

# O Contributo de Freud para a Psicopatologia

Filipe Arantes-Gonçalves

Médico Psiquiatra na Clínica de Saúde Mental do Porto-Dr. Arantes Gonçalves e na CliniPinel-Clinica de Saúde Mental Integrada-Professor Doutor Carlos Amaral Dias; Vice-Presidente da Zona Centro da Sociedade Portuguesa de Psicossomática; Membro Fundador e Associado da Associação Portuguesa de Psicanálise e Psicoterapia Psicanalítica; Membro da Sociedade Internacional de NeuroPsicanálise;



Excerto do livro: *As Raízes do sintoma e da perturbação mental* –  
Coordenação Diogo Telles Correia - Editora LIDEL – Junho de 2015

## Vida e Obra de Sigmund Freud

Sigmund Freud nasceu na Boémia (Império Austro-Hungaro), na cidade de Freiberg (hoje Příbor) na Morávia, a 6 de Maio de 1856. Em 1860, a família de origem judaica, pai, mãe, Sigmund e cinco irmãs mudam-se para Viena<sup>1</sup>. É nesta cidade austríaca que o fundador da Psicanálise vai encontrar um contexto cultural único e tremendamente enriquecedor. Para tal, basta lembrar os nomes do pintor Gustav Klimt ou do músico Mahler, entre muitos outros. Neste âmbito, gasta oito anos para se licenciar em Medicina, em vez dos cinco anos formais. Tal fato, ficou a dever-se à dispersão de Freud por cursos alheios à Medicina. A este nível, devemos destacar o curso de Filosofia de Franz Brentano, considerado por Freud como um génio<sup>1</sup>. Após licenciar-se em Medicina em 1881, inicia investigação laboratorial no Hospital Geral de Viena bem como carreira docente na mesma Universidade em 1885, chegando a professor extraordinário de Neuropatologia em 1902.

Em relação á sua obra, podemos referir que esta pode ser dividida em três fases: pré-psicanalítica (até 1899), psicanalítica com enfoque da teoria da sexualidade (1900 até 1925) e psicanalítica com predomínio da teoria da angústia (1926 a 1939). Uma vez que as duas últimas são conhecidas dos psicanalistas e a segunda é conhecida da população em geral, iremos focar-nos na primeira fase, habitualmente muito desconhecida entre técnicos e leigos. O Freud neurologista, neurocientista e neuropatologista, publicou cerca de duzentos trabalhos científicos em apenas vinte e cinco anos, os quais foram sendo publicados nas mais prestigiadas revistas científicas do seu tempo. A sua formação neurológica de base foi a da escola alemã, pelo que salientamos a sua estadia no Laboratório de Fisiologia de Brucke. Aqui, desenvolveu novos métodos de coloração de neurónios, bem como a disseção anatómica da lampreia *Petromyzon*<sup>2,3</sup>. No entanto, é com a escola francesa de neurologia que mais se entusiasma: Charcot, Liébault e Bernheim, entre outros<sup>4</sup>. Trata-se de uma Neurologia de perspectiva mais próxima da clínica e do comportamento dos doentes<sup>5</sup>. Vale a pena sublinhar a elevada qualidade científica e clínica

dos trabalhos “A Interpretação das Afásias”, “Projecto para uma Psicologia Científica” e “Paralisia Cerebral Infantil”<sup>6</sup>. De facto, ainda hoje os conceitos psicanalíticos de inconsciente dinâmico e da importância do desejo na formação dos sonhos continuam a influenciar as Neurociências da actualidade<sup>7</sup>.

Depois de um acentuado declínio da Psicanálise a partir da década de 60, actualmente assiste-se a um ressurgir da mesma como técnica terapêutica, teoria sobre o funcionamento mental e metodologia de investigação.

Sigmund Freud acabaria por falecer a 23 de Setembro de 1939 em Londres, aquando do início da segunda guerra mundial, vítima de carcinoma do maxilar.

