

# A analista morta

Talita Rodrigues de Oliveira,<sup>1</sup> São Paulo

Resumo: A partir de sua experiência com um quadro depressivo grave, a autora analisa os impactos dessa condição em sua clínica e os pressupostos idealizados da psicanálise.

Palavras-chave: depressão, idealização da psicanálise, a mãe morta

*Ter vivido uma coisa, qualquer que seja,  
dá o direito imprescritível de escrevê-la.*  
(Annie Ernaux)

Em uma noite tive o seguinte sonho: estava em uma cela junto com outros prisioneiros. Estávamos todos com fome, e, como não havia comida, os prisioneiros decidiram me devorar. Olho para as minhas pernas, que já estavam sem os músculos: só havia os ossos, e os fiapos de carne restantes pareciam todos apodrecidos. Então percebi que meu corpo todo estava podre, mas, mesmo assim, os prisioneiros comiam. E eu continuava com fome.

Esse sonho condensa minha relação com minha clínica durante o período em que estive severamente deprimida. A depressão surgiu há poucos anos, insidiosa, me aprisionando lentamente, sem que eu percebesse. Se no início eu percebia que atender me ajudava a dar um pouco de paz à minha mente, me organizando internamente e dando sentido à minha existência, com a progressão dos sintomas, ao longo dos meses, trabalhar foi se tornando cada vez mais difícil, até me levar a desmarcar dias inteiros de atendimentos no consultório. Eu me sentia devorada pelos pacientes, sem nada suficientemente bom para oferecer.

Primeiro, parei de fazer as unhas, depois, de tomar banho. Lavar o cabelo se tornou um trabalho extremamente penoso que, nas raras vezes em que o fazia, era sentada no chão do boxe do banheiro. Desenvolvi queda de cabelo e caspa por conta disso, associadas ao uso excessivo de xampus a seco. Escolher as roupas para ir trabalhar – que antes era o meu maior prazer – virou um martírio, e eu ficava minutos parada na frente do armário,

1 Membro associado da Sociedade Brasileira de Psicanálise de São Paulo (SBPSP).

sem saber o que vestir, para, por fim, escolher a mesma roupa que havia vestido no dia anterior. O curto trajeto, que sempre fiz a pé da minha casa ao consultório, transformou-se em uma maratona, exigindo que fizesse pausas ao longo do caminho para me recuperar. Sentia meu corpo pesado, cansado. Comecei a ter insônia, acordava no meio da madrugada e não conseguia mais dormir. Levantava-me atrasada, sair da cama era difícil, e eu me sentia sonolenta o dia inteiro. Passei a tomar mais café e, percebendo a pouca utilidade disso, descobri os energéticos. Depois, comecei a tomar café com energético e fumar um cigarro pela manhã, para tentar ter alguma energia para ir trabalhar.

Minha cabeça virou um inferno do qual não conseguia sair. Pensamentos de morte me invadiam persistentemente, por mais que tentasse analisá-los. Planejei meu suicídio com minúcia ruminante, resolvi as burocracias envolvidas em morrer, descobri a data de carência do meu seguro de vida para que, enfim, pudesse ir em paz sem deixar meus entes queridos em necessidade financeira. Faltavam poucos meses, só precisaria suportar um pouco mais, um pouco mais, um pouco mais... Os dias eram sentidos na eternidade de cada segundo. Afastei-me das pessoas, considerava-me um fardo difícil de carregar e, nas minhas sessões de análise, eu transbordava toda a tristeza que não comunicava a amigos e familiares.

Diante de tanta impotência, agarrei-me a uma onipotência ilusória e iniciei tratamento medicamentoso por conta própria. Houve uma pequena melhora, mas não tardou para que eu voltasse a piorar. Era difícil sair daquele isolamento que me confortava e no qual me sentia protegida. Só quando percebi que minha piora estava impactando os atendimentos decidi procurar ajuda psiquiátrica, ainda que sem esperanças, pois não acreditava que era possível melhorar. O percurso medicamentoso foi instável e difícil, com efeitos colaterais inevitáveis, melhoras parciais e fases de piora.

