

1 Introdução

Os diversos aspectos que o sofrimento humano têm assumido na contemporaneidade têm levado à discussão acerca dos "novos sintomas" e os limites da psicanálise diante do mal-estar atual. Há na literatura psicanalítica divergências quanto à qualidade de "novo" em relação a esses sintomas, uma vez que a fenomenologia dessa clínica dita contemporânea já é conhecida tanto na literatura clássica quanto na própria literatura psicanalítica.

O ponto de convergência existente na literatura psicanalítica, independente da orientação teórica, quanto à clínica do mal-estar contemporâneo é o consenso de que, em vez das inibições típicas da neurose, amiúde apresentam-se em evidência casos de impulsividade, em que se destacam as passagens ao ato, expressão que era da psiquiatria e foi importada para a psicanálise por Lacan.

Como a clínica psicanalítica pode se haver com as manifestações de impulsividade, que se materializam sobretudo nas passagens ao ato? O questionamento acerca das patologias que envolvem a questão da impulsividade encontra-se atualmente a todo vapor no cenário contemporâneo através dos discursos médico, pedagógico, psicológico e midiático atravessados pelo discurso da ciência.

O discurso médico contemporâneo tem lidado com as psicopatologias de acordo com uma literatura científica disseminada pelo DSM-IV (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais), em detrimento da leitura clássica da psicopatologia. O manual norte-americano reduz a subjetividade a um transtorno psiquiátrico, que se aplica a todos que portem certos traços ou comportamentos, independente da singularidade de cada um. Por este motivo, assistimos a proliferação de novos diagnósticos que circundam a questão da impulsividade como o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDH), Transtorno Desafiador Opositor (TOD), Transtorno de personalidade *borderline*, entre outros.

Os diagnósticos psiquiátricos são novos, no entanto o tema acerca da problemática da impulsividade não é novidade para a psicanálise. Freud e Lacan já se viam às voltas, em suas práticas, com sintomas que impunham sérios obstáculos à técnica psicanalítica justamente por tratar-se de sintomas rebeldes à

dimensão da interpretação e da fantasia.

Trata-se das manifestações de convocação do corpo em ato, como as toxicomanias, a bulimia, a hiperatividade, os casos de violência e agressividade, enfim, casos marcados pela impulsividade. Dois pontos são uniformes entre os diversos estudos sobre os sujeitos impulsivos: a convocação do corpo e o afrouxamento do laço social, uma vez que são casos que implicam certo isolamento e silêncio do sujeito, que não consegue tomar a palavra.

Tais manifestações são conhecidas como "patologias do ato" por psicanalistas de orientação lacaniana. Se tais problemáticas sempre existiram na história da humanidade, o que será que elas denunciam de "novo"? Qual é a novidade que estas patologias sugerem e que são fortemente enfatizadas pelos meios científicos e midiáticos?

A discussão atual, que atravessa o contexto cultural contemporâneo envolvendo a questão sobre os "novos sintomas", tem produzido questionamentos quanto a eficácia da abordagem psicanalítica e um possível sucateamento da técnica, uma vez que os "novos sintomas" apresentam-se como rebeldes à regra fundamental, e à premissa principal da psicanálise, que é "falar o que vier à cabeça".

O trabalho que iniciamos, "Impulsividade na teoria psicanalítica: do ato falho à passagem ao ato", visa questionar as possibilidades de alcance da clínica psicanalítica na compreensão e na abordagem das manifestações de impulsividade que se apresentam na clínica e que se contrapõem aos sintomas clássicos, cujo mecanismo obedece a lógica do recalque e do sintoma como formação de compromisso.

A motivação para a escrita desta dissertação nasceu a partir do exercício da clínica psicanalítica no contexto de um ambulatório público situado em um hospital universitário de psiquiatria (IPUB- UFRJ), articulada a uma equipe multidisciplinar.

No contexto de um hospital psiquiátrico universitário, este debate é constante, o que traz o tempo todo a reflexão e a discussão acerca do alcance da psicanálise no tratamento dos casos que envolvem a impulsividade e a passagem ao ato.

