

## Esquizofrenia — Perspectiva de Conrad (\*)

MANUELA BORJA SANTOS (\*\*)  
VITOR AMORIM RODRIGUES (\*\*)

Klaus Conrad, discípulo de Kretschmer, Director da Clínica Psiquiátrica de Gotinga durante a década de 50 é autor de importantes estudos sobre a estrutura e evolução dos surtos esquizofrénicos, hoje considerados clássicos.

Na altura em que Conrad se debruçou mais especificamente sobre a esquizofrenia, durante os anos de 41/42, a Psiquiatria académica debatia-se numa encruzilhada. Se de um lado e oposta a ela se erguia e consolidava a Escola Psicanalítica, com a qual Conrad não se identifica, por considerar que a sua essência é sobretudo compreensiva no sentido das «ciências do espírito», isto é, procura interpretar as manifestações anormais das doenças mentais a partir de certos quadros fundamentais axiomáticos, como o mito de Édipo, por outro lado a Psiquiatria Académica do seu tempo, degladiava-se entre duas posições divergentes. Enquanto uns defendiam para a Psiquiatria o modelo das Ciências Naturais, procurando aproximá-la das demais disciplinas médicas, a partir da explicação dos vários quadros nosológicos e sindromáticos das doenças mentais, através de alterações em grande parte desconhecidas das funções e estruturas cerebrais

e suas descrições, segundo a terminologia de uma ciência objectiva, outros, dos quais se destaca Binswanger, o criador da Psiquiatria compreensiva da existência humana, pretendem que só é possível compreender a génese e erupção das doenças mentais, nomeadamente dos surtos esquizofrénicos, a partir da análise existencial das biografias dos doentes, considerando cada doente como um ser no mundo, com um projecto de existência que, se irrealizável, dará origem a uma crise existencial do seu «ser-enquanto-projecto», só superável através do delírio.

Mais explicitamente: se o objectivo do individuo é inalcançável, ao mesmo tempo que este é incapaz de renunciar, a única saída possível é o delírio que concilia o inconciliável, através da «consciência anormal de significação» e da modificação do sistema de referência. Ora, a qualquer destas duas posições, Conrada levanta sérias objecções: à primeira, a explicação cerebro-fisiológica, que pretendia fazer corresponder, por exemplo, uma vivência alucinatória a uma alteração eléctrico-cortical, argumenta ele que se lhe escapa das mãos o domínio do Psíquico tentando, sem o conseguir, transformar a psicopatologia em fisiopatologia; à segunda, a investigação científico-espiritual das relações de sentido, para a qual a mesma vivência alucinatória só seria compreensível partindo da temática do projecto do mundo, sempre único e irrepitível, do «ser aí» da

---

(\*) Comunicação apresentada no V Seminário de Psicologia e Psicopatologia Clínica, ISPA, Maio de 1990.

(\*\*) Internos de Psiquiatria do Hospital Miguel Bombarda, Lisboa.

existência individual, objecta ele que passamos da psicopatologia à hermenêutica, com todas as fraquezas inerentes às Ciências Históricas.

A interrogação sobre o que aconteceria se o doente esquizofrénico tivesse podido realizar o desejo inscrito no seu projecto existencial, quer dizer, sobre se o surto esquizofrénico não teria lugar ou se, pelo contrário, o delírio surgiria com outra temática, permanece sem resposta. Na verdade, afirma Conrad, há tantos projectos do mundo como doentes esquizofrénicos e, por esta via, nunca encontraríamos o especificamente esquizofrénico, o essencial comum a todos os doentes.

Assim, ambos os caminhos saem igualmente do psíquico: um dirige-se ao infra-psíquico, isto é, ao domínio do físico e o outro cai no campo do ultrapsíquico, isto é, do metafísico.

Para Conrad, é a fenomenologia Husserliana o método que, aplicado à análise do campo psíquico, permitirá a ultrapassagem deste impasse, regressando ao domínio do especificamente psíquico e considerando apenas aquilo que está presente na consciência. Torna-se então a psicopatologia em primeiro lugar e fundamentalmente, em Psicologia Aplicada.

