

O TESTE DAS PIRÂMIDES COLORIDAS E O TRANSTORNO DO PÂNICO¹

Anna Elisa de Villemor-Amaral^{*}
Flávia Helena Zanetti Farah[#]
Ricardo Primi[¶]

RESUMO. Esse estudo visa verificar evidências de validade do Teste das Pirâmides Coloridas de Pfister para diagnóstico de transtorno de pânico. Compuseram a amostra desse estudo 15 pacientes diagnosticados pela SCID como tendo um episódio de *transtorno do pânico*. Seus resultados foram comparados com os obtidos com um grupo de 109 indivíduos não-pacientes que compõem uma amostra normativa. Os dados mais significativos do ponto de vista estatístico, na comparação com o grupo de não-pacientes, foram relativos ao aumento de formações simétricas e da porcentagem do azul. As características atribuídas a esses sinais condizem com os dados encontrados na literatura que descrevem a insegurança, inibição, constrição e rompimento da relação consigo mesmo como aspectos importantes associados ao transtorno do pânico.

Palavras-chave: avaliação psicológica, Teste das Pirâmides Coloridas de Pfister, transtorno do pânico.

THE COLOUR PYRAMID TEST AND THE PANIC DISORDER

ABSTRACT. The aim of this study was to verify the validity of the Pfister's Colour Pyramid Test in the identification of panic disorder. The sample was composed by 15 patients in psychiatric treatment for having at least one crisis of panic disorder, selected according to the SCID criteria, and 109 non-patients who had never sought for psychological or psychiatric assistance. The results show that the two groups could be distinguished by the using of blue and by the symmetric configurations, both more frequent among the patients, in a significant way. The lack of security, the inhibition and constriction are typical signs and correspond to the panic symptoms described on literature.

Key words: Psychological assessment, Pfister's Color Pyramid Test, panic disorder.

O Teste das Pirâmides Coloridas de Pfister vem sendo utilizado como instrumento de investigação algumas vezes em pesquisas (Brauer, 1979; Carnio & Loureiro, 1993; Oliveira, Pasian & Jacquemim, 2001), mas sobretudo na clínica, embora já no prefácio à segunda edição do manual, Villemor Amaral (1978) deixasse clara sua insatisfação quanto à falta de pesquisas relativas à psicopatologia. Tal fato foi um dos responsáveis pela não-recomendação dessa técnica por parte do CFP, em sua Resolução 02/2003, o que justifica ainda mais a necessidade de pesquisas de validação e publicações sobre esse assunto.

Na clínica, o profissional experiente sempre soube encontrar indicadores no Pfister que se

correlacionassem com outros testes ou com as observações e queixas dos pacientes, mas nunca foram feitos estudos sistemáticos que verificassem a validade e a precisão das interpretações e suas relações com a psicopatologia. Por isso vem prejudicando a confiabilidade e o *status* científico dessa técnica, apesar das vantagens que ela apresenta, sendo um instrumento de investigação não-verbal de aplicação fácil e agradável para quem a faz e constituindo uma alternativa interessante a outros métodos de avaliação psicológica.

Ao realizarmos essa pesquisa, partimos do pressuposto que a investigação sistemática sobre o desempenho de determinados grupos patológicos poderia não apenas contribuir para a definição de

¹ Apoio Fundação de Amparo a Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP) e LabAPE da Universidade São Francisco.

^{*} Professora Associada Doutora do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade São Francisco.

[#] Mestre pelo Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia, Laboratório de Avaliação Psicológica em Saúde Mental, Universidade São Francisco.

[¶] Professor Associado Doutor do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade São Francisco.

indicadores diagnósticos mas também contribuir para a confirmação das hipóteses interpretativas relativas aos diversos componentes do teste, principalmente no que diz respeito às cores e às formas.

