

Trabajo Social Clínico Crítico y las Limitaciones Neoliberales ante la Justicia Social en Salud Mental².

PhD, MSW. Catrina Brown³

RESUMEN:

A pesar de una sólida historia basada en la justicia social en la formación profesional del Trabajo Social en Canadá, podríamos afirmar que no ha habido una integración intencionada hacia la práctica directa de orientación clínica crítica para la salud mental bajo una teoría basada en la justicia social. En este sentido, el Trabajo Social progresista (o centrado en lo macrosocial) ha tendido a ver el trabajo clínico como algo focalizado en lo individual y que no contribuye al cambio social. Ante dicha problemática, en este artículo, elaboro un enfoque de Trabajo Social Clínico Crítico influenciado por la crítica posmoderna y la práctica feminista, narrativa y basada en la colaboración, las cuales están arraigadas en la teoría crítica. Es así como la práctica clínica crítica altera el binarismo individual/social, a través de una contravisión de los discursos sociales dominantes que son poco beneficiosos, produciendo contrarrelatos que participan en la resistencia social. Al mismo tiempo, exploro las limitaciones del neoliberalismo en la práctica de la salud mental del Trabajo Social y su influencia en la capacidad de los trabajadores sociales para practicar un Trabajo Social basado en la justicia social. Una razón general es que el neoliberalismo restringe la capacidad de los trabajadores sociales para abordar los determinantes sociales y estructurales de la salud mental a través de su enfoque en la racionalización económica, la biomedicalización y la responsabilidad individual, junto con prácticas racionalizadas que enfatizan modelos breves basados en evidencia y eficiencia. Argumento que el Trabajo Social se enfrenta a una crisis pero como profesión desempoderada, ya que intenta reconciliar su compromiso con la justicia social y la importancia de abordar la inequidad, la marginación y la opresión mientras trabaja a menudo en escenarios laborales que exigen la subordinación del conocimiento del Trabajo Social al neoliberalismo y el biomedicalismo. Bajo estas condiciones, ahora más que nunca se necesita un enfoque clínico crítico para la práctica en la salud mental.

Palabras Claves: Trabajo Social Clínico Crítico, Neoliberalismo, Justicia Social, Salud Mental.

¹ Traducción y revisión 2021 por MSW. E. Paola Grandón y Mg. Diego Reyes Barría.

² Este artículo apareció originalmente en *Research on Social Work Practice*, Vol. 31. No. 6, 2021, pp.1-9. Esta versión traducida y publicada en nuestra revista fue solicitada directamente a la editorial de la revista respectiva.

³ Es una trabajadora social clínica canadiense, Master of Social Work (MSW) y doctora en Trabajo Social (PhD) por University of Toronto Canadá. Actualmente es profesora y coordinadora de grado para la Escuela de Trabajo Social en Dalhousie University, Halifax, Nova Scotia, Canadá.

Critical Clinical Social Work and the Neoliberal Constraints on Social Justice in Mental Health.

Despite a strong history of social justice-based social work professional education in Canada, there has not been an intentional integration of direct critical clinical mental health practice with social justice-based theory. Progressive social work has tended to view clinical work as focusing on the individual and failing to contribute to social change. In this article, I elaborate upon a critical clinical social work approach influenced by postmodern critique, and feminist, narrative, and collaborative-based practice rooted in critical theory. Critical clinical practice disrupts the individual/social binary through counterviewing unhelpful dominant social discourses and producing counterstories that participate in social resistance. I explore the constraints of neoliberalism on social work mental health practice and its influence on the ability of social workers to practice social justice-based social work. Neoliberalism constrains social workers' ability to address the social and structural determinants of mental health through its focus on economic rationalization, biomedicalization, and individual responsabilization, alongside rationalized practices that emphasize evidence-based and short-term efficiency-based models. I argue that social work is facing a crisis as a disempowered profession, as it attempts to reconcile its commitment to social justice and the importance of addressing inequity, marginalization, and oppression while often working in settings that demand the subordination of social work knowledge to neoliberal biomedicalism. Under these conditions, a critical clinical approach to mental health practice is needed now more than ever.

KEYWORDS: Critical Clinical Social Work, Neoliberalism, Social Justice, Mental Health

A modo general, podríamos afirmar que no ha habido un enfoque sustancial en la aplicación directa para la práctica clínica crítica basada en una teoría del Trabajo Social centrada en la justicia social y la antiopresión al interior del Trabajo Social canadiense. Por un lado, el Trabajo Social progresista (centrado en lo macrosocial) ha tendido a ver el trabajo clínico como centrado en lo individual y que no contribuye al cambio social, colocando a un margen la práctica directa basada en el feminismo, la narrativa y el empoderamiento. Ante esta carencia de un enfoque significativo en el desarrollo de enfoques clínicos críticos para la práctica del Trabajo Social. En este artículo, elaboro la necesidad de integrar habilidades clínicas críticas que sean consistentes con un paradigma de Trabajo Social antiopresivo y de justicia social, particularmente en un momento en que el neoliberalismo tiende a restringir la práctica basada en la justicia social. En este artículo se explora el impacto del racionalismo económico neoliberal sobre la práctica del Trabajo Social en la salud mental y se argumenta que ha surgido una crisis de identidad y valor del Trabajo Social como profesión a medida que el Trabajo Social lucha con su cooptación ante el discurso y la práctica biomédica dominante que lo aleja de la justicia social.

LA PRÁCTICA CLÍNICA CRÍTICA

La práctica clínica crítica busca reconciliar la brecha de larga data que existe entre la justicia social y la teoría basada en la equidad y el trabajo clínico directo al reconocer que la angustia y las luchas personales a menudo coexisten con la marginación, la opresión y la inequidad. Ha habido una tensión profundamente arraigada entre el Trabajo Social Clínico y el Trabajo Social Estructural, que refleja un binarismo de lo individual y la sociedad. Si bien los enfoques feministas, narrativos y de empoderamiento se han desarrollado bien durante algún tiempo, no ha habido una integración completa e intencional a la práctica clínica crítica en el Trabajo Social.

El Trabajo Social a menudo ha abandonado la necesidad de la crítica y la politización en la práctica profesional en el campo de la salud mental, mientras que por otra parte, intenta ofrecer una crítica social y defender el cambio social. Esto no solo es inconsistente, sino que inadvertidamente, refuerza el binomio acerca de lo individual/social, que a través de su silencio en el campo de la salud mental, se continúa instalando el discurso dominante biomédico patologizante en la práctica misma. Desde esta mirada, la praxis clínica crítica debe adoptar un enfoque cohesivo y unificado, que sitúe intencionalmente estas luchas dentro de su contexto social con el fin de contribuir a la justicia social (C. Brown, 2020a). Aceptar el discurso y las prácticas de la biomedicalización en la salud mental como corriente principal es situarse del lado del poder opresor y la inequidad.