Nas palavras de Jaspers, de cuja escola Conrad se pretende um continuador: «É necessário deixar de lado todas as teorias tradicionais, todas as construções psicológicas, todas as simples interpretações e juízos; temos que aplicar-nos puramente àquilo que em sua existência real podemos compreender, distinguir e descrever.» Mas, não pode esta análise psicológica contentar-se com a descrição dos fenómenos psicopatológicos isolados (falsos reconhecimentos, influência do pensamento, percepção delirante, etc.), não considerando as suas inter-relações, ou procurando «desmembrar» cada fenómeno nos seus elementos atómicos, segundo o modelo da velha Psicologia Associacionista. Não! O surto esquizofrénico é um fenómeno unitário que só a *Análise de Figura* (Gestalt) permitirá esclarecer.

O objecto da investigação é a temática actual, os seus modos intencionais e as alterações da percepção. Porque todo o vivenciado está configurado, a análise de tais fenómenos é sempre análise de configurações.

Conrad exemplifica analogicamente o método

fenomenológico dizendo que se quisermos compreender uma das obras de J.S. Bach, por exemplo a *Arte da Fuga*, podemos prescindir do conhecimento da temática do projecto do mundo de Bach, e da sua história vital, das suas relações com os filhos ou do espírito da sua época e proceder, isso sim, à análise da obra como o faz a Musicologia, a partir da estrutura da sua construção, como um tema de compassos múltiplos em relação com um sistema de contraponto, etc.. É certamente mais fácil a partir daqui compreender a obra, do que a partir da vida única e irrepetível de J.S. Bach. No entanto, as duas posições não se antagonizam, antes se complementam. A que resultados chegou então Conrad a partir da Análise de Figura do material de vivências do surto esquizofrénico recente? Precisamente ao que esperávamos, isto é, à descoberta de que existe uma relação intrínseca entre os fenómenos estruturais do surto, o que nos permite conceber o processo a partir de um ponto de vista unitário. Objectivando: o surto esquizofrénico é caracterizado pela sucessão de várias fases, a saber — *Trema, Apofania, Apocalipse, Fase de Consolidação e Fase Residual* — sendo que cada fase não pode surgir sem ser precedida pela anterior. Por exemplo, não é possível, segundo Conrad, que surjam sintomas de esquizofrenia catatónica, como veremos próprios da Fase Apocalíptica, sem que primeiro tenham existido delírios paranóides, incluídos na Fase Apofânica precedente.

Procuremos, então, pormenorizar cada uma das fases Conradianas.

## 1. TREMA

Para a primeira das fases, Conrad elegeu a expressão *Trema*, preferindo a de «pródromo», por considerar esta um conceito nosológico e não fenomenológico.

*Trema* é um termo da gíria teatral, usado pelos actores para significar a angústia, a tensão que estes experimentam antes de entrarem em palco e que só desaparece quando o abandonam, ou se decidem antecipadamente a não entrar. O mesmo pode acontecer com os estudantes, os conferencistas ou até os desportistas.

Mas o Trema nem sempre é angústia, pode ser alegria, entusiasmo, pois a angústia será tanto maior quanto menor for o sentimento de possibilidade de ter êxito e vice-versa. No entanto, é sempre tensão, algo que está eminente, é tremulo, atormentador e incontrolável. Nunca é neutral: ou se tem uma sensação de vitória ou de derrota, de positivo ou negativo.

Nesta fase, o campo psíquico fica como que «estreitado», rodeado de barreiras intransponíveis, movendo-se o indivíduo neste como um prisioneiro na sua cela, sem grandes possibilidades de fuga.

A crescente tensão do «campo» pode levá-lo a tentar ultrapassar essas barreiras, surgindo então condutas sem sentido, alterações do comportamento, reacções inadequadas à realidade exterior.

Os doentes experimentam algumas vezes sentimentos de culpabilidade, existindo, por isso, como que um abismo que os separa dos outros, não lhes restando outra «ponte» além da construída através da expiação.

Manifestações somáticas (como cefaleias, palpitações, dor pré-cordial, astenia, etc.), podem ser parte integrante do Trema.

Este pode ainda manifestar-se como letargia, depressão, ou iniciar-se mesmo por uma tentativa de suicídio; mais raramente pode começar por uma distímia maníaca.

Outra das características desta fase é a desconfiança, sendo difícil perceber os limites entre desconfiança normal e patológica, onde começa o delírio. Podemos afirmar que este ainda não existe enquanto o indivíduo é capaz de «transcendência», quando ainda há possibilidade de correcção, de cedência à argumentação lógica.