No que concerne ao transtorno de pânico, não se encontra nenhuma alusão a ele na literatura sobre o Pfister. Isso decorre do fato de que a descrição desse quadro surgiu nos manuais de classificação de doenças num período posterior à edição das principais obras sobre esse teste e de que recentemente são poucas as publicações sobre essa técnica. (Brauer, 1979; Carnio & Loureiro, 1993; Oliveira, Pasian & Jacquemim, 2001)

Embora referências ao transtorno do pânico sejam encontradas em escritos antigos, pois fobias específicas foram reconhecidas desde o tempo de Hipócrates, Rangé (1985) relata que essa denominação é bastante recente na nosografia psiquiátrica e psicanalítica, e que ela tem suas origens nas descrições de medo, ansiedade, fobia e agorafobia. No levantamento histórico realizado por esse autor, vemos que foi Robert Burton em 1621, ao publicar *Anatomy of Melancholy*, quem sistematizou as descrições de muitos padrões de medo patológico, inclusive ansiedade social. Mas foi apenas em 1871 que um psiquiatra alemão, chamado C. F. O. Wesphal (1822-1890), cunhou o termo *agorafobia*, numa monografia hoje clássica.

Freud (1893/1969), em seu primeiro artigo sobre as psiconeuroses de defesa, fala das fobias e logo depois sobre a neurose de angústia, sendo que em seu segundo artigo sobre neurose de angústia (1899/1969) qualificou de obscuro o mecanismo das fobias, mantendo essa posição mesmo após as análises do Pequeno Hans (1909/1969) e do Homem dos Lobos (1918/1969). A partir de então se percorreu um longo caminho até que chegássemos ao que se conhece hoje em dia sobre o transtorno do pânico.

Todo paciente com transtorno de pânico relata uma vida normal até o primeiro ataque. Na maioria das vezes, o paciente procura a emergência de um hospital geral ou uma clínica cardiológica. Com a frequência dos ataques, começa a surgir a ansiedade antecipatória, e o medo de ter outro ataque pode levar o paciente a evitar algumas situações, podendo ocorrer nesse momento a agorafobia. As situações mais evitadas são andar de ônibus, avião e metrô, dirigir em túneis e pontes, fazer compras em grandes lojas ou supermercados e até mesmo frequentar lugares fechados (Rangé, 1985).

O diagnóstico de transtorno do pânico geralmente é confundido com ataque de pânico ou fobia. No transtorno de pânico a pessoa desenvolve os sintomas

repentinamente, ou seja, de uma forma inesperada, sem um fator desencadeante. Já nos transtornos ansiosos, como fobia social ou fobia simples, também ocorrem ataques de pânico, mas a diferença básica é a presença de um fator desencadeante, já que os sintomas físicos são os mesmos.

Um ataque de pânico pode também ser disparado durante o uso de algumas substâncias, como alucinógenos, cocaína, maconha e anfetaminas. Além disso, em algumas doenças - como o hipertireoidismo - em que as pessoas se queixam de ansiedade, taquicardia, palpitações, sudorese, dispnéia, irritabilidade, diarreia e prolapso de válvula mitral, o diagnóstico pode ser confundido com pânico.

De acordo com Gabbard (1998), os pacientes com transtorno do pânico podem ter uma maior incidência de eventos estressantes na vida, principalmente perdas, nos meses que precedem o início do transtorno.

Gabbard (1998) afirma que a etiologia deste transtorno pode muito bem envolver o significado inconsciente dos fatos que desencadeiam as crises, enquanto a patogênese pode envolver fatores neurofisiológicos desencadeados pela reação psicológica aos mesmos fatos.

Os critérios para o diagnóstico de ataque de pânico no DSM-IV são: um período de intenso temor ou desconforto, no qual quatro ou mais dos seguintes sintomas desenvolveram-se abruptamente e alcançaram um pico de 10 minutos: palpitações ou ritmo cardíaco acelerado, sudorese, tremores ou abalos, sensações de falta de ar ou sufocamento, sensações de asfixia, dor ou desconforto torácico, náusea ou desconforto abdominal.

Já o transtorno de pânico com agorafobia é caracterizado por ataques de pânico recorrentes e inesperados. Pelo menos um dos ataques foi seguido por um mês (ou mais) de uma (ou mais) das seguintes características: preocupação persistente acerca de ter ataques adicionais ou suas conseqüências e alteração comportamental significativa. Os ataques de pânico não se devem aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (drogas, medicamento), ou de uma condição médica geral (hipertireoidismo), ou ainda relacionados a outro transtorno mental, como fobia social, fobia específica, transtorno obsessivo-compulsivo, transtorno de estresse pós-traumático ou transtorno de ansiedade de separação. Pode ocorrer transtorno do pânico sem agorafobia, no qual está ausente o medo de lugares abertos.