Embora já tenha sido pior, o preconceito de analistas contra medicações psiquiátricas ainda é frequente entre nós. No último ano, atendi como psiquiatra dois pacientes cujo tratamento psiquiátrico havia se tornado um tabu nas respectivas análises. Um deles, dado o nível de sofrimento em que estava, me procurou em segredo, a despeito de ter sido “proibido” pelo analista de buscar um psiquiatra. Depois de meses tomando medicações, e melhora do quadro ansioso, pontuei como ele repetia com seu analista o mesmo comportamento que tinha com seus pais, que desaprovam sua orientação sexual: ninguém falava sobre o assunto, e o paciente dizia não

se importar, porque *fazia tudo o que desejava escondido deles*. O outro paciente, apesar de o tratamento medicamentoso não ser desconhecido pelo analista, sentia desaprovação devido a algumas falas dele sobre o assunto, a ponto de não conseguir falar sobre a medicação com ele.

Nesses dois casos, os analistas foram a fonte de resistência para que as análises não prosseguissem, reforçando sintomas e repetições dos pacientes. Infelizmente, o analista do primeiro caso, ao saber pelo paciente que estava em tratamento psiquiátrico, invalidou-o e reforçou preconceitos a respeito do assunto, atuando a situação vivida pelo paciente com os pais, levando-o a interromper a análise.

Se há preconceito em relação aos psicotrópicos, o que se dirá quando um analista recorre a eles? Tive a oportunidade de acompanhar psiquiatricamente alguns colegas psicanalistas em quadros depressivos, e um ponto comum entre eles é a vergonha de apelar a tal recurso, como se isso fosse um atestado de que não foram *suficientemente analisados*. Aliás, esse argumento é frequentemente utilizado entre nós quando colegas passam por determinadas situações, desde as mais banais até as mais graves. Nas palavras de Rachel Newcomb :

Vejo este problema (o problema de um analista que partilha as suas vulnerabilidades) como originário da crença de que, como analistas, mantemo-nos em um padrão mais elevado. Observamo-nos uns aos outros atentamente, os sussurros transformam-se em rumores quando os colegas revelam algo menos do que consideramos uma vida bem analisada. Por exemplo, um analista bem analisado nunca se divorciaria, teria um caso, pediria falência, seria pai de um adolescente que foi expulso da escola ou ganharia cinquenta quilos extras. (Newcomb, citada por Green, 2009)

Um fato que me marcou muito no início do meu percurso psicanalítico foi o suicídio de um colega. Apesar de não sermos próximos, tínhamos algum contato, pois eu atendia alguns de seus pacientes como psiquiatra e, por isso, tive a chance de observar o impacto desse fato sobre esses pacientes, que, de modo geral, foi devastador. Em mim, ficou a primeira fissura na minha idealização em relação à psicanálise, uma idealização de que ela daria conta de nos salvar psiquicamente e, quem sabe, nos impermeabilizar de todo e qualquer sofrimento. Diante de meu horror com desamparo, meu antigo analista me disse: “mas ele não devia fazer a verdadeira psicanálise”.

O nosso eu ideal é mais elevado que o Monte Olimpo, e o superego é cruel como uma Medusa de mil cabeças. Somos incitados a ser suficientemente analisados e a praticar a “verdadeira psicanálise” – seja lá o que isso signifique – constantemente. Considerando que muitos de nós escolhemos nos tornar psicanalistas tendo como base a experiência com nossa própria análise pessoal, na qual a relação é assimétrica e marcada pelo suposto saber do psicanalista, temos uma tendência a idealizá-la desde o início. O próprio percurso psicanalítico e suas instituições podem ser marcados por idealizações, levando ao enrijecimento das técnicas, à veneração de teóricos, à limitação de espaço para questionamentos e livre debate, além de afirmações categóricas, como as citadas anteriormente, que limitam nossa capacidade de pensamento crítico.

Com essa observação, não quero me valer do mesmo mecanismo de defesa, indo ao polo oposto, da desvalorização da psicanálise, mas sim questionar o lugar em que a situamos. Como diz Lawrence Green, no texto com o provocador título de “Confessions of a former idealizing psychoanalyst”:<sup>2</sup>

Quero aplicar minha perspectiva à relação da comunidade psicanalítica com Freud. Vejo quem idealiza Freud e quem o desvaloriza. Há aqueles que tratam seus escritos como religiosos devotos da Bíblia – como uma verdade transcendente. Enquanto outros procuram rebaixar suas realizações apontando ser ele um narcisista, um misógino etc. A visão de que ele era apenas mais um ser humano com pontos fortes e fracos me parece menos prevalente. (Green, 2009)