La práctica clínica crítica rechaza las afirmaciones de verdad del discurso biomédico dominante y desentraña los aspectos discursivos de la vida y de las experiencias de las personas en conversaciones terapéuticas colaborativas (C. Brown, 2020a; C. Brown & Augusta-Scott, 2018). Al desentrañar los aspectos discursivos de las historias de las personas, los profesionales exploran, analizan y contrarrestan las formas en que el poder y el conocimiento se unen a través de dicho discurso (C. Brown, 2007a, 2007b, 2007c, 2012, 2014, 2017; C. Brown & Augusta-Scott, 2007; Foucault, 1980a, 1980b; Madigan, 2003; White, 2001, 2007; White & Epston, 1990). Hay varias características centrales de un marco teórico clínico crítico y, aunque es diverso, este marco representa la praxis de la justicia social. De acuerdo con los enfoques de la salud mental y las adicciones basados en la justicia social, un enfoque clínico crítico no medicaliza ni patologiza las luchas de las personas, sino que las sitúa dentro de los contextos sociales y las desigualdades en las que ellas emergen. Busca dar sentido a las experiencias de las personas y lo que estas significan para ellas.

La práctica clínica crítica del Trabajo Social explora las formas en que los discursos dominantes dan forma a las historias que las personas traen a las conversaciones terapéuticas y, al hacerlo, también estamos desmantelando el poder, ya que: “como las historias son discursivas, vivirlas y contarlas son inseparables. Formamos o constituimos nuestras experiencias cuando hablamos de ellas, y mientras hablamos de ellas, las experimentamos” (C. Brown & Augusta-Scott, 2007, p. xxi). Al mismo tiempo, un profesional clínico crítico o un trabajador social clínico siempre están posicionados y siempre son parciales. Basándonos en los enfoques colaborativos feministas de la práctica, debemos reconocer que siempre estamos en una posición de poder cuando somos profesionales. Esto a menudo se establece institucional y profesionalmente, pero también es relacional, ya que el usuario del servicio se encuentra en una posición vulnerable en relación con el proveedor del servicio (C. Brown, 1993, 2007b; C. Brown & Augusta-Scott, 2018). Los mismos trabajadores sociales pueden experimentar

tanto el poder como la opresión en el mundo y cierto que esto ocurre a menudo en los contextos que son muy jerárquicos, principalmente en donde los que los trabajadores sociales ejercen institucionalmente.

La deconstrucción de narrativas y las prácticas colaborativas tienen como objetivo dismantelar historias sociales dominantes y no beneficiosas, al realizarse aquello se mantienen vivas las luchas por la salud mental a través de una variedad de métodos diversos y creativos con un enfoque en asistir a producir contrahistorias que participan en la resistencia social (C. Brown, 2020a). En general, un enfoque clínico crítico se enfoca en integrar marcos teóricos posmodernos y críticos que incluyen críticas deconstructivas feministas, narrativas, antirracistas, poscoloniales y posmodernas de conceptos clave como el poder, el conocimiento, la experiencia, el yo, la emoción y la ética (C. Brown, 2020a). En conjunto, las influencias discursivas y estructurales opresivas que dan forma a la vida de las personas se exploran junto con los significados discursivos socialmente construidos e internalizados, lo cuales funcionan para solidificar el poder de esas estructuras. Por lo tanto, necesitamos revitalizar la idea inicial que apareció en la terapia feminista de que “lo personal es político”, lo que implicaba la integración de la teoría y la práctica, como también de la sociedad y la persona (Levine, 1982).

Si bien los trabajadores sociales han sido generalmente conscientes de los determinantes sociales de la salud, los cuales han sido bien establecidos durante algún tiempo (Raphael, 2006), aún deben destacarse aquellos determinantes sociales de la salud mental, particularmente dentro del enfoque biomédico dominante en la prestación de servicios. A partir de la década de 1970, el movimiento de mujeres y las terapeutas feministas criticaron el modelo médico y la patologización de la vida cotidiana de las mujeres (C. Brown, 1993; L. Brown, 2004; Pizzey, 1974; Smith & David, 1975). Ante aquello, los trabajadores sociales están formados para atender el contexto social de la vida de las personas, pero a pesar de esto y de las críticas en curso, la práctica y la prestación de servicios convencionales siguen estando fuertemente arraigadas en la individualización del enfoque biomédico y exigen que los trabajadores sociales cumplan con esta hegemonía. Las desigualdades sociales estructurales basadas, por ejemplo, en la clase, la raza, el género, la capacidad y la edad tienen un impacto significativo en la salud mental y el bienestar de las personas (Organización Mundial de la Salud, 2014). Dado que el dolor, el sufrimiento y las luchas de las personas a menudo surgen dentro de estos contextos marginados y desiguales, el trabajo clínico crítico debe poder abordarlos hábilmente. Para abordar las desigualdades sociales y las injusticias en la sociedad, debemos abogar intencionalmente y adoptar prácticas clínicas críticas. Necesitamos abordar temas como el acceso, las barreras, la diversidad y la equidad al recibir y brindar atención de salud mental.

EL NEOLIBERALISMO Y EL TRABAJO SOCIAL EN SALUD MENTAL

El neoliberalismo es una filosofía política y un conjunto de prácticas pertenecientes al capitalismo tardío las cuales se centran en la lógica de una economía de libre mercado y reflejan un enfoque de gobierno reducido. A menudo las críticas al neoliberalismo y a las perspectivas neoliberales se centran en el impacto de los principios del mercado en la distribución económica y social de los bienes (Gazso, 2012; Shamir, 2008) y la magnificación de las diferencias de poder social basadas en el género, la raza y la clase (C. Brown, 2016, 2019). Desde la década de 1990, ha habido una intensificación del neoliberalismo, y sus efectos son evidentes en la reestructuración del mercado

laboral, como también en la privatización y la reducción del estado de bienestar social y sus responsabilidades. Bajo su lógica, el individuo es responsable, en lugar del estado, ya sea en los riesgos sociales como la enfermedad, la discapacidad, el desempleo y la pobreza, centrándose en la capacidad del individuo para autogestionarse y regularse y, en última instancia, él debe ser responsable de su propia recuperación (C. Brown, 2007b, 2019, 2020a; Liebenberg et al., 2013; Morrow & Weisser, 2012; Pyysiäinen et al., 2017; Shamir, 2008). Según Stark (2018) la economización del Trabajo Social, ha involucrado que la profesión sea sometida a la lógica del mercado y a la acumulación del capital. Las restricciones económicas han presionado a los trabajadores sociales a adoptar estrategias biomedicalizadas, breves y, a menudo, descontextualizadoras, con una tendencia a un número limitado de sesiones bajo modelos basados en la eficiencia y que están legitimados por supuestos de práctica “basada en evidencia”.

Los principios basados en el mercado y el pensamiento neoliberal han penetrado todas las esferas de la vida social (C. Brown, 2016), influyendo en cómo nos construimos y vivimos nuestras vidas (Braedley & Luxton, 2010). Este mecanismo de poder funciona fomentando la participación individual y la creencia en su responsabilidad y centrándose en prácticas disciplinarias, que enfatizan el autocuidado, la superación personal y las nociones engañosas de elección y resiliencia (C. Brown, 2007b, 2014, 2019). El impacto específico del neoliberalismo en la justicia social en la salud mental se refleja en los enfoques de salud mental del modelo médico dominante, que refuerzan la injusticia social a través de su énfasis biomedicalizado y despolitizado en sus trastornos, el diagnóstico y la enfermedad mental (C. Brown et al., 2020; C. Brown y MacDonald, 2020, Morrow y Weisser, 2012).

