto de normas producidas, se define por su conformidad con lo instituido, es decir, por la ausencia de desviaciones, la “enfermedad”, los “síntomas”.

La psicología, en este escenario, se inserta en su articulación con la medicina, así como con otros saberes normalizadores. La práctica psicológica también presupone, en principio, un estándar de normalidad como referencia. A partir de tests, evaluaciones y escalas, se establece lo normal y se persiguen las desviaciones. Entre laboratorios y análisis, se nivela al individuo por su mediocridad media. El enfoque se centra en la norma y su desviación, la enfermedad, en detrimento del paciente y sus observaciones sobre sí mismo.

A finales del siglo XIX, el psicoanálisis pareció establecer algo nuevo, inaugurando una clínica centrada en el discurso del paciente sobre su propio sufrimiento, pasando del paradigma de la observación de los síntomas a la escucha. A través de una clínica individual, intimista y confidencial, el paciente expone sus cuestiones a la escucha y a la intervención analítica, lo que configura la imagen clásica que representa la psicología: un paciente tumbado en el diván, el psicólogo a su lado escuchando con un bloc de notas en la mano (Kahhale, Costa y Montreozol, 2020; Moreira, Romagnoli y Neves, 2007). Sin embargo, sigue manteniendo la lógica disciplinaria, falocrática y heteronormativa (Hur, 2022a).

En Brasil, la Psicología, que fue reglamentada por ley como profesión en 1962, mantiene la misma lógica disciplinaria. Por ejemplo, una de sus atribuciones particulares, normalizada en la Ley 4119 de 1962, es “resolver problemas de ajustamiento”, es decir, adaptar a las personas a las normas (Hur, 2007). Con la intensificación del neoliberalismo, a fines de la década de 1990 se produjo un aumento significativo en el número de cursos y graduados en psicología: en 2012, alrededor del 80% de los nuevos profesionales provenían de instituciones privadas (Guzzo, 2018). El enfoque de la formación en psicología en el país se centra principalmente en la clínica individual (Moreira, Romagnoli y Neves, 2007), a pesar del amplio campo de la actuación profesional. No obstante, la creciente participación de los psicólogos en la red pública, en empresas y en diversos otros sectores, su trabajo predominante aún recae en la clínica privada individual (Moreira, Romagnoli y Neves, 2007), corroborando el imaginario social que asocia la imagen del psicólogo al encuadre clínico intimista.

Dicho esto, esta investigación pretende analizar la clínica privada individual, entendida aquí como “clínica tradicional”. Aunque hoy en día la clínica puede adoptar diferentes configuraciones, ya sea ampliada, grupal o habitando otros espacios, todavía encontramos un gran número de psicólogos trabajando en la clínica privada individual, confinada a la psicoterapia como tecnología predominante, y la mayoría de ellos son profesionales autónomos. ¿Cuáles son las fuerzas presentes en este espacio tan privado, y cómo podemos arrojar luz sobre estas problematizaciones y suscitar la implicación personal de los profesionales de la psicología? ¿Es esta práctica necesariamente individualizadora y neutral? ¿Pretender ser neutral significa necesariamente producir una práctica apolítica? ¿Cómo observamos la presencia de la política en la clínica? ¿A través de qué prácticas se manifiesta?

Como un saber supuestamente neutral y desvinculado de su contexto social, se crea la ilusión de que la psicología y la política no se mezclan. Este punto de vista reitera una práctica despolitizada que trata con individuos alienados de su contexto, basada en máximas universales apriorísticas (Barros, 2005). Sin embargo, cabe preguntarse hasta qué punto esta supuesta despolitización ya no es, en sí misma, una posición política. Al

asumir la posición de neutral, la psicología puede sostener el silenciamiento del sufrimiento generado por las desigualdades sociales, raciales, de género y sexuales, volviéndose hacia un sujeto descontextualizado e individualizado (Carneiro, 2020).

¿Qué llamamos de política? Pensamos en la política no sólo desde el punto de vista del Estado o de la política partidaria. Según Hur y Lacerda (2017), la política ocurre en diferentes espacios, en el ejercicio de relaciones de poder que resultan en la gestión de la vida y en los procesos de subjetivación. De esta manera, la política se ejerce en todos los espacios sociales, ya sea en su aspecto macropolítico o micropolítico (Guattari, 1981; Hur, 2009).

La clínica psicológica, es decir, la relación entre psicólogo y paciente, es también una relación política. Analizándola más detenidamente, con más detalle, podemos observar las fuerzas presentes, las posiciones, las relaciones de saber y de poder, los discursos reproducidos y reafirmados, las inversiones deseantes moduladas, la subjetividad producida. Aunque sea individual, aunque tenga lugar entre cuatro paredes, no deja de estar imbricada en la gran trama social que la envuelve, en la que la persona debe ser vista en su pluralidad, como un sujeto histórico, psicopolítico. Hay que observar las configuraciones de fuerzas que actúan en la producción de subjetividades, en la forma de ver y experimentar la vida. Fuerzas que pueden suscitar procesos deseantes, producción de vida y emancipación, o fuerzas que activan procesos limitantes y bloquean la vida (Hur y Lacerda, 2017).

El objetivo de este artículo es discutir las políticas presentes en el dispositivo clínico psicológico psicología en Brasil. De esta forma, investigamos las discusiones sobre los discursos y las prácticas que caracterizan la clínica psicológica. ¿Cómo la clínica puede configurarse de acuerdo o no con la coyuntura política más amplia? En este sentido, discutimos la relación entre la clínica y la política, es decir, las políticas de la clínica.

Para llevar a cabo nuestro trabajo, utilizamos el método de la cartografía bibliográfica (Hur, 2016; Quadros, Moraes y Bonamigo, 2019). La cartografía surge como una posibilidad de seguir la composición, siempre nómada, de elementos heterogéneos. El investigador, siendo uno de estos elementos, no pretende estar exento (Passos y Eirado, 2009). Desde esta perspectiva, la investigación deja de ser una representación, interpretación o descubrimiento de datos fijos sobre el objeto, para convertirse en el seguimiento de los procesos de constitución del objeto y del propio sujeto, que “se definen mutuamente, uno en función del otro¹” (Barros y Barros, 2013, p. 374). La cartografía se hace conjuntamente con el desmoronamiento de las certezas y con la construcción de otros posibles no universales (Rolnik, 2006). Desnaturaliza la realidad instituida, fomentando otras

¹ Los autores de este artículo tradujeron todas las citas en portugués al español.

perspectivas sobre la misma experiencia de la realidad al contemplar la co-emergencia sujeto/mundo. Al desestabilizar lo ya naturalizado, posibilita aperturas para ser analizadas, accedemos y acompañamos la composición de la realidad en la que también estamos insertos como investigadores (Passos y Eirado, 2009).

La cartografía en la investigación bibliográfica, por tanto, no consiste sólo en recoger datos y luego interpretarlos. “No hay nada que interpretar, nada que representar. En la cartografía, la escritura no es más que la intensidad del paso. Está conectada al afuera, viene del exterior, forma un rizoma” (Quadros, Moraes y Bonamigo, 2019, p. 88). Se trata, pues, de un proceso de experimentación y afectación por fuerzas heterogéneas que transgrede los límites individuales e intencionales, cuestionando normas y reglas, problematizando y desnaturalizando lo instituido. Articulaciones, disyunciones, conexiones y descomposiciones en el plano común de las intensidades que incluyen al investigador y que se ensamblan rizomáticamente de forma infinita, utilizando la crítica como afirmación de la diferencia.

Esta propuesta de investigación bibliográfica intervencionista y participativa hace hablar, ver y escribir, hace evidentes las inversiones de deseo que se están operando, y realiza una cópula con el campo sociopolítico a través del agenciamiento con otras prácticas y saberes en un movimiento de concatenación. Si la investigación bibliográfica produce un registro, este registro será consumido por otras investigaciones, que a su vez producirán nuevos efectos, implicando un compromiso ético-político que es al mismo tiempo una inversión ético-político-estética (Quadros, Moraes y Bonamigo, 2019, p. 101).

Investigamos las producciones sobre clínica y política en la literatura académica brasileña para identificar cuáles son las fuerzas presentes en este dispositivo y cómo se ensamblan entre ellas. De marzo a mayo de 2022, se eligieron dos importantes bases de datos que contienen revistas académicas de psicología brasileñas: Scielo y Pepsic. En ambas, emparejamos los siguientes descriptores en la búsqueda: “clínica” y “política”, sin especificar un marco temporal. Encontramos un total de 257 artículos. Se excluyeron de la muestra los artículos sobre educación, derecho, odontología, medicina y salud pública y los duplicados, por lo que quedaron 96 artículos. De estos, se realizó un análisis general del artículo, excluyendo aquellos que no abordaban específicamente las políticas de la clínica psicológica, por lo que seleccionamos 54 artículos para el análisis, con fechas de publicación entre 2001 y 2022. Cabe señalar que los artículos analizados apuntan a la discusión del vínculo entre la clínica y la política, y por lo tanto explicitan los engranajes de este dispositivo de una manera crítica.

