

Encontro

Revista de Psicologia

Vol. 15, Nº. 23, Ano 2012

Claudio Garcia Capitão

Universidade São Francisco - USF
cgcapitao@uol.com.br

Fernanda Lopes

Universidade São Francisco - USF
psifer@terra.com.br

Marlene Alves da Silva

Universidade São Francisco - USF
alvesmarlene2002@yahoo.com.br

Silvia Antakly Adib

Universidade São Francisco - USF
adib@yahoo.com.br

Anhanguera Educacional Ltda.

Correspondência/Contato
Alameda Maria Tereza, 4266
Valinhos, São Paulo
CEP 13.278-181
rc.ipade@aesapar.com

Coordenação
Instituto de Pesquisas Aplicadas e
Desenvolvimento Educacional - IPADE

Artigo Original
Recebido em: 31/01/2012
Avaliado em: 05/04/2012

Publicação: 5 de novembro de 2012

O TESTE DE PFISTER E INDICADORES DE DEPRESSÃO EM ADOLESCENTES

Evidências de validade

RESUMO

O presente estudo objetivou buscar evidências de validade para o Teste das Pirâmides Coloridas de Pfister (TPC), para indicadores de sintomas de depressão, relacionando-o com o Inventário Beck de Depressão (BDI) para uma população de adolescentes do Ensino Médio. Participaram do estudo cinquenta adolescentes, com idade entre 14 e 17 anos, com idade média de 16,02 anos, cursando 1º, 2º e 3º anos do Ensino Médio. Foram aplicados os seguintes instrumentos Questionário sociodemográfico, o Pfister e o BDI. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi assinado pelos pais ou responsáveis dos adolescentes e a concordância dos últimos em fazerem parte do estudo também foi considerada. Pôde-se observar que o grupo considerado de depressivos apresentou diferenças significativas do grupo de não depressivos quando relacionado com indicadores do Pfister. A variável denominada cores escuras demonstrou diferença significativa entre os grupos 1 e 2, quando relacionada ao BDI.

Palavras-Chave: adolescência; Inventário Beck de Depressão; puberdade; Teste das Pirâmides Coloridas de Pfister.

ABSTRACT

This present study had the purpose of seeking evidences of validity for Pfister's Color Pyramid Test (CPT), for depression symptoms indicators, relating it with Beck's Depression Inventory (BDI) for a High School teenager population. Fifty teenagers participated in the study, with ages between 14 and 17 years, and average age of 16.02 years, attending the 1st, 2nd and 3rd grades of Senior High School. The following instruments were applied: Sociodemographic Questionnaire, Pfister and BDI. The Informed Consent Form was signed by the parents or responsible for the teenagers, and the latter's' agreement in being a part of the study was also considered. It was possible to observe that the group considered depressive presented significant differences from the non-depressive group when related to Pfister's indicators. The variable called dark colors showed significant differences between groups 1 and 2, when related to the BDI.

Keywords: Adolescence; Beck's Depression Inventory; Puberty; Pfister's Color Pyramid Test.

1. INTRODUÇÃO

Adolescência é o termo utilizado para denominar uma fase do desenvolvimento humano que se caracteriza por transformações físicas e psicológicas, como alteração do esquema corporal, busca ansiosa do mistério da vida e morte, preocupação crescente com o futuro, conflitos familiares, entre outras. Nesse sentido, a adolescência envolve os processos psicológicos e emocionais marcados por intensos conflitos e pela procura de autoafirmação. Esse período corresponde à absorção de valores e projetos sociais e implicam adaptação às condições da puberdade, indicando as manifestações físicas da maturação sexual (Aberastury, 1983; Blos, 1985).

Apesar da puberdade e adolescência nem sempre serem diferenciadas, a primeira é entendida como parte da evolução corporal em que os caracteres sexuais secundários femininos e masculinos começam a se desenvolver; predomina uma significativa mudança corporal influenciada por hormônios, isto é, secreções de várias glândulas endócrinas no corpo, as quais, por sua vez, controlam tanto o crescimento quanto as mudanças físicas na puberdade. Essas características biológicas são universais e ocorrem de forma semelhante em todos os seres humanos (Wingaarden, Smith Jr & Bennett, 1993). Dada à complexidade e variação, ressalte-se que nem sempre o início da adolescência coincide com a puberdade (Osório, 1992).