Podemos nós, psicanalistas, sermos humanos? Somos capazes de renunciar às onipotências ilusórias? Conseguimos abrir mão de uma psicanálise impossível e nos acalantar com uma psicanálise possível? Conseguimos nos situar no ponto de partida da nossa humanidade para praticarmos uma psicanálise possível? Não estamos imunes aos riscos de fatalidades e erros que somente o ato de viver nos traz, não importa quantos anos de análise façamos ou quantas teorias dominemos. Diante da tragédia que é ver as esperanças ancoradas em idealizações morrerem, uma análise em que se afirmava a existência de uma verdadeira psicanálise só reforçava as minhas defesas psíquicas e sintomas depressivos que começavam a se esboçar.

2 “Confissões de um ex-psicanalista idealista”, em tradução livre.

Encontrei o suporte que precisava naquele momento em outro analista que pode ser outro ser humano comigo nas sessões.

Depois de tentar vários medicamentos, minha psiquiatra sugeriu escetamina, um antigo anestésico que tem sido utilizado nos últimos anos como tratamento para depressão refratária. Na verdade, essa medicação já era utilizada com essa finalidade desde a década de 1970, nas chamadas terapias de sono, em que o paciente dormia por vários dias (ou semanas) sob o efeito desse anestésico. Os protocolos atuais incluem as vias intranasal e endovenosa.<sup>3</sup> Realizadas em hospital, duram cerca de uma hora, com o paciente sob monitoramento cardíaco. Durante a sessão, o paciente experimenta um estado de dissociação, uma desconexão com o próprio corpo e com o ambiente ao redor, com distorções sensoriais, principalmente visuais e táteis. Nas minhas sessões, via imagens nas quais o mundo se construía e reconstruía, viajava rapidamente para lugares que se estreitavam e se alargavam, subia e descia como em uma montanha-russa.

Tive resposta ao tratamento já na primeira infusão de escetamina: os sintomas que se arrastaram por mais de um ano foram embora. Não gostaria de atribuir somente à escetamina a minha melhora, muito embora ela tenha tido um papel importante, pois foi na minha análise que tive um ponto de apoio essencial em que pude experienciar acolhimento, suporte e continência para o transbordamento da angústia.

Uma conversa que tive com uma amiga e colega de profissão me deixou intrigada: ela disse que, em períodos em que se sente mais entristecida ou passando por dificuldades, os pacientes tendem a interromper o acompanhamento com ela. Comigo foi justamente o contrário. Os pacientes não só permaneceram comigo durante o período da depressão, como, assim que melhorei, alguns interromperam suas análises. A partir disso, passei a me questionar sobre quais os impactos da minha depressão na clínica e a analisar os casos sob essa perspectiva.

Como compreender as relações transferenciais com uma analista desvitalizada, limitada em seus recursos internos e absorva na própria tristeza? Haveria impacto em todos os pacientes ou apenas em alguns? Quais mensagens inconscientes eu transmitia aos meus pacientes que se mantiveram em suas análises durante esse período doloroso? Os pacientes que, retrospectivamente, julgo terem tido um maior impacto foram aqueles que,

3 Os EUA também contam com a versão sublingual.

por coincidência ou não, tiveram suas infâncias marcadas por uma figura parental, sobretudo a materna, com depressão. Ainda que para alguns deles esse período da vida tenha sido total ou parcialmente recalçado, em todos eles houve repercussões significativas.

Em *A mãe morta*, André Green vai desenvolver um complexo teórico-clínico, cruzando narcisismo, estados-limite e aspectos negativos do desenvolvimento psíquico. A mãe, abatida por uma depressão, se torna emocionalmente indisponível para a criança, gerando uma morte psíquica pelo desinvestimento materno e sua identificação com este. Diferentemente de um luto pela ausência da mãe, ocorre um luto pela ausência na presença: a mãe, que antes era afetuosa e cuidadosa, se desvitaliza e perde a capacidade de cuidar, uma morte em vida. Segundo Green:

Houve enquistamento do objeto e apagamento de sua marca por desinvestimento, houve identificação primária com a mãe morta e transformação da identificação positiva em identificação negativa, isto é, a identificação com o buraco deixado pelo desinvestimento, e não com o objeto. É com esse vazio que, periodicamente, desde que um novo objeto seja escolhido para ocupá-lo, se enche e subitamente se manifesta pela alucinação afetiva da mãe morta. (Green, 1988, p. 253)

Assim, o paciente reviveria na transferência a depressão infantil primária, caracterizada por um luto branco, ou seja, uma dor profunda e silenciosa, sem a representação simbólica daquilo que se perdeu. A experiência de não encontro com a mãe deixa uma ferida narcísica, fazendo com que o indivíduo se sinta continuamente preso a essa experiência de vazio e desamparo.