En ellos mapeamos las diversas prácticas clínicas que apuntan a la configuración de fuerzas presentes en el dispositivo psicológico, discutién-

dolas desde una perspectiva crítica, referenciada principalmente por los enunciados de Gilles Deleuze, Félix Guattari y Michel Foucault. Dividimos estas características en cuatro ejes. Cabe destacar que esta separación posee apenas fines didácticos para comprender mejor las políticas presentes, pero forman parte de una práctica compleja y múltiple, donde los temas se mezclan y pueden verse concomitantemente. Recurrimos a la mitología griega, al Mito de Pandora, para ilustrar nuestro intento de comprender estas configuraciones de fuerzas. Pandora (la que tiene todos los dones) es la primera mujer creada en la Tierra, por consigna de Zeus, como forma de castigo por Prometeo haber robado el fuego de los dioses y habérselo dado a los hombres. Pandora llega a la Tierra con una caja que no debe abrirse. Impulsada por la curiosidad, ella abre la caja y desata todos los males de la humanidad. Pandora representa la clínica psicológica, ya que se espera de ella que cuide de la vida y la salud mental, y sin embargo libera diversos males. Los tres primeros ejes, considerados como los males que transporta la caja de Pandora, son: las prácticas colonizadoras, la psicotecnocracia y la capitalización del cuidado. Estos ejes actúan sobre el individuo, produciendo efectos que reafirman, reproducen y/o sostienen relaciones de poder con diferentes configuraciones de gobierno sobre la vida. Pandora, al darse cuenta de su error, intenta cerrar la caja, consiguiendo guardar allí el único don positivo: la esperanza. Así, el cuarto eje mapea las prácticas que pueden representar la esperanza en el fondo de la caja de Pandora: el esperar, que es la propuesta de una clínica política crítica.

Los males: prácticas colonizadoras

A partir del análisis de los textos, encontramos algunas prácticas presentes en el dispositivo clínico que reproducen una lógica colonizadora. Prácticas en las que los movimientos se dirigen a mantener una subjetividad hegemónica y colonizada por los estándares eurocéntricos. Colonizar es habitar otro espacio e imponer allí sus hábitos y costumbres, en una lógica imperialista. Es operar con un movimiento de sobrecodificación de los flujos sociales desde una lógica jerárquica (Hur, 2022b). La subjetividad colonizada pasa a verse a sí misma desde la perspectiva de la dominación y del prejuicio colonial, anulando sus propias potencialidades y singularidades.

La psicología en Brasil está estructurada en torno a vertientes epistemológicas que se basan en la reproducción de modelos importados de Europa y Estados Unidos. Gran parte de nuestra producción académica está orientada a la comprensión y reproducción de pensadores extranjeros (Hur, 2013; Lanza, 2021). La psicología colonizada y colonizadora se basa en una rostridad estándar (Deleuze y Guattari, 1996), que se basa en la producción blanca y europea sobre la salud mental y el sufrimiento psicológico, haciendo caso omiso de la realidad de gran parte de la población brasileña (Veiga, 2019; Benedito y Fernandes, 2020; Oliveira, 2017; Rodri-

gues y Vêras y Teixeira, 2017; Tokuda, Peres y Andréo, 2016; Barros, 2005; Carneiro, 2020; Alves y Delmondez, 2015).

Partiendo de una perspectiva eurocéntrica en la forma de ver el mundo, la historia y los individuos, el dispositivo clínico crea un discurso que naturaliza la jerarquía, organizando las diferencias en relaciones de poder y opresión que son reproducidas y reforzadas cotidianamente en los más diversos espacios. Toma como referencia la matriz colonial, encubriendo otras narrativas que se invisibilizan para mantener los patrones de poder y sometimiento de individuos y pueblos que siguen presentes en la sociedad. La historia contada desde la perspectiva europea:

nos ha enseñado a todos que hubo una Grecia Clásica que dio lugar a Roma, que cayó en decadencia y dio lugar a la Edad Media, que en algún momento se flexibilizó y dio lugar al Renacimiento, abriendo las puertas a la Modernidad. Todo ello con el telón de fondo de Europa, el centro que irradiaba racionalidad y democracia al mundo. Estamos tan familiarizados con este discurso que lo damos por sentado, porque el eurocentrismo se ha establecido, a lo largo de una serie de procesos históricos, como el paradigma dominante en las más diversas esferas de la vida humana y en las más diversas partes del globo (Alves y Delmondez, 2015, p. 654).

La naturalización de esta creencia también produjo una representación del ser humano estándar. El hombre europeo, blanco, cristiano, heterosexual, rico, culto y civilizado determina todo lo que es diferente de sí mismo como otro, declarando lo que debe ser civilizado, catequizado y domesticado. Este otro es tomado en la lógica de lo negativo (Deleuze, 2009), y se le asigna el carácter de inferioridad, marginalidad y, a menudo, criminalidad.

Sin embargo, estas discriminaciones ni siempre son explícitas y evidentes. Pueden ser más sutiles, impregnando acciones de aparente cuidado y tutela, silenciando a menudo el sufrimiento que estas naturalizaciones pueden causar. La psicología puede reforzar esto de varias maneras. En los textos analizados, identificamos una serie de temas que hacen referencia a prácticas colonizadoras, como la eugenesia, el racismo y el patriarcado. A través de un discurso aparentemente neutral, protector y controlador, pueden reforzarse lógicas eugenistas, racistas y patriarcales, con posturas policiales y silenciadoras. Pretendiendo ser neutrales y científicos, los presupuestos *psi* pueden posicionarse políticamente a favor del discurso hegemónico colonial.

En nuestra revisión, encontramos la crítica de que el dispositivo psicológico clínico naturaliza los rasgos biológicos y sociales tanto de sus inventores como de sus clientes, dirigiéndose no sólo a los de la élite económica, sino también a las personas blancas de las grandes ciudades, es decir, a los que viven en zonas urbanas y no rurales. Funciona como una co-

reera de transmisión del aparato que Foucault (2008) denomina Estado racista.

Socialmente se descalifica y minimiza el sufrimiento producido por la desigualdad, la explotación y la falta de acceso. Se ignora el racismo estructural que vemos presente en las instituciones y en las relaciones cotidianas. En la clínica, esta cuestión suele ser tratada de forma individual, haciendo hincapié en las esferas individuales de resiliencia y adaptación. Se sugiere que el individuo debe fortalecerse, aprender a vivir con estas situaciones, pero suprimiendo el carácter social y político. De esta forma, la relación terapéutica puede ser, y de hecho es, un dispositivo opresivo más sobre estas vidas. Las razas desempeñan papeles de valor definidos por una jerarquía marcada por años de esclavitud y colonización, justificando la existencia de los privilegios de la clase dominante blanca (Benedito y Fernandes, 2020). La naturalización de estos privilegios, la falta de oportunidades y la marginación de la población negra es una fuente importante de sufrimiento. La clínica como práctica colonizadora puede invisibilizar el sufrimiento del cuerpo negro frente a las desigualdades generadas por esta perspectiva que coloca a la raza blanca como estándar y detentora de privilegios. Los blancos son el estándar instituido de belleza, de superioridad, con acceso a oportunidades y facilidades. La persona negra es vista como otra, vista en la misma lógica de negatividad mencionada anteriormente, siempre en una relación de inferioridad y desviación. “El eurocentrismo y la blanquitud no sólo rechazan que los negros piensen en su propia historia, sino que tampoco se ven a sí mismos como parte de ella” (Benedito y Fernandes, 2020, p. 9).

Como argumentan Benedito y Fernandes (2020), los patrones definidos estratifican las posiciones sociales a ser ocupadas por los individuos. La memorización de estos patrones se vuelve fija en los individuos, que ni siquiera pueden acceder a la posibilidad de producir otras formas de vida. En la individualización de las cuestiones sociales, se lleva a las personas a no tener en cuenta el carácter estructural, personalizando los comportamientos racistas. El discurso de la resiliencia se utiliza como herramienta para que las personas aprendan a “ser fuertes”, a ignorar estas ofensas y comportamientos, sugiriendo un mayor esfuerzo y dedicación personal para superar los obstáculos impuestos por la falta de oportunidades. Esta perspectiva silencia la denuncia del racismo estructural, individualizando la cuestión y debilitando las agendas y luchas colectivas. Perpetúa el lugar del hombre blanco como superior, aquel que civilizará al otro. De este modo, la raza desempeña:

roles simbólicos, valorativos y estratificadores en sociedades multirraciales y racistas como Brasil. La adopción de este concepto permite la división entre clases, en la que el estatus ideal pertenece a la clase blanca dominante. Estas divisiones y sus consecuencias, el racismo, no sólo son el resultado del proceso histórico vivido durante la esclavitud, sino

que también son frutos de los intereses capitalistas y, por lo tanto, se mantienen. (Benedito y Fernandes, 2020, p. 3).