Estos enfoques individualizados, descontextualizados y patologizantes no abordan los contextos sociales y políticos en los que vive la gente. Responsabilizando a las personas para que resuelvan sus propios problemas. Esto se refleja en la provisión cada vez más reducida de servicios adecuados y apoyos de bienestar social (Baines et al., 2019; C. Brown, 2016; Pease et al., 2016). En conjunto, el enfoque biomédico en la patología individual y la austeridad económica neoliberal producen servicios de atención de salud mental opresivos, en los que se aboga la capacidad de resiliencia y la recuperación del individuo mientras que los recursos y la atención son limitados, basados en la eficiencia y administrados económicamente.

No obstante, la resiliencia, las fortalezas y el empoderamiento han sido importantes para la práctica del Trabajo Social, pero bajo las prácticas institucionales neoliberales, estas se toman con demasiada frecuencia de manera individualizadora y descontextualizadora. El discurso terapéutico es en sí mismo cada vez más individualista y medicalizador, dando la impresión de enfatizar la resiliencia, la autodeterminación y el bienestar (Baines & Waugh, 2019; C. Brown, 2014, 2018, 2019; Cabanas, 2018; Gill & Orgad, 2018; Lefrancois et al., 2016; Lemke, 2001; Morrow & Wiesser, 2012; Rottenberg, 2014; Shamir, 2008). A través de la problematización de los efectos del neoliberalismo en el enfoque revitalizado en la recuperación (o recovery) de la salud mental y el bienestar, Morrow y Weisser (2012) argumentan que debemos abordar los impedimentos sociales y estructurales para la recuperación. Ellos sugieren que:

“Estos aspectos sociales y estructurales se articulan y promulgan a través de una serie de dimensiones de poder como el biomedicalismo, la racialización, el sanismo, el sexismo, la discriminación por edad, el heterosexismo, etc. Todo esto exige un análisis interseccional de justicia social para la recuperación. Es decir, un análisis que pone en primer plano una comprensión del poder tal como se distribuye en el sistema de atención de la salud mental y las formas entrelazadas de opresión que lo acompañan y por medio de las cuales opera. (p. 28)

En general, la revitalización de la recuperación individual es inadecuada para abordar las desigualdades sociales y estructurales (C. Brown, 2019; Weisser et al., 2011).

LA MODA DE LA RECUPERACIÓN “RECOVERY”

La noción de recuperación (recovery) se originó como parte del movimiento de restauración en la década de 1970 luego de la desinstitucionalización de aquellos que fueron psiquiatrizados. Si bien el movimiento de recuperación se centró en permitir que las personas vivan bien en la comunidad, más recientemente ha sido cooptado y popularizado por el neoliberalismo (Anthony, 1993). Inicialmente, el enfoque de recuperación enfatizaba el empoderamiento, la conexión y la esperanza mientras desafiaba el binomio cuerdo/loco. Hoy en día, el enfoque en la “recuperación” implica una expectativa de autocontrol que uno cumplirá con el experto biomédico y las mejores prácticas de salud recomendadas (es decir, regular la alimentación, el uso de sustancias y el ejercicio).

El imperativo de recuperación coexiste con el imperativo de autogestión y responsabilización. Muchos han enfatizado la necesidad de cuestionar este enfoque renovado en la recuperación de la salud mental bajo el neoliberalismo y abordar el poder y los impedimentos sociales y estructurales para la recuperación (Baines et al., 2019; C. Brown, 2016, 2019, 2020a; LeBoutillier et al., 2011; Morrow & Weisser, 2012; Pease et al., 2016; Weisser et al., 2011). Es importante destacar que la retórica de la recuperación se utiliza cada vez más para legitimar estrategias y enfoques neoliberales y biomédicos (Poole, 2011). Para Rose (2014) esto es una forma reificación posterior de la injusticia social y la inequidad de esta retórica se le llama la “moda de la recuperación o la farándula de la recuperación”. Los mecanismos discursivos de poder dentro del enfoque biomédico hegemónico de la salud mental producen un enfoque en la responsabilidad y la agencia individual, lo que sirve para invisibilizar la opresión y la inequidad social en la salud mental que, a menudo, se materializan en la atención de la salud mental misma.

LOS DISCURSOS DOMINANTES DE LA SALUD MENTAL

Junto a las críticas de la noción reconfigurada de recuperación y su enfoque en las fortalezas y resiliencia individuales, que reflejan críticas a la psiquiatría (Burstow, 1992, 2003; Penfold & Walker, 1983; Smith & David, 1975; Szasz, 1970), académicos vinculados al estudio de la locura (Burstow & Weitz, 1988; Capponi, 1992; Lefrancois et al., 2013), han mostrado los desafíos al uso biomédico hegemónico del diagnóstico del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM; Becker & Lamb, 1994; Caplan, 1995; Cermele et al., 2001; Marecek, & Gavey, 2013; Ussher, 1991, 2010), y las críticas feministas del enfoque biomédico de la vida de las mujeres generan desafíos

significativos a las historias de luchas y atención de la salud mental, que se centran singularmente en el déficit individual y excluyen los determinantes sociales y estructurales de la salud mental (C. Brown, 1993, 2007a, 2007b, 2007c, 2014, 2017, 2018, 2019, 2020b; L. Brown, 1992, 2004; Comas-Díaz & Greene, 1994; Courtois, 1996; Herman, 1992, 2015; Morley, 2003; Stoppard y Gammell, 2003). Incluso aquellos que han contribuido al DSM como Francis (2012a, 2012b) y Francis y Widiger (2012) han criticado el sobrediagnóstico y medicalización de la condición humana, tal como ha sido visto en el DSM-5.

Los críticos del modelo biomédico argumentan que el DSM no solo sirve para “medicalizar la miseria” (Strong, 2012; Ussher, 1991, 2010), sino que su condición de maestro también ofrece un “atractivo de legitimidad” (Lafrance & McKenzie-Mohr, 2013). De acuerdo con Lafrance (2014) quién argumenta que la “hegemonía del modelo médico puede entenderse menos como una cuestión de <<verdad>> que de poder” (p. 141). De manera similar, White y Epston (1990) nos recuerdan: “estamos sujetos al poder a través de las <<verdades>> normalizadoras que dan forma a nuestras vidas y relaciones” (p. 19). Por ejemplo, el predominio biomédico y el uso correspondiente del DSM-5 no solo representan verdades normalizadoras (American Psychiatric Association, 2013), sino que también sirven como un poderoso ejemplo de la unión entre el conocimiento y el poder (Foucault, 1980a, 1980b). Desde Foucault entendemos que saber y poder se unen a través del discurso, pero generalmente se suele presumir que el modelo biomédico es neutral, objetivo, científico y, por tanto, no posicionado políticamente.