Foi na época em que já estava em tratamento medicamentoso que recebi Flávio<sup>4</sup> pela primeira vez em meu consultório. Procurou-me em um momento de muita angústia por conta do processo de divórcio. Percebia que não era capaz de formar vínculos duradouros e se sentia muito sozinho. É bem-sucedido profissionalmente e passeia por diversos interesses e relacionamentos, mas sempre por curtos períodos: perde subitamente o interesse depois de alguns meses. A mãe se deprimiu gravemente quando ele era criança, e as poucas lembranças da infância referem-se a ela na cama por semanas, sem se alimentar ou tomar banho.

4 Para preservar o sigilo, os nomes e outros dados que possam identificar os pacientes foram alterados.

Já na entrevista, me chamou a atenção a impressão de uma transferência erótica maciça, confirmada ao longo das sessões por sonhos e outros indicativos, a respeito da qual, por minhas condições psíquicas da época, fui incapaz de raciocinar. Nesse primeiro momento, Flávio evitava qualquer assunto difícil. Era agitado, falava rápido, gesticulava muito, fazia piadas e era muito animado. De alguma forma, parecia que o paciente havia captado inconscientemente minha depressão e repetia nas sessões as tentativas de reanimar a mãe morta de sua infância: “a criança teve a cruel experiência de sua dependência às variações de humor da mãe. Dedicará doravante seus esforços para adivinhar ou antecipar” (Green, 1988, p. 251).

Houve uma mudança radical nas sessões de Flávio depois que me recuperei: passou a ficar mais introspectivo, começou a falar de assuntos muito difíceis e se sentia deprimido. Era como se seu inconsciente soubesse que agora ele não precisava mais recorrer a um falso self com funções revitalizadoras do objeto. Agora ele poderia ser ele mesmo, confiar em mim para se permitir deprimir, pois haveria alguém para dar-lhe continência e acompanhá-lo. A pequenos passos, ainda que temerosos e vacilantes, testemunho sua tentativa de ter novos vínculos e de viver não mais em torno do vazio deixado pela mãe morta.

Uma outra paciente, Clara, me procurou por conta de períodos de depressão e ansiedade, e questões em torno de relacionamentos afetivos. A primeira entrevista foi no mesmo mês do nascimento e falecimento do irmão caçula, que ocorreu quando ela ainda era criança e foi um fato bastante marcante na família. Fragmentos de memória surgem ao longo das sessões e dos anos, reconstruindo uma família que pareceu se encher de esperanças com o nascimento de um novo bebê, cuja morte poucos dias depois de nascido foi devastadora para ela e para os pais, que mantêm o luto da morte desse bebê até hoje.

Clara me conta lembranças do pai brincando com ela, muito afetivo, e que depois desse acontecimento parece ter se tornado alguém apático e emocionalmente distante. A mãe, por sua vez, que sempre lhe impunha castigos físicos severos, era vista por ela chorando escondida. Clara se mostra desconfiada de relacionamentos afetivos, repetindo padrões vividos com os pais nas suas relações: ora se relaciona com pessoas violentas como a mãe, ora com pessoas frias e distantes emocionalmente.

Um elemento central de seu funcionamento parece ser uma melancolia que suga todas as suas esperanças e mina seus esforços em todos os aspectos da sua vida:

Mas, logo, a repetição dos conflitos faz com que os dois setores essenciais da vida, amar e trabalhar, se revelem como fracassos: a vida profissional, mesmo quando profundamente investida, torna-se decepcionante, e as relações conjugais conduzem a perturbações profundas do amor, da sexualidade, da comunicação afetiva. Em todo caso é esta última a que mais falta. ... O amor, por fim, é sempre incompletamente satisfeito. Seja no extremo, totalmente impossível, seja, na melhor das hipóteses, sempre mais ou menos mutilado ou inibido. Não pode haver muito: muito amor, muito prazer, muito gozo, enquanto, do outro lado, a função parental está sobreinvestida. No entanto, essa função está, na maioria das vezes, infiltrada pelo narcisismo. As crianças são amadas com a condição de preencherem os objetivos narcisistas que os pais não conseguiram realizar. (Green, 1988, p. 255)