Os indivíduos com transtorno de pânico apresentam, caracteristicamente, preocupações acerca das implicações ou conseqüências dos ataques de pânico. Alguns temem que os ataques indiquem a

presença de uma doença não diagnosticada e ameaçadora à vida (por exemplo, cardiopatia ou transtorno convulsivo). Apesar de repetidos exames e garantias médicas, eles podem permanecer temerosos e não se convencer de que não têm uma doença ameaçadora à vida. Os ataques são percebidos como uma indicação de que estão “ficando loucos” ou perdendo o controle, ou de que são emocionalmente fracos. Alguns indivíduos com ataques de pânico recorrentes mudam significativamente seu comportamento (demitem-se do emprego, por exemplo) em resposta aos ataques, mas negam o medo de ter um outro ataque ou preocupação acerca das conseqüências de seus ataques de pânico. As preocupações acerca do próximo ataque ou suas implicações freqüentemente estão associadas com o desenvolvimento de um comportamento de esquiva, que pode satisfazer os critérios para agorafobia, diagnosticando-se, neste caso, um transtorno de pânico como agorafobia.

Sendo assim, Walter Trinca (1997) afirma que os sintomas fóbicos (orgânicos ou psíquicos) nos remetem a um exame do estado do *self*. O *self* é a representação da pessoa total, em contraposição ao mundo externo e à representação mental do objeto. Distinguindo a fobia do pânico, comenta que a fobia se dá pela fragilidade do *self*, e o que nos permite diferenciá-la do pânico são os núcleos do *self*. Quando há fragilidade do *self*, o resultado é a perda de contato com pontes profundas da vida emocional, e o nível desta perda nos indicará fobia ou pânico.

O problema se encontra nas rupturas do *self* e o resultado relaciona-se ao déficit nas experiências de existir, pois o continente interno e o centro de sustentação interna são afetados. A angústia de dissipação do *self* é a angústia fundamental da fobia. O pânico aparece quando há o rompimento da relação eu-comigo. É o ponto mais alto das relações significativas estruturantes, quando os vínculos com o centro de sustentação interna se acham muito enfraquecidos. A pessoa apresenta momentos de incomunicabilidade consigo mesma, caracterizando momentos máximos de angústia de dissipação do *self*.

Costa Pereira (1997) também desenvolveu as suas idéias sobre transtorno de pânico numa visão psicanalítica. Afirma que a repercussão da teoria freudiana sobre neurose de angústia e a concepção psiquiátrica dos estados ansiosos estão intimamente inter-relacionadas e lembra que Freud iniciou sua auto-análise por estar vivenciando crises de angústia e de desamparo, dando a este quadro o nome de neurose de angústia. Em seus artigos, Freud afirma que sintomas como vertigens, distúrbios da atividade

cardíaca, sudorese, tremores, abalos, diarreia são formas especiais de acessos de angústia.

A denominação neurose de angústia surgiu na obra de Freud como decorrência da necessidade de realizar subgrupos da descrição clínica da neurastenia. O subgrupo neurose de angústia levaria em consideração a excitação erótica física não consumada como seu agente causal específico. Neste quadro, o acesso de angústia constituiria o efeito de evacuação da libido física acumulada e finalmente transformada em angústia.

Após algum tempo Freud supõe a existência de um outro elemento envolvido na angústia, o que chama de libido psíquica, ou seja, as representações psíquicas da vida sexual.

A teoria da neurose de angústia de 1895 já colocava o problema desta situação subjetiva em que o aparelho psíquico se encontra desamparado frente à emergência incontrolável da vida pulsional. A seguir, o estado psíquico de impossibilidade de controle sobre a própria pulsão será chamado de desamparo, e o afeto que lhe é comum, de terror. O pânico como relação ao terror recebe determinação específica.