Levisky (1998) compreende a adolescência como parte de uma revolução biopsicossocial, um processo que ocorre durante o desenvolvimento evolutivo do indivíduo, no qual as características psicológicas, sua expressividade, manifestações de comportamento e de adaptação social dependem da cultura e da sociedade em que se encontram inseridos. O tempo de duração, desde o início da puberdade até a maturidade psicossocial, é variável, pois está vinculada a questões socioculturais determinantes para a entrada do indivíduo na vida adulta.

A adolescência expõe o luto de vivências do corpo infantil relacionado não só as imagens dos pais da infância como de si próprio, que necessita ser enfrentado para alcançar a identidade adulta (Levisky, 1998). Considerando essa premissa, Capitão (2004) discorre acerca dos processos de luto responsáveis por trazerem a difícil tarefa de se posicionar em relação à opção sexual e de realizar escolhas. O rompimento definitivo dos objetos de amor infantil abala a vida emocional do adolescente, oscilando entre o surgimento de esperanças e também de angústia e medo, pois, o adolescente sofre uma perda real na renúncia a seus pais edípicos e experimenta um vazio interior, sofrimento, tristeza concernentes ao seu luto. Todos esses sentimentos e mais a percepção de

desequilíbrios na vida emocional podem desencadear no adolescente alguns sintomas depressivos (Capitão, 2004).

O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais DSM-IV (APA, 1994) coloca a depressão na seção de transtornos do humor mostrando que os sintomas básicos de um episódio depressivo maior são os mesmos em crianças e adolescentes, embora a predominância dos sintomas característicos tenha a possibilidade de mudar com a idade. Os critérios para o diagnóstico de um episódio depressivo podem ser resumidos da seguinte maneira: humor deprimido (em crianças e adolescentes pode ser humor irritável); diminuição acentuada do interesse ou prazer; perda ou ganho significativo de peso, redução ou aumento de apetite (em crianças, considerar a incapacidade de obter ganhos de peso esperado); insônia ou hipersonia; agitação ou retardo psicomotor; fadiga ou perda de energia; sentimento de inutilidade ou culpa excessiva e/ou inadequada; decréscimo na capacidade de pensar ou concentrar-se, ou indecisão; pensamento recorrente de morte, ideação suicida, tentativa ou plano de autocídio.

A origem da depressão na adolescência não tem causa única e, além da incontestável causa neurobiológica, outras etiologias são encontradas. Algumas constituídas pelas situações familiares, como um dos genitores deprimido, divórcio dos pais; ou situações existenciais, como as doenças físicas e decepções sentimentais. A pressão cultural hoje em dia, por seu lado, leva os jovens a sentir o mundo como decepcionante, muito coercitivo ou inquietante em relação ao futuro (Marcelli & Braconnier, 2007). São inúmeras as condições capazes de provocar o sofrimento depressivo e que propiciam a diminuição da qualidade de vida e produtividade da pessoa; e conforme sua intensidade, conduz à incapacidade social (Baptista, 2004; Baptista, Carneiro & Sisto, 2010; Bighetti, 2010).

Méndez, Olivares e Ros (2005) observam que os estados de ânimo irritável ou disfórico são frequentes e próprios da infância e da adolescência. Dificuldades na aprendizagem escolar, hiperatividade, comportamento antissocial, ansiedade de separação e anorexia nervosa fizeram com que alguns autores sustentassem a ideia de que a depressão representa um transtorno latente e que se manifesta sob diferentes formas (Blos, 1985; Grossman, 1998; Levisky, 1998; Méndez, Olivares & Ros, 2005). As variações de humor em adolescentes entre os 12 e 20 anos foram, muitas vezes, atribuídas ao processo normal da adolescência. Segundo Marcelli e Braconnier (2007), dois terços dos adolescentes que apresentaram depressão não receberam cuidados médicos ou psicológicos, consideram também que as consequências do período de depressão podem

estar associadas ao fracasso escolar, a transtornos de caráter, a condutas suicidas e a condutas de dependência.

Dentre os instrumentos psicológicos utilizados com o objetivo de detectar a tendência depressiva, encontra-se o Teste das Pirâmides Coloridas de Pfister (TPC) que fornece informações sobre aspectos importantes da personalidade para a expressão da afetividade, além de estabelecer alguns indicadores de depressão, impulsividade, agressividade, ansiedade e vazio emocional. O instrumento contempla variáveis que permitem o acesso a traços da personalidade e, portanto, auxilia na investigação da estrutura normal e perturbada do afeto (Villemor-Amaral, 1978).

