



IMAGEN: PxHere

Los “extraños en la ciudad”: la clínica y la atención psicosocial en un caso de vulnerabilidad social

Julio Cesar de Oliveira Nicodemos

El proceso de Reforma Psiquiátrica tuvo como motor inicial el desmontaje de los manicomios y la invención de nuevos dispositivos de cuidados territoriales para la locura. En ese proceso, surgieron los Centros de Atención Psicosocial (CAPS), con la participación de muchos psicoanalistas, acogiendo y tratando con modos verdaderamente potentes a aquellos que hasta entonces solo habían tenido como destino los largos períodos de internamiento psiquiátrico, además de permitir una intervención que transformó en muchos aspectos el modo como la polis comprendía la locura. Sin embargo, consideramos que este proceso tan solo está en una fase inicial de su trayectoria, con un largo camino por ser recorrido y con innumerables desafíos por delante.

Sabemos que, además de la locura, otros modos de existencia y de sufrimiento han tenido (y aún tienen) los mismos destinos que los locos, pero, en instituciones que, a priori, no estaban bajo la cobertura de los cuidados de la psiquiatría manicomial: leprosorios, asilos para *tuberculosos*, *personas con SIDA*, prisiones, refugios para niños abandonados, entre otras destinadas a aquellos apartados de la convivencia en la ciudad. No obstante, comprobamos, durante un largo trabajo clínico con diferentes poblaciones (entre ellas los adolescentes que cumplen medidas socioeducativas), que las institucionalizaciones de esos sujetos se dan en ese proceso como efecto de saberes que operan en una misma lógica discursiva y que son promotores de segregaciones, sea a través del confinamiento de sujetos en instituciones cerradas, sea a cielo abierto, e incluso, en los propios servicios de atención psicosocial.

Comprobamos, incluso, que actualmente los sujetos considerados extraños en la ciudad, o sea, aquellos que ponen en cuestionamiento los valores morales y legales de la ciudad, así como, las fantasías atravesadas por los ideales del *buen vivir*, a partir de sus comportamientos, frecuentemente los sujetos psicóticos y/o los consumidores de drogas, permanecen como objeto del encarcelamiento en las instituciones con base en saberes –fundamentalmente, el saber jurídico–, que ejercen su poder de control, algo ya descrito por Michel Foucault como el biopoder, en su libro, *Historia de la Sexualidad I, La voluntad de saber*.

Este biopoder, sin la menor duda, fue el elemento indispensable para el desarrollo del capitalismo, que solo se sostiene a costa de la inserción controlada de los cuerpos en el aparato de producción y por medio de un ajuste de los fenómenos poblacionales a los procesos económico (Foucault, 1988, p. 132).

Jacques Lacan, psicoanalista que realizó un importante retorno a la obra de Freud, ya señalaba, en su *breve discurso a los psiquiatras*, de 1967 (al abordar la formación de los psiquiatras de su época), que el saber psiquiátrico es tan solo un saber más dentro de la serie de saberes que opera a partir de la misma lógica de los saberes que buscan el control de los cuerpos en la ciudad y que, en ese caso, responde por los efectos de segregación. Lacan nos dice que hay otros discursos bien contruidos, y que surgen en las formaciones (humanistas, muchas veces) como un verdadero *desfile de circo*, corriendo uno detrás del otro y que nada quieren saber de aquello que concierne al sujeto del inconciente.

En el campo de los discursos que se pronuncian en la ciudad se da una segregación (concepto que incluye el término institucionalización como uno de sus efectos, pero

que también está más allá de estos efectos), no solo a través de las instituciones que “acogen” a estos sujetos (instituciones hospitalarias, de cumplimiento de medidas socioeducativas, refugios de asistencia social etc.). O sea, anterior al proceso de institucionalización de esos sujetos en lugares específicos, la segregación se da a través de aquello que se dice sobre ellos y a través de saberes ya existentes que sirven más para el control de sus cuerpos en el medio social, que para acogerlos en sus singularidades. Queremos decir con esto que se da una especie de *etiquetamiento* por parte de los operadores de esos saberes existentes, para que, a través de sus rótulos, los fijen cada vez más en determinadas nomenclaturas que los segregan y les atribuyen una especie de esencia, como si el mal localizado en sus propios cuerpos por esos saberes constituyese el ser, una especie de esencia de los mismos, impidiéndoles posicionarse en el mundo a través de otras posibilidades de relaciones sociales y potencias de vida.