Costa Pereira (1997) afirma ainda que, do ponto de vista morfológico e até mesmo, às vezes, explicativo, a descrição freudiana dos acessos de angústia observados em sua obra Neurose de angústia está muito próxima da que foi operacionalmente estabelecida hoje em dia para o transtorno do pânico. Para ele a psiquiatria e a psicanálise se desenvolveram com base na elaboração freudiana sobre os ataques de angústia, e o que chamamos hoje de transtorno do pânico na verdade é um recorte do quadro clínico descrito por Freud há cem anos, sob o nome de neurose de angústia.

Em sua raiz é possível identificar determinados comportamentos dos pais diante dos filhos os quais podem levar ao aumento da ansiedade primitiva, resultando em transtorno das relações objetais e em conflitos entre dependência e independência. Tais conflitos poderiam apresentar predisposição ao temor de ficar prisioneiro, de ficar sem ar ou de sentir-se sozinho, passando o indivíduo a considerar-se incapaz de escapar ou de encontrar ajuda, se necessário. Dentre esses acontecimentos, os mais comuns estavam relacionados a: separação precoce da mãe, divórcio dos pais, morte de um irmão, doença grave e prolongada de uma pessoa próxima ou do próprio indivíduo.

Para Costa Pereira (1997), é necessário precisar o papel da privação parental na primeira infância e da percepção da relação entre os pais. Esses fatores mostram-se diretamente ligados ao desenvolvimento posterior do pânico e da agorafobia, e o pânico é a

manifestação da última defesa erigida contra o risco de aniquilamento da organização psíquica; u seja, ele não é pura descarga, mas um ato psíquico pleno, desesperado, é uma forma psicopatológica de o sujeito fazer frente à condição de desamparo radical de sua existência e da linguagem.

Há, destarte, convergências e divergências nas definições psiquiátricas e psicanalíticas, as primeiras constituindo descrições mais sintomáticas e as segundas, mais psicodinâmicas. Sendo assim, justifica-se a iniciativa de investigar instrumentos variados, que possam ser sensíveis tanto aos sintomas psicodinâmicos quanto psiquiátricos. O teste de Pfister apresenta indicadores sobre a dinâmica afetiva do indivíduo, podendo ser bastante útil nesse sentido.

MÉTODO

Participantes

O grupo de pacientes foi composto por 15 indivíduos de ambos os sexos, com idades e escolaridades diversificadas, diagnosticados pela SCID como portadores de um episódio de transtorno do pânico. As aplicações foram realizadas em hospital-dia e em clínicas particulares de Itatiba e região.

Para comparar os resultados utilizou-se uma amostra composta por 109 sujeitos, com idades variando entre 18 e 55 anos, de ambos os sexos e diversos níveis de escolaridade. O critério de inclusão foi nunca terem precisado de ajuda psiquiátrica ou psicológica. Atualmente esta amostra está servindo de base para estudos normativos da população brasileira incluídos no Manual do Pfister (Villemor Amaral, no prelo e Villemor Amaral, Primi, Farah, Franco & Cardoso, no prelo).

MATERIAIS

O teste de Pfister

O teste de Pfister consiste na execução de três pirâmides coloridas conforme o gosto do examinando. Assim, o material necessário para a aplicação compõe-se de um jogo de três cartões em papel pardo com o esquema de uma pirâmide e um jogo de quadrículos coloridos formado por 10 cores subdivididas em 24 tonalidades. Esse jogo deve conter, no mínimo, de 40 a 45 quadrículos de cada tonalidade.

Como resultado final da aplicação obtêm-se três pirâmides, que serão analisadas conforme a frequência das cores utilizadas, a maneira como aparecem combinadas em duplas ou em síndromes, e também de

acordo com a sua configuração formal. Geralmente também são levados em conta na análise o processo de execução, o modo de colocação dos quadrículos sobre o esquema e a maior ou menor constância no uso das cores e tons de uma pirâmide para outra.

SCID

A SCID-I é um roteiro para uma entrevista semi-estruturada que pode ser administrado por um psiquiatra ou por um profissional da área de saúde mental treinado e familiarizado com a classificação e critérios do DSM-IV.