Com o evoluir deste processo surge o chamado «humor delirante», que é um meio termo entre a vivência normal e a delirante propriamente dita. Para Jaspers o «humor delirante» é uma fina alteração que tudo penetra: «há algo no ar, acontece qualquer coisa, mas não sei o que é, diga-me o que é que se passa.» Ora como na realidade nada mudou, esta mudança deu-se na estrutura de vivência do indivíduo.

Em resumo: o Trema pode ser vivenciado como pressão ou tensão, inquietação, angústia,

às vezes também como animação, alegria, como acontece na esperança.

Outros experimentaram-no como culpa ou condenação, como se estivessem à espera de um castigo, como se tivessem cometido um crime. Outros ainda, não se sentem mais que inibidos, sem vontade, abandonados e sem esperança, de tal forma que não se distingue de uma depressão endógena, sobretudo se tivermos em linha de conta o risco de suicídio.

Finalmente outros vivem numa atmosfera de desconfiança, enfrentam o mundo inimigo que os rodeia.

A forma de vivenciar o Trema varia segundo a personalidade prévia, a qual determina, igualmente, a temática do próprio delírio.

Nesta fase, que não se percebe nunca como transtorno patológico, produz-se uma perda de liberdade: o doente já não pode mover-se no «campo», pois sente-se rodeado de barreiras, rejeitado num mundo que é só seu, incapaz de comunicar com os outros, dos quais o começa a separar um abismo. Aqui, o fundo vivencial deixa de ser neutro e começa a destacar-se e a adquirir significado, ocupando o que anteriormente transparecia em primeiro plano — *a figura*.

Só ao passar por este ponto crítico se abrem as limitações, descarrega-se o «campo» das suas barreiras, ficando livre o caminho, e só assim desaparece a tensão específica do Trema.

O Trema pode durar de dias a vários anos. No entanto, ao desaparecer, surge aquilo que já vinha sendo anunciado pela tensão crescente — o *Delírio*.

## 2. APOFANIA

Apofania (do Grego «tornar manifesto»), foi o termo que Conrad elegera para a «consciência de Significação anormal» (Jaspers) ou «estabelecimento de relações sem motivo» (Gruhle), expressões que considerou pouco práticas e difíceis de manejar.

Nesta nova vivência, que para Jaspers constitui o saber que se impõe de modo imediato «acerca de significações», ou seja o saber que se impõe sem ter de perguntar porque se sabe, porque não necessita de nenhuma demonstração, o doente delirante comporta-se

como um homem ante uma revelação. O significado é-lhe dado de modo manifesto, revelado e por isso ele não pode compreender as dúvidas dos outros.

Tal como no Trema, continua a haver uma sensação de vitória ou derrota. E a própria forma de vivenciar o Trema, normalmente perdura durante esta fase, isto é, quem no Trema se encontrava numa tensão e expectativa neutral, continua, na Apofania, como espectador neutral. O depressivo angustiado que esperava a sua execução continua, por vezes, com graves exacerbações e raptos suicidas.

Os hipo-maniacos continuam agitados e hipercinéticos, com fuga de ideias, podendo mesmo passar a um estado catatónico desagregado.

No entanto, e numa primeira fase, apenas os objectos percebidos contêm os sinais da Apofania. O espaço interior, ou seja, o conteúdo das representações, todo o mundo interior, dos conflitos e imagens internas, está livre de tais sinais.

Na realidade tudo está na mesma, mas mudam-se as relações de sentido, as significações, mudam-se os sistemas de referência e com eles a «figura», sobressaindo dum «fundo» que até aí era neutral.

Todos nós temos a capacidade de mudar de modo natural os nossos sistemas de referência e fazemo-lo a todo o momento. Nestes doentes isto não é possível, pois para eles as «coisas», embora externamente pareçam iguais, já não são o mesmo que eram: alteraram o seu carácter, saíram da sua neutralidade, adquiriram um significado, embora este possa não ser imediatamente claro.

Assim, tudo o que o doente olha adquire um aspecto novo, estranho, bizarro, algo tenso.