En el caso de los *adolescentes en conflicto con la ley* (considerando que el *conflicto con la ley* no es una especificidad solo de esos adolescentes, sino de todo sujeto neurótico), se habla mucho en las políticas públicas sobre la necesidad de ofrecer una escucha en diferentes puntos de las redes, desde los CAPS, refugios, consejos tutelares, CREAS (Centro de Referencia Especializado de la Asistencia Social), hasta las instituciones del DEGASE (Departamento General de Acciones Socioeducativas). Mientras, en la práctica comprobamos que esa escucha se restringe a una revisión de los presupuestos sobre sus vidas, y se busca apenas atender sus necesidades sociales más inmediatas y las supuestas carencias socioafectivas, sin que se le escuche en serio a cada uno. A partir de tales escuchas, se marcan los cuerpos con nuevos significantes que van desde el saber pseudocientífico del DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) hasta los variados entendimientos socioasistenciales, esto cuando no les llenan los cuerpos con ansiolíticos ante sus comportamientos transgresores (práctica que todavía es común en muchas instituciones del DEGASE).

Lo que no es común en todas esas prácticas es encontrar alguna escucha, a partir de la transferencia¹, que pueda hacer responsable al sujeto sobre su destino (obviamente, diferenciando la idea de responsabilidad de la idea de culpa, o sea, que él pueda decidir un poco más sobre su destino sin quedarse fijado a las marcas estigmatizantes presentes en su vida), una escucha mínimamente clínica que pueda poner en juego aquello de la orden de lo inconciente, por tanto, aquello que constituye la vida subjetiva de cada uno y que, muchas veces, trae consigo las marcas estigmatizantes que les fueron impuestas a lo largo de su historia. Cada sujeto puede resignificar esas marcas conociendo de ellas, produciendo nuevos modos de nombrarse más allá de las *etiquetas* mencionadas.

La ciudad toma a esos sujetos que le resultan “extraños” –sus operadores institucionales, responsables de ofrecer innumerables intervenciones, incluyendo los que deberían garantizar alguna escucha clínica en los servicios a cargo de las medidas socioeducativas (la red DEGASE)- prefiriendo eliminarlos y tomarlos como objetos de procesos

1 Concepto citado por Sigmund Freud para designar el vínculo terapéutico específico entre el psicoanalista y su paciente.

judiciales en lugar de, justamente, escucharlos respecto a sus dimensiones extrañas, las que rompen con aquello que supuestamente se rompe con las leyes y el lazo social. Escuchar lo extraño puede comprenderse como la escucha de un saber inconciente, o sea, aquello que es extraño a los propios sujetos y que permanece inconciente. Eso extraño, en un proceso de tratamiento, reaparece para cada sujeto en la relación con aquel que lo escucha y le brinda la posibilidad de experimentar nuevas formas de estar en el mundo, en relación con los demás sujetos en la medida en que comienza a saber sobre las marcas que lo constituyen.

Sobre este hecho de que debemos escuchar, podemos retomar a Freud (1919) en su texto *El extraño (Das Unheimlich)*, donde se refiere a la extrañeza presente en todos nosotros, que se relaciona al material que fue reprimido y retorna a la conciencia. Podemos decir que esas marcas que los hacen extraños para la ciudad también son extrañas para ellos mismos, y el proceso analítico permite que se desprendan esas *etiquetas* provenientes del campo social.

Freud también se referirá a ese fenómeno, en que una dimensión extraña (íntima y familiar al mismo tiempo) emerge, como a la presencia de un *doble* que produce un terror del que nada queremos saber. En ese sentido, haciendo una transposición de la experiencia analítica para servirnos de un hacer en el campo social, nos preguntamos: ¿qué despiertan esos casos, en especial los adolescentes que están en conflicto con la ley y, más específicamente, los consumidores de drogas y psicóticos, en quienes viven en la ciudad?