Ainda que a psicanálise seja constantemente questionada quanto a sua técnica aplicada aos pacientes que recorrem a passagem ao ato, ela ainda possui

espaço e voz no contexto psiquiátrico e cultural. Esta situação promove sentimentos ambivalentes em relação ao saber psicanalítico tanto no ambiente psiquiátrico quanto no contexto cultural. A partir das interrogações e angústias que foram suscitadas neste campo de trabalho clínico foi necessário escrever.

A alta incidência do diagnóstico de transtorno de personalidade *borderline* feito pelos médicos e residentes em psiquiatria foi uma observação precisa que me mobilizou para a busca da compreensão deste diagnóstico. Trata-se dos casos em que a passagem ao ato se sobressai em relação aos sintomas que apontam para um conflito da ordem do recalque. São os casos de toxicomanias, bulimias e automutilação.

Paralelamente a esta situação, presenciava um sentimento genérico na instituição de uma certa ambivalência em relação à abordagem psicanalítica aplicada a esse tipo de paciente. Ao mesmo tempo em que, neste ambiente psiquiátrico, circula o discurso de que a psicanálise é ultrapassada para esse tipo de paciente, pois são pessoas que pouco falam, mas agem, nota-se ainda uma abertura para o discurso psicanalítico especialmente nos casos mais graves.

O transtorno de personalidade *borderline* também é conhecido como transtorno de personalidade limítrofe. De acordo com o DSM-IV (Manual Diagnóstico e Estatístico de Desordens Mentais), o transtorno de personalidade *borderline* é definido como: "um padrão invasivo de instabilidade dos relacionamentos interpessoais, auto-imagem e afetos, e acentuada impulsividade, que começa no início da idade adulta e está presente em uma variedade de contextos". (DSM-IV, 1995, p.613).

De acordo com o Manual Diagnóstico, o transtorno de personalidade *borderline* agrupa-se aos transtornos de personalidade Anti-social, Histriônico e Narcisista. Estes transtornos compõem o "Agrupamento B", que compreende os indivíduos "dramáticos, emotivos e erráticos" (DSM-IV, 1995, p.594). Caso o indivíduo possua pelos menos 5 dentre as 9 características estipuladas pelo Manual, ele se encaixa no diagnóstico de transtorno de personalidade *borderline*. Os critérios de avaliação são:

1. esforços frenéticos para evitar um abandono real ou imaginário. Nota: Não incluir comportamento suicida ou automutilante, coberto no Critério 5
2. um padrão de relacionamentos interpessoais instáveis e intensos,

caracterizado pela alternância entre extremos de idealização e desvalorização

3. perturbação da identidade: instabilidade acentuada e resistente da auto-imagem ou do sentimento de self
4. impulsividade em pelo menos duas áreas potencialmente prejudiciais à própria pessoa (por ex., gastos financeiros, sexo, abuso de substâncias, direção imprudente, comer compulsivamente). Nota: Não incluir comportamento suicida ou automutilante, coberto no Critério 5
5. recorrência de comportamento, gestos ou ameaças suicidas ou de comportamento automutilante
6. instabilidade afetiva devido a uma acentuada reatividade do humor (por ex., episódios de intensa disforia, irritabilidade ou ansiedade geralmente durando algumas horas e apenas raramente mais de alguns dias)
7. sentimentos crônicos de vazio
8. raiva inadequada e intensa ou dificuldade em controlar a raiva (por ex., demonstrações frequentes de irritação, raiva constante, lutas corporais recorrentes)
9. ideação paranóide transitória e relacionada ao estresse ou severos sintomas dissociativos

(DSM-IV- Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais, 1995, p.616-617)

Vale ressaltar que para a psiquiatria os casos de transtornos de personalidade não têm medicação e nem prognóstico de cura. Por esta razão são vistos como “casos sem solução”. Nestes casos medica-se os sintomas relacionados ao humor, ou à impulsividade. Diante dos pacientes *bordelines*, o saber psicanalítico, ao mesmo tempo em que é questionado, é também requisitado, quando, na maioria das vezes, esgotam-se as alternativas de tratamentos farmacológicos e/ou terapias diretivas comportamentais.

Dentro deste contexto, de ambivalência em relação a psicanálise, os alunos de especialização do curso da Clínica Psicanalítica trabalham no ambulatório de psiquiatria, na maioria das vezes em conjunto com os médicos residentes de psiquiatria, ao mesmo tempo militam pela ética psicanalítica dentro do ambiente psiquiátrico, o que é uma tarefa difícil já que a própria psicanálise produz

resistência, como já advertia Freud.