Por lo tanto, la práctica clínica en este contexto debe hacer un análisis de su implicación (Lourau, 1975) y del sufrimiento que genera. El psicólogo blanco debe involucrarse en su blanquitud en el servicio, reconociendo los atravesamientos que la raza añade a la relación terapéutica en el dispositivo clínico.

Aunque este objetivo deba ser alcanzado en cualquier relación terapéutica, destacamos que entre las repercusiones del racismo están la dificultad para establecer vínculos y la representación de sí mismo como inferior, desagradable, inadecuado y un continuo sentimiento de no pertenencia, así como la percepción del mundo como potencialmente violento (especialmente en las relaciones interraciales), lo que puede influir en el establecimiento de un vínculo con el terapeuta (Tavares y Kuratani, 2019, p. 5).

Desatender estos aspectos significa perpetuar la reproducción del colonialismo y el silenciamiento de este sufrimiento, lo que impide la manifestación de la diferencia. El cinismo y la blanquitud del analista pueden naturalizar las desigualdades e ignorar los privilegios obtenidos a través de la raza, relegando los abismos sociales generados al discurso falaz de la meritocracia. “La blanquitud opera como un dispositivo de poder que regula los límites de los índices de análisis. Por lo tanto, es un mecanismo de poder colonialista que gana materialidad a través del racismo institucional” (Apolonio y Verztman, 2022, p. 43). En muchas ocasiones, las personas blancas no se reconocen a sí mismas como racializadas, partiendo de la persona blanca como referencia, desplazando su percepción para el cuerpo negro, que se convierte en objeto de estudio e intervención.

El análisis de la propia blanquitud (Bento, 2002) es un paso esencial, pero no el único, hacia la deconstrucción de una práctica colonizadora. El sesgo colonial del patriarcado también se reproduce en las prácticas clínicas, generando numerosos efectos opresivos. Igualmente apoyada en la neutralidad, se reproduce la universalidad del pensamiento androcéntrico. Los hombres son colocados en una posición de superioridad, y las mujeres son subyugadas a un lugar de sumisión y servilismo. La jerarquía de género es a menudo invisibilizada en la práctica clínica, donde las situaciones de violencia se reducen a dicotomías como bueno/malo (Timm, Pereira y Gontijo, 2011). Sin el compromiso ético y crítico del psicólogo con la cuestión, manteniéndose una distancia imparcial, la práctica clínica se reduce y:

basada en la experiencia subjetiva individual, privatizando el dolor y el sufrimiento de las personas. La historia de esta práctica, que es hegemónica, atomiza, disocia, fragmenta y patologiza la experiencia subjetiva como si no tuviera rela-

ción con el contexto social, como si todo fuera una cuestión de 'asuntos privados'. [...] El análisis crítico del patriarcado exige repensar el impacto de la cultura en el proceso de constitución de las identidades de género y sus consecuencias, como las subjetividades individuales. [...] En esta cultura patriarcal occidental, la mujer se constituye a partir de la mirada del hombre, sintiéndose profundamente desamparada cuando pasa desapercibida y conformándose a menudo a la violenta escena familiar o conyugal para 'no quedarse sola' (Timm, Pereira y Gontijo, 2011, pp. 253-254).

Así, el dispositivo clínico, como reproducción del patriarcado, repite la opresión que desprecia la producción de subjetivaciones que rompan el ciclo de sumisión e inferioridad. Mantiene a la mujer en un lugar de tutela y fragilidad, además de querer controlarla. Actos que pueden concretarse con la máscara de cuidado y prudencia. Un psicólogo hombre puede escuchar la narrativa de una mujer ocupando este lugar de protector, disuadiéndola de rupturas que pueden ser necesarias y urgentes. Este matiz puede ser percibido fácilmente como cuidado, pero esconde la reproducción de roles sociales en los que el hombre actúa como protector y la mujer es frágil e incapaz, necesitada de tutela.

Tanto en las teorías citadas como en los relatos de las mujeres atendidas, el concepto de familia sigue preso a las estructuras patriarcales, falocéntricas y heteronormativas y se reduce al modelo tradicional de familia burguesa, nuclear y reproductora. [...] En este sentido, la propia Psicología (así como otras áreas del conocimiento - enfermería, medicina, trabajo social, etc.) necesita revisar sus prácticas y conceptos, considerando sus tendencias muchas veces reduccionistas (Tokuda, Peres y Andréo, 2016, p. 928).

Estar atento a las prácticas colonizadoras significa permanecer en constante autoanálisis, buscar otras perspectivas, cuestionar y problematizar interpretaciones, observar el lugar que ocupamos en la relación terapéutica y sus implicaciones.

Los males: Psicotecnocracia

Tecnocracia es un término utilizado para designar el uso del conocimiento científico en la solución de problemas y cuestiones cotidianos, es decir, la administración realizada por expertos. De esta manera, llamamos psicotecnocracia al intento de gestionar la vida a través del conocimiento científico y técnico de la psicología, es decir, los conocimientos y técnicas psi. Se trata de saberes y prácticas que buscan promover una verdad universal sobre los seres humanos y sus conductas. Estos regímenes de enunciados, tomados como verdad, están guiados, como nos enseña Michel Foucault (1979), por la normalización, la clasificación y la patologización. Por lo tan-

to, las prácticas psi pueden borrar las diferencias mediante la adaptación a normas y estándares contruidos y socialmente aceptados.

La psicotecnocracia surge de los saberes disciplinares, propuestos por Foucault (1979). El filósofo francés reflexiona sobre una nueva gubernamentalidad que resulta de la constitución de diferentes regímenes de conocimientos y técnicas que articulan relaciones de poder y cuyo foco recae en la vida. Los saberes disciplinares:

adoptan nuevos procedimientos como el examen, la vigilancia, el confinamiento en un espacio y la gestión del tiempo. No sólo describen rasgos de los individuos, sino que producen medidas, plantillas, códigos y enunciados como medios de conocimiento sobre la vida y con el objetivo de una mayor eficacia y productividad. Utilizan como formas intervencionistas la sanción normalizadora, la regulación de conductas y la corrección de desviaciones: una domesticación de los cuerpos. Su utopía reside en las parejas diagnosticar y corregir, o vigilar y castigar. El conocimiento producido por estos procedimientos se denomina “normas” (Hur, 2018, p. 80).

En este sentido, la psicotecnocracia se ve en las prácticas adaptacionistas y normalizadoras de la clínica, en las que el trabajo del psicólogo funciona como una especie de ortopedia social (Bicalho et al., 2009). Por ejemplo, cuando nos rompemos un hueso, buscamos un ortopedista, que volverá a colocar el hueso en su lugar y lo enyesará hasta que se calcifique en la posición correcta. El psicólogo ortopedista tiene la misma lógica funcional: basándose en una norma, identifica “huesos fuera de lugar”, es decir, individuos con comportamientos inapropiados y desviados, que deben ser recolocados en la posición correcta y enyesados hasta que se calcifiquen. Normas que justifican y actualizan los valores del *statu quo*, que sostienen lógicas que mantienen la dominación y la explotación, reduciendo la producción de las diferencias individuales, de lo múltiple. Esta función disciplinaria actualiza directamente el diagrama de fuerzas de la disciplina (Foucault, 2014b), en el que los saberes y las prácticas instituidas por los *agentes psi*, crean medidas e indicadores anatomopolíticos y biopolíticos de la gestión de la vida (Hur, 2018).

En su función disciplinaria, el dispositivo clínico reproduce prácticas psicotecnocráticas en la vida cotidiana. A partir de los artículos encontrados en la revisión bibliográfica, la psicotecnocracia se materializa en relaciones verticales de saber-poder, con un supuesto discurso de neutralidad, disciplinarización, adaptacionismo, medicalización, homogeneización diagnóstica, entre otras prácticas en las que la norma es preponderante (Barboza y Andrade, 2022; Safatle, 2017; Silva, 2005; Canavéz, 2017; Martins, 2008; Dettmann, Aragão y Margotto, 2016; Decotelli, Bohre y Bicalho, 2013).