Levando-se em consideração a possibilidade de se encontrar sinais de depressão na adolescência e nos benefícios que isso traria para jovens que ainda estão iniciando suas vidas, essa pesquisa objetivou buscar evidências de validade para o Teste das Pirâmides Coloridas de Pfister (TPC), para indicadores de sintomas de depressão, relacionando-o com o Inventário Beck de Depressão (BDI) para uma população de adolescentes do Ensino Médio.

2. MÉTODO

2.1. Participantes

Participaram do estudo cinquenta adolescentes, com idade entre 14 e 17 anos, com idade média de 16,02 anos, cursando 1º, 2º e 3º anos do Ensino Médio. Sendo 74% da amostra composta por estudantes do sexo feminino, pertencentes a escolas públicas (56%) e particulares (44%) de uma cidade do interior de São Paulo. Os participantes da escola pública eram alunos do período diurno e noturno; e da escola particular, apenas do diurno.

2.2. Material

Questionário Sociodemográfico

O questionário foi organizado em duas partes, a primeira levantou dados da família (presença de transtorno mental atual ou passado, uso de medicamentos, níveis socioeconômicos e de escolaridade, constelação familiar); a segunda, dados do adolescente (escolaridade, repetência escolar, presença de sintomas depressivos, uso de medicamentos, uso de drogas).

Inventário Beck de Depressão - (Cunha, 2001) BDI (Beck Depression Inventory)

O BDI foi inicialmente desenvolvido como uma escala sintomática de depressão para uso em pacientes psiquiátricos, passando a ser utilizado amplamente tanto na área clínica como na de pesquisa e mostrou-se um instrumento útil também para a população em geral. É uma escala de autorrelato que contém 21 itens, cada um com quatro alternativas, subentendendo graus crescentes de gravidade de depressão, com escalas de 0 a 3. O tempo de aplicação é de cinco a dez minutos para quando é autoadministrado e de quinze minutos quando a administração é oral. O escore total é o resultado da soma dos itens individuais e permite a classificação de níveis de intensidade da depressão. Nos estudos de validade de construto com o BDI para pacientes psiquiátricos, ao se empregar a versão em português, tiveram os seguintes níveis: nível mínimo de 0 a 11 pontos; nível leve de 12 a 19 pontos; nível moderado de 20 a 35 pontos; nível grave de 36 a 63 pontos.

O BDI tem sido consideravelmente adotado para demonstrar a prevalência da sintomatologia depressiva em amostras clínicas e não clínicas. Motivo pelo qual o presente estudo o escolheu como ponto de corte para a divisão dos dois grupos estudados.

Teste das Pirâmides Coloridas de Pfister (TPC) – (Villemor-Amaral, 2005)

Constitui-se de um jogo de três cartelas contendo o esquema de uma pirâmide, cuja forma sugere tridimensionalidade e se orienta da base para o ápice, subdividida em quinze espaços. O conjunto é formado de quadrículos nas cores: azul, verde, vermelho, violeta, amarelo, laranja, marrom, preto, branco e cinza distribuídas em 24 tonalidades diferentes, contendo no mínimo 45 unidades de cada tom e a mesma quantidade para todos os tons; folha de protocolo; e mostruário de cores (Villemor-Amaral, 2005).

Para a sua avaliação, pressupõe-se que a estrutura final da pirâmide possa indicar a organização mental da pessoa, além de envolver alguns dados de sua personalidade como aspectos cognitivos, emocionais e orgânicos. Essas tendências se relacionam ao domínio cognitivo da personalidade na medida em que considera a capacidade de abstração, discriminação, síntese e organização perceptiva, assim como a manifestação do potencial de inteligência da pessoa. A integração entre a forma e a cor pode constituir um indicador de trocas e descargas emocionais (Villemor-Amaral, 2005).

Sendo assim, a resposta à cor, envolve a noção de discriminação e de organização perceptiva. Dessa forma, espera-se que crianças e pré-adolescentes produzam pirâmides com aspecto formal mais desorganizado e menos diferenciado estruturalmente do que os adolescentes e adultos (Villemor-Amaral, 2005).