## Introdução

O presente capítulo centra-se, principalmente, nas contribuições de Freud para a Psicopatologia Descritiva. No entanto há que sublinhar que a Psicanálise e a Psicopatologia Dinâmica que dela deriva, é acima de tudo, uma Psicopatologia de pendor mais Compreensivo, Exploratório e Interpretativo. Assume-se como uma ciência da subjectividade das realidades interna e externa, o que a aproxima da importância da vivência para a Psicopatologia Fenomenológica. Como principal diferença, encontramos a questão do inconsciente, que é central na Psicanálise ao contrário da Fenomenologia. Ainda assim, as contribuições de Freud para a Psicopatologia Descritiva são incontáveis, pelo que o autor deste trabalho procurou escolher aquelas que considerou mais importantes. Assim sendo, muitos outros aspectos, igual e potencialmente importantes, terão ficado por abordar.

## Psicopatologia da Angústia: da Neurose à Ansiedade

Sigmund Freud propõe-nos uma classificação das Neuroses, distinguindo entre Neuroses atuais (Neurastenia e Neurose de Angústia) e psiconeuroses (Neurose histérica e Neurose obsessiva). Começaremos por nos debruçar sobre as primeiras, também designadas por Neuroses do momento actual ou contemporâneo. O fundador da Psicanálise vai procurar diferenciar a Neurose de Angústia da Neurastenia, argumentando que as suas etiologia e sintomatologia clínica são distintas.

Assim sendo, enquanto a Neurastenia de Beard engloba nos seus sintomas mais típicos a pressão intracraniana, fadiga, irritação espinhal, dispepsia e obstipação, já a neurose de angústia apresenta como denominador comum dos seus sintomas somáticos o sentimento de angústia. Deste modo, a taquicardia, hiperventilação, hipersudorese, tremores e parestesias, entre outros, apresentam uma estreita relação com aquilo que Freud designa por “expectativa angustiada”, sendo esta “o sintoma nuclear da neurose”<sup>8</sup>. Ou seja, Freud mostra-nos como a angústia é voltada para o futuro, sob a forma de ansiedade crónica. Por outro lado, embora ambas as Neuroses atuais tenham a sua origem na esfera somática da sexualidade, a neurose de angústia também pode ser precipitada por excesso de trabalho ou esforço exaustivo<sup>8</sup>. Nas duas entidades clínicas, encontramos uma etiologia que tem por base a esfera somática da sexualidade, havendo num caso acumulação de excitação (neurose de angústia) e no outro empobrecimento da excitação (Neurastenia)<sup>9</sup>. Ou seja, na neurose de angústia a excitação sexual somática não encontra descarga no campo psíquico. Torna-se consequência de todos os factores que impedem que a energia somática seja “psiquicamente elaborada”<sup>10</sup>. Ou seja, existe uma insuficiência psíquica para fazer face ao excesso de excitação somática. Daí que na neurose de angústia, seja frequente haver diminuição do desejo psíquico<sup>11</sup>.

Contrariamente às Neuroses Atuais nas quais não é possível encontrar uma etiologia psíquica, já as psiconeuroses apresentam as suas raízes na esfera psíquica da sexualidade. Em relação á neurose histérica, Freud propõe o mecanismo de defesa da conversão através da dissociação entre afeto e representação do afeto. Ou seja, para além do recalçamento da memória ligada ao afeto, existiria uma conversão de excitação psíquica em excitação somática, a qual pode ser sensorial ou motora mas sempre relacionada com a experiência traumática<sup>12</sup>. Se na neurose histérica a expressão sintomática ocorre no domínio somático, na neurose obsessiva, pelo contrário, o afeto que foi separado da sua memória correspondente permanece na esfera psíquica. Ao persistir livre na consciência vai ligar-se a outras representações mnésicas, constituindo dessa forma, ideias obsessivas. Em todo o caso, em ambas as psiconeuroses opera o recalçamento de representações da sexualidade psíquica. Noutro trabalho<sup>13</sup>, Freud coloca a interessante hipótese de na neurose obsessiva operar um outro mecanismo que consiste na substituição de uma ideia perigosa por outra menos perigosa. Assim sendo, a ideia obsessiva seria menos perigosa que a representação mnésica recalçada. Qual seria então o motivo da substituição? Freud considera que em causa estaria o mecanismo de defesa do ego do recalçamento com vista à protecção deste de níveis ainda maiores de angústia. Noutra publicação, Freud partindo da noção de que as psiconeuroses têm a sua origem no recalçamento de uma ideia intolerável ligada á sexualidade psíquica, vai-nos esclarecer que na neurose histérica estaríamos em presença de um trauma vivenciado passivamente, enquanto na neurose obsessiva estaria em jogo uma experiência traumática ativa<sup>14</sup>. Deste modo, as auto-acusações obsessivas teriam como base subjacente o sentimento de culpabilidade pelo prazer experienciado. Por último, em publicação posterior<sup>15</sup> Freud vai colocar em hipótese mais um mecanismo psíquico na formação de uma neurose obsessiva. Ocupa-se do problema da escolha da neurose obsessiva, procurando alguma especificidade etiológica. Aqui é a favor de um modelo de continuidade entre personalidade obsessiva e neurose obsessiva, a partir do mecanismo de regressão (provocado por uma frustração) ao estágio/carácter anal, onde predominariam alguns mecanismos de defesa como a escrupulosidade, preocupação pela