Esos sujetos “extraños para la ciudad”, considerados como sus restos, permanecen institucionalizados y distantes del espacio de la *polis*, pues traen consigo, en su dimensión de extrañeza, algo de lo que evitamos darnos cuenta: comprobamos que, marcados por el estigma, sin que se puedan reconocer de otro modo, repiten de modo inconciente en sus comportamientos, las marcas (las llamadas *etiquetas*) que les son impuestas desde los primeros años de vida. Podemos citar un circuito de producción de esos “extraños para la *polis*” conformado por escuelas que los expulsaron, familias violentas que los empujaron hacia las calles, servicios de salud negligentes, consejos tutelares que no los acompañaron de forma adecuada. Es la propia *polis*, cuando intenta controlar a los extraños, que reafirma, a través de sus saberes, la extrañeza presente en sus vidas, fijándolos a ese lugar de ser peligrosos para el proceso civilizatorio.

El relato de una experiencia clínico-política

Durante algunos años en la coordinación del Equipo de Referencia Infanto-Juvenil para las Acciones de Atención al uso de Alcohol y otras Drogas (ERIJAD), fue posible acompañar algunas de esas trayectorias de vida, evidenciándose nuestra afirmación, la de que recalamos (en cierto sentido de la expresión) nuestro fracaso institucional y, al depararnos con sujetos en conflicto con la ley, principalmente con los adolescentes, damos respuestas erradas y discriminatorias. La función del analista en el conjunto de profesionales que nada quieren saber sobre lo que tienen para decir estos sujetos es justamente traer a colación los efectos nefastos de las alternativas estatales que se ofrecen a aquellos que consideramos extraños para la ciudad.

Apostamos a que nuestra resistencia no es casual, ya que al optar por hacerlo tendríamos que pagar un precio muy alto, muchas veces, con nuestra propia piel, en la transferencia y con lo que surge a partir de ella. Además, en cuanto analistas, tenemos el deber clínico-político de transmitir al campo público aquello que recogemos en la transferencia, hacer valer nuestro testimonio ante lo inconciente. Esa tarea no es nada fácil, y también requiere de la disposición de posibilidades, de alguna transferencia en el trabajo con otros colegas e instituciones. Vale recordar que la misma palabra en el idioma alemán (idioma oficial en el cual fue formulada la teoría psicoanalítica y que, por eso, se utilizan algunas palabras del propio idioma como conceptos-clave), *Übertragung*, se refiere no solo a la idea de transferencia con el sujeto en tratamiento, fenómeno motor de un proceso analítico, sino también se refiere a la transmisión, y será este uno de los propósitos de nuestro trabajo con esos sujetos: manejar la transferencia en esas dos direcciones, con cada sujeto a través de los vínculos terapéuticos con aquellos que realizan sus tratamientos y, al mismo tiempo, transmitir a la *polis* los elementos de aquello que emerge en la narrativa de esos sujetos (sus existencias y sus procesos de subjetivación) y vaciar de contenido el imaginario social sobre el cual estos sujetos han sido concebidos como personalidades esencialmente ruines y, por eso, con altos índices de peligrosidad. De ese modo, la transmisión a la *polis* a partir de aquello que escuchamos, se constituye como una ruta política de nuestro mandato en cuanto clínicos, nuestro mandato es clínico-político por excelencia, estemos donde estemos institucionalmente lidiando con esas poblaciones.

Dicho esto, a través de un caso acompañado por el Equipo de Referencia Infanto-Juvenil para Acciones de Atención al uso del Alcohol y otras Drogas (ERIJAD²), entre los años 2011 y 2015 (caso L.), ilustraremos esta discusión, a partir de una práctica donde la transferencia y la transmisión estuvieron en juego a lo largo del tratamiento, bien como en la intención de poner en práctica una alternativa que pudiese minimizar los efectos de la segregación presentes, del rechazo sufrido por el sujeto. También trataremos la dimensión de extrañeza del sujeto para la vida pública, que lo hace ser contenido por, y, al mismo tiempo expulsado, de las instituciones que recorre. L. es un sujeto que aparece ante los profesionales como un extraño antes y después de su llegada a la institución de privación de libertad por donde pasó. Su subjetividad, o sea, su lógica de funcionamiento en el lazo social impide que sea acogido por los representantes de las instituciones por donde pasa, ya que su forma de comportarse se asocia, a través de los estigmas que ellos poseen, al peligro.