Estas críticas a los enfoques dominantes de la salud mental demuestran la injusticia epistémica y que en gran parte obligan al Trabajo Social a encajar dentro del modelo médico dominante (Fricker, 2003). Según McKenzie-Mohr y Lafrance (2011) quienes han descrito la “charla sobre la cuerda floja” como una forma de tratar de expresar experiencias que no tienen un marco social disponible adecuado, tal como en el caso de las mujeres que sufren violación o depresión. Cuando el marco ideológico o discursivo hegemónico subordina o invisibiliza explicaciones alternativas, y de acuerdo a Butler (1997) que sugiere que esto produce un discurso injurioso. A menudo, tanto las personas usuarias de los servicios como los trabajadores sociales confían en el discurso patologizante dominante disponible para ellos, lo cual crea una brecha epistémica entre sus propias experiencias y conocimientos y los que se les imponen (Fricker, 2003). Estas brechas crean daños tanto individuales como sociales. En este punto, es importante destacar que los trabajadores sociales que ejercen dentro de estos discursos patologizantes dominantes suelen ser dominantes e influyentes en relación con a las personas que atienden, las cuales operan con menos poder en este contexto. Al participar del discurso dominante injurioso del abordaje biomédico, el trabajador social es el responsable en la relación terapéutica por los efectos nocivos sobre los usuarios del servicio. Dentro del sistema biomédico dominante de atención de la salud mental, no existe un campo de juego uniforme entre las personas usuarias y los trabajadores sociales, o entre los trabajadores sociales y otras profesiones, y entre el Trabajo Social y los paradigmas médicos.

Las brechas epistémicas revelan la construcción social del conocimiento, el poder y la verdad asociada a la opresión y la inequidad. Ante esto Strong (2012) se refiere al poder de estos discursos dominantes sobre salud mental como “capturas discursivas”. Claramente, esto demuestra que los discursos dominantes sobre salud mental son limitados (Morrow & Malcoe, 2017):

Ausentes de esta historia oficial hay perspectivas y formas de evidencia que comienzan con un análisis del poder y consideran la producción social, política, cultural y económica de problemas y soluciones de salud mental. También están ausentes las diversas voces de la experiencia: sobrevivientes psiquiátricos y aquellos que han vivido con diversas formas de marginación social y (no sin relación) sufrimiento emocional y, por lo tanto, tienen un conocimiento importante sobre la utilidad de las reformas, los apoyos, el tratamiento y la atención de salud mental. (pág. 6)

La tendencia a centrarse en los "hechos" y desalentar los "valores" se destaca como algo importante para la toma de decisiones "racionales" (Webb, 2001). La práctica basada en la evidencia defiende las nociones de control, neutralidad y racionalidad, lo que permite a las organizaciones gestionar a los profesionales individualizadamente mediante la implementación de herramientas de rendición de cuentas a través de la medición, las auditorías y el papeleo (Webb, 2001). Además, los trabajadores sociales siempre están trabajando dentro de los dominios discursivos y como dominantes de sí mismos. Sin embargo, la demanda de que los trabajadores sociales utilicen prácticas específicas basadas en evidencia, como la terapia cognitiva conductual (TCC), puede socavar su juicio profesional, autonomía y discreción necesaria cuando trabajan en contextos sociales complejos e interseccionales (Bullen et al., 2020; Webb, 2001). Los enfoques como la TCC también se alinean con la restricción fiscal neoliberal y se prestan al trabajo correspondiente a corto plazo (C. Brown, 2020a). Las restricciones fiscales neoliberales son particularmente evidentes en el uso grupal de la TCC, que permite no solo el trabajo a corto plazo sino también la capacidad de atender a múltiples usuarios del servicio a la vez.

CONFLICTO E IDENTIDAD

Los trabajadores sociales han estado experimentando una fragmentación entre los "valores tradicionales del Trabajo Social" y los del mercado desde la década de 1980 (Carpenter & Platt, 1997). Cada vez más, los trabajadores sociales describen el desempoderamiento profesional y la devaluación del Trabajo Social, y el desafío que esto representa para la identidad profesional del Trabajo Social (Arnford & Hiybsgiidm, 2015; Hyslop, 2018; Rossiter & Heron, 2011). Esta fragmentación puede afectar la percepción de los trabajadores sociales sobre su identidad profesional y la congruencia con su perspectiva de justicia social dentro de su lugar de trabajo profesional (Carpenter & Platt, 1997). La amenaza a la identidad del Trabajo Social tiene una relevancia particular para los trabajadores sociales dentro de los escenarios de salud mental, ya que la visión biopsicosocial de la salud a menudo se ve disminuida en relación con la perspectiva biomédica dominante que se centra en el diagnóstico, la medicación y el tratamiento basado en la evidencia (Bullen et al., 2020; Gibbs, 2003; McCrae et al., 2004; Nathan & Webber, 2010; Rosen, 2003; Yip, 2004).

Las tensiones entre los trabajadores sociales y el enfoque neoliberal de la prestación de servicios reflejan en gran medida un conflicto de los trabajadores sociales con el mayor énfasis en el etiquetado, el diagnóstico, el uso del DSM, el modelo biomédico y el creciente enfoque en la neurociencia. La cooperación de los trabajadores sociales en las construcciones neoliberales de la salud mental se puede ver a través de la expectativa en el lugar de trabajo de que los trabajadores sociales aceptarán y apoyarán la biomedicalización, la patologización, la individualización, la responsabilización y la privatización de los servicios.

De acuerdo con la literatura existente, un estudio reciente sobre el reposicionamiento de las prácticas en salud mental del Trabajo Social en Nueva Escocia encontró que además del conflicto con el modelo biomédico dominante, los trabajadores sociales reportaron una falta de autonomía; falta de libertad profesional, valor y respeto; falta de poder, posición, oportunidad y voz para influir en la práctica y la política; miedo al reemplazo; disminución de los valores del Trabajo Social; estandarización que ha restringido su ámbito de práctica; un aumento de métricas y medidas que se aprecian a través de un crecimiento en el papeleo; una disminución del número de sesiones de asesoramiento permitidas; y falta de elección sobre sus enfoques de práctica (C. Brown et al., 2020). Los trabajadores sociales expresaron conflicto con la expectativa dada por sentada de que cumplen con los enfoques de la práctica que enfatizan un número limitado de sesiones, utilizando modelos basados en evidencia como la TCC, ya que esto reduce su capacidad para abordar adecuadamente las determinantes sociales y estructurales de la salud mental.

En general, su práctica está restringida dentro de modelos financiados por el estado que reflejan un énfasis neoliberal en la eficiencia en lugar de la calidad y la atención. Por un lado, puede ser más desafiante abordar los determinantes sociales y estructurales de las luchas de salud mental en la TCC grupal y, por otro lado, los trabajadores sociales que son más creativos pueden encontrar una manera de alejarse de las conversaciones ante las luchas individualizadas para colectivizar la conversación centrándose en los elementos compartidos de las experiencias de las personas y los contextos sociales en los que emergen. Dentro de la TCC individual, los trabajadores sociales también pueden optar por contextualizar las preocupaciones de salud mental de las personas, a pesar del enfoque individual de la TCC.

A modo de panorámica, a pesar de las excepciones, el enfoque racionalizado actual para la prestación de servicios de salud mental del Trabajo Social a menudo tiene un enfoque demasiado estrecho y un tiempo limitado para permitir el desarrollo de la fuerte alianza terapéutica necesaria para abordar adecuadamente el nivel de angustia y sufrimiento que surge dentro de las condiciones de inequidad en la salud mental. Ante esto, Baines y Waugh (2019) argumentan: “una de las principales víctimas de esta racionalización de la práctica ha sido el sello distintivo de las relaciones basadas en la confianza, que mejoran la dignidad y requieren mucho tiempo, generalmente se piensa que forman el ímpetu y los medios para el cambio dentro del esfuerzo del Trabajo Social” (p. 250). Si bien la prestación de servicios neoliberal hace hincapié en los modelos basados en la evidencia de talla única, la investigación existente ha demostrado que la alianza o relación terapéutica es el determinante más importante de cómo los usuarios del servicio perciben la eficacia de la terapia, especialmente cuando hay una lesión relacional por trauma y trauma intergeneracional. Herman 1992, 2015; Norcross y Wampold, 2011).