Em relação às cores utilizadas, estas podem ser interpretadas como controle, adaptação, relacionamentos afetivos, introversão, extroversão, irritabilidade, impulsividade, ambição, anseios de produção e desejo de fazer-se valer pela produtividade, tensão, ansiedade, insegurança, fragilidade estrutural, carência afetiva e impressões dos afetos, entre outros. Esses indicadores permitem inferência sobre a dinâmica afetiva e emocional, assim como sobre as funções estruturais e cognitivas da pessoa (Villemor-Amaral, 2005).

Os estudos de normatização com o teste de Pfister foram elaborados por Villemor Amaral em 1978 com amostra não clínica; e por Villemor-Amaral, Primi, Farah, Cardoso e Franco (2003) com uma amostra clínica de pacientes diagnosticados com algum transtorno mental ou da personalidade. Estudo com amostra de depressivos e não depressivos foi realizado por Villemor- Amaral, Primi, Farah, Silva, Cardoso, Franco (2004) levando-se em conta as cores e a forma como variáveis que poderiam contribuir para o diagnóstico de depressão. Os resultados mostraram a constância absoluta da cor violeta e a porcentagem elevada da cor verde, as formações cortadas e as formações tendendo à estrutura.

2.3. Procedimento

Após ter sido aprovado pelo Comitê de Ética, foram feitos contatos com as instituições de ensino para exposição do projeto a fim de verificar a disponibilidade de participarem da pesquisa e de obter a autorização necessária bem como o agendamento das aplicações. Estas assinaram um termo de consentimento que esclarecia a finalidade desta pesquisa. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi assinado pelos pais ou responsáveis dos adolescentes e a concordância dos últimos em fazerem parte do estudo também foi considerada.

As instituições disponibilizaram as salas de aula para a aplicação dos instrumentos, iniciando-se pelo questionário sociodemográfico passou-se em seguida pelo Inventário Beck de Depressão que ocorreu de forma coletiva em alunos do 1º, 2º e 3º anos do Ensino Médio na escola particular e escola pública. O Teste das Pirâmides Coloridas de Pfister foi executado individualmente, a partir dos resultados obtidos no Inventário de Beck de Depressão, os participantes foram divididos em dois grupos: grupo 1, sujeitos que obtiveram pontuação de 0 a 11 (nível mínimo), caracterizado como o grupo sem sintomas depressivos; grupo 2, constituído por aqueles que apresentaram níveis leve, moderado e grave de sintomas depressivos.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Com a aplicação do BDI foi possível verificar que o grupo 1 apresentou nível mínimo de depressão totalizando 30 % da amostra. Por outro lado, os estudantes que obtiveram nível leve, nível moderado e nível grave de sintomas depressivos compuseram o grupo 2, considerado como grupo com sintomas depressivos. Dessa forma, os grupos foram classificados: grupo 1 – sem sintomas depressivos e grupo 2 – com sintomas depressivos e sujeitos às análises que se seguem. Assim, a Tabela 1 exibe as estatísticas descritivas das dez cores componentes do Pfister.

Tabela 1. Distribuição das estatísticas descritivas das cores do Teste das Pirâmides Coloridas por grupo.

Grupos	Estatísticas	Az	Vm	Vd	Vi	La	Am	Ma	Pr	Br	Ci
Grupo 1	Média	7,64	8,57	8,00	6,07	3,29	3,71	0,64	2,36	3,93	0,79
	Desvio-padrão	2,98	2,85	2,94	3,38	1,86	2,02	0,74	2,53	2,87	0,89
	Mínimo	3	4	4	2	0	0	0	0	0	0
	Máximo	13	14	14	15	6	8	2	7	9	3
Grupo 2	Média	7,21	7,32	8,06	5,41	3,26	2,94	1,26	3,79	3,79	1,94
	Desvio-padrão	3,98	3,09	4,94	3,65	2,02	2,24	1,54	4,13	3,08	1,74
	Mínimo	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0
	Máximo	20	18	22	15	8	12	6	21	13	7

Conforme o exposto na Tabela 1, observou-se a pontuação média e o desvio padrão para cada uma das cores nos grupos 1 e 2, sem sintomas depressivos e com sintomas depressivos, respectivamente, verificou-se semelhanças nas médias obtidas pelos dois grupos nas cores azul, verde, laranja e branca. Para as cores vermelha, violeta e amarela, as médias foram maiores no grupo 1. Enquanto as cores marrom, preta e cinza atingiram maiores médias no grupo 2.