A aplicação tem a duração de aproximadamente duas horas e possibilita a avaliação de aspectos ligados ao início, evolução e história do tratamento da enfermidade, contexto ambiental, problemas atuais e funcionamento social atual. A escala é composta de módulos que avaliam patologias do Eixo I (transtornos clínicos como depressão maior, transtorno somatoforme, esquizofrenia, transtorno obsessivo compulsivo, transtorno de pânico e transtorno do uso do álcool).

Procedimentos

A SCID foi aplicada no grupo experimental para que fosse possível a uniformização da amostra. Para o grupo de não-pacientes utilizou-se um roteiro de entrevista que visava obter dados de identificação, histórico de doenças e consumo de substâncias psicoativas.

A aplicação da técnica "Pirâmides Coloridas de Pfister" foi realizada de acordo com o proposto por Villemor Amaral (1978), tendo como solicitação a construção de três pirâmides bonitas apenas. Em sua obra, Villemor Amaral (1978) considera desnecessária a utilização da série de pirâmides feias, seja por falta de indicadores mais precisos sobre sua interpretação, seja porque não concorda com o significado de conteúdos latentes que as mesmas representariam. Argumenta que uma análise de seqüência das três pirâmides bonitas é suficiente para se observar o aparecimento progressivo de aspectos menos conscientes da personalidade.

Nesse estudo, focalizamos os indicadores relativos à frequência de cores, síndromes cromáticas e aspecto formal, para comparação entre os grupos.

PLANO DE ANÁLISE DE DADOS

A análise dos dados foi feita empregando-se a regressão logística, com vista a identificar quais variáveis obtidas pelo Pfister seriam capazes de prever

a pertença do indivíduo ao grupo de pacientes com transtorno de pânico, com base nos indicadores selecionados (cores, síndromes e formas). Para isso criou-se uma variável com dois valores possíveis: zero e um. O valor zero foi atribuído às pessoas do grupo-controle e o valor um às pessoas do grupo de pacientes. Esta variável pode ser entendida como a probabilidade das pessoas possuírem o diagnóstico de transtorno de pânico. A regressão logística, por sua vez, procura reproduzir estas probabilidades a partir de um modelo contendo as variáveis independentes obtidas a partir do Pfister. Verifica-se uma combinação linear de um conjunto de variáveis independentes que apresentaram contribuições significativas na previsão de pertença ao grupo de pacientes. Para cada coeficiente, a regressão logística apresenta a estatística de *Wald*, indicando se o coeficiente é estatisticamente diferente de zero (Tabachnick & Fidell, 1996).

Adotou-se um procedimento estatístico que seleciona as variáveis passo a passo, em razão de sua contribuição na previsão de pertença ao grupo experimental. A cada passo uma variável é selecionada se conseguir melhorar a previsão além do que já foi atingido pelas variáveis que entraram antes dela.

Há uma limitação importante a ser comentada a respeito deste procedimento de seleção de variáveis. Se duas variáveis estiverem altamente correlacionadas entre si e ambas forem preditivas do *status* de paciente, quando uma delas é selecionada para a equação a segunda é descartada, porque não possui capacidade preditiva incremental, isto é, além do que já foi atingido pela primeira variável. Entretanto, as duas variáveis podem não ter a mesma importância do ponto de vista teórico. Sempre que um caso deste tipo ocorreu procurou-se selecionar as variáveis que tivessem também importância teórica, além da estatística, apontando na discussão dos resultados as razões da escolha.

RESULTADOS

Na Tabela 1 são apresentados os resultados da regressão logística procurando prever o diagnóstico de pânico com base nas variáveis do Pfister. A tabela mostra os parâmetros *B* da equação de regressão, o erro padrão deste coeficiente e a estatística *Wald* com o seu nível de significância. Três variáveis obtiveram coeficientes significantes, utilizando-se o critério $p < 0,05$: uso da cor azul, presença de formações simétricas e estruturas assimétricas dinâmicas.