Las implicaciones del neoliberalismo para el Trabajo Social también se exploraron en un estudio de seis países, que encontró que los niveles de desigualdad económica han aumentado bajo el neoliberalismo (Spolander et al., 2014). Se argumenta que el Trabajo Social enfrenta desafíos y conflictos a nivel internacional y que “es importante que la profesión encuentre su voz colectiva para comprender, analizar, promover y desarrollar estrategias para enfrentar el impacto de la reforma neoliberal si se quiere que siga siendo relevante” (p. 309). Como tal, ha habido un llamado creciente a una reconfiguración o reestructuración del Trabajo Social en respuesta al neoliberalismo (Baines et al., 2019; C. Brown et al., 2020; C. Brown & Macdonald, 2020; Fergus, 2004; Harlow et al., 2013). Cuando el Trabajo Social es cooptado por el clima institucional y social del neoliberalismo con su

énfasis en la restricción fiscal y la racionalización de todas las prácticas, nuestras identidades profesionales basadas en la justicia social están en riesgo (Goodman et al., 2004; Gray et al., 2015). Este también es el caso cuando en el lugar de trabajo se requiere que los profesionales del Trabajo Social subordinen sus propios conocimientos y prácticas ante la psicología, la psiquiatría y la medicina.

Podría decirse que el neoliberalismo ha creado una crisis de servicios de salud mental y esto afecta directamente a los trabajadores sociales (Carney, 2008). Ferguson y Lavalette (2013) sugieren que el Trabajo Social en el Reino Unido se encuentra en un estado de crisis con muy baja moral entre propios trabajadores sociales. La investigación sobre la salud mental y el neoliberalismo en el Reino Unido ha encontrado que el gerencialismo ha tenido un efecto opresor sobre los profesionales del Trabajo Social y ha producido conflictos y luchas de poder. Esto ha resultado, tal como sugieren, en un sistema fragmentado, en el que los trabajadores sociales cumplen de manera ambivalente con los valores del neoliberalismo y su desprofesionalización (Ramon, 2008).

Algunos profesionales resisten la gobernanza neoliberal y las presiones gerenciales pasando más tiempo con las personas y criticando la estructura esperada de los servicios con sus las personas usuarias (Gray et al., 2015; Strier & Breshtling, 2016; Thomas & Davies, 2005). La investigación sobre el impacto del neoliberalismo y las demandas de austeridad y rendición de cuentas en las prácticas de los directores de las escuelas canadienses de Trabajo Social fue explorada por Barnoff et al. (2017). Los investigadores descubrieron que los directores se involucran en prácticas que cumplen, negocian y resisten el neoliberalismo a través de cómo abordan, por ejemplo, la medición del desempeño y la producción y sus luchas con las restricciones fiscales.

EL “YO” O “SÍ MISMO” NEOLIBERAL

El neoliberalismo no solo enfatiza la política de libre mercado y una reducción en la provisión de recursos sociales, sino que también enfatiza un ciudadano ideal respectivamente (Haydock, 2014). Este mecanismo de poder funciona fomentando la participación individual y la creencia en su responsabilidad centrándose en prácticas disciplinarias que enfatizan el autocuidado, la superación personal y las nociones engañosas de elección y resiliencia (C. Brown, 2007b; Chen, 2013). El “yo es un vehículo de poder en el que los individuos promulgan y cosifican prácticas normativas culturalmente codificadas del yo” (C. Brown, 2014, p. 176). Según Foucault (1980b), “los individuos participamos de prácticas normalizadoras y disciplinarias del yo, en las que nos convertimos en sujetos, absorbidos por la superación, la gestión y el desempeño del yo” (C. Brown, 2014, p. 176). Si bien las personas son activas en la creación de sí mismas, no siempre es de una manera que las beneficie. El enfoque individual en la autodisciplina se ha intensificado como un proceso de normalización del yo bajo el neoliberalismo y refleja el imperativo correspondiente del discurso de autogestión (C. Brown, 2014; Foucault, 1980a; Gremillion, 2003) que también requiere una subjetividad estrictamente controlada (Ahmed, 2004, C. Brown, 2014, 2019).

Las mujeres, más frecuentemente que los hombres, están obligadas a trabajar y transformarse a sí mismas y a regular todos los aspectos de su conducta, presentando estas acciones como libremente elegidas (Gill, 2008). Para Gill (2008), “el poder opera psicológicamente” y por lo tanto emocionalmente al “governarse a sí mismo” (p. 443). En la era neoliberal, debemos cuestionar cómo los discursos socioeconómicos y políticos más amplios de austeridad extrema, división y

responsabilidad individual se incorporan cada vez más a los mecanismos cotidianos de poder, evidentes en los enfoques dominantes sobre el yo y la salud mental.

Uno de los problemas con este enfoque en las elecciones autónomas es que sigue siendo cómplice, en lugar de ser crítico, de los discursos "posfeministas" y neoliberales, los cuales se centran en las nociones de libertad y elección individual (Barker, 2013; Chen, 2013; Gill, 2008). Butler (1997) nos recuerda que toda elección está restringida: no existe una elección completamente libre. No tenemos autodeterminación o agencia sin fin y, sin embargo, no somos simplemente marionetas o víctimas de la cultura. Si bien podemos creer que estamos tomando decisiones y creemos que nos autorregulamos, también estamos siendo administrados o regulados socialmente.

Se hace evidente que los trabajadores sociales basados en la justicia social pueden, sin saberlo, adoptar conceptos como resiliencia, trauma informados, basados en evidencia, autogestión, autodominio, recuperación, felicidad, éxito, elección individual y empoderamiento, los cuales tienden a ser fundamentales para las nociones del sujeto neoliberal hoy. La construcción del sujeto neoliberal a menudo se alinea bien con el sistema dominante de prestación de servicios de salud mental biomedicalizado, individualizado, patologizante y descontextualizado, que responsabiliza la recuperación o sanación como algo individual. Es necesario cuestionar nuestra propia participación discursiva en la cooptación neoliberal de muchas de estas ideas para resistirlas. Siguiendo el pensamiento de Ahmed (2004) sobre la política de la emoción que enfatiza que debemos preguntarnos "qué hacen las emociones" en términos sociales, debemos preguntarnos qué hacen realmente los conceptos neoliberales. La creación de una voz colectiva de Trabajo Social a través de asociaciones profesionales de Trabajo Social, formación en Trabajo Social y la creación de sindicatos de Trabajo Social pueden funcionar juntas para resistir el discurso neoliberal dominante y obtener un mayor control sobre la práctica del Trabajo Social.