L. tenía 14 años y cumplía una medida socioeducativa en una unidad de privación de libertad del DEGASE, respondiendo a una infracción por robo. No obstante, en la declaración del juez, constaba un acto referido al intento de matar a su propia madre. Situación descrita sucintamente como el acto de haber encendido el fogón y cerrado toda la casa mientras su madre dormía.

2 Equipo constituido intersectorialmente entre la Coordinación de Salud Mental y la Secretaría Municipal de Asistencia Social de Niterói (RJ). Estuvimos en la coordinación del referido equipo entre los años 2009 y 2015.

Ante el intento (sin éxito), la familia recurre a la justicia, solicitando que esta determine un lugar en que se pudiera tratar lo que entendían que había provocado tal acto: el *crack*. La respuesta judicial se dio en forma de medida socioeducativa y fue así que L. inauguró su trayectoria institucional.

El equipo de la unidad de privación de libertad para donde fue encaminado pedía nuestra colaboración en el acompañamiento de los padres de L. Entendían que se trataba de una situación de gran vulnerabilidad, ya apuntando hacia la necesidad de construir una red de cuidados antecedente al progreso de la medida (para la semilibertad) y, como consecuencia, al contacto más regular y frecuente que tendría lugar con su familia en su medio social de origen. Se procuraba trascender los muros, en la dirección de un cuidado territorializado, respaldando el sentido de la asistencia indicada por la Reforma Psiquiátrica, así como con el ECA (Estatuto del Niño y del Adolescente), en el que la privación de libertad se configura solo con carácter transitorio y de excepcionalidad.

Intentamos atender a la familia junto al Consejo Tutelar, no obstante, este avaló que no eran de su incumbencia las situaciones relativas a las medidas socioeducativas, posición equivocada dado su mandato y que manifiesta el primer rechazo del caso en la red, luego del inicio de su recorrido institucional. Constatamos, en este y otros casos, un equívoco en la comprensión de lo que sería garantizar derechos cuando un sujeto se inserta en el circuito socioeducativo. No solo los Consejos Tutelares, sino también otras instituciones de la red los tratan como una excepción: distinguiéndolos del grupo que merecería tener acceso a los cuidados de protección y a la garantía de derechos.

Ante la complejidad que se presentaba, buscamos el CAPSI (Centro de Atención Psicosocial Infanto-Juvenil) de referencia del municipio para que pensásemos en estrategias. En esa reunión, invitamos también al equipo de la unidad de privación de libertad. Decidimos que el ERIJAD y el CAPSI compartieran la atención a los padres de L. hasta que se determinase el mejor lugar para atender las necesidades identificadas.

Una vez indicada la progresión de la medida socioeducativa que debía cumplirse en semilibertad, L. es transferido para el CRIADD (Centro de Recursos Integrados de Atención al Adolescente) y, así, tuvimos la oportunidad de conocerlo personalmente y ya identificar fenómenos importantes como alucinaciones cenestésicas y auditivas, a partir de lo que hablaba, cuando decía “tener un cuchillo clavado en su columna” y que, por eso, no conseguía quedarse quieto. Este evento nos llevó a considerar que se trataba de un caso en que la problemática del uso de drogas no podía ser tomada como su primer impase. Era preciso comprender la relevancia de estas cuestiones de investigación diagnóstica, así como su construcción delirante, direccionamiento que ya había sido colocado inclusive por el equipo del DEGASE, que comprendía que L. hablaba sobre su psicosis. De este modo, sería posible iniciar la construcción de una línea de tratamiento además de disolver un imaginario presente entre algunos técnicos sobre el uso de drogas como aspecto principal, un intento de transmisión posible para los equipos del territorio.