Bajo los auspicios del discurso de la neutralidad, la psicología brasileña atravesó los años de la dictadura cívico-militar (1964-1985) sin mayores persecuciones. Alejándose del carácter político y social presente en cualquier relación, separando lo político de lo psicológico (Hur, 2007), la clínica se asumió neutral, desconectada de la realidad que la rodea, inmersa en el mundo interior del yo del paciente. La neutralidad, objetividad y científicidad que marcan el paradigma positivista perfilan el individuo como un objeto natural y no producido históricamente (Coimbra, 2004). La perspectiva de este sujeto tomado como centro trabaja en conjunto con la dicotomía sociedad x individuo. Dos realidades consideradas separadas, aunque articuladas, cuyas cuestiones requieren instrumentos de análisis igualmente separados (Barros, 2005).

Durante la dictadura, posicionándose como neutral, la psicología penetró en el ámbito social a través de una perspectiva higienista de la salud mental (Oliveira, 2017). Asumir el discurso de la neutralidad implica descontextualizar y naturalizar las relaciones de poder históricamente construidas, tomarlas por dadas, universalizar verdades e individualizar cuestiones. Así, la neutralidad refuerza, a menudo por omisión, las relaciones de opresión, despolitizando y debilitando a las personas, ya sea a nivel individual o colectivo. Al situarse en el estatus de verdad totalizadora, una perspectiva “contiene en sí misma una infinidad de puntos ciegos, que necesariamente violarán la perspectiva del otro” (Martins, 2019, p. 57). Es decir, consideramos que no existen verdades que sean universales, ellas siempre son un punto de vista desde una realidad concreta, ya sea histórica, cultural, social o económica. Por tanto, la neutralidad tal como se afirma no existe. Siempre debe ser cuestionada, ya que está permeada por la realidad que la rodea y la produce.

El discurso neutral, por tanto, puede corroborar situaciones de opresión, como el racismo y el machismo, por ejemplo. En una sociedad desigual y clasista como la brasileña, es necesario analizar qué posición ocupamos como analistas y dónde se encuentran los pacientes que escuchamos. La psicología como disciplina “neutral” ya ha sido utilizada como herramienta para patologizar las diferencias físicas (Benedito y Fernandes, 2020), justificando la dominación social. Actualmente, esto sigue presente en la criminalización de los negros, pobres y residentes en favelas, asociando la clase social, y en consecuencia la raza, con la violencia y la drogadicción (Coimbra, 2006).

La clínica psicotecnocrática contribuye en gran medida a la disciplinización de los cuerpos, con el establecimiento de un estándar que debe ser alcanzado y mantenido (Silva, 2005). Al reforzar las normas sobre los modos de vida, la psicotecnocracia adopta los exámenes y diagnósticos como prioridad, estandarizando y cuantificando las relaciones terapéuticas que deberían ser singulares. En esta estandarización se produce una verdad supuestamente universal sobre las personas. La norma, como base,

establece los límites dentro de los cuales debe permanecer el individuo. En este sentido, el encuadre clínico lanza anclas y compone el discurso hegemónico de lo uno en detrimento de lo múltiple (Canavêz, 2017). La práctica que se adapta a la lógica del uno diagnostica, disciplina y regula. Utiliza técnicas psicológicas a través de una perspectiva diagnóstica para definir formas de ser y vivir.

Otra práctica de la psicotecnocracia es la producción de diagnósticos, que también operan como una producción de subjetividad específica, la subjetividad disciplinaria. Como resultado, los propios pacientes comienzan a llevar un discurso cerrado sobre sí mismos, con un alto nivel de (auto)codificación, encerrándonos en la afirmación identitaria del “así soy”. Por tanto, limita las posibilidades de cambio, constituyendo una situación de fatalismo (Martín-Baró, 1998). Para los que están deprimidos, tristeza. Para quienes están ansiosos, hay una falta de control, consolidando estereotipos normativos difíciles de romper.

En el mismo camino, la creación y sofisticación de los diagnósticos de salud mental (Clasificación Internacional de Enfermedades - CIE y Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales - DSM, en sus diferentes versiones) implican la producción de normas estáticas y “una visión fiscalista de la perturbación mental”. [...] En consecuencia, el diálogo con el paciente sobre su sufrimiento pierde importancia, al igual que la preocupación por su contexto psicosocial” (Martins, 2008, p. 332). Estas fuerzas aparecen en la clínica a partir de una idealización social de arreglar lo que no funciona: el dolor, el síntoma, la desviación. Estas fuerzas aparecen presentes en las actitudes de los propios pacientes. Existe un imperativo estándar, una norma que prioriza ciertos modos de vida. Estas normas establecen un ideal perseguido por los individuos que quieren alcanzarlo a cualquier precio. O bien, estas fuerzas pueden aparecer como una cuestión del propio psicólogo, quien define el éxito de la intervención clínica a partir de la ausencia de angustias y síntomas, en busca de soluciones inmediatas y ajustes sociales a las cuestiones planteadas por el paciente.

En este sentido, la psicotecnocracia combina la perspectiva diagnóstica con una intervención que pretende identificar los síntomas a borrar y silenciar a través de técnicas protocolarias que sirven para formar, domesticar y habilitar. En definitiva, el objetivo es anestesiar a la insurgencia, suprimir la angustia y gestionar las sensaciones. Estos productos son ampliamente ofrecidos por la psicología y la psiquiatría, normalizando las conductas. Una higiene mental cuyo objetivo es la analgesia como subjetividad (Martins, 2008).

Tomando el dolor (síntoma), o la ausencia del mismo, como referencia para la norma de salud (física y mental), se busca su aniquilación. La práctica clínica se protocoliza e instrumentaliza (Decotelli, Bohre y Bicalho, 2013) para generar acomodación y formateo a modelos presupuestos. Hay una multiplicación de los roles de enfermos, en los que se patolo-

gizan diferentes comportamientos, lo que deriva en la medicalización de la salud. Se atribuye anormalidad a todo aquello que se desvía de las reglas y normas definidas en el trabajo, escuela, iglesia, familia, discursos, etc., que se inserta en una categoría patológica reconocida, siendo así medicalizado y domesticado (Martins, 2008).

Con el objetivo disciplinar de domesticar los cuerpos, la infancia también se normaliza a través de los diversos diagnósticos de trastornos neurológicos del aprendizaje y de la atención. A partir de la normalización de una manera de ser niño, y el consecuente establecimiento de lo que significa estar sano y aprovechar las capacidades cognitivas, el discurso de la medicalización se expande para contener a quienes no encajan en esta norma. La vida se regula a través de la definición del ideal de comportamiento, aprendizaje y atención, que, de hecho, sostiene una biopolítica poblacional de regulación de los cuerpos y control, incluso, de lo que constituye el bienestar. En definitiva, “un seguimiento tanto de la eficiencia como de [...] la existencia en su totalidad” (Decotelli, Bohre y Bicalho, 2013, p. 448).

En estos diversos trabajos, observamos cómo la psicotecnocracia impregna la práctica clínica. Apoyadas en el saber-poder psi (ya sea de la psicología o de la psiquiatría), se refuerzan verdades universales establecidas a través de prácticas que clasifican y normalizan conductas y formas de estar en el mundo. Se llevan a cabo prácticas de adaptación y curativas. Es una fuerza tan vigorosa que permea las prácticas cotidianas que incluso los profesionales que se identifican como críticos terminan encontrándose atravesados por estas fuerzas, pudiendo reproducir la instrumentalización psicotecnocrática de las prácticas de cuidado. Como resume Safatle (2017, p. 216):

La salida de la minoridad puede entenderse como resultado de la internalización de sistemas de juicio y acción socialmente aceptados como propios de aquellos sujetos considerados imputables y responsables. En este contexto, existe el riesgo de que ya no podamos establecer distinciones mínimamente operativas entre emancipación y mera adaptación social a normas jurídicas de imputabilidad, o incluso entre reconocimiento, como establecimiento de modos de existencia hasta ahora impredicados, y reconocimiento, como confirmación de las potencialidades puestas por el modo de existencia actual. Así, una condición de socialización históricamente definida y legalmente organizada termina convirtiéndose en un horizonte ontológicamente estable para regular las formas de vida.

Los males: Capitalización del cuidado

La cartografía bibliográfica mostró otras características presentes en el espacio psicoterapéutico, en la clínica privada, que categorizamos como la capitalización del cuidado. Esta categoría apunta a la lógica capitalista neoliberal presente en las prácticas y acciones de cuidado del dispositivo clínico psicológico. A partir de la intensificación del neoliberalismo, se observan rasgos peculiares del dispositivo clínico que alientan la producción de una subjetividad hegemónica, cuya fabricación es serializada e internacional, abarcando la forma en que se percibe el mundo y cómo se articula en la sociedad: la subjetividad capitalista (Guattari y Rolnik, 2006). En esta categoría observamos las siguientes características: relación entre economía y producción subjetiva, individualismo, fijación identitaria, homogeneización y masificación del sufrimiento, medicalización de la salud, además de la instrumentalización de la psicología como herramienta para encubrir, naturalizar y reproducir la exploración guiada por la por desigualdad de clases (Ceccim y Merhy, 2009; Cruz y Ferrari, 2011; Batista, 2013; Indursky y Conte, 2017; Moraes y Perrone, 2017; Sato, Martins, Guedes y Rosa, 2017; Kahhale y Montreozol, 2019; Kahhale, Costa y Montreozol, 2020).