limpeza, superioridade moral, entre outros. Numa publicação anterior<sup>16</sup>, o fundador da Psicanálise vai distinguir vários tipos de desencadeamento de neuroses. A este nível, refere que nalguns casos a origem da neurose seria maioritariamente causada por uma frustração externa, donde a predominância de sintomas mais focais, isto é, menos ancorados na personalidade pré-mórbida. Noutros casos, a origem da neurose teria como precipitante uma frustração ou obstáculo interno (fixação) que seria precipitada por uma mudança externa. São os casos do aparecimento de sintomas quando os doentes estão muito próximos de alcançar um êxito pessoal ou profissional. Em terceiro lugar, aparece um outro tipo que seria um exagero patológico do segundo. Isto é, haveria uma fixação e inibição do desenvolvimento psíquico, pelo que os sintomas tipicamente teriam o seu início na passagem da infância para a adolescência, aquando do aparecimento de novas exigências da realidade.

Na publicação “Inibição, Sintoma e Angústia”<sup>17</sup>, Freud vai-nos trazer uma formulação complementar sobre as Neuroses nas suas relações com a Ansiedade. Começa por salientar que nem todas as neuroses apresentam ansiedade, como é o caso da “belle indifference” da conversão histérica. Ao contrário das suas formulações iniciais em que atribui grande valor etiopatogénico à sexualidade reprimida, aqui vai colocar a hipótese de a ansiedade ser uma reacção a uma situação de perigo que foi internalizado pelo sujeito. Donde, os sintomas de ansiedade teriam como função evitar níveis de ansiedade ainda maiores. Ou seja, a formação de sintomas põe termo á situação de perigo. Podemos dar como exemplo o caso das fobias, onde através do mecanismo de defesa de deslocamento, o perigo que outrora pertencia ao instinto interno é agora deslocado para um domínio perceptual e externo. Deste modo, em vez de sentir ansiedade permanente, o doente só tem ansiedade quando encontra o objecto fóbico para o qual deslocou o seu conflito interno. A partir daqui, Freud vai distinguir entre ansiedade realística e ansiedade neurótica: enquanto na primeira o perigo é conhecido, já na segunda o perigo é desconhecido, uma vez que o doente não sabe qual o perigo internalizado que está a deslocar para o estímulo ansiogénico. Existem também casos em que as duas ansiedades aparecem juntas. Nestes, a ansiedade reactiva ao estímulo ansiogénico é desproporcional ao perigo real. É também nesta

publicação que Freud nos introduz as questões de ganhos primário e secundário. O primeiro diz respeito à diminuição da tensão das instâncias psíquica (id, ego e superego) através da formação de sintomas. Pelo contrário, o ganho secundário refere-se às vantagens que o doente retira dos sintomas. Essas vantagens podem ser de ordem financeira ou de reforço emocional para a auto-estima do paciente.