A fim de averiguar se havia diferença entre as frequências de cores do TPC e o gênero foi realizado o teste-*t* de *Student*, no qual os resultados revelaram divergência na frequência apenas para cor Vi, que as meninas utilizaram mais do que os meninos ($t[51]=-2,75$; $p=0,008$). Conforme Villemor Amaral (1978), a cor violeta conota estados de tensão e ansiedade, sendo composta por cores antagônicas, o azul e o vermelho. Formado pelo vermelho, tido como cor excitante, e pelo azul, cor de introversão e de retenção, o violeta parece ter relação “com ansiedade difusa, vaga e flutuante, derivada basicamente do temor de sentir-se desamparada, indefesa (insegurança) ante um mundo hostil e persecutório” (Villemor Amaral, 1978, p. 99).

Há uma maior incidência da cor violeta nas tabelas infantis e de adolescentes quando comparadas as de adulto. A partir dos 20 anos, os níveis percentuais começam a

decair coincidindo com um período que se espera mais estabilidade emocional. É importante ter em vista que a frequência aumentada do violeta pode ser significativa na adolescência por tratar-se de um período permeado de conflitos e inseguranças. As pessoas que usam a cor violeta expressam desejo de alcançar algo que de algum modo pareça inacessível (Villemor-Amaral, 1978).

Utilizou-se ainda da prova-*t* de *Student* para analisar possíveis diferenças na média entre as cores de estudantes de escolas públicas e particulares. Percebeu-se que a cor La obteve frequência maior na instituição particular e foi significativamente diferente entre os grupos ($t[51]=-2,03$; $p=0,048$). Outros resultados mostraram níveis de significância considerados marginais como foi o caso para a cor Pr ($t[51]=2,00$; $p=0,052$) e para a cor Ma ($t[51]=1,90$; $p=0,064$).

O laranja localiza-se numa faixa intermediária entre o amarelo e o vermelho. De acordo com Villemor Amaral (1978), o valor simbólico que se costuma atribuir a essa cor reporta à ambição e a anseios de produção. Acrescente-se a isso que características de instabilidade e inquietação são comuns entre indivíduos que a utilizam muito, sendo também esperado que tais pessoas encontrem dificuldades em acomodar-se ao meio.

Por intermédio do questionário sociodemográfico tornou-se possível observar que os adolescentes da escola particular, sem dúvida, possuem melhores condições econômicas e são providos pelas suas respectivas família, enquanto que os adolescentes das escolas públicas, cuja renda mensal era inferior a dos adolescentes da instituição particular, trabalhavam para seu sustento mesmo quando residiam com os pais. Em virtude desses dados, pode-se, portanto, considerar que os adolescentes pertencentes às classes sociais mais favorecidas conseguem se valorizar mais por meio da produtividade, anseios e ambições, pois, têm maior possibilidade de planejar seu futuro.

As cores preta e marrom apresentaram crescimento expressivo nas instituições públicas quando comparada as particulares. A cor preta significa, antes de tudo, repressão ou inibição. Por sua vez, o aumento do marrom pode traduzir uma tendência a aparentar independência e determinação, quando, na verdade, trata-se de uma atitude reativa à necessidade de amparo e proteção (Villemor-Amaral, 2005).

Foi realizado teste-*t* de *Student* para verificar se havia diferença nos grupos sem sintomas e com sintomas em relação às cores do Pfister. Os resultados apontaram diferenças significativas marginais nas cores Ma ($t[51]=-1,95$; $p=0,057$) e Ci ($t[51]=-1,96$; $p=0,055$). O valor atribuído ao cinza (Ci) pode revelar carência afetiva, sentimento de vazio, ansiedade insegurança, rejeição e repressão dos afetos. O aumento dessa cor possivelmente serve como indicador de timidez e de restrição nos contatos emocionais,

retraimento defensivo, ou seja, como uma defesa devido ao temor de suas necessidades afetivas não serem satisfeitas. Pessoas nessas condições costumam criar problemas de relacionamento, visto que procuram ocultar suas dificuldades ao confundirem a si próprio e a todos que o cercam. Geram conflitos e são opositores em suas relações (Villemor-Amaral, 2005).

O adolescente experimenta um vazio interior, o sofrimento e a tristeza que fazem parte de seu luto ao abdicar dos pais edípicos. Conforme Capitão (2004), todos esses sentimentos e os desequilíbrios na vida emocional podem, por extensão, desencadear alguns sintomas depressivos. Quanto ao marrom, Villemor Amaral (1978) afirma que ocorre maior incidência em crianças e adolescentes. De modo geral, essa cor está vinculada às esferas mais instintivas e mais profundas da personalidade.