CONCLUSIÓN

Se ha argumentado que debemos reconocer y abordar hasta qué punto los trabajadores sociales tienen conciencia, resistencia y cumplen con el impacto del neoliberalismo en su lugar de trabajo (es decir, la falta de autonomía, la falta de libertad profesional, la disminución de los valores del Trabajo Social, estandarización, métricas, mayor carga de usuarios, menor número de sesiones) y en qué medida los trabajadores sociales apoyan un enfoque neoliberal para la prestación de servicios (es decir, etiquetado, diagnósticos, uso de DSM, modelo biomédico, neurociencia). Este artículo ha explorado cómo los trabajadores sociales a menudo son cooptados por las construcciones neoliberales biomedicalizadas de la salud mental (es decir, biomedicalización, patologización, individualización, responsabilización) y la medida en que los servicios de salud mental de los trabajadores sociales son cooptados por las necesidades del estado en la población y el efecto de esto en los enfoques de tratamiento (intervenciones centradas en la eficiencia, basadas en evidencia, fiscalmente restringidas, a corto plazo y estandarizadas). Los trabajadores sociales luchan por conciliar su propia formación y valores profesionales y su enfoque en la justicia social con las demandas del lugar de trabajo y en la patología individual y la eficiencia del servicio. Claramente, el enfoque profesional y ético de los trabajadores sociales en la justicia social está limitado en el lugar de trabajo por el gerencialismo neoliberal y la restricción fiscal.

Una perspectiva clínica crítica busca confrontar la brecha de larga data entre la teoría de la justicia social y los enfoques de justicia social para la práctica de la salud mental y argumenta que este proceso debe ser deliberado, intencional y crítico. Dada la crisis identificada en las prácticas de salud mental del Trabajo Social bajo el neoliberalismo, es imperativo que el Trabajo Social como profesión explore formas de mejorar el valor y la identidad del Trabajo Social como una profesión comprometida con la justicia social. Necesitamos resistir el giro psicológico neoliberal si deseamos avanzar en un enfoque de justicia social para la salud mental. Sabemos que muchos experimentan desventajas sociales y económicas extremas y/o luchan con problemas concurrentes de salud mental, trauma y adicción, que a menudo requieren práctica a largo plazo y la construcción de relaciones terapéuticas colaborativas de confianza. Como trabajadores sociales, debemos brindar atención de salud mental que aborde las luchas que a menudo surgen a la par de la combinación de experiencias de vida adversas, como traumas y daños en las relaciones y marginación, opresión e inequidad (C. Brown, 2017, 2019, 2020b; Gobierno de Canadá, 2020; Herman, 1992, 2015).

He argumentado que el enfoque racionalizado actual tiene una perspectiva demasiado estrecha y un tiempo limitado para permitir el desarrollo de la fuerte alianza terapéutica necesaria para abordar adecuadamente el nivel de angustia y sufrimiento que surge dentro de las condiciones de inequidad en salud mental. En total, estos desafíos han sido descritos como una “crisis” de la profesión del Trabajo Social, ya que invisibilizan e inmovilizan los valores de justicia social, las percepciones y las contribuciones del conocimiento y la praxis del Trabajo Social. Con el aumento de las desigualdades sociales y las injusticias en la sociedad, ahora existe una necesidad aún mayor de abogar intencionalmente y adoptar prácticas clínicas críticas de justicia social. En el futuro, debemos resistir la cooptación en construcciones neoliberales de provisión de servicios. En general, el discurso neoliberal dominante está en desacuerdo con un enfoque de justicia social para brindar atención de salud mental. Necesitamos estar atentos a las formas en que el neoliberalismo puede cooptar y remodelar la idea misma de la justicia social.

REFERENCIAS

- Ahmed, S. (2004). Affective economies. *Social Text*, 79(22), 117-139.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm>
- Anthony, W. I. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4), 11-23.
- Arnfjord, S., & Hiybgsiidm, L. (2015). Problems of professional disempowerment: An initial study of social work conditions in Greenland. *Intersectionalities: A Global Journal of Social Work Analysis, Research, Polity, and Practice*, 4(1), 40-58.
- Baines, D., Bennett, B., Goodwin, S., & Rawsthorne, M. (Eds.). (2019). *Working across difference: Social work, social policy, and social justice* (pp. 247-260). Red Globe Press.
- Baines, D., & Waugh, F. (2019). Afterword: Resistance, white fragility and late neo-liberalism. In D. Baines, B. Bennett, S. Goodwin, & M. Rawsthorne (Eds.), *Working across difference: Social work, social policy, and social justice* (pp. 247-260). Red Globe Press.
- Barker, M. (2013). New femininities: Postfeminism, neoliberalism and subjectivity. *Psychology & Sexuality*, 4(3), 323-325.
- Barnoff, L., Moffatt, K., Todd, S., & Panitch, M. (2017). Academic leadership in the context of neoliberalism: The practice of social work directors. *Canadian Social Work Review/Revue canadienne de service social*, 34(1), 5-21.
- Becker, D., & Lamb, S. (1994). Sex bias in the diagnosis of borderline personality disorder and posttraumatic stress disorder. *Professional Psychology: Research and Practice*, 25(1), 55-61.

- Braedley, S., & Luxton, M. (2010). Competing philosophies: Neoliberalism and challenges of everyday life. In S. Braedley & M. Luxton (Eds.), *Neo-liberalism and everyday life* (pp. 3–21). McGill-Queen's University Press.
- Brown, C. (1993). Feminist therapy: Power, ethics, and control. In C. Brown & K. Jasper (Eds.), *Consuming passions. Feminist approaches to weight preoccupation and eating disorders* (pp. 120–136). Second Story Feminist Press.
- Brown, C. (2007a). Dethroning the suppressed voice: Unpacking experience as story. In C. Brown & T. Augusta-Scott (Eds.), *Narrative therapy: Making meaning, making lives* (pp. 177–196). Sage.
- Brown, C. (2007b). Situating knowledge and power in the therapeutic alliance. In C. Brown & T. Augusta-Scott (Eds.), *Narrative therapy: Making meaning, making lives* (pp. 3–22). Sage.
- Brown, C. (2007c). Discipline and desire: Regulating the body/self. In C. Brown & T. Augusta-Scott (Eds.), *Narrative therapy: Making meaning, making lives* (pp. 105–131). Sage.
- Brown, C. (2012). Anti-oppression through a postmodern lens: Dismantling the master's tools. *Critical Social Work*, 3(1), 34–65.
- Brown, C. (2014). Untangling emotional threads, self-management discourse and women's body talk. In M. LaFrance & S. McKenzie-Mohr (Eds.), *Women voicing resistance: Discursive and narrative explorations* (pp. 174–190). Routledge.
- Brown, C. (2016). The constraints of neo-liberal new managerialism in social work education [The Forum]. *Canadian Review of Social Work*, 33(1), 115–123.
- Brown, C. (2017). Creating counterstories: Critical clinical practice and feminist narrative therapy. In D. Baines (Ed.), *Doing antioppressive practice: Building transformative, politicized social work* (3rd ed., pp. 212–232). Fernwood Press.
- Brown, C. (2018). The dangers of trauma talk: Counterstorying cooccurring strategies for coping with trauma. *Journal of Systemic Therapies*, 37(3), 42–60.
- Brown, C. (2019). Speaking of women's depression and the politics of emotion. *Affilia—Journal of Women and Social Work*, 34(2), 151–169.
- Brown, C. (2020a). Critical clinical social work: Theoretical and practical considerations. In C. Brown & J. McDonald (Eds.), *Critical clinical social work: Counterstorying for social justice* (pp. 16–58). Canadian Scholars' Press.
- Brown, C. (2020b). Feminist narrative therapy and complex trauma: Critical clinical work with women diagnosed as “borderline.” In C. Brown & J. McDonald (Eds.), *Critical clinical social work: Counterstorying for social justice* (pp. 82–109). Canadian Scholars' Press.
- Brown, C., & Augusta-Scott, T. (2018). Reimagining the intersection of gender, knowledge and power in collaborative therapeutic conversations with women and eating disorders and men who use violence. In D. Pare & C. Audet (Eds.), *Social justice and narrative therapy* (pp. 143–158). Routledge.
- Brown, C., & Augusta-Scott, T. (Eds.). (2007). *Narrative therapy: Making meaning, making lives*. Sage.
- Brown, C., Johnstone, M., & Ross, N. (2020). *Repositioning social work practice in mental health in Nova Scotia* [Report]. Nova Scotia College of Social Workers.
- Brown, C., & MacDonald, J. (Eds.). (2020). *Critical clinical social work: Counterstorying for social justice*. Canadian Scholars' Press.
- Brown, L. (1992). A feminist critique of personality disorders. In L. S. Brown & M. Ballou (Eds.), *Personality and psychopathology: Feminist reappraisals* (pp. 206–228). Guilford Press.
- Brown, L. (2004). Feminist paradigms of trauma treatment. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 41(4), 464–471.
- Bullen, P., Deane, K., Meissel, K., & Bhatnager, S. (2020). What constitutes globalised evidence? Cultural tensions and critical reflections of the evidence-based movement in New Zealand. *International Journal of Psychology*, 55(1), 16–25.
- Burstow, B. (1992). *Radical feminist therapy: Working in the context of violence*. Sage.
- Burstow, B. (2003). Toward a radical understanding of trauma and trauma work. *Violence Against Women*, 9(11), 1293–1317.
- Burstow, B., & Weitz, D. (1988). *Shrink resistant. The struggle against psychiatry in Canada*. New Star Books.
- Butler, J. (1997). *Excitable speech: A politics of the performative*. Routledge.