Na percepção delirante, os doentes vivenciam os objectos com uma intensa alteração peculiar: primeiramente, o objecto percebido indica ao doente que se refere a ele, embora este não saiba em que sentido; posteriormente, refere-se a ele e sabe imediatamente porquê — «puseram-no para o submeter a uma prova, para lhe chamar a atenção.» Aliás, nesta apofânia do espaço exterior («encontrado» de Metzger), são comuns expressões como: «instruídos, postos, truques, preparado, provas, tramado, dissimulado, etc.». Por último, o objecto pode

conter uma multiplicidade de interpretações possíveis que deixam o doente perplexo.

No delírio, ao contrário do que se pensa, tudo tem importância, tudo é vivido com intensidade. O doente está muito mais atento às vozes, aos passos, ao comportamento dos outros, à luz, etc. e realmente faltam, nesta fase, vivências de «reconhecimento» ou «estranheza». Nos falsos reconhecimentos poderá haver realmente uma certa semelhança entre pessoas, semelhança essa que habitualmente nos passa despercebida mas a que o doente está mais atento. Também o contrário pode suceder, explicando Conrad ambos os Fenómenos por aquilo a que se chamou «predomínio de propriedades essenciais», na ausência de reflexão epicrítica.

Cada elemento isolado do campo tem uma relação com o doente, tudo gira à sua volta. Esta é a característica mais importante da fase Apofânica — a *Anastrofe* (do Grego «volta, retorno, acção de voltar») e que significa que o Eu ocupa o centro do mundo.

Sempre que existe uma vivência Apofânica, o Eu modifica-se anastroficamente e, inversamente, quando há uma vivência Anastrófica, também os objectos se transformam de um modo Apofânico.

Numa segunda fase, a Apofania apodera-se também do espaço interior («actualizado» de Metzger), ou seja, já os pensamentos são também vivenciados à luz da Apofania, surgindo então a sensação de estar sob hipnose, assim como vivências de inspiração, difusão e sonorização do pensamento, sendo as próprias sensações corporais vividas de forma apofânica.

Para tudo aquilo que é vivenciado, surgindo de fora do «campo», ou seja, os objectos percebidos, o doente encontrava a expressão «está posto»; tudo o que é pertença do espaço interior «está feito».

Pode acontecer que apenas o espaço exterior seja afectado e só depois o mesmo aconteça ao interior.

No entanto, e com a mesma frequência, este processo pode ocorrer simultaneamente. Mais raramente, o espaço exterior fica livre e o interior afectado, como acontece, por exemplo, nas vivências de inspiração.

Nesta fase do surto, ou se inicia um movimento de retrocesso ou o doente poderá evoluir para o estadio seguinte — o *Apocalipse*.

### 3. APOCALIPSE

Como é vivamente sugerido pelo nome, nesta fase torna-se completo o divórcio com a realidade. Se na apofania perdurava uma continuidade de sentido, na medida em que o mundo permanecia ordenado, embora centrado de modo peculiar no doente, na vivência apocalíptica certos factos experienciados começam a dominar o delírio completamente, adquirindo um carácter de imagens, muitas vezes arquetípicas e que já não guardam em si nenhuma relação de sentido real. Estamos aqui em pleno quadro de esquizofrenia catatónica, habitualmente descrita «ao lado» da forma paranóide, isto é, como dois subtipos distintos mas que, para Conrad, se seguem uma à outra: vivência delirante paranóide (apofânica), pode sobrepôr-se um estado catatónico (apocalíptico), com as características já conhecidas, podendo mesmo culminar na morte do doente. Este estadio terminal, era comparado por Conrad a um «coma tóxico».

É nesta fase que a investigação fenomenológica encontra reais dificuldades. É o próprio Conrad quem descreve: «Temos diante de nós um homem agitado ou apático, com manifestações espontâneas incoerentes, incompreensíveis que às nossas palavras não responde de acordo com nenhum sentido, de tal forma que não sabemos sequer se as suas palavras devem entender-se como resposta à pergunta, ou se apenas coincidem casualmente com ela. Temos de haver-nos com pessoas, umas vezes em extrema angústia, outras em estado de ânimo elevado, como que em embriaguez. Pessoas com um comportamento totalmente incompreensível, por mais que para o doente pareçam ter um certo sentido, se bem que simbólico, mas que ninguém é capaz de compreender. E, finalmente, sujeitos rígidos de modo peculiar, de tal modo que pareceria que a sua vida interna estaria morta, como se em geral já não 'vivenciassem' nada.»