Quanto às possíveis diferenças entre os grupos referente às cores escuras, efetuou-se outra análise em que se utilizou a soma dessa gama de cores (Az4, Vm4, Vd4, Vi3, Ma2, Pr e Ci), o resultado mostrou divergência acentuada entre o grupo de não-deprimidos e deprimidos. ($t[51]=-2,47$; $p=0,017$). Os adolescentes do grupo 2, com sintomas de depressão, apresentaram expressiva incidência de cores escuras em relação ao grupo 1, sem sintomas de depressão.

A síndrome enegrecida (Vd4, Vm4, Vi3, Ma2 e Pr) representa afetividade reprimida ou mesmo depressiva, indicando tanto opressão como depressão, “encontrada em personalidades do tipo maníaco-depressivo ou nos casos de depressão ansiosa, sobretudo quando o cinza se faz representar” (Villemor Amaral, 1978, p.129). As cores escuras consideradas nesse estudo (Az4, Vm4, Vd4, Vi3, Ma2, Pr e Ci) incluem todas as cores da síndrome enegrecida, especialmente o cinza, considerada a cor por excelência de depressão.

Para cada pirâmide, realizou-se o teste de qui-quadrado para verificar se havia diferença entre o grupo sem sintomas de depressão e o com sintomas de depressão em relação à frequência dos tipos de aspecto formal. Os resultados estão expostos na Tabela 2, onde o valor do qui-quadrado foi de $[\chi^2(1, N=50)=4,30; p=0,745]$, demonstrando que não houve diferença na distribuição dos aspectos formais. Na distribuição do aspecto formal na pirâmide 1, pode ser observado o elevado número de tapetes furados ou rasgados com uma porcentagem de 62% em toda a amostra de adolescentes.

Tabela 2. Distribuição das porcentagens de aspecto formal na pirâmide 1.

Aspecto formal	Não-deprimido (%)	Deprimido (%)	Total (%)
Tapete puro	13,33	5,71	8,00
Tapete desequilibrado	0,00	0,00	0,00
Tapete furado/rasgado	73,33	57,14	62,00
Tapete com início de ordem	0,00	5,71	4,00
Formação em camadas monotonais	0,00	0,00	0,00
Formação em camadas multicromáticas	0,00	2,86	2,00
Formação simétrica	13,33	17,14	16,00
Estrutura simétrica	0,00	2,86	2,00
Estrutura em escada	0,00	0,00	0,00
Estrutura em manto	0,00	5,71	4,00
Estrutura assimétrica dinâmica	0,00	2,86	2,00
Corte/mutilação	0,00	0,00	0,00
Total	100,00	100,00	100,00

Já na Tabela 3 o valor do qui-quadrado foi de $[\chi^2(1, N=50)=8,616; p=0,657]$, não houve diferença significativa na distribuição dos aspectos formais. A porcentagem de tapetes furados na pirâmide 2 diminuiu em relação à primeira pirâmide, mas, pode ser observado o aumento desse aspecto formal em relação aos outros com uma porcentagem de 46%.

Tabela 3. Distribuição das porcentagens de aspecto formal na pirâmide 2.

Aspecto formal	Não-deprimido (%)	Deprimido (%)	Total (%)
Tapete puro	26,67	8,57	14,00
Tapete desequilibrado	0,00	2,86	2,00
Tapete furado/rasgado	40,00	48,57	46,00
Tapete com início de ordem	0,00	2,86	2,00
Formação em camadas monotonais	0,00	2,86	2,00
Formação em camadas multicromáticas	0,00	5,71	4,00
Formação simétrica	20,00	14,29	16,00
Estrutura simétrica	13,33	2,86	6,00
Estrutura em escada	0,00	2,86	2,00
Estrutura em manto	0,00	2,86	2,00
Estrutura assimétrica dinâmica	0,00	2,86	2,00
Corte/mutilação	0,00	2,86	2,00
Total	100,00	100,00	100,00

Para a Tabela 4 o valor do qui-quadrado foi de $[\chi^2(1, N=50)=13,269; p=0,276]$, não houve diferença na distribuição dos aspectos formais. A porcentagem dos tapetes furados

ou rasgados na pirâmide 3 é de 34%, ainda é a maior porcentagem em relação a outras formações, mas, pode-se perceber diminuição da porcentagem de tapetes furados/rasgados em relação às pirâmides 1 e 2. As porcentagens de tapete furado/rasgado são maiores na primeira pirâmide e decrescem gradativamente da segunda para a terceira. O que pode caracterizar que os adolescentes se desajustam diante de uma tarefa pouco estruturada e, aos poucos, reorganizam o pensamento, que propicia uma melhor organização do ego.