- Cabanas, E. (2018). Positive psychology and the legitimation of individualism. *Theory & Psychology*, 28(1), 3–19.
- Caplan, P. (1995). How do they decide who is normal? In *They say you're crazy. How the world's most powerful psychiatrists decide who's normal* (pp. 1–32). Addison-Wesley.
- Capponi, P. (1992). *Upstairs in the crazy house: The life of a psychiatric survivor*. Viking Press.
- Carney, T. (2008). The mental health service crisis of neoliberalism— An antipodean perspective. *International Journal of Law and Psychiatry*, 31, 101–115.
- Carpenter, M., & Platt, S. (1997). Professional identity for clinical social workers: Impact of changes in health care delivery systems. *Clinical Social Work Journal*, 25(3), 337–350.
- Cermele, J., Daniels, S., & Anderson, K. (2001). Defining normal: Constructions of race and gender in the DSM-IV casebook. *Feminism & Psychology*, 11(2), 229–247.
- Chen, E. (2013). Neoliberalism and popular women's culture: Rethinking choice, freedom and agency. *European Journal of Cultural Studies*, 16(4), 440–452.
- Comas-Díaz, L., & Greene, B. (Eds.). (1994). *Women of color: Integrating ethnic and gender identities in psychotherapy*. Guilford Press.
- Ferguson, I., & Lavalette, M. (2013). Crisis, austerity and the future (s) of social work in the UK. *Critical and Radical Social Work*, 1(1), 95–110.
- Foucault, M. (1980a). *Power/knowledge: Selected interviews and other writings 1972-1977*. Pantheon.
- Foucault, M. (1980b). *The history of sexuality: Vol. 1. An introduction*. Vintage Books.
- Francis, A. (2012a). DSM 5 is guide not bible—Ignore ten worst changes. APA approval of DSM-5 is a sad day for psychiatry.
<https://www.psychologytoday.com/blog/dsm5-in-distress/201212/dsm-5-is-guide-not-bible-ignore-ten-worst-changes>
- Francis, A. (2012b). Two fallacies invalidate the DSM-5 field trials. *Psychology Today*.
<http://www.psychologytoday.com/blog/dsm5-in-distress/201201/two-fallacies-invalidate-the-dsm-5-field-trials>
- Francis, A., & Widiger, T. (2012). Psychiatric diagnosis: Lessons from the DSM-IV past and cautions for the DSM-5 future. *Annual Review of Clinical Psychology*, 8, 109–130.
- Fricker, M. (2003). Epistemic injustice and a role for virtue in the politics of knowing. *Metaphilosophy*, 34, 154–173.
- Gazso, A. (2012). Moral codes of mothering and the introduction of welfare-to-work in Ontario. *Canadian Review of Sociology/Revue Canadienne de Sociologie*, 49(1), 26–49.
- Gibbs, L. (2003). *Evidence-based practice for the helping professions*. Brooks/Cole-Thomson Learning.
- Gill, R. (2008). Culture and subjectivity in neoliberal and postfeminist times. *Subjectivity*, 25, 432–445.
- Gill, R., & Orgad, S. (2018). The amazing bounce-backable woman: Resilience and the psychological turn in neoliberalism. *Sociological Research Online*, 23(2), 477–495.
- Goodman, L., Liang, B., Helms, J., Latta, R., Sparks, E., & Weintraub, S. (2004). Training counseling psychologists as social justice agents: Feminist and multicultural principles in action. *The Counseling Psychologist*, 32(6), 793–837.
- Government of Canada. (2020). Federal framework on posttraumatic stress disorder recognition, collaboration and support. Minister of Health, Canada.
<https://www.canada.ca/en/public-health/services/publications/healthy-living/federal-framework-post-traumatic-stress-disorder.html>
- Gray, M., Dean, M., Agllias, K., Howard, A., & Schubert, L. (2015). Perspectives on neoliberalism for human service professionals. *Social Service Review*, 2, 368–392.
- Gremillion, H. (2003). *Feeding anorexia: Gender and power at a treatment center*. Duke University Press.
- Harlow, E., Berg, E., Barry, J., & Chandler, J. (2013). Neoliberalism, managerialism and the reconfiguring of social work in Sweden and the United Kingdom. *Organization*, 20(4), 534–550.
- Haydock, W. (2014). The rise and fall of the 'nudge' of minimum unit pricing: The continuity of neoliberalism in alcohol policy in England. *Critical Social Policy*, 34(2), 260–269.
- Herman, J. (1992). *Trauma and recovery: The aftermath of violence— From domestic abuse to political terror* (1st ed.). Basic Books.