Tabela 1. Resultados da Regressão Logística

Variáveis do Pfister	<i>B</i>	<i>EP</i>	<i>Wald</i>	<i>GI</i>	<i>Sig.</i>	<i>Exp(B)</i>
% Azul	0,060	0,027	4,799	1	0,028	1,062
Formação Simétrica						
1,479	0,613	5,828	1	0,016	4,390	
Estrutura assimétrica din.						
3,075	1,502	4,194	1	0,041	21,658	
Constante						
-3,876	0,750	26,734	1	0,000	0,021	

Pôde-se observar que, enquanto 20,2% do grupo-controle apresentaram pelo menos uma pirâmide com formação simétrica, 53,3% do grupo de pacientes com pânico apresentaram este tipo de formação. Com relação à estrutura assimétrica dinâmica, duas pessoas apresentaram pelo menos uma pirâmide com esta configuração. Uma delas é do grupo de pacientes, resultando 6,7% do total de pacientes com pânico contra 0,9% do total de pessoas do grupo controle. Embora tenha atingido a significância estatística, esta variável deve ser considerada com cautela, já que raramente ela é encontrada nas pirâmides e uma única ocorrência no grupo de pacientes pode ser um dado fortuito.

O uso da cor azul variou de 0 a 55,6%, sendo que os pacientes com pânico apresentam uma média de 24,5%, enquanto os indivíduos do grupo de não-pacientes apresentaram média de 17,9%. Somente em 25% das pessoas do grupo de não-pacientes a porcentagem de azul situa-se acima de 22,2%, mas no grupo de pacientes 50% apresentam resultados acima deste valor.

Aplicando-se a equação de regressão, é possível obter para cada sujeito a probabilidade de possuir o transtorno de pânico. A questão investigada a seguir é qual o valor de probabilidade que deve ser usado como ponto de corte para atribuição do diagnóstico. Para isso efetuou-se a análise da curva ROC (*Receiver Operation Curve*). Na construção desta curva calcula-se, para cada probabilidade obtida da equação de regressão, a sensibilidade, indicando quantos pacientes foram corretamente diagnosticados (verdadeiros positivos), e a especificidade. A especificidade indica quantas pessoas do grupo-controle foram corretamente identificadas (verdadeiros negativos). O inverso disso (1-especificidade) indica a proporção de sujeitos do grupo-controle diagnosticados com pânico, portanto, os falsos positivos. Um bom instrumento diagnóstico possui alta sensibilidade e especificidade; entretanto muitas vezes o aumento da sensibilidade compromete a especificidade, e vice-versa. A curva ROC permite analisar a sensibilidade e especificidade para os vários pontos de corte, permitindo assim definir o ponto "ótimo possível" considerando estes dois parâmetros. A Tabela 2 apresenta as coordenadas da curva ROC investigando a probabilidade obtida pela equação de regressão.

Tabela 2. Coordenadas da Curva ROC

Diagnóstico positivo se a Probabilidade for (Verdadeiros Positivos) igual ou maior que	Sensibilidade	1 – Especificidade (Falsos Positivos)
0,000	1,000	1,000
0,022	1,000	0,972
0,032	1,000	0,908
0,041	1,000	0,817
0,048	1,000	0,688
0,051	1,000	0,661
0,061	0,800	0,514
0,071	0,800	0,413
0,084	0,733	0,339
0,089	0,733	0,330
0,099	0,733	0,303
0,106	0,733	0,275
0,112	0,667	0,275
0,126	0,667	0,266
0,134	0,533	0,229
0,142	0,533	0,220
0,149	0,533	0,211
0,150	0,533	0,202
0,160	0,533	0,193
0,174	0,533	0,165
0,184	0,533	0,156
0,199	0,533	0,128
0,221	0,467	0,101
0,244	0,400	0,083
0,270	0,333	0,073
0,297	0,267	0,055
0,326	0,200	0,046
0,354	0,200	0,037
0,401	0,200	0,028
0,451	0,200	0,018
0,500	0,133	0,018
0,599	0,133	0,000
0,675	0,067	0,000
1,000	0,000	0,000

A análise da Tabela 2 indica que, dentre os possíveis pontos de corte, o mais adequado corresponderia à probabilidade 0,106. Neste ponto a sensibilidade é igual a 73%, mas a especificidade é de apenas 27,5%.