Mas, se a observação directa destes doentes não traz grandes esclarecimentos, tão pouco se consegue *a posteriori* que os doentes nos descrevam o que sentiram. Naqueles que saíram desta fase, estabelece-se como que uma «amnésia» electiva para as vivências apocalípticas, de tal modo que não se arranca

mais do que alguns fragmentos vivenciais isolados. Caímos, portanto, no terreno especulativo das interpretações e hipóteses. O que é original em Conrad, é a sua convicção de que na esquizofrenia é necessário passar sempre por uma das suas formas (a paranóide), para que se chegue à outra (a catatónica). Neste contexto, não surpreende que ele interprete a fase apocalíptica como o resultado lógico da Apofania do espaço interior e exterior, levada até às suas últimas consequências.

As anomalias da atitude e do movimento podem, assim, explicar-se por uma vivência da corporalidade alterada de modo apocalíptico. A continuidade do «Eu» cessa temporariamente, do que resultam frases do tipo «Eu já não sou eu» ou a consciência de estar morto.

Outra contribuição Conradiana, é a comparação que ele faz das vivências delirantes com os sonhos, já que do ponto de vista formal se trata do mesmo — a libertação do qualitativo na figura pelo efeito de tendências determinantes na personalidade —, já porque do mesmo modo que no sonho, depois de acordar da fase apocalíptica, o doente não se recorda de mais do que imagens e fragmentos isolados. E é porque a grande maioria destas vivências se assemelha a imagens oníricas fugazes que Conrad está convencido que é possível manejar psicanaliticamente os conteúdos delirantes, do mesmo modo que os conteúdos dos sonhos.

Se a situação clínica do doente se agudiza, podemos mesmo observar a chamada catatónica aguda mortal, da qual fenomenologicamente não é possível dizer mais nada. Não obstante, o que é habitual é um movimento de retrocesso, uma melhoria súbita, à que se dá o nome de Fase de Consolidação.

### 4. FASE DE CONSOLIDAÇÃO

Nesta fase, toma lugar uma lenta «relaxação do campo». A Apofania acaba, pelo menos em domínios parciais. Muitas vezes, os doentes afirmam que terminou a difusão do pensamento que, finalmente, os deixam em paz. Chegamos mesmo a perceber no doente um esboço de crítica ao delírio que até aí o tinha dominado, embora este abandono não se faça sem

resistência. Os doentes podem recusar-se a afastar a ideia de que são o centro de um poderoso sistema de observação. Um deles chegou a afirmar: «Por favor, não volte a confrontar-me com esta horrível dúvida. Deixe-me e viverei sempre este belo delírio que me ofereceu uma oportunidade. Foi a mais grandiosa experiência que jamais tive. Não quero abandonar estes pensamentos.» E a esta resistência que Conrad chama a «Fixação Neurótica do Delírio».

No entanto, o que há a reter é que na fase de Consolidação pode, pouco a pouco, ou até com surpreendente rapidez, existir uma modificação total da estrutura — A Volta Copernicana — como lhe chama Conrad. O doente abandona o sistema de referência Ptolomaico, em que até aí se encontrava, para adoptar o de Copérnico. Já não é ele o centro do mundo mas, pelo contrário, o mundo segue o seu curso e ele não é mais do que uma pequena parte sem importância — termina a Anastrofe.

A Apofania pode também cessar, do mesmo modo que um sintoma neurológico (por exemplo, uma parestesia quando termina uma crise de esclerose múltipla). Este ir e voltar, esta flutuação temporal, fala muito para Conrad a favor de um processo cerebral orgânico e não de um sintoma psicogénico.

Caminhamos, assim, gradualmente para a última fase.

## 5. FASE RESIDUAL

Uma das características fundamentais da esquizofrenia é o facto dos doentes, depois do surto não regressarem à linha de base inicial. Trata-se do sobejamente conhecido Estado de Defeito. Conrad prefere o termo mais neutro de Estado Residual. Para ele, o facto de não existir na Psicose esquizofrénica um *restitutio ad integrum* é o argumento mais sério contrário à concepção da psicogenia desta doença.

Estes resíduos não têm nenhuma relação imediata com o conteúdo delirante. Não devem entender-se no sentido, por exemplo, de um delírio residual. Pelo contrário, é mesmo possível que, passado o surto, toda a vivência delirante remita, inclusivé com uma correção

completa e compreensão da índole delirante das vivências.