De fato, a paciente mantém idealizações elevadas que pareciam corresponder às expectativas maternas que exigiam que a filha fosse, no mínimo, perfeita: rasgava seus deveres de casa e a mandava refazer tudo, caso não estivessem no mínimo impecáveis, levando-a a uma autocrítica severa não só consigo própria, mas com aqueles ao seu redor. Ela mesma afirma que as condições para ser amada são as que correspondem a esse ideal parental. Enquanto isso, ela mesma se mantém em idealizações inalcançáveis, cujas projeções eram objeto da análise.

No auge da minha depressão, fui incapaz de ouvir a paciente. Minhas desilusões e depressão viraram um ponto cego em que não pude empatar com as depressões e desilusões vividas pela paciente. Mais do que isso, meu ódio contra mim mesma se viu refletido no ódio da paciente contra ela mesma. Incapaz de pensar nos meus movimentos contratransferenciais, fiz interpretações que eram antes direcionadas a mim mesma do que à paciente. O caos se instalou, e os dois planetas *melancolia*<sup>5</sup> se chocaram, estraçalhando as nossas idealizações.

Mais uma culpa, em uma série de culpas melancólicas, somou-se à minha depressão quando a paciente decidiu interromper a análise. Piorei

5 Referência ao filme *Melancolia*, de Lars von Trier (2011).

ainda mais, passei a faltar nos atendimentos, sentia que não dava mais conta do único lugar que me dava potência: o meu trabalho. O vínculo que formamos e a generosidade da paciente permitiram que ela voltasse mais tarde. Retomamos nosso trabalho depois da remissão dos meus sintomas, nós duas tendo consciência da humanidade de ambas.

Uma terceira paciente, Vivian, já estava em análise comigo havia mais de um ano antes do início dos meus sintomas. Quando me procurou, fazia uso crônico e excessivo de Rivotril, medicação essa que usava para fugir de crises de angústia e da insônia. Parecia procurar um estado morto, em que as emoções não transbordassem, a fim de evitar um colapso psíquico. Recordava várias vezes a descoberta familiar de que o pai traía a mãe e os impactos disso em ambas – por vezes, as duas parecem uma só no seu discurso, de modo que Vivian parece ter se identificado brutalmente com a mãe deprimida. Até hoje, as questões do casamento dos pais se tornam imediatamente questões dela, sempre temendo o colapso materno.

No início da análise, Vivian conseguiu, aos poucos, interromper completamente o uso do Rivotril, ficando bem sem ele por um ano. Na minha pior fase da depressão, me dei ao luxo de tirar um mês de férias, das quais não saí impune. Quando retornei, descobri que ela havia voltado a fazer uso abusivo do Rivotril, com a mesma intensidade de antes, e, se na primeira vez ela havia conseguido retirá-lo até com certa facilidade, agora ela já não mais conseguia, apesar de diversas tentativas. A analista que antes era capaz de oferecer continência, já não conseguia mais oferecer isso, e o Rivotril retornou a seu posto de companheiro inseparável e sempre disponível para oferecer o sono mimetizador de um estado morto com o qual embalaria seu núcleo depressivo identificado com a mãe morta.

Em algum momento, depois de dois anos atendendo-a, dei-me conta de que Vivian nunca me chamou pelo meu nome. Nunca. Cheguei a pesquisar nas nossas conversas de WhatsApp para confirmar o que de início só me pareceu uma hipótese, e que depois confirmei nas sessões nos meses seguintes. Não sei como percebi isso, mas talvez tenha sido pela própria depressão, em que me agarrava aos mínimos sinais da minha existência, nem que fosse alguém me chamando pelo meu nome. Quando ia ao banheiro do consultório e o sensor de movimento apagava a luz comigo lá dentro, pensava, naquela escuridão medonha, se isso não seria um sinal de que já

havia morrido e só não sabia disso ainda, tal qual o personagem do filme *O sexto sentido*.<sup>6</sup>

Meu nome – Talita – já carrega em si os significados de vida e de morte. Não sei precisar quando surgiu a curiosidade sobre ele ou, mais especificamente, sobre sua escolha. A resposta que minha mãe me deu era de quem o escolhera havia sido meu pai, e, como não convivi muito com ele, não tive a chance de obter a resposta. Pela religiosidade da minha mãe, ela atribuía um significado especial ao meu nome, que aparece na Bíblia em uma passagem na qual Jesus, diante de uma menina que jazia morta, ressuscita-a ao dizer: “Talita, kumi!” Menina, levanta!