## A distinção entre Luto e Depressão

Apesar da sintomatologia do Luto e da Depressão ser bastante semelhante várias diferenças psicopatológicas podem ser adiantadas. Em primeiro lugar, na depressão há uma perda importante da auto-estima, um “empobrecimento do ego”, ou seja o próprio perdeu o seu valor pessoal, ao contrário do Luto em que a auto-estima mantém-se apesar do desinteresse no mundo externo<sup>18</sup>. Por outro lado, na Depressão há um desajuste muito grande entre a destruição da auto-estima e o motivo real que terá desencadeado o quadro clínico. Embora tanto no Luto como na Depressão, o fator precipitante possa ser uma perda, no caso do Luto está em questão uma perda real e consciente para o doente, enquanto na Depressão o que se perde é o amor e afeto da relação com essa pessoa<sup>19</sup>. Muitas vezes essa perda emocional está fora do campo da consciência do deprimido, pelo que Freud referia que o doente não sabe o que perdeu<sup>18</sup>. É como se esta perda emocional fosse sentida como perda do próprio doente. Ao dirigir a culpabilidade da perda emocional para si próprio, o doente deprimido dirige a raiva e agressividade para si próprio, o que leva à destruição da sua auto-estima. É comum na prática clínica das Depressões encontrarmos a pessoa amada presente mas emocionalmente ausente. Daí que Freud falasse na Depressão como uma Neurose narcísica, pois o seu sinal patognomónico é a destruição do narcisismo (amor-próprio)<sup>20,21</sup>. Obviamente que a perda emocional da pessoa amada não é suficiente para explicar uma evolução psicopatológica no sentido de uma

Depressão. Aqui Freud dá-nos algumas pistas para solucionar este passo intermédio. Começa por referir que o estilo relacional do enlutado e do deprimido que precedem a perda são diferentes: no Luto seria uma relação neutra enquanto na Depressão a relação seria pautada por um conflito ambivalente com sentimentos de amor e ódio para com a pessoa amada<sup>22</sup>. Para Freud, é justamente esta relação de ambivalência que é mantida fora da consciência, um dos principais obstáculos ao trabalho de luto no deprimido. Deste modo, parece existir uma identificação do deprimido com os aspectos frustrantes da relação com a pessoa amada. Daí a frase “A sombra do objecto que paira sobre o sujeito”<sup>18</sup>. São esses aspectos frustrantes da relação emocional que são voltados contra o próprio ego do deprimido de forma auto-acusatória e culpabilizante. Para Freud, a própria escolha da pessoa amada no deprimido já seria em si mesma uma “escolha narcísica”<sup>22</sup>, isto é, um estilo relacional capaz de garantir e preservar o amor-próprio do futuro deprimido.

Em conclusão, poderíamos apontar como principais mecanismos psicopatológicos dinâmicos na Depressão, a perda emocional, o conflito ambivalente e a direcção da raiva, agressividade e culpa para o próprio<sup>19</sup>.

## As distinções entre Neurose e Psicose

No seu trabalho sobre as psiconeuroses de defesa (1924), Freud vai distinguir entre defesa neurótica e psicótica com base em dois casos clínicos de lutos patológicos delirantes. Refere que “Há entretanto, uma espécie de defesa muito mais poderosa e bem-sucedida. Nela, o Eu rejeita a representação intolerável juntamente com o seu afeto e se comporta como se esta jamais tivesse ocorrido”. Ou seja, ao livrar-se de uma ideia intolerável, perde também o contato com o fragmento de realidade ao qual esta está ligada<sup>24</sup>. Posteriormente, em 1924 vai retomar toda esta problemática. Considera que uma das principais diferenças entre Neurose e Psicose diz respeito ao fato de na Neurose o conflito se situar entre o



ego e o id, enquanto nas psicoses estaríamos em presença de um conflito entre o Eu e o mundo externo<sup>25</sup>. Por outro lado, na neurose o ego mesmo em conflito com o id mantém-se ao serviço do superego e da realidade, enquanto na psicose o ego desiste do compromisso com o real e passa a estar em harmonia com os impulsos do id. Para Freud, é com base nas emoções do id que se vão formar os conteúdos dos sintomas heterólogos, funcionando estes como uma compensação da lacuna que existe entre o ego e a realidade externa<sup>25</sup>. Apesar de em ambas as situações (Neurose e Psicose) o conflito ser despertado por uma frustração, a dissociação seria mais grave nas segundas, tendo em conta o mecanismo de divisão do Ego que causa a perda de unidade da personalidade.