Fui convocada mais diretamente a lidar com estas questões quando atendi em um plantão de internação uma paciente que chega na instituição encaminhada pelo Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia (IEDE). A paciente imediatamente enquadrou-se no diagnóstico psiquiátrico *borderline*.

A paciente apresentava uma séria bulimia, que era tratada no IEDE, no entanto, ela foi encaminhada ao hospital psiquiátrico com um pedido de internação justificado pelo alto risco de vida em que ela andava se colocando. Além da bulimia, a paciente também havia adquirido uma doença autoimune chamada “púrpura”, que é uma doença sanguínea caracterizada pela diminuição do número de plaquetas no sangue e uma deficiência na capacidade de coagulação do sangue.

Esse quadro clínico se agravava em escala grandiosa porque além dos métodos laxativos e vômitos forçados, a paciente também se cortava, o que levava a uma brusca queda do número de plaquetas. Esses atos autodestrutivos eram acompanhados de cenas escandalosas e um comportamento infantilizado. Não nos ateremos ao caso em si, mas somente essa apresentação da paciente foi motivo para mobilizar a equipe médica, que decidiu encaminhá-la a equipe de psicanálise, uma vez que outros tipos de terapias mais diretivas não foram sucedidas na instituição que fez o encaminhamento para o IPUB.

Ao mesmo tempo em que a equipe chegou à conclusão que se tratava de um caso sério e grave, a paciente foi acolhida com uma certa resistência pela equipe médica que a encarava como “*borderline*”, ou seja um paciente-problema, que manipula, que é impulsivo, e que age ao invés de falar .

Os meus primeiros contatos com a paciente foram difíceis. Ela chegava no ambulatório gritando o meu nome, criando confusão com o porteiro do ambulatório, chorando, mexendo no extintor de incêndio, enfim chegava criando um caos. Nas primeiras sessões relatava as maneiras que ela fazia para burlar a todos e comprar anfetamina, adquirir gilete para se cortar e forçar vômitos. Diante desses relatos, e das passagens ao ato, como a própria bulimia e os cortes do corpo, algo da ordem da angústia me mobilizou.

O processo que antecedeu a sua entrada em análise foi difícil, este caso me fez questionar se uma abordagem mais diretiva de contenção seria mais apropriado. Afinal o risco de vida sondava todas as entrevistas clínicas que

tivemos e a associação livre parecia não engatar. Certo dia recortei dois significantes “cortar” e “comer”. Apesar de não darem margem a associações, eram significantes importantes que eram ditos em quase toda sessão.

A partir desse apontamento, a paciente consegue associar a outros “cortes” no sentido simbólico do termo e passa a problematizar a relação que tinha com a mãe. Tratava-se de uma relação quase simbiótica, a mãe invasiva fazia tudo por ela, cuidava dos seus dois filhos, cuidava da sua casa (mesmo morando separadas no andar de cima), nunca deixava ela sozinha, justificando-se com o argumento de que ela vivia “aprontando”. Entende-se esse “aprontar” como colocar-se em risco através de atos autodestrutivos ou através de brigas físicas com vizinhos.

O significante “comer” quando questionado e trabalhado cedeu espaço para mais associações referentes à vida sexual. Não era da fome por comida que ela estava falando, mas da fome por sexo, fome de sentir-se amada e mulher, já que seu casamento já não incluía mais uma vida sexual ativa. Junto com esta questão, a paciente trouxe o significante “Barbie” queixando-se que não suportava mais ser a “Barbie”, havia se cansado de tentar ser linda, magra e loira. O imperativo de ser uma “Barbie” passa a ser sua questão de análise. Na medida em que a paciente toma a palavra, por mais difícil que isso tenha sido, ela abre mão do recurso do *acting out* e da passagem ao ato, pelo menos modera estas manifestações.

Ora ela parecia identificada no lugar de objeto, de excremento, identificada ao sangue e ao vômito, a partir de um enlaçamento pela via da transferência com a figura do analista, que por sua vez propõe uma escuta singular, ela pôde se descolar desta identificação e falar como sujeito que escreve a sua própria história. Certamente uma entrada em análise foi possível neste caso.