Coimbra y Leitão (2003) destacan la relación directa entre las relaciones económicas y la producción de subjetividades, que están constituidas por diferentes aparatos sociales, pero se articulan, ya que la psicología está atravesada por relaciones de saber-poder. Las autoras señalan cuánto produce este territorio capitalista, entre otras cosas, el “modo de ser individual”, un modelo que define modos específicos de estar en el mundo, en detrimento de otros. Esta perspectiva es convergente con las afirmaciones de Guattari de que el capitalismo es principalmente una fábrica de subjetividades (Lazzarato, 2014).

En este modo de funcionamiento, se produce una noción exacerbada de individualidad, que prima sobre lo colectivo. La lógica de identidad del yo también recibe mucha inversión, que se fomenta y modula precisamente a favor del imperativo del mercado. Cuanto más categorizable, más predecible, más controlable y manipulable para los objetivos del capital. Se pasa de una “técnica de masas al beneficio [...] de inventar una maquinaria cuyo principio ya no es la masa móvil o inmóvil, sino una geometría de segmentos divisibles” (Foucault, 2014b, p.160). Es decir, el sujeto pasa a ser visto como un elemento singular a ser articulado en un conjunto que busca mayor eficiencia y productividad.

En la clínica, uno de los efectos de esta lógica es la individualización de las vicisitudes vividas. La práctica del cuidado es instrumentalizada para despolitizar y desarticular la dimensión política y social del sufrimiento, privatizando el daño (Indursky y Conte, 2017). En otras palabras, la intervención clínica no reflexiona sobre ni asocia el sesgo colectivo de un determinado sufrimiento, llevándolo todo al ámbito interno y subjetivo. De

este modo traslada los contratiempos sociales a la esfera del individuo, es decir, elimina la responsabilidad del contexto social y culpa a la persona. Al discutir una investigación sobre una política pública dirigida a personas afectadas por la dictadura cívico-militar brasileña, el “Proyecto Clínicas del Testimonio”, Indursky y Conte (2017) destacan el proceso opuesto a la privatización de los daños, rescatando la dimensión colectiva de la experiencia:

La Clínica del Testimonio no tiene como horizonte terapéutico el relato de un contenido predeterminado, a partir del cual el sujeto supuestamente podría aspirar al reconocimiento de sus pares; más bien, el testimonio transmite un cruce del proceso de sobredeterminación del sujeto provocado por la violencia estatal que se extiende al ámbito social. En lugar de la privatización del daño y la pasivización política de sujetos que sólo podrían ser reconocidos individualmente, el proceso impulsado por Clínicas del Testimonio propone el rescate de la dimensión colectiva de la experiencia y se centra en formas sintomáticas de reconocerse como víctima de la violencia estatal (p. 158).

En la dimensión de la individualidad exacerbada, la persona es la única responsable por su estado físico y psicológico, por lo que el objetivo se reduce a la supresión sintomática y la adaptación social, sin un análisis de los efectos que el contexto social y política puede generar. Propuestas de intervención rápidas y superficiales actúan como recetas de pasteles, prometiendo resolver crisis de ansiedad, pánico y *burnout*, desde perspectivas individuales que desconectan al sujeto de su realidad social inmediata, ignorando todo el contexto histórico cultural, y los efectos que producen en el origen de ciertos sufrimientos (Ceccim y Mehry, 2009; Cruz y Ferrari, 2011).

“El propósito de la clínica se reduce a los imperativos de eficacia terapéutica y garantía de resultados a corto plazo” (Cruz y Ferrari, 2011, p. 162). La potencia de la clínica de psicoterapia se reduce a la erradicación del síntoma mediante protocolos instrumentalizados, en un intento de reducir la duración de la intervención, siguiendo directamente la lógica capitalista. También hay que agregar el tema de los honorarios recibidos por el clínico, que muchas veces se oculta, no se discute, como una “caja negra”, pero que está totalmente ligada a la capitalización de la atención, y como nos enseña Baremlitt (1992), es un importante analizador de procesos. En este contexto, la psicología se presenta como un aparato más de la red neoliberal, como un campo de conocimientos y prácticas que produce verdades sobre el sujeto, a partir de su especialidad supuestamente neutral, pero que continúa con la burocratización de los procedimientos técnicos en favor del imperativo productivista.

La terapia misma, en muchos casos, es inaccesible a las clases pobres, restringida a quienes pueden pagarla, considerando que la oferta a

través del sistema público de salud aún es insuficiente para satisfacer la demanda, aunque las propuestas de clínica social mitiguen un poco este cuadro. Sin embargo, esta práctica, en general, se restringe a un sesgo asistencialista e individualista (Silva y Bonatti, 2020). Es muy común que los psicólogos clínicos encuentren sus límites en las ansiedades derivadas de la desigualdad social, encontrándose en un callejón sin salida, ya que su dispositivo de intervención rara vez problematiza estas cuestiones sociales y políticas.

La capitalización del cuidado se da en los consultorios psicológicos con su lógica productivista. Tanto desde el punto de vista financiero, como de los resultados obtenidos. Los pacientes son vistos como “máquinas con defectos”, por lo que hay que “curarlos”, “repararlos”, para que en el menor tiempo posible puedan recuperar su lugar en el gran engranaje productivo social. En definitiva, observamos una masificación terapéutica a partir de la descripción de los síntomas como un silenciamiento de violencias diversas en favor de la reproducción de la lógica del capital. Esto significa que los síntomas se homogeneizan y masifican, cubriendo segmentos cada vez más amplios de personas, y las prácticas se protocolizan y gestionan según una lógica productivista. De esta manera, las violencias sociales derivadas de la explotación y la opresión quedan enmascaradas mediante supuestas prácticas de cuidado.

Los autores señalan el uso de procedimientos de diagnóstico-prescripción y otros en nombre de la longevidad como el estancamiento de la producción de singularidad (Ceccim y Merhy, 2009). En nombre del consumo y del capital, buscando la máxima productividad, se identifica el cuadro sintomático, se categoriza, se diagnostica y se prescribe. Se silencian los síntomas, se borran las singularidades. Lo que es imprevisible y por tanto incontrolable queda anulado. Esta perspectiva ocurre en conjunto con la lógica individualista neoliberal discutida anteriormente, que maneja la vida desde un sesgo productivista de mercado.

Otro aspecto que merece destacarse es cómo el dispositivo clínico psi se convierte en correa de transmisión de lo que se ha convertido en un mercado de la salud. Este mercado se concreta en lo que los investigadores, principalmente en el campo educativo, han criticado como la “medicalización de la vida” (Decotelli, Bohre y Bicalho, 2013).

Aquí definimos la medicalización de la vida como un proceso estrechamente entrelazado con la sociedad de nuestro tiempo, en el que el conocimiento médico se extiende a las más diversas áreas involucradas en el bienestar humano. Los problemas cotidianos de la existencia, como la sexualidad, la infelicidad, la degradación biológica, el envejecimiento, la soledad y la muerte, atravesando las distintas etapas de la vida, desde los recién nacidos, los niños y las mujeres embarazadas hasta los que están en el climatérico y los que han

llegado a la vejez, son tratados bajo el paraguas de la Medicina y de sus cuidados en términos de problemas médicos, es decir, enfermedades, síndromes o condiciones (Decotelli, Bohre y Bicalho, 2013, p. 451).

En la medicalización de la vida, la industria de los psicofármacos, que genera inmensas ganancias, presenta supuestas soluciones rápidas en pastillas para diversos problemas emocionales. En este sentido, el cuerpo y la psique son vistos sólo en su dimensión mecánica, en la que ciertos medicamentos solucionarían sus problemas de adaptación, devolviéndolos al trabajo. Ritalin es un ejemplo emblemático de lo que se ha utilizado en las escuelas, controlando el foco, la atención, para la producción. En otros países, como Estados Unidos, se prescribe el uso de anfetaminas, como *Adderal*, para que trabajadores y estudiantes sigan produciendo cada vez más, corroborando así con la aceleración de la hipertrofia productiva. Los planes de salud, permeados por esta misma lógica, definen y delimitan cada vez más el trabajo de los profesionales. “Es una crítica del trabajo captado por su gestión, por su protocolización, por su corporativización o por las racionalidades en las que se inscribe o desde las que se desenvuelve” (Ceccim y Merhy, 2009, p. 532). Esto fomenta formas de actuar, ver, pensar y vivir ya perfiladas y estandarizadas en función del objetivo de adaptación al sistema capitalista y sus demandas. Por lo tanto, al igual que la crítica de Nikolas Rose (2013), encontramos que los dispositivos psi ya no se preocupan sólo en normalizar y codificar (psicotecnocracia) a las personas, sino de intervenir para fomentar la mayor productividad posible de los individuos tomados como cuerpo-máquina.