Mais tarde na publicação “A perda da realidade na neurose e psicose” (1924), Freud vai dissecar ainda mais as principais diferenças entre estas duas entidades clínicas. Começa por sublinhar que na Neurose predomina a relação e compromisso com a realidade externa, ao passo que na Psicose predomina as exigências dos instintos do id. A um outro nível, na neurose primeiro existe um investimento na realidade seguido de uma fuga mas sem a repudiar<sup>26</sup>. Pelo contrário, na Psicose existe um primeiro movimento de afastamento em relação ao real (Autismo de Bleuler) e um posterior re-investimento na mesma, embora de forma patológica, uma vez que há uma tentativa de substituí-la<sup>24</sup>.

## Freud e as Esquizofrenias através de Bleuler

Freud irá debruçar-se sobre as Esquizofrenias pela primeira vez no seu trabalho sobre o caso do Presidente Schreber (1911). É aqui que avança com a possibilidade de os sintomas heterólogos (delírios e alucinações) constituírem tentativas de restituição/remodelação da realidade, de acordo com a patobiografia dos doentes. Compara a Paranóia á Esquizofrenia, considerando que a retirada da libido (energia mental vital na terminologia de Jung) na segunda é muito maior e mais precoce em relação á primeira patologia<sup>27</sup>. Ou seja, os sintomas heterólogos teriam como objectivo o re-investimento da libido no mundo externo como forma de fazer face á referida retirada libidinal prévia. Posteriormente no trabalho “Introdução ao Narcisismo” (1914), considera que nas Esquizofrenias haveria um excesso de libido narcísica (voltada para o próprio) e déficit de libido objectal (voltada para o exterior). Curiosamente, Freud considerava as Esquizofrenias como não analisáveis devido a este excesso de libido voltada para o próprio, o que impossibilitaria o emergir de transferência para o psicanalista<sup>28</sup>. Contudo, as ideias de Freud sobre a “Interpretação de Sonhos” (1900) teriam uma profunda influência em Eugen Bleuler, o qual viria a operacionalizá-las na teoria e clínica das Esquizofrenias na escola de Zurique<sup>29</sup>. Era Bleuler quem afirmava que a sua teoria sobre as Esquizofrenias não era mais do que a aplicação das ideias de Freud sobre a Demência Precoce<sup>30</sup>. Apesar de o sintoma primário da doença (Afrouxamento das Associações) ter uma etiopatogenia predominantemente orgânica, toda a restante sintomatologia da doença é de natureza psicogénica. Ou seja, seriam formas patológicas de voltar a estabelecer contacto com a realidade mais objectiva. Bleuler vai utilizar de forma eloquente o processo primário (funcionamento inconsciente e emocional) proposto por Freud em 1900 para tornar compreensíveis os sintomas heterólogos através das emoções inconscientes de medo e desejo presentes nas histórias clínicas dos seus doentes<sup>30</sup>. Em relação aos sintomas principais, aquele que nos parece ter maior proximidade com as ideias de Freud é o conceito de Autismo Bleuleriano. Este, é-nos apresentado como tendo muito pouca diferença

com o auto-erotismo proposto por Freud. Por outro lado, a dificuldade em contactar com os outros, tendência ao isolamento, negativismo, indiferença, atitudes e comportamentos rígidos e vulnerabilidade aos sintomas heterólogos colocam em evidência o conflito proposto por Freud entre o Eu e o mundo externo<sup>29</sup>. A relação entre Autismo, Sonho e Psicose também é sublinhada por Bleuler, ao referir-se aos doentes com Autismo: “Em compensação eles vivem num mundo de sonho, que para eles se torna realidade”<sup>30</sup>. Na mesma linha de pensamento, Freud (1924) refere que nas psicoses o mundo exterior não é percebido, ou a sua percepção não é valorizada pelos doentes. Isto é: “também o mundo interno, que, como cópia do mundo externo, até agora o representou, perde sua significação”<sup>25</sup>. Salienta também um “novo mundo” se vai formando de acordo com os desejos do id, dissociado da realidade externa, devido a frustrações intoleráveis provenientes desta última. Por último, argumenta que nas psicoses o mundo de fantasia, correspondente do Autismo Bleuleriano, vai ter uma importância crucial na perda de contacto com a realidade<sup>26</sup>. Ou seja, é justamente esta realidade interna que o doente procura colocar como substituto da realidade externa<sup>29</sup>.