O caso foi interrompido pela própria paciente por causa de uma gravidez. Como era uma gravidez de risco (por conta da púrpura), ela deixou o tratamento para repousar em casa e, apesar da minha tentativa de capturá-la novamente para o tratamento, ela decidiu não voltar mais.

Este caso me exigiu um alto investimento. Muitas angústias foram acionadas tanto em relação à vida da paciente, que se colocava em risco através de passagens ao ato, quanto ao lugar da psicanálise na contemporaneidade, marcada pelos atos de impulsividade e pelo furor da cientificidade implicado nas abordagens medicamentosas e diretivas de tratamento.

Ainda que tais casos não sejam marcados por sintomas da ordem do recalque, o caso que relatei traz à luz um conflito não da ordem do recalque, de um gozo reprimido, mas da ordem de um imperativo de ser a “Barbie”, de gozar da magreza, da beleza, de fazer, de ser o tempo todo, e que traz a marca da impulsividade como grande efeito desse imperativo.

Freud não elaborou o conceito de impulsividade como um conceito propriamente psicanalítico, no entanto, em vários momentos de sua obra, o autor se utiliza da expressão "impulso pulsional" para se referir à impulsividade, e, mais importante, caracteriza o processo psíquico primário, fundamental em sua formulação do psiquismo, exatamente pela impulsividade para o ato, a impossibilidade de adiamento que daria tempo para pensar.

Desde seus primeiros trabalhos teóricos, Freud relaciona a ideia do impulso com uma satisfação concretizada em um ato à revelia da vontade consciente do sujeito. A pesquisa que se segue, sobre a impulsividade na teoria psicanalítica, privilegia os legados de Freud e Lacan.

Iniciaremos a dissertação, no capítulo I, com uma análise do conceito de ato falho formulado por Freud. Através do conceito de ato falho, Freud não só apresenta a psicanálise ao mundo mas também demarca o campo dos atos situado no campo da linguagem, ainda que motivado por desejos e razões inconscientes ao sujeito. Segundo o autor: "(...) é impossível compor um absurdo de maneira intencional e arbitrária. Sei há mais tempo que não se pode fazer com que um número ocorra por livre escolha, do mesmo modo que não se pode fazê-lo com um nome" (Freud, 1901, p.238).

O que Freud quer dizer é que tanto o ato de fala quanto o que é colocado em ato em silêncio são determinados por materiais inconscientes e portanto são considerados mensagens enviadas de um sujeito ao outro, ainda que essas mensagens peguem o próprio sujeito de surpresa.

O conceito de ato falho formulado por Freud permite Lacan concluir que, no campo da psicanálise, o ato não equivale a uma pura descarga motora, “os atos são constituídos pela dimensão significante, orientados por coordenadas simbólicas da linguagem” (Lacan, lição de 22 de novembro de 1967), ou seja o ato é também ato de fala e o inconsciente surge como ato.

Daremos continuidade ao capítulo I, seguindo o fio condutor do inconsciente colocado como ato. Recorreremos brevemente à pesquisa freudiana

sobre a noção de trauma para elucidar melhor essa ideia. O que não pode ser elaborado pelo psiquismo, foi nomeado como trauma na teoria freudiana, e o trauma sempre deixa um rastro de repetição, até que alguma elaboração psíquica possa dominar a impressão traumática. A neurose traumática seria o caso de compulsão mais importante, visto que foi uma das razões para a construção do conceito de compulsão à repetição e pulsão de morte.

A noção do que se inscreve como traumático para o sujeito tem ligação direta com a ideia de pulsão. Em seu percurso teórico Freud abandona a ideia de que o trauma advém necessariamente de uma realidade factual e passa a entendê-lo como um excesso pulsional que parte do próprio sujeito, invadindo o aparelho psíquico sem receber uma inscrição psíquica. A realidade factual não deixa de fazer parte da realidade do trauma, no entanto ela é contingente para a sua configuração.