Foi adulta quando finalmente obtive a resposta do meu pai sobre a escolha do meu nome: houve um assalto a um banco na década de 1980, com grande cobertura midiática, em que foram feitos vários reféns, entre os quais, uma mãe com sua bebê, de nome Talita. Meu pai me disse – fazendo com a mão a forma de uma arma, o dedão se movimentando indicando seu engatilhamento, e uma feição que aparentava prazer, que me perturbou profundamente – que quando a polícia, depois de várias horas de negociação, decidiu invadir o banco, o assaltante atirou na cabeça da bebê.

Em uma sessão, disse a Vivian que ela nunca havia me chamado pelo nome, o que a deixou bastante perplexa, sem, no entanto, conseguir pensar nada a respeito de minha observação. Iniciou a sessão da semana seguinte dizendo que pensara muito no que eu dissera, chegando a perguntar a um familiar, que confirmou a minha percepção. Não convencida, ela mesma pesquisou nas suas conversas de WhatsApp, e percebeu que realmente não chamava ninguém, não só a mim, pelo nome. Por associação livre, conta-me que, nas vezes em que o pai ia bater nela quando criança, sempre a procurava gritando o seu nome, de modo que toda vez que escuta alguém chamá-la por Vivian, sente mal-estar. Ela evita, então, chamar as pessoas pelo nome, por achar que isso soa violento.

Como fazer discriminações entre Vivian e a mãe? Como poderia a análise compor uma alteridade com um significante amoroso e vivo? Vivian continuou a não me chamar pelo nome. Recentemente, porém, fui surpreendida por ela quando, ao iniciarmos uma sessão, ela disse timidamente:

6 *O sexto sentido (The sixth sense)*, 1999, filme escrito e dirigido por M. Night Shyamalan, conta a história de um psicólogo que descobre, no final do filme, ter sido assassinado por um antigo paciente com o qual teria falhado. Só me dou conta neste momento em que escrevo de que esse devaneio recorrente que eu tinha na época é ancorado no meu sentimento de culpa em relação a meus pacientes e meu desejo de ser retalhada por eles.

“Oi... Talita”. Eu já não estava deprimida havia meses, mas ouvir meu nome vindo de Vivian pela primeira vez foi como um chamado. Não para uma ressurreição divina, mas para me lembrar de que havia sobrevivido. E, mais do que isso, de que eu estava viva. Viva em toda a minha humanidade.

#### **La analista muerta**

Resumen: A partir de su experiencia con un cuadro depresivo grave, la autora analiza los impactos de esta condición en su clínica y los supuestos idealizados del psicoanálisis.

Palabras clave: depresión, idealización del psicoanálisis, la madre muerta

#### **The dead analyst**

Abstract: Based on her experience with a severe depressive episode, the author analyzes its impacts on her clinical practice and the idealized assumptions of psychoanalysis.

Keywords: depression, idealization of psychoanalysis, the dead mother

#### **L'analyste morte**

Résumé : À partir de son expérience avec un épisode dépressif sévère, l'auteur analyse les impacts de cette condition sur sa pratique clinique et les postulats idéalisés de la psychanalyse.

Mots-clés : dépression, idéalisation de la psychanalyse, la mère morte

#### **Referências**

- Green, A. (1988). *Narcisismo de vida, narcisismo de morte* (C. Berliner, Trad.). Escuta.
- Green, L. (2009). Confessions of a former idealizing psychoanalyst. *The Online Journal of the International Forum for Psychoanalytic Education* (ifpe). <https://ifpe.wordpress.com/2009/09/14/confessions-of-a-former-idealizing-psychoanalysis/>.

Talita Rodrigues de Oliveira  
talitaoliveirapq@gmail.com

Recebido em: 11/8/2024

Aceito em: 7/10/2024