La inserción de L. en el colectivo de la unidad de semilibertad fue complicada, ya que no se identificaba con ninguna de las principales facciones criminales de RJ; esto hizo que los demás adolescentes lo llamaran *alemán*, connotación pedestre que usan entre

ellos para identificar a “quien es de afuera, invasor, mal recibido”. L. no conseguía funcionar a partir de una identificación que lo uniera al grupo a través del nombre de las facciones. Su condición psicótica lo colocaba como un extranjero, un *alemán*, delante de los demás miembros, lo que provocaba agresiones físicas y aislamiento. En ese momento, nos preguntábamos, ¿cómo una institución, y nosotros mismos, que debíamos garantizar sus derechos básicos, no conseguimos crear la posibilidad de una mediación en la relación entre L. y los demás niños? Provino un período marcado por algunas evasiones (término técnico utilizado para hablar de las salidas sin autorización, pero que, en este caso, nos pone en cuestión, ya que L. era expelido de la institución), irregularidad en las consultas agendadas en el CAPSI y el retorno al consumo de *crack* los fines de semana.

Es importante destacar, en este punto, que el CAPSI mostró una gran resistencia a acoger a L. Por algún tiempo, solamente se hacía referencia a la marca de la infracción cometida y el consumo de drogas. En esta ocasión, notamos la importancia de transmitir algunos elementos del caso a partir de nuestro encuentro con él, no obstante, notamos resistencia, principalmente por el hecho de que L. también allí era *diferente a los demás*. El CAPSI hablaba de L. como si ya supiese sobre él. Solamente en un segundo momento, en el CAPSI, fue posible acoger algunos aspectos referentes a su historia de vida y sufrimiento. Nuestra pregunta, entonces, era, ¿qué del caso resultaba tan insoportable para los demás niños del DEGASE y para los técnicos que intentaban recibirlo en tratamiento (CAPSI y Consejo Tutelar, por ejemplo)?

Después de un corto período, incluso con alguna vinculación al servicio, el CAPSI decide encaminar a L. para un ambulatorio de Salud Mental sin ofrecer elementos suficientes para que comprendiésemos el motivo. L. tampoco consiguió responder a las exigencias mínimas de aquel dispositivo. En la misma época, el CRIADD solicitó su transferencia para una unidad fuera del municipio, alegando no poder quedarse con “casos como aquel”. Y su familia, al mismo tiempo, procuraba la Fiscalía, afirmando la necesidad de que el hijo permaneciese internado, en una institución cerrada para *drogodependientes*. Todos expresaban que no había lugar para L. Ante la interrupción de todas las acciones que estaban siendo construidas en su territorio, la ERIJAD, una vez más, necesitó fomentar intervenciones en esas estructuras para que se revisasen los direccionamientos, de manera que se pudiera producir algún reposicionamiento de esas instituciones en la dirección de brindar el cuidado necesario. La sensación era la de estar hablando con paredes que no producían eco, o sea, teníamos dificultad para transmitir la importancia de escuchar lo que decía L. sobre su sufrimiento y que solo así podríamos pensar en sus direccionamientos – algo diferentes a los protocolos seguidos por las diferentes instituciones y que justificaban los encaminamientos equivocados, el *crack* y la delincuencia se apropiaban de la escena.

Prosiguió un largo periodo en que el adolescente recorrió diversas unidades socioeducativas en entorno cerrado, obligándonos a reiniciar la discusión y transmisión del caso a cada equipo de acompañamiento. Esa inconsistencia produjo una discontinuidad en su tratamiento, ante lo que constatamos su deterioro clínico. En una de esas visitas que le hicimos, L. mostró su brazo, en el que talló profundamente su

nombre, como procurando inscribirse en el mundo, en el intento de conseguir algún reconocimiento por aquello que le pertenece.

En una nueva evasión, L. busca la casa de la madre, no obstante, ella lo lleva en esta ocasión para una comunidad terapéutica para *drogodependientes* en el interior del estado de SP. Serán otros nueve meses de reclusión.

Así pasaron dos años más y, ya con 18 años, con su medida socioeducativa sin efecto, debido a su mayoría de edad penal, permanece condenado a un destino construido por todos esos actores: trae consigo la marca preponderante de la delincuencia y del uso de drogas. Ya pasaron más de 5 años de institucionalización, y, ¿qué fuimos capaces de hacer por L. y con L.?