Tabela 4. Distribuição das porcentagens de aspecto formal na pirâmide 3.

Aspecto formal	Não-deprimido (%)	Deprimido (%)	Total (%)
Tapete puro	13,33	20,00	18,00
Tapete desequilibrado	0,00	2,86	2,00
Tapete furado/rasgado	33,33	34,29	34,00
Tapete com início de ordem	0,00	2,86	2,00
Formação em camadas monotonais	0,00	2,86	2,00
Formação em camadas multicromáticas	13,33	8,57	10,00
Formação simétrica	33,33	5,71	14,00
Formação alternada	0,00	2,86	2,00
Estrutura simétrica	0,00	11,43	8,00
Estrutura em manto	0,00	2,86	2,00
Estrutura assimétrica dinâmica	0,00	5,71	4,00
Corte/mutilação	6,67	0,00	2,00
Total	100,00	100,00	100,00

Conforme Villemor Amaral (1978), a produção de tapete furado/rasgado é caracterizada pelo uso do branco em uma única área do esquema ou em pequenos grupos, junto ou espalhado, causando a impressão de furos ou rasgos. A presença do branco nas pirâmides, mesmo que uma única vez, pode ser indicativo de perturbações decorrentes de dissociações do curso do pensamento ou personalidade desagregada. Ademais, o corte ou mutilação caracteriza-se com o uso do branco ou tons esbranquiçados, nesse caso, em uma única camada, ou no topo da pirâmide, a qual fica como se estivesse decepada, pode ser encontrada em indivíduos com prováveis alterações de pensamento e fragilidade estrutural da personalidade.

Observa-se ainda, tanto nos tapetes furados/rasgados como no corte ou mutilação, que o branco incorpora uma característica mais relevante ao demonstrar um significado muito próximo nos dois tipos de formação. No estudo realizado por Villemor-Amaral e cols. (2004), para verificar o desempenho de pacientes com depressão no teste das Pirâmides Coloridas de Pfister, as formações cortadas (corte/mutilação) aparecem

como uma das variáveis que poderiam contribuir para o diagnóstico de depressão. No estudo de Villemor-Amaral (1978) foi constatada uma elevação das dificuldades de relacionamento e de enfrentamento de situações sociais em pacientes com queixas de sintomas de depressão.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A adolescência é uma importante etapa da vida pela qual passa o ser humano. Esta acarreta transformações e adaptações psicológicas, envolve processos de luto relacionados às perdas reais e incertezas quanto ao futuro, o que gera insegurança, ansiedade e medo. Os sentimentos experimentados pelo adolescente, tais como: sofrimento, tristeza, ansiedade e vazio interior, somados à percepção de desequilíbrios na vida emocional podem provocar sintomas depressivos.

Considerando os resultados obtidos neste estudo, pôde-se observar que o grupo considerado de depressivos apresentou diferenças significativas do grupo de não depressivos quando relacionado com indicadores do Pfister. A variável denominada cores escuras demonstrou diferença significativa entre os grupos 1 e 2, quando relacionada ao BDI. As cores cinza e marrom, conforme verificada nas análises, também se tornaram diretrizes válidas para os sintomas depressivos no TPC, entretanto o conjunto das cores escuras mostrou-se como um indicador melhor do que as cores analisadas separadamente para amostra de adolescentes.

É importante destacar, quanto ao aspecto formal, que não houve diferença entre os grupos do BDI, mas foi possível notar um aumento dos tapetes rasgados/furados para todos os adolescentes da amostra. A presença do branco por meio dos rasgos ou furos sugerem perturbações decorrentes de dissociações do curso do pensamento, um sinal notável no período da adolescência em que os sentimentos de isolamento podem se reverter em perturbações mentais.