DISCUSSÃO

Ao iniciarmos a análise dos dados, partimos da expectativa - com base na literatura sobre o Pfister - de que encontraríamos um aumento das cores violeta e branca. Isso porque, tradicionalmente, a cor violeta vem sendo considerada a cor da ansiedade por excelência. “Em sua tonalidade mais clara relaciona-se com a ansiedade vaga, difusa, flutuante, derivada do temos de sentir-se desamparado ante um mundo hostil e persecutório” A tonalidade intermediária “parece mais ligada a ansiedade neurótica, excitada, típica das neuroses de angústia” (Villemor Amaral, 1978, p.99).

Quanto ao branco, sua significação liga-se ao sentimento de vazio interior, vazio afetivo e hiato emocional. A alta incidência dessa cor

(...) indica estrutura enfraquecida cujo equilíbrio ou grau de estabilidade pouco sólido está sujeito a romper-se de um momento para o outro (...) vulnerabilidade, carência ou insuficiência dos dispositivos de controle e de estabilização e desequilíbrio na personalidade (...) possibilidade de descontrole, desorientação, (...) insegurança e intranquilidade ante a ameaça de perda do equilíbrio (Villemor-Amaral, 1978, p 108).

Não obstante, com a análise dos dados verificou-se que nenhum desses indicadores teve um comportamento estatisticamente significativo, quando comparados os dois grupos. Tal resultado levou-nos a considerar que, possivelmente, em se tratando de pacientes em tratamento, os níveis de ansiedade poderiam estar controlados por efeito da medicação. Todos os pacientes que foram atendidos já estavam medicados, sendo, por razões éticas óbvias, difícil evitar essa variável. A verificação da cor violeta como sendo representante da ansiedade e do branco como sendo indicativo de insegurança e sentimento de perda do controle e equilíbrio não confirmou a elevação de suas porcentagens nessa pesquisa, fazendo-se necessária a continuidade de estudos para confirmação desta hipótese.

Por outro lado, encontrou-se um alto índice nas formações simétricas no grupo de pacientes. Essa formação resulta da atitude do examinando de procurar dispor os quadrículos cromáticos de um lado e de outro da pirâmide alternadamente, quando não simultaneamente. A significação desta formação por si só indica o controle excessivo e busca de equilíbrio. A insegurança, a instabilidade externa, a busca de equilíbrio externo através de uma atitude cautelosa, tímida e muito prudente são também atribuídas às pessoas que executam esse tipo de formação. Tais características são compatíveis com as descrições de transtorno do pânico e apontam para indicadores diagnósticos no Pfister relacionados mais com a atitude ou comportamento do indivíduo do que propriamente com o afeto.

Já em relação às cores, observamos o aumento significativo da porcentagem do azul. Valores aumentados dessa cor apresentam uma conotação negativa de constrição, sufocação ou simples supressão da livre expressão de sentimentos e afetos. Se recorrermos à literatura sobre o pânico será possível relacionar esse dado com a afirmação de Trinca (1997), quando comenta que um funcionamento dessa natureza é observado nesses pacientes como relacionado a desvinculação, supressão e ruptura com os afetos, mecanismos que, presentes ao longo de toda a vida, se refletem na vida presente, podendo acarretar graves efeitos de esvaziamento e até de aniquilamento do ser.

De acordo com Villemor Amaral (1978), o uso mais aumentado da cor azul indicaria diversos graus de controle, que vão

(...) desde manifestações afetivas estilizadas e, portanto, sem autenticidade, ao mais rígido bloqueio ou sumária interceptação de afetos e emoções determinado por uma atitude de supercontrole que dá lugar a toda uma corte de manifestações neuróticas que se ligam a sentimentos de inferioridade, de incapacidade, de insuficiência, a insatisfação, comprometendo deste modo a liberação dos dispositivos de reação, a liberdade de ação. As atitudes e reações do indivíduo assumem características formais e de subordinação, que obedecem a um complicado esquema rígido e convencional que dificultam o contato e o relacionamento com o ambiente, simplesmente por se distanciarem progressivamente e passarem a desconhecer o que possa existir de simples, espontâneo, sincero e