Esta mudança teórica coloca em primeiro plano a questão da fantasia. A realidade factual passa a ficar em segundo plano em relação à configuração do trauma. A realidade da fantasia regula a força das pulsões do sujeito. Sendo assim o objetivo da análise deixa de ser a busca de uma lembrança traumática. Paralelamente a esta mudança teórica, Freud promove outra significativa transformação quanto à técnica e substitui a hipnose pela técnica da associação livre visando alcançar a esfera fantasmática do sujeito.

A técnica da associação livre, por sua vez, impõe a Freud o fenômeno da transferência como principal motor do processo analítico. No entanto ela também se apresenta como principal entrave ao próprio processo, ou seja a transferência pode se tornar uma perigosa arma para a resistência ao tratamento levando o sujeito a suspender a associação livre.

Esta articulação entre trauma e transferência nos leva a recorrer aos textos freudianos acerca da técnica psicanalítica. O fenômeno da transferência torna-se um campo privilegiado onde o sujeito não só fala livremente como age, ele coloca em ato o material traumático que, apesar de ser um material que não foi elaborado psiquicamente, não deixa de exercer seus efeitos no sujeito.

Assim, o campo da transferência é o campo onde os impulsos inconscientes são reproduzidos via ação. No limite da rememoração e da palavra, o sujeito repete em atos. O sujeito age justamente no ponto onde tropeça a lembrança.

A partir da constatação de que a transferência comporta a dimensão do ato no lugar da palavra, Freud se convence de que nem tudo pode ser lembrado. O sujeito, uma vez submetido ao campo transferencial, quando se vê situado no limite do discurso verbal recorre à repetição através de atos em uma tentativa de continuar se comunicando.

A repetição de um evento do passado, que não obteve significação, é colocada em ato no campo transferencial. Freud utilizou o termo alemão "*agieren*" para se referir a este tipo de repetição, que ficou conhecida no Brasil pelo termo inglês "acting out" devido à tradução feita por Strachey da obra freudiana para a língua inglesa. Assim como acontece no ato falho, o *acting out* comporta algo que é inapreensível para o sujeito, ele atua algum material que foi recalçado, sem se dar conta de que assim o faz.

A pulsão é a mola, uma espécie de carga energética "que se encontra na origem da atividade motora do organismo e do funcionamento psíquico inconsciente do homem" (Roudinesco, p.628, 1997/1998). Assim a pulsão direciona o sujeito em direção aos objetos. Ela busca satisfação, mas diferentemente do instinto que cessa uma vez satisfeita a necessidade. A apresentação do aspecto pulsional na transferência é um importante desafio para um analista. Através das indicações freudianas é possível concluir que a dimensão traumática que leva o sujeito a agir no lugar de lembrar é estrutural. Freud nunca opôs o campo do ato ao campo da linguagem. Agir também é uma forma de expressão, no campo da transferência, uma expressão do recalçado. No entanto a ação implica em uma alienação do sujeito, uma falta de elaboração de algum material que não foi absorvido pelo pensamento.

Assim a noção de impulsividade na teoria freudiana é relacionada à própria ideia de pulsão e ao limite que a cadeia associativa de palavras necessariamente alcança. O *acting out* freudiano é um ato ligado à transferência, logo ele implica em um direcionamento do sujeito ao outro. O sujeito age sem saber que o faz, logo o ato é determinado por motivações inconscientes. Terminaremos o capítulo I, diante das considerações teóricas freudianas sobre o caráter da impulsividade expressado em atos.

O capítulo II tratará das contribuições teóricas de Lacan sobre o tema. No tópico "Aimée e as irmãs Papin", recorreremos à tese de doutorado de Lacan, publicada em 1932, onde o autor pesquisa a motivação dos atos criminosos em um

caso de paranoia. O caso trabalhado na tese é o de Aimée, uma paciente paranoica que após cometer um ato criminoso é presa na delegacia do hospital psiquiátrico em que Lacan trabalhava.

A partir deste trabalho com Aimée, Lacan importa da psiquiatria o termo "passagem ao ato" para o campo da psicanálise. A psiquiatria da década de 20 utilizava o termo "passagem ao ato" para designar algum tipo de ato imotivado e violento. "(...) o termo passagem ao ato era utilizado segundo um caráter fenomenológico, para sublinhar a violência de diversas condutas que precipitariam o sujeito em uma ação, como fuga, agressão, suicídio, delito e uso de drogas" (Apolinário, 2006, p.73). A passagem ao ato no contexto psicanalítico sustentado por Lacan, corresponde a uma nuance no campo do *acting out* proposto por Freud, em que o caráter violento e selvagem é dominante.