No entanto, apesar dos indicadores parecerem restritos, o TPC revelou alguns aspectos significativos de sintomas de depressão, dos quais os resultados obtidos contribuíram para evidências de validade para a amostra de adolescentes. Indicadores como aspecto formal, cores e síndromes cromáticas podem ser mais explorados, visto que o Pfister, no contexto da adolescência, mereceu ainda poucos estudos. Essa população pode ser alvo de futuras pesquisas com o intuito de gerar tabelas próprias para adolescentes que contribuam para estudos normativos.

REFERÊNCIAS

- Aberastury, A. (org.). (1983). *Adolescência*. (4ª ed) Porto Alegre: Artes Médicas.
- Associação Psiquiátrica Americana, (1983). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais-DSM-III*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Associação Psiquiátrica Americana (APA). (1994). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais-DSM-IV*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Bahls, S. C. (2002). Aspectos clínicos da depressão em crianças e adolescentes. *Jornal de Pediatria* (78) 5, 26-32.
- Baptista, M. N. (2004). Sobre a Depressão. Em M. N. Baptista. *Suicídio e Depressão - Atualizações* (pp.33-48). Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan S.A.
- Baptista, M. N., Carneiro, A. M. & Sisto, F. F. (2010). Estudo Psicométrico de Escalas de Depressão (EDEP e BDI) e o Inventário de Suporte Familiar – IPSF. *Psicologia em Pesquisa – UFJF*, 4 (1) 65-73.
- Bighetti, C. A. (2010). *Escala de depressão (EDEP) e sua relação com medidas de personalidade e habilidades sociais*. Tese de Doutorado. Universidade São Francisco- Itatiba- São Paulo.
- Blos, P. (1985). *Adolescência – Uma interpretação Psicanalítica*. São Paulo: Martins Fontes.
- Capitão, C. G. (2004). Visão Psicodinâmica da Depressão e do Suicídio. Em M. N. Baptista, *Suicídio e Depressão – Atualizações*. (pp.178-190). Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan S.A.
- Cunha, J. A. (2001). *Manual da versão em português das Escalas Beck*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Grossman, E. (1998). A adolescência através dos tempos. *Adolescência Latinoamericana*.-1(2) 68-74. Recuperado em 10 de Dezembro de 2010, de [http:// ral-adolesc.bvs.br/scielo.php](http://ral-adolesc.bvs.br/scielo.php).
- Levisky, D. L. (1998). *Adolescência: reflexões psicanalíticas*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Marcelli, D., & Braconnier, A. (2007). *Adolescente e psicopatologia*. Porto Alegre: Artmed.
- Méndez, F. X., Olivares, J. & Ros, M. C. (2005). Características clínicas e tratamento da depressão na infância e adolescência. Em V. E. Caballo & M. A. Simon. *Manual de Psicologia Clínica Infantil e do Adolescente. Transtornos Gerais*. (pp. 126-137) São Paulo: Livraria Santos Editora.
- Osório, L. C. (1992). *Adolescência hoje*. Porto Alegre: Artmed
- Villemor Amaral, F. (1978). *Pirâmides Coloridas de Pfister*. (2ª ed) Rio de Janeiro: Cepa.
- Villemor-Amaral, A. E. (2005). *As pirâmides coloridas da Pfister*. São Paulo: CETEP.
- Villemor-Amaral, A. E., Primi, R., Farah, F. H. Z., Silva, S. M., Cardoso, L. M., & Franco, R. R. C. (2004). A Depressão no Teste das Pirâmides Coloridas de Pfister. *Paidéia: Cadernos de psicologia e educação*, 14 (28), 169-176.
- Wyngaarden, J. B., Smith Jr, L. H. & Bennett, J. C. (1993). *Cecil – Tratado de Medicina Interna*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan.

Claudio Garcia Capitão

Psicólogo. Especialista em Psicologia Clínica e em Hospitalar, Mestre em Psicologia Clínica PUCSP, Doutor pela UNICAMP com Pós-Doutorado em Psicologia Clínica pela PUCSP. Docente dos cursos de Graduação e de Pós-Graduação *Stricto Sensu* da Universidade São Francisco - USF.

Fernanda Lopes

Psicóloga. Mestre e doutoranda em Psicologia com ênfase em Avaliação Psicológica pela Universidade São Francisco. Bolsista CAPES.

Marlene Alves da Silva

Doutora em Psicologia com ênfase Avaliação Psicológica pela Universidade São Francisco – Itatiba-SP.

Silvia Antakly Adib

Psicóloga. Mestre em Psicologia com ênfase em Avaliação Psicológica pela Universidade São Francisco.