Los textos mapeados nos muestran con qué facilidad la clínica puede ser modulada por la lógica hegemónica del capital. Prácticas que, al responder a las demandas capitalistas, alientan a las personas a adoptar formas de vida reducidas y reguladas por los imperativos de la productividad y ganancias.

Esperanzar: propuestas para una práctica clínica politizada

La caja de Pandora no sólo contenía el mal. La esperanza quedó en el fondo. En aquel que los humanos podrían recurrir para sobrevivir al caos. Asimismo, nuestra cartografía bibliográfica apunta a prácticas clínicas capaces de oponerse a los males identificados, a las políticas actuales de opresión, normalización e hiperproducción. Entre los males, y a pesar de ellos, hay la esperanza: el esperanzar. Desde una perspectiva freireana, la esperanza como acto movilizador de cambio, el esperanzar como verbo (Freire, 2014). A diferencia del inmovilismo y el fatalismo, útiles para los grupos de dominación, esperanzar incita a la acción. Superar la parálisis en situaciones consideradas difíciles o imposibles, afrontándolas. Los autores destacan cómo el arte, la amistad-clínica y la autonomía pueden ser

aliados en este enfrentamiento (Prandoni y Padilha, 2006; Martins y Peixoto Junior, 2013; Silveira, 2016; Cruz y Teixeira Filho, 2017; Safatle, 2017; Walter y Pinho, 2017; Benedito y Fernández, 2020).

El arte opera como un aliado en la clínica para producir diferencias. En su interfaz, clínica y arte activan otros procesos de subjetivación, basados en la estética de la existencia. En la relación arte-clínica encontramos que puede darse de dos maneras diferentes: 1.º en una dimensión más instrumental, en la que el arte opera como un dispositivo de intervención y 2.º el proceso de subjetivación en sí mismo como una experiencia estética.

Los procesos terapéuticos y artísticos se transversalizan “a través de dispositivos que potencian la experiencia estética y sus interferencias en la subjetividad y la corporalidad” (Santos et al., 2020, p. 69). Es decir, el arte utilizado como camino hacia estados de invención de uno mismo y de la forma de estar en el mundo. El arte presente en la fotografía, la pintura, la literatura, la música, la danza, etc., puede favorecer el acceso a otro plano de producción de vida. El arte sobre lo cotidiano puede, por ejemplo, ayudar a expresar más allá de las palabras y situaciones ya naturalizadas, promoviendo rupturas y movimientos que pueden ayudar a las personas a crear nuevas salidas y posibles a la situación en la que se encuentran. Puede ser un sendero para el desbordar de los afectos atrapados y reprimidos.

Podemos proponer, por ejemplo, que un individuo alcance su realidad inmediata a través de las lentes de una cámara, o por pinceles, o a través de notas musicales. Es posible producir desplazamientos que antes eran inaccesibles mediante el automatismo de la vida cotidiana. Leer poesías y cuentos, o incluso crearlos, puede abrir un espacio para la expresión de afectos que antes estaban restringidos y encerrados por las normas socialmente predefinidas. No existe una receta prefabricada para relacionarnos con el arte. Así, se desnaturaliza la especialidad técnica “psi”, posibilitando una conexión de cuidado y apertura a lo nuevo con el paciente.

Por ejemplo, el trabajo de Ernesto Neto se centra en el arte interactivo. Su propuesta abandona el arte contemplativo, en el que sólo observamos lo producido, y nos invita a una interacción directa con las piezas, produciendo así experiencias únicas en esta interacción. Cruz y Teixeira Filho (2017), al analizar la obra de este artista, señalan que

Los signos que el artista crea proporcionando una atmósfera diferenciada de interacción provocan el pensamiento del público y lo desestructura por un momento hasta que el pensamiento lo recompone, pero no a través de la razón, sino a través de la sensación, que transforma a los espectadores también en artistas en la medida en que ellos empiezan a crear formas de relacionarse con la obra. La “verdad” se vuelve a ser implicada y no absoluta (p. 138).

Por otro lado, muchas propuestas clínicas visualizan que el proceso de subjetivación en sí mismo es una producción estética, una reinención del yo, el pliegue del ser. Del cuerpo compuesto por un flujo de afectos y ensamblajes diversos pueden surgir estados intensivos que requieren la creación de lo nuevo. Es la vida que “tiene lugar en la producción de diferencias y su afirmación en nuevas formas de existencia” (Rolnik, 2015, p. 104). La autora señala el arte como un medio de expresión de las diferencias intensivas que vibran en las personas, o que las hacen vibrar. No el arte en su dimensión formal, permeado de reglas y formas, reconocido en el mercado. Y sí el arte intensivo: una apuesta contra la desactivación del proceso de creación experimental de la existencia. Un ensayo a espejarse en la existencia. Una apuesta por modos no predefinidos de expresión de los afectos que nos componen a través de la experimentación, y no por la interpretación o la reproducción. Al experimentar, a través de la producción estética, nuestra relación con el mundo y con los demás puede activar procesos creativos y crear nuevas formas de existencia.

En palabras de Deleuze (2009, p. 203), “las condiciones de una verdadera crítica y de una verdadera creación son las mismas: destrucción de la imagen de un pensamiento que se presupone a sí mismo, génesis del acto de pensar sobre el pensamiento mismo”. Así, al componer arte y clínica, tenemos la posibilidad de dejar la representación presupuesta de nosotros mismos y del mundo para efectuar una corrosión que, al romperse, puede hacer viable la creación, teniendo como masa misma de mixtura el cuerpo mismo en su afectividad intensiva.

Además del arte como potencia de transmutación, también se destacó la amistad como aspecto clínico potenciador. Silveira (2016) cree que la intervención en contextos complejos se basa en varios recursos y produce diferentes efectos, incluido el deseo de crear nuevas redes de relaciones sociales, promoviendo acontecimientos capaces de interrumpir procesos automatizado de la vida social.

Afirmar la dimensión política de la clínica implica comprender que las relaciones duales o grupales, en los consultorios o en la comunidad, deben abarcar toda la complejidad de la subjetividad contemporánea. Es necesario desnaturalizar las nociones de individuo y grupo y comenzar a entenderlas como efectos específicos de procesos de subjetivación que son siempre colectivos (Silveira, 2016, p. 339).

Para el autor, la ruptura de las relaciones de poder posibilita habitar otros lugares, lo que abre el camino a la actualización de singularidades y modos de relacionarse que antes eran inexistentes. La producción de conexiones sociales nuevas, potenciadoras, frente a la captura y al individualismo neoliberal, es un posible efecto clínico que se opone a una práctica jerárquica, privatizadora y normalizadora. Así, los afectos que surgen de una relación terapéutica horizontal pueden promover los movimientos ne-

cesarios para la producción de modos auténticos de estar en el mundo, donde la búsqueda de conexiones, nuevos aliados, afectos de amistad, producen otras suavidades.

Otra apuesta para romper con el sesgo colonizador, disciplinario, de medicalización y neoliberal de las prácticas “psi” es la producción de autonomía. La autonomía se refiere al autogobierno, la autogestión, al contrario de la heteronomía, que se refiere al gobierno vertical y asimétrico. En esta dirección, el dispositivo clínico puede fomentar procesos que remiten a una reapropiación de la vida y de la potencia. Para lograr este objetivo, Prandoni y Padilha (2006) creen en la importancia de considerar la singularidad y la historia de cada individuo, evitando la perspectiva de adaptación, buscando la autonomía a través de prácticas de autocuidado vinculadas a cambios sociales y políticos. Trabajar con subjetividades singulares significa realizar cambios en la vida del individuo, considerando su historia, afectos y desplazamientos. El sesgo de la tutela como cuidado, de la psicotecnocracia, sólo proporciona estancamiento e inmovilización frente a una identidad que se define como deficitaria a partir de un promedio. La producción de autonomía abarca la construcción de nuevas posibilidades de vida, del reconocimiento, por parte de la sociedad y de uno mismo, de los derechos básicos y la posibilidad de gestionar la propia vida.

Vale la pena resaltar cuán estrechamente están vinculadas estas prácticas con el carácter intrínsecamente político y crítico de la clínica. Dado que no es posible analizar el individuo aislado de la sociedad, es necesario reconocer su carácter relacional y el plano de fuerzas dónde está inmerso como un proceso continuo de creación de sí mismo y del mundo (Coimbra y Monteiro de Abreu, 2005). Creemos, por tanto, en el esperar, en la producción activa de otros modos de subjetivación, no sometidos, no adaptados, no disciplinados, sino categóricamente involucrados en la producción del deseo, o mejor, como afirma Jô Gondar (2004), del deseo insurgente. El acto de crear es inseparable de experimentar nuevas formas de afectar y ser afectado.