A passagem ao ato, neste primeiro momento teórico de Lacan, tem relação com a paranoia de reivindicação que se transforma em uma paranoia de punição. Impulsionado por uma rivalidade especular com um outro, o sujeito passa ao ato em uma tentativa de furar a idealização que fez dele. Ao agredir o outro e ser punido por este ato, o ato de reivindicação transforma-se em uma paranoia de punição.

A agressividade que a passagem ao ato apresenta resulta do ideal do eu, que promove uma outra pessoa para ocupar o lugar idealizado e rivalizado. Lacan aponta para a ideia que só será desenvolvida quase 30 anos depois, em 1962, no seminário intitulado "A angústia". A ideia é que a passagem ao ato surge na presença de um objeto que vêm preencher um lugar que deveria permanecer vazio.

Ainda no capítulo II faremos este pulo cronológico, da tese lacaniana publicada em 32 para o seminário de 62. Neste seminário, o tema do ato é abordado a partir de dois vieses. Através do conceito de *acting out* –noção freudiana relacionada à repetição- e através do conceito de passagem ao ato. Lacan, no seminário X, refere-se ao *acting out* e à passagem ao ato como formas de defesa contra a angústia. Ou seja, são recursos do sujeito contra a irrupção de um excesso de tensão que invade o aparelho psíquico nomeado por Freud como angústia.

Por meio do registro do ato, da convocação do corpo, o sujeito age sem saber o que de fato orienta a sua ação. Deste modo, o sujeito recorre,

inconscientemente, ao *acting out* como uma forma de tentar dizer, anunciar aquilo que não consegue expressar através da palavra. Lacan baseia-se em Freud no texto "Recordar, repetir e elaborar", em sua ideia da emergência do agir como algo que se apresenta em lugar da lembrança.

Lacan tematiza estas questões no seminário X, justamente o seminário sobre a angústia. Ele afirma que "Agir é arrancar da angústia a própria certeza. Agir é efetuar uma transferência de angústia." (Lacan, 1962/2005, p.88) Este é o afeto que não engana, pois aponta, de forma peculiar, para o registro que o autor nomeará, ao longo de sua Obra, de Real - o indizível.

A angústia sinaliza o retorno do recalcado, a falha do recalque, e aponta portanto, como afirmou Freud, para o desejo inconsciente. Por isso ainda neste capítulo voltaremos aos textos de Freud sobre a angústia, sobretudo ao texto "Inibição, sintoma e angústia" de 1926. É a partir deste texto que Lacan vai elaborar toda a sua concepção acerca do conceito de angústia.

Neste ponto faremos uma pequena digressão sobre a teoria da angústia em Freud, para em seguida apontarmos os pontos de convergência e divergência entre as teorias freudiana e lacaniana sobre o afeto da angústia. Freud formula que a angústia não tem objeto porque ela está sempre referida a uma perda, que por sua vez é ligada a ameaça de castração.

A grande diferenciação da teoria lacaniana, em relação à teoria freudiana sobre este afeto, circunda a questão do objeto da angústia. Para Lacan, a angústia está sempre ligada a um objeto, ainda que este objeto seja peculiar e contraditório. Lacan não concorda que a castração seja um perigo, pelo contrário, de acordo com o autor, a castração circunscreve a angústia original do sujeito.

O perigo que a angústia sinaliza, de acordo com Lacan é o desejo do Outro. O autor é bem enfático ao desconstruir a castração como perigosa e elevar o desejo do Outro como o verdadeiro perigo. Lacan formula que a angústia é correlata ao medo de ser engolido novamente pelo desejo materno, ou seja trata-se da experiência de reduzir-se a pura carne, puro objeto do Outro.

Essa redução do sujeito a um objeto, é tratada por Lacan como uma identificação do sujeito no lugar de objeto *a*. Este é o objeto da angústia. Trata-se de um objeto que tem um valor de resto, um objeto vazio. Para o esclarecimento teórico do conceito de objeto *a*, recorreremos ainda no capítulo II aos processos de alienação e separação, que são processos da constituição do sujeito e da

produção do objeto.