Em que consiste, então, o resíduo? Simplesmente na sensação subjectiva do doente de que já não é o mesmo, de que a sua personalidade se alterou. Existe como que uma diminuição da contribuição energética, não no sentido físico, mas ao aparelho Psíquico. Tem-se pretendido exprimir isto de diferentes maneiras: uns falam de «hipotonia da consciência»; outros de «relaxação do arco intencional»; outros ainda de «atáxia intrapsíquica». Conrad prefere explicar esta diminuição dos impulsos volitivos, este desinteresse pelas actividades e desejos que fazem parte da nossa vida diariamente, como «redução do potencial energético da psique». É por isso que um segundo surto vai encontrar uma personalidade já previamente modificada.

## 6. CONCLUSÕES

Em jeito de conclusão, podemos afirmar que a contribuição de Conrad para o melhor conhecimento da Esquizofrenia, se desenvolve segundo três linhas de força principais:

Em primeiro lugar, a sua convicção de que a posição fenomenológica não se encontrava esgotada, podendo ainda dar origem a desenvolvimentos frutuozos, desde que complementada pela «Teoria da Forma» (Gestalt). Esta associação não teve, no entanto, nenhum aprofundamento posterior por parte de outros autores.

Em segundo lugar, é nossa opinião que o estudo da obra de Conrad, das suas principais noções, da análise exhaustiva que fez das várias fases do surto esquizofrénico, permitirá aos clínicos, no contacto directo com os doentes, uma muito melhor compreensão e integração dos diversos componentes da doença que surgem não já como estranhos ou bizarros, mas inseridos num contexto unitário. Todavia, com a introdução de terapêutica neuroléptica cada vez mais potente e incisiva, seria ingénuo esperar observar a sucessão das diferentes fases, tal como as descreve Conrad. Destas, é talvez a fase de Trema aquela que se reveste

de uma particular importância já que, para o observador atento, pode fornecer preciosas indicações diagnósticas; por outro lado, torna-se cada vez mais rara e difícil a observação de doentes em estado catatónico.

Por último, não queremos deixar de salientar a atitude empática de Conrad em relação aos doentes sobre os quais incidiram as suas investigações, todos eles jovens acabados de sair dos horrores de uma Guerra Mundial, nunca deixando que a sua análise profunda do «Eu-Objecto» perdesse de vista o «Eu-Sujeito» sofredor e tendo sempre presente a possível coexistência neste processo de alterações biológicas, em grande parte desconhecidas no seu tempo (e que de resto não cabe à fenomenologia descobrir), mas para as quais nunca se cansou de chamar a atenção, acreditando firmemente no seu esclarecimento num futuro próximo, ao que o tempo veio a dar confirmação plena.

#### BIBLIOGRAFIA

- Conrad, K. (1963). *La Esquizofrenia Incipiente*. Madrid: Editorial Alhambra.
- Husserl, E. (1960). *Idées Directrices pour une Phenomelogie*. Paris: Ed. Gallimard.
- Jaspers, K. (1962). *General Psychopathology*. Manchester: Manchester University Press.
- Kaplan, H. & Sadock, B. (1989). *Comprehensive*

*Textbook of Psychiatry* (Vol. V). New York: Willinis and Wilkins.

#### RESUMO

Os autores apresentam a visão de Conrad, eminente psiquiatra da Escola Alemã do princípio do século, sobre a estrutura e evolução do surto esquizofrénico recente.

Depois de uma breve introdução situando-o no contexto histórico-psiquiátrico da sua época, descrevem-se as várias fases que constituem o surto, a saber: Trema, Apofania, Apocalipse, Fase de Consolidação e Fase Residual.

Os autores concluem salientando a actualidade clínica da Fase de Trema e a perspectiva original de Conrad, conjugando a posição fenomenológica com a Teoria da Forma (Gestalt).

#### ABSTRACT

The authors present Conrad's vision, eminent psychiatrist of the German School of the beginning of the century, about the structure and evolution of the recent schizophrenic outbreak.

After a brief introduction where he is situated in the historical-psychiatric context of his time, the several phases that compose the outbreak are described, which are: Trema, Apophany, Apocalypse, Consolidation and Residual Phase.

In the end, the authors point out the clinical actuality of the Trema phase and Conrad's inovating view which conjugates the phenomenological position with the Gestalt Theory.