- Herman, J. (2015). *Trauma and recovery: The aftermath of violence— From domestic abuse to political terror* (2nd ed.). Basic Books.
- Hyslop, I. (2018). Neoliberalism and social work identity. *European Journal of Social Work*, 21(1), 20–31.
- Lafrance, M. (2014). Depression as oppression: Disrupting the biomedical discourse in women's stories of sadness. In S. McKenzie-Mohr & M. Lafrance (Eds.), *Creating counterstories: Women resisting dominant discourses in speaking their lives* (pp. 141–158). Routledge.
- Lafrance, M., & McKenzie-Mohr, S. (2013). The DSM and its lure of legitimacy. *Feminism & Psychology*, 23(1), 119–140.
- LeBoutillier, C., Leamy, M., Bird, V., Davidson, L., Williams, J., & Slade, M. (2011). What does recovery mean in practice? A qualitative analysis of international recovery oriented practice guidance. *Psychiatric Services*, 62(12), 1470–1476.
- Lefrancois, B., Beresford, P., & Russo, J. (2016). Editorial: Destination mad studies. *Intersectionalities*, 5, 1–10.
- LeFrancois, B., Menzies, R., & Reaume, G. (Ed.) (2013). *Mad matters. A critical reader in Canadian mad studies*. Canadian Scholars' Press Inc.
- Lemke, T. (2001). The 'birth of bio-politics': Michel Foucault's lecture at the Collège de France on neo-liberal governmentality. *Economy and Society*, 30(2), 190–207.
- Levine, H. (1982). The personal is political: Feminism and the helping professions. In G. Finn & A. Miles (Eds.), *Feminism in Canada: From pressure to politics* (pp. 175–210). Black Rose Books.
- Liebenberg, L., Ungar, M., & Ikeda, J. (2013). Neo-liberalism and responsabilisation in the discourse of social service workers. *British Journal of Social Work*, 45(3), 1006–1021.
- Madigan, S. (2003). Counterviewing injurious speech acts: Destabilizing eight conversational habits of highly effective problems. *International Journal of Narrative Therapy and Community Work*, 1, 43–59.
- Marecek, J., & Gavey, N. (2013). DSM-5 and beyond: A critical feminist engagement with psychodiagnosis. *Feminism & Psychology*, 23(1), 3–9.
- McCrae, N., Murray, J., Huxley, P., & Evans, S. (2004). Prospects for mental health social work: A qualitative study of attitudes of service managers and academic staff. *Journal of Mental Health*, 13(3), 305–317.
- McKenzie-Mohr, S., & Lafrance, M. (2011). Telling stories without the words: Tightrope talk in women's accounts of coming to live well after rape or depression. *Feminism & Psychology*, 21(1), 49–73.
- Morley, C. (2003). Towards critical social work practice in mental health: A review. *Journal of Progressive Human Services*, 14(1), 61–84.
- Morrow, M., & Malcoe, L. (2017). *Critical inquires for social justice in mental health*. University of Toronto Press.
- Morrow, M., & Weisser, J. (2012). Towards a social justice framework for mental health recovery. *Studies in Social Justice*, 6(1), 27–43.
- Nathan, J., & Webber, M. (2010). Mental health social work and the bureaubio-medicalisation of mental health care: Identity in a changing world. *Journal of Social Work Practice*, 24(1), 15–28.
- Norcross, J. C., & Wampold, B. E. (2011). Evidence-based therapy relationships: Research conclusions and clinical practices. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Evidencebased responsiveness* (pp. 423–430). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780199737208.003.0021>
- Pease, B., Goldingay, S., Hosken, N., & Nipperess, S. (Eds.). (2016). *Doing critical social work: Transformative practices for social justice*. Allen & Unwin.
- Penfold, S., & Walker, G. (1983). *Women and the psychiatric paradox*. Eden Press.
- Pizzey, E. (1974). *Scream quietly or the neighbours will hear*. Penguin Books.
- Poole, J. (2011). *Behind the rhetoric: Mental health recovery in Ontario*. Fernwood Publishing.
- Pyysiäinen, J., Halpin, D., & Guilfoyle, A. (2017). Neoliberal governance and 'responsibilization' of agents: Reassessing the mechanisms of responsibility-shift in neoliberal discursive environments. *Distinktion: Journal of Social Theory*, 18(2), 215–235.
- Ramon, S. (2008). Neoliberalism and its implications for mental health in the UK. *International Journal of Law and Psychiatry*, 31(2), 116–125.

- Raphael, D. (2006). Social determinants of health: Present status, unanswered questions, and future directions. *International Journal of Health Services*, 36(4), 651-677.
<https://doi.org/10.2190/3 MW4-1EK3-DGRQ-2CRF>
- Rose, D. (2014). The mainstreaming of recovery. *Journal of Mental Health*, 23(5), 217-218.
- Rosen, A. (2003). Evidence-based social work practice. *Social Work Research*, 27(4), 197-208.
- Rossiter, A., & Heron, B. (2011). Neoliberalism, competencies, and the devaluing of social work practice. *Canadian Social Work Review/Revue canadienne de service social*, 28(2), 305-309.
- Rottenberg, C. (2014). Happiness and the liberal imagination: How superwoman became balanced. *Feminist Studies*, 40(1), 144-169.
- Shamir, R. (2008). The age of responsabilization: On marketembedded morality. *Economy and Society*, 37(1), 1-19.
- Smith, D., & David, S. (Eds.). (1975). *Women look at psychiatry: I'm not mad, I'm angry*. Press Gang Publishing.
- Spolander, G., Engelbrecht, L., Martin, L., Strydom, M., Pervova, I., Marjanen, P., Tani, P., Sicora, A., & Adaikalam, F. (2014). The implications of neoliberalism for social work: Reflections from a six-country international research collaboration. *International Social Work*, 57(4), 301-312.
- Stark, C. (2018). The neoliberal ideology, its contradictions, the consequences and challenges for social work. *Ljetopis Socijalnog Rada [Annual of Social Work]*, 25(1), 39-63.
- Stoppard, J., & Gammell, D. (2003). Depressed women's treatment experiences: Exploring themes of biomedicalization and empowerment. In J. M. Stoppard & L. M. McMullen (Eds.), *Situating sadness: Women and depression in social context* (pp. 39-61). New York University Press.
- Strier, R., & Breshtling, O. (2016). Professional resistance in social work: Counterpractice assemblages. *Social Work*, 61(2), 111-118.
- Strong, T. (2012). Talking about the DSM-V. *International Journal of Narrative Therapy & Community Work*, 2, 54-64.
- Szasz, T. (1970). *Ideology and insanity: Essays on the psychiatric dehumanization of man*. Anchor Books.
- Thomas, R., & Davies, A. (2005). Theorizing the micro-politics of resistance: New public management and managerial identities in the UK public service. *Organizational Studies*, 26(5), 683-706.
- Ussher, J. (1991). *Women's madness: Misogyny or mental illness?* Harvester Wheatsheaf.
- Ussher, J. (2010). Are we medicalizing women's misery? A critical review of women's higher rates of reported depression. *Feminism & Psychology*, 20(1), 9-35.
- Webb, A. (2001). Some considerations on the validity of evidencebased practice in social work. *British Journal of Social Work*, 31, 57-79.
- Weisser, J., Morrow, M., & Jamer, B. (2011). A critical exploration of social inequities in mental health recovery literature. Centre for the Study of Gender, Social Inequities and Mental Health.
- White, M. (2001). Narrative practice and the unpacking of identity conclusions. *Gecko: A Journal of Deconstruction and Narrative Ideas in Therapeutic Practice*, 1, 28-55.
- White, M. (2007). *Maps of narrative practice*. W. W. Norton.
- White, M., & Epston, D. (1990). *Narrative means to therapeutic ends*. W. W. Norton.
- World Health Organization. (2014). Social determinants of mental health.
https://www.who.int/mental_health/publications/gulben_kian_paper_social_determinants_of_mental_health/en/
- Yip, K.-S. (2004). Bio-medicalization of social workers in mental health services in Hong Kong. *British Journal of Social Work*, 34, 413-435.