A proposta lacaniana é de que o sentimento do estranho que se associa à angústia se revela como desejo do Outro na medida em que esse desejo exila o sujeito de sua própria subjetividade. Esse movimento acontece na medida em que o desejo do Outro é descolado da demanda. A demanda por sua vez, tem a ver com a construção que o sujeito faz de sua própria fantasia, com os objetos que podem ser investidos porque a eles é atribuído valor fálico. A construção da demanda depende da função operante da própria fantasia, que por sua vez protege o sujeito do desejo puro mortífero do Outro.

O ato substitui a fantasia. O sujeito age para arrancar a certeza de um objeto que ocupa o lugar do objeto *a* que deveria ficar vazio. Quando um objeto surge no lugar do objeto *a*, o Outro e o sujeito deixam de existir, e a identificação com o objeto torna-se imperiosa. O capítulo II termina diante dessa problemática do sujeito identificado ao objeto *a*. É essa identificação do sujeito que vai precipitar as duas modalidades de ato -o *acting out* e a passagem ao ato- como atos impulsivos e rebeldes à fala e à fantasia.

No capítulo III, nos ateremos ao desenvolvimento de Lacan acerca dos contornos de uma "patologia do ato" derivada da posição do sujeito no lugar de objeto. São classificadas como "patologias do ato" as modalidades clínicas onde a impulsividade se sobressai em relação aos sintomas clássicos, que apontam para um conflito da ordem do recalque.

As patologias como: as toxicomanias, a bulimia, os transtornos de déficit de atenção e os casos de violência em geral, são modalidades clínicas que sublinham a passagem ao ato como questão principal do sujeito e por esta questão são classificadas como patologias do ato. O sujeito se vê em um movimento auto-erótico onde a dimensão da alteridade fica apagada, em vez de tramas e dramas edípicos, o sujeito simplesmente age, se machuca, se droga.

O capítulo se dedica à importante contribuição de Lacan ao desdobrar o campo, que na literatura analítica pós-freudiana era tomado como o do *acting out*, em dois campos diferentes: o do *acting out* e o da passagem ao ato, que são formas de ato heterogêneas entre si. A partir do trinômio freudiano: inibição, sintoma e angústia, Lacan reconhece cada termo de acordo com uma dinâmica específica, e a partir da conjugação entre eles, situa a passagem ao ato e o *acting out* como estruturas diferenciadas.

Neste ponto alcançaremos a temática, propriamente dita, da passagem ao ato. Recorreremos aos casos clínicos que serviram de instrumento para Lacan articular e formalizar os conceitos de passagem ao ato e de *acting out* de acordo com a identificação do sujeito ao objeto *a*, que poderá levar o sujeito a “despencar fora de cena” (Lacan, 1962-63/2005, p.129).

Seguiremos o capítulo III, com o tópico “Laço social e passagem ao ato”, a fim de questionar porque a passagem ao ato, nos dias de hoje, apresenta-se como novidade e/ou como algo mais frequente do que em uma época passada. Por este motivo nos voltaremos aos textos freudianos, cujo cunho sociológico é privilegiado, como "Totem e Tabu" (1913), e "O mal-estar na civilização" (1930). Tais textos servirão para a reflexão sobre o que a passagem ao ato, sublinhada pelas patologias do ato, denunciam de novo em relação ao mal-estar na contemporaneidade.

Investigaremos o que Freud chamou de mal-estar na cultura patriarcal. Em seguida, iremos nos apoiar na teoria lacaniana para articular o novo mal-estar na cultura contemporânea. A principal marca que a contemporaneidade traz, de acordo com Lacan, tem a ver com a mudança do sistema social pautado no patriarcalismo, onde a figura do pai e do homem é soberana, para um novo sistema marcado por movimentos a favor da igualdade entre os gêneros.

Tencionamos terminar a dissertação com a reflexão sobre a precipitação da passagem ao ato e sua relação com a alteridade, que de forma alguma será nossa intenção esgotá-la. A partir da leitura da obra de Marx, Lacan introduz em seu ensino a articulação do discurso capitalista ao poder da ciência, e os seus efeitos para o surgimento de novos modos de subjetivação.