El desafío de facilitar la emergencia de procesos creativos en las subjetividades cristalizadas en síntomas y en sufrimientos excesivos comienza a requerir la creación de un espacio intermedio de experimentación, en el que el clínico también se ve convocado con su cuerpo y sus afectos, para que, en este encuentro estético, puede sobrevenir la transformación (Maciel Júnior y Kupermann, 2005, p. 8).

Por tanto, el esperar en la clínica aparece como una ruptura con las políticas de sometimiento, ortopedia y mercantilización previamente identificadas. Implica una postura ética, estética y política por parte del psicólogo, que posibilita el surgimiento de procesos inventivos y deseantes capaces de desplazar el individuo de su lugar identitario. Un proceso de alejamiento de uno mismo y de lo establecido hacia la invención de otro

Yo. Experimentación afectiva con otras formas de ocupar el mundo y las relaciones con uno mismo, con los demás y con la naturaleza. Con el esperar, se muere la subjetividad cristalizada, para que sea posible nacerse otro, devenir-otro.

Consideraciones finales

En este artículo buscamos, a través de una cartografía bibliográfica, discutir las políticas presentes en la clínica psicológica privada. Encontramos que es necesario analizar la implicación de los psicólogos respecto de su propia actuación, dado que el dispositivo clínico puede actuar como productor y reproductor de discursos opresivos y excluyentes. Sin embargo, creemos en la potencia que conlleva como práctica de salud y producción de estilos de vida auténticos y liberadores.

Cartografiamos cuatro ejes en los artículos, que si bien fueron descritos por separado con fines didácticos, reconocemos que están entrelazados en la práctica clínica. Estos ejes caracterizan psicopolíticamente la clínica: prácticas colonizadoras, psicotecnocracia, capitalización del cuidado y esperar. El primero se refiere a la opresión, la colonización de subjetividades y el mantenimiento de una jerarquía dominante, cuyo objetivo es preservar los privilegios de una porción de la sociedad basada en estándares eurocéntricos. El segundo sigue un sesgo disciplinario, que enmarca la vida en normas y la gestiona con base en verdades universales sobre el ser humano y sus conductas. El tercero está atravesado por la lógica neoliberal, controlada por las relaciones económicas y de producción, masificando y serializando formas de vivir y relacionarse, actuando a favor del mercado y del capital, reforzando el individualismo, la fijación identitaria y la medicalización de la vida, instrumentalizando la psicología. El cuarto, nuestra apuesta de la salud y de cuidado, encontramos prácticas críticas politizadas, involucradas con las singularidades y operando en la producción de diferencias. Esperar es oponerse a las formas de opresión, dominación y jerarquización identificadas en los ejes anteriores. Una clínica que moviliza cambios basados en el fortalecimiento colectivo de la resistencia, en oposición al fatalismo y el inmovilismo.

Por lo tanto, creemos en un enfoque ético, acercando el sujeto del colectivo de fuerzas políticas. A través de una actitud experimental y creativa encaminada a la producción de vida, posibilitando procesos de subjetivación que produzcan la realidad a partir de la desnaturalización de lo dado en el orden social hegemónico y dominante. Una clínica basada en la desviación, que desestabiliza el orden tomado como natural y se atreve a inventar nuevas formas de ser, pensar y sentir la vida pulsante. No existe separación entre lo clínico y lo social, la historia de la persona y los afectos que la atraviesan no están aislados de su contexto histórico, político y social. No hay salud mental sin garantías de derechos básicos, como vivien-

da, alimentación, educación, cultura y ocio. La explotación es una de las mayores fuentes de sufrimiento. Buscamos una práctica que motive el pensamiento crítico, ético y estético, alcanzando y produciendo nuevas formas de ver y experimentar la vida. Observar e involucrarse con los orígenes y propósitos de las tendencias hegemónicas, las fuerzas y relaciones de poder existentes, las configuraciones sociales que entrelazan relaciones de dominación y opresión es una postura ética a adoptar por el profesional, que tiene un impacto directo en la relación terapéutica y, en consecuencia, sobre el paciente. Una práctica de psicologización acrítica, llamada neutral, que aparentemente está separada de las cuestiones políticas, sólo sirve a los opresores, apoyando la adecuación, el psicologismo, la disciplinarización, el racismo, la transfobia, la homofobia, el machismo, el capacitismo, el control social y las diversas opresiones. Observar críticamente la propia práctica hace parte de un ejercicio ético en psicología.

Referencias

- Alves, C. B., & Delmondez, P. (2015). Contribuições do pensamento decolonial à psicologia política. *Revista Psicologia Política*, 15(34), 647-661.
- Apolonio, G. S., & Verztman, J. S. (2022). Hipocrisia do analista e branquitude. *Cadernos de Psicanálise | CPRJ*, 44(46), 35-53.
- Barboza, E. M. D. O., & Andrade, C. S. D. (2022). Psicanálise e política: a hostilidade contemporânea frente ao novo. *Psicologia em Estudo*, 27.
- Baremblytt, G.F. (1992). *Compêndio de Análise Institucional e outras correntes: Teoria e prática*. Rio de Janeiro: Record.
- Barros, R. B. D. (2005). A Psicologia e o Sistema Único de Saúde: quais interfaces. *Psicologia & Sociedade*, 17(2), 21-25.
- Barros, L. M. R. D. & Barros, M. E. B. D. (2013). O problema da análise em pesquisa cartográfica. *Fractal: revista de Psicologia*, 25, 373-390.
- Batista, C. A. M. (2013). Autismo, política e instituição. *Trivium - Estudos Interdisciplinares*, 5(1), 46-63.
- Benedito, M. D. S., & Fernandes, M. I. A. (2020). Psicologia e Racismo: as Heranças da Clínica Psicológica. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 40.
- Bento, M. A. S. (2002). Branqueamento e branquitude no Brasil. *Psicologia social do racismo: estudos sobre branquitude e branqueamento no Brasil*. Rio de Janeiro: Vozes, 5-58.
- Bicalho, P. P., Cassal, L. C., Magalhães, K. C., & Geraldini, J. R. (2009). Formação em psicologia, direitos humanos e compromisso social: A produção micropolítica de novos sentidos. *Boletim Interfaces da psicologia da UFRRJ*, 2(2), 20-35.

- Borba, R. (2014). Sobre os obstáculos discursivos para a atenção integral e humanizada à saúde de pessoas transexuais¹. *Sexualidad, Salud y Sociedad (Rio de Janeiro)*, 66-97.
- Canavêz, F. (2017). Da resistência autoimunitária ao múltiplo na psicanálise. *Psicologia USP*, 28, 424-431.
- Carneiro, A. (2020). Compostagens do sensível: entre o chapéu e os pés, invenção de mundos. *Pesquisas e Práticas Psicossociais*, 15(3), 1-13.
- Ceccim, R. B., & Merhy, E. E. (2009). Um agir micropolítico e pedagógico intenso: a humanização entre laços e perspectivas. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 13, 531-542.
- Coimbra, C. M. B. (1995). *Guardiões da Ordem: uma viagem pelas práticas psi no Brasil do 'milagre'* Rio de Janeiro: Oficina do Autor.
- Coimbra, C. M. B. (2004). Práticas “psi” no Brasil do “milagre”: algumas de suas produções. *Mnemosine*, 1(0), 48-52.
- Coimbra, C. M. B. (2006). Direitos humanos e criminalização da pobreza. *Seminário Internacional de Direitos Humanos, Violência e Pobreza. Anais... A situação de crianças e adolescentes na América Latina hoje. Rio de Janeiro, RJ, Brasil*.
- Coimbra, C., & Leitão, M. B. S. (2003). Das essências às multiplicidades: especialismo psi e produções de subjetividades. *Psicologia & Sociedade*, 15, 6-17.
- Coimbra, C. M. B., & Monteiro de Abreu, A. M. R. M. (2005). Quando a clínica se encontra com a política. In *Polifonias: clínica, política e criação*. (pp. 41-50). Niterói: UFF.
- Cruz, A. D. G., & Ferrari, I. F. (2011). A psicanálise aplicada ao sintoma: uma resposta ética aos impasses enfrentados pelos psicanalistas na atualidade. *Psicologia Clínica*, 23(1), 157-169.
- Cruz, M. G. A., & Teixeira Filho, F. S. (2017). Reflexões para a prática clínica ética-política a partir da arte de Ernesto Neto. *Estudos Interdisciplinares em Psicologia*, 8(2), 126-145.
- Decotelli, K. M., Bohre, L. C. T., & Bicalho, P. P. G. D. (2013). A droga da obediência: medicalização, infância e biopoder: notas sobre clínica e política. *Psicologia: Ciência e profissão*, 33, 446-459.
- Deleuze, G. (2009). *Diferença e repetição*. São Paulo, SP: Graal.
- Deleuze, G.; Guattari, F. (1996). *Mil Platôs*, Vol. 3. São Paulo: 34.
- Dettmann, A. P. D. S., Aragão, E. M. A., & Margotto, L. R. (2016). Uma perspectiva da Clínica Ampliada: as práticas da Psicologia na Assistência Social. *Fractal: Revista de Psicologia*, 28, 362-369.