Aquí, identificamos un punto de esta discusión que no podemos evadir: en lo concerniente al mandato de la Atención Psicosocial – una red promotora de cuidados para todos aquellos que, como producto de sus posiciones subjetivas en el lazo social y de sus sufrimientos, transgredieron algunos de los pactos sociales -, ¿cuál es nuestra responsabilidad en la condenación a la institucionalización de adolescentes como L.? ¿Será que estamos emprendiendo acciones de desinstitucionalización más allá de los asilos convencionales de la locura? ¿Será que nosotros, actores del campo de Atención Psicosocial, percibimos que esa población no solo, pero también, está incluida como un segmento que tiene algo que decir? Notábamos un fracaso en nuestra transmisión y la imposibilidad de ofrecerle una escucha en cada nuevo lugar por el que L. pasaba o que lo expulsaba. Lugares que nunca pudieron funcionar como espacios para su encaminamiento, tomando en cuenta lo que decía sobre su sufrimiento y apostando por que esa sería la primera posibilidad de construcción de un lugar en el campo del Otro, con consecuencias importantes para su vinculación al servicio de salud propuesto para su tratamiento.

Consideraciones finales

El sentimiento de extrañeza con el cual permanecemos ante estos casos – en especial, casos como el de L., que aparece como un caso extraño no solo para la institución en que debe cumplir las medidas socioeducativas, sino también para los propios adolescentes que están allí – nos cuestiona sobre lo que no conseguimos escuchar en nosotros mismos cuando nos encontramos con sus historias y también con cada uno de esos sujetos que los hacen trazar sus circuitos, repetidas veces, a lo largo de la adolescencia. La compulsión presente en sus historias, sea en cuanto al uso de drogas, o a las infracciones, también trae aparejada una dimensión de lo extraño que Freud afirma que tiene un “carácter demoniaco” (ídem p. 256), sobre el cual, en el trabajo clínico, debemos intervenir a través de nuestra escucha, que se refiere al estatuto de lo inconciente, sin caer en las trampas de un quehacer estético-adaptativo.

Sin embargo, percibimos el lugar común en el cual permanecemos fijados y paralizados en otra dimensión de lo extraño, el terror de las historias que cuentan y que están permeadas por robos, asesinatos, tráfico de drogas etc. Necesitamos inventar con cada uno de esos sujetos otro lugar posible, menos aterrador (y sin aterrarnos), en el campo social

(en el campo del Otro), sin fijarnos a los significantes que los segregan: delincuentes; consumidores de drogas; adolescentes en conflicto con la ley etc. Así, podemos también partir de ese recorte de caso, identificar las dos posibilidades distinguibles y presentadas por Freud en relación a lo extraño: una dimensión que se refiere a los complejos infantiles, como él mismo menciona, y que puede ser trabajada a partir de la experiencia de análisis, y una otra dimensión, de aquello que proviene del campo de la realidad, de la realidad de esos adolescentes, que deja aprisionados a los profesionales en una especie de horror, impidiendo que trabajen a partir de la escucha clínica.

En el caso de L., el significante *alemán* lo retira incluso del grupo de aquellos que son considerados “extraños” para el medio social debido a sus trayectorias de infracción a la ley. La psicosis de L. lo coloca en el lugar de la excepción institucional y de grupo, lo deja a la deriva y lo hace repetir su circuito de violaciones de derechos. Sobre la psicosis, y para finalizar, seguimos las palabras de Freud.

El efecto extraño de la epilepsia y de la locura tienen el mismo origen. El lego ve en ellas la acción de fuerzas previamente insospechadas en sus semejantes, pero al mismo tiempo está vagamente consciente de esas fuerzas en remotas regiones de su propio ser. La Edad Media atribuía, con absoluta coherencia, todas esas dolencias a la influencia de demonios y, con eso, su psicología era casi correcta. En verdad, no se sorprendería al escuchar que el psicoanálisis, que se preocupa en revelar esas fuerzas ocultas, se tornó así extraño para muchas personas, por esa misma razón (Freud, 1919, p. 260).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDRADE, T M. Panorama atual da política de drogas no Brasil: a redução de danos. In: SOUZA, Â.; SOUZA, L.; SOUZA, E.; ABRAHÃO, A. (Org.) **Entre Pedras e Fissuras**. São Paulo: Editora Hucitec, 2016.