## Bibliografia

1-Luzes, P. Ferraz da Costa, M. Seabra Diniz, J. Sigmund Freud 150 anos depois. 2006. Fenda Edições.

2-Arantes-Gonçalves, F. Coelho, R. Abordagem neuropsicanalítica da psicoterapia dinâmica. Revista Portuguesa de Psicanálise. 2007. Vol. 27 (1): 53-70.

3-Arantes-Gonçalves, F. Neuropsicanálise: a Ciência da Relação Mente-Cérebro. Interações. Nº 12: 93-110.

4-Luzes, P. Cem Anos de Psicanálise. 1997. Edições ISPA. Lisboa. 2ª Edição.

5-Arantes-Gonçalves, F. Sigmund Freud e as Afasias: uma visão neuropsicanalítica. Jornal Médico. Maio de 2014: 75.

6-Arantes-Gonçalves, F. Breve História da Neuro(-)Psicanálise. (Trabalho não publicado).

7-Arantes-Gonçalves, F. Coelho, R. Psicanálise, Neurociências e Investigação Quantitativa. Interações. (em publicação).

8-Freud, S. Sobre os fundamentos para destacar da Neurastenia uma síndrome específica denominada “Neurose de Angústia”. 1895. Edição Standard das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Imago Editora.

9-Freud, S. A Sexualidade na etiologia das Neuroses. 1898. Edição Standard das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Imago Editora.

10-Freud, S. A hereditariedade e a etiologia das Neuroses. 1896. Edição Standard das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Imago Editora.

11-Freud, S. Respostas às críticas a meu artigo sobre a neurose de angústia. 1985. Edição Standard das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Imago Editora.

12-Freud, S. As neuropsicoses de defesa. 1894. Edição Standard das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Imago Editora.

13-Freud, S. Obsessões e Fobias: seu mecanismo psíquico e sua etiologia. 1895. Edição Standard das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Imago Editora.

14-Freud, S. Observações adicionais sobre as neuropsicoses de defesa. 1896. Edição Standard das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Imago Editora.

15-Freud, S. A disposição à neurose obsessiva-uma contribuição ao problema da escolha da neurose. 1913. Edição Standard das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Imago Editora.

16-Freud, S. Tipos de desencadeamento da neurose. 1912. Edição Standard das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Imago Editora.

17- Freud, S. Inibições, Sintomas e Angústia. 1926. Edição Standard das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Imago Editora.

18-Freud, S. Luto e Melancolia.1917. Edição Standard das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Imago Editora.

19-Arantes-Gonçalves, F. Luto e Depressão: da Psicanálise às Neurociências. Interações. 2011. Volume 21: 21-37.

20-Coimbra de Matos, A. A Depressão. Climepsi Editores. 2001. Lisboa. 1ª edição.

21-Coimbra de Matos, A. Prefácio in Grinberg, L. Culpa e Depressão. Climepsi Editores. 2000. Lisboa. 1ª edição.

22-Amaral Dias. C. Magalhães, L. Freud mas alla de Freud. Psicoex. 2006. Badajoz.

24-Arantes-Gonçalves, F. Autismo de Bleuler: Repensar as Esquizofrenias pelo sintoma “invisível”. 2014. Climepsi Editores. Lisboa. 1ª edição.

- 25-Freud, S. Neurose e Psicose. 1924. Edição Standard das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Imago Editora.
- 26.Freud, S. Neurose e Psicose-a a perda da realidade. 1924. Edição Standard das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Imago Editora.
- 27-Freud, S. Notas psicanalíticas sobre um relato autobiográfico de um caso de paranóia. 1911. Edição standard das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Imago Editora.
- 28.Freud, S. Introdução ao Narcisismo. 1914. Edição Standard das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Imago Editora
- 29-Arantes-Gonçalves, F. Bleuler e a Psicanálise (trabalho não publicado).
- 30-Bleuler, E. Dementia Praecox ou Grupo das Esquizofrenias. 2005. Climepsi Editores. Lisboa.