- Foucault, M. (1979). *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Gral.
- Foucault, M. (2014a). *O nascimento da clínica* (7^a ed.). Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- Foucault, M. (2014b). *Vigiar e Punir: nascimento da prisão* (42^a ed.). Petrópolis, RJ: Vozes.
- Foucault, M. (2008). *Nascimento da Biopolítica: Curso dado no Collège de France (1978-1979)*. São Paulo: Martins Fontes.
- Freire, P. (2014). *Pedagogia da esperança: um reencontro com a pedagogia do oprimido*. Editora Paz e Terra.
- Guattari, F. & Rolnik, S. (2006). *Micropolítica: cartografias do desejo*. Petrópolis, RJ.
- Guattari, F. (1981). *A Revolução Molecular*. São Paulo: Brasiliense.
- Gondar, J. (2004). A clínica como prática política. *Lugar Comum*, 19, 125-134.
- Guzzo, R. S. L. (2018). Pesquisa e mudança social: desafios e dificuldades para a formação em Psicologia. *Educar em revista*, 34, 143-156.
- Hur, D. U. (2007). A Psicologia e suas entidades de classe: histórias sobre sua fundação e algumas práticas no Estado de São Paulo nos anos 70. *Revista Psicologia Política*, 13 (1).
- Hur, D. U. (2009). *Discursos do trânsito da Guerrilha ao Estado Neoliberal: Estratopolítica, Tecnopolítica e Nomadopolítica*. Tese de Doutorado, Programa de Psicologia Social, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo.
- Hur, D. U. (2013). Esquizoanálise e política: proposições para a Psicologia Crítica no Brasil. *Teoría y Crítica de la Psicología*, (3), 264-280.
- Hur, D. U. (2016). Poder e potência em Deleuze: forças e resistência. *Mnemosine*, 12(1), 210-232.
- Hur, D. U. (2018). *Psicologia, Política e Esquizoanálise*. Campinas: Alínea.
- Hur, D.U. (2022a). *Esquizoanálise e esquizodrama: clínica e política*. Campinas: Alínea.
- Hur, D.U. (2022b). *Esquizoanálisis: Política y Psicología*. Buenos Aires: La docta ignorancia.
- Hur, D. U. & Lacerda, F. (2017). Psicologia e Democracia: Da ditadura civil-militar às lutas pela democratização do presente. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 37, 3-10.
- Indursky, A. C., & Conte, B. D. S. (2017). Reparação psíquica e testemunho. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 37, 149-160.

- Kahhale, E. M. S. P., & Montreozol, J. R. (2019). Práxis clínica: a psicoterapia como movimento dialético frente à desigualdade sócio-sexual. *Psicologia em Revista*, 25(2), 924-941.
- Kahhale, E. M. S. P., Costa, C. M. A., & Montreozol, J. R. (2020). A clínica psicológica: da tradição alienante à potência sócio-histórica do sujeito. *Revista Psicologia Política*, 20(49), 702-718.
- Lanza, H. R. (2021). Frantz Fanon e a Psicologia: Contribuições para a Prática Clínica. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 21(3), 1144-1159.
- Lazzarato, M. (2014). *Signos, máquinas, subjetividades*. São Paulo: Edições SESC; n -1 edições.
- Lourau, R. (1975). *El análisis institucional*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Maciel Júnior, A., & Kupermann, D. (2005). Sobre o plano de composição da clínica. In *Polifonias: clínica, política e criação*, Niterói, UFF, 89-100.
- Martín-Baró, I. (1998). *Psicología de la liberación*. Madrid: Ed. Trotta.
- Martins, A. L. B. (2008). Biopsiquiatria e bioidentidade: política da subjetividade contemporânea. *Psicologia & Sociedade*, 20, 331-339.
- Martins, A. S. (2019). O poder e o corpo por trás do texto: metodologia na psicanálise política. *Clínica & Cultura*, 8(1), 51-63.
- Martins, L. A. M., & Peixoto Junior, C. A. (2013). Deslocamentos na Governamentalidade: a subjetivação como resistência ético-política em Foucault. *Revista Psicologia Política*, 13(27), 245-259.
- Moraes, N. A., & Perrone, C. M. (2017). A polêmica do tratamento psicanalítico do autismo: dimensões políticas, sociais e econômicas. *Revista Subjetividades*, 17(2), 12-22.
- Moreira, J. D. O., Romagnoli, R. C., & Neves, E. D. O. (2007). O surgimento da clínica psicológica: da prática curativa aos dispositivos de promoção da saúde. *Psicologia: ciência e profissão*, 27(4), 608-621.
- Oliveira, C. L. M. V. (2017) Sob o discurso da “neutralidade”: as posições dos psicanalistas durante a ditadura militar. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos* [online]. 24(1), 79-90.
- Passos, E. & Eirado, A. D. (2009). Cartografia como dissolução do ponto de vista do observador. Em *Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade*, 109-130.
- Prandoni, R. F. S., & Padilha, M. I. C. D. S. (2006). Loucura e complexidade na clínica do cotidiano. *Escola Anna Nery*, 10, 623-634.

- Quadros, L. C. T., Moraes, M. O., & Bonamigo, I. S. (orgs.) (2019). *Pensar, Fazer e Escrever: o PesquisadorCOM como política de pesquisa em Psicologia*. Chapecó: Argos.
- Rodrigues, N. C., Vêras, F. O., & Teixeira, R. F. (2017). Reminiscências da violência estatal: a reparação psíquica através de uma clínica política. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 37, 133-148.
- Rolnik, S. (2006). *Cartografia sentimental*. Porto Alegre: Editora da UFRGS.
- Rolnik, S. (2015). Lygia Clark e o híbrido arte/clínica. *Revista Concinnitas*, 1(26), 104-112.
- Rose, N. (2013). *A política da própria vida: biomedicina, poder e subjetividade no século XXI*. São Paulo: Paulus.
- Safatle, V. (2017). Lacan, revolução e liquidação da transferência: a destituição subjetiva como protocolo de emancipação política. *Estudos avançados*, 31, 211-227.
- Santos, A. R. C., Resende, C., Costa, C. S. C. S., Araújo, L. S. L., & Civiletti, M. L. D. C. P. (2020). Um salto no escuro: experimentalidades entre corpo, arte e clínica na formação em psicologia. *Mnemosine*, 16(1).
- Sato, F. G., Martins, R. C. R., Guedes, C. F., & Rosa, M. D. (2017). O dispositivo grupal em psicanálise: questões para uma clínica política do nosso tempo. *Revista Psicologia Política*, 17(40), 484-499.
- Silva, L. B. D. C. (2005). A psicologia na saúde: entre a clínica e a política. *Revista do Departamento de Psicologia*. UFF, 17, 79-92.
- Silva, R. B., & Bonatti, G. L. (2020). A clínica ampliada e o trabalho do psicólogo nos centros de referência de assistência social. *Revista Psicologia e Saúde*.
- Silveira, R. W. M. D. (2016). Relação entre acompanhante e acompanhado: reflexões acerca do dispositivo amizade-clínica. *Fractal: Revista de Psicologia*, 28, 333-340.
- Tavares, J. S. C., & Kuratani, S. M. D. A. (2019). Manejo clínico das repercussões do racismo entre mulheres que se “tornaram negras”. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 39.
- Timm, F. B., Pereira, O. P., & Gontijo, D. C. (2011). Psicologia, violência contra mulheres e feminismo: em defesa de uma clínica política. *Revista Psicologia Política*, 11(22), 247-259.
- Tokuda, A. M. P., Peres, W. S., & Andréo, C. (2016). Família, gênero e emancipação psicossocial. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 36, 921-931.
- Veiga, L. M. (2019). Descolonizando a psicologia: notas para uma Psicologia Preta. *Fractal: Revista de Psicologia*, 31, 244-248.

Walter, B. E. P., & Pinho, G. S. (2017). Crise, Crítica e Clínica. *Revista Polis e Psique*, 7(2), 119-134.

Fecha de recepción: 10 de enero de 2025

Fecha de aceptación: 07 de febrero de 2025