FOUCAULT, M. **História da Sexualidade I, Vontade de Saber**. 13. ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1999.

FREUD, S. O Estranho. In: _____. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996 (Original de 1919). v. 17.

_____. Além do princípio de prazer. In: _____. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996 (Original de 1920). v. 18.

_____. O mal-estar na civilização. In: _____. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996 (Original de 1930). v. 21.

JORGE, M. A. C. **Fundamentos da Psicanálise de Freud a Lacan, volume I: as bases conceituais**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editora, 2005.

LACAN, J. **O seminário, livro 4: a relação de objeto**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editora, 1995 (Original de 1956 – 1957).

_____. **O seminário, livro 5: as formações do inconsciente**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editora, 1999 (Original de 1957-1958).

_____. A ciência e a verdade. In: _____. **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editora, 1998 (Original de 1966).

_____. Proposição de 9 de outubro de 1967. In: _____. **Outros Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editora, 2003 (Original de 1967).

_____. Alocução sobre as psicoses da criança. In: _____. **Outros Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editora, 2003 (Original de 1967).

_____. Breve discurso a los psiquiatras. Disponível em: <http://www.teebuenosaires.com.ar/biblioteca/trad_07.pdf>. Acesso em: 3 nov. 2015 (Original de 1967).

_____. **O seminário, livro 17: o avesso da psicanálise**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editora, 1992 (Original de 1969 – 1970).

RESUMEN

El presente artículo presenta la formación de dispositivos de segregación que se forman en la polis a partir de saberes utilizados por profesionales en diferentes instituciones que acogen adolescentes en situación de vulnerabilidad psicosocial, transformándolos en actores “extraños para la ciudad”. Demostraremos cómo el quehacer clínico-político puede emerger, a partir de la escucha de cada sujeto, como un dispositivo de resistencia a ese proceso, permitiendo que cada sujeto pueda relanzarse al mundo y a las relaciones sociales a través de otras marcas diferentes de aquellas que les son impuestas por tales saberes (delincuentes, drogodependientes, peligrosos etc.). Ilustraremos este proceso con el caso de un sujeto psicótico acompañado por el Equipo de Referencia Infanto-Juvenil para acciones de atención al uso de Alcohol y otras Drogas (ERIJAD).

Palabras clave:

segregación, clínico-político, adolescentes, medidas socioeducativas.

ABSTRACT

This article discusses the constitution of segregational devices developed in the polis through areas of knowledges operated by professionals in several institutions that care for adolescents in situations of psycho-social vulnerability, transforming these adolescents in “strangers to the city”. We will demonstrate how a clinical-political practice can emerge from listening to each of these adolescents, as a resource of resistance against this process, allowing each person to relaunch themselves in the world and in social ties through characterizations other than those imposed by such areas of knowledge (delinquents, chemical substance addicts, dangerous, etc.). We will illustrate this process with the case study of a psychotic subject, cared for by the Child and Adolescent Reference Team for the counsel of Alcohol and Drug abuse (ERIJAD).

Keywords

segregation, clinical-political, adolescents, socio-educational measures.

FECHA DE RECEPCIÓN: 29/11/2018

FECHA DE APROBACIÓN: 13/02/2019



Julio Cesar de Oliveira Nicodemos

Psicólogo formado por la Universidad Federal Fluminense (UFF), Niterói, RJ, Brasil. Psicoanalista, Máster en Psicoanálisis por la Universidad del Estado de Rio de Janeiro (UERJ) y alumno del Doctorado en Psicoanálisis (UERJ), Rio de Janeiro, Brasil. Actualmente, es supervisor clínico-institucional en la red de atención psicosocial de Niterói y profesor de Psicología en la Universidad Salgado de Oliveira, Niterói, RJ, Brasil.

E-mail: jconico@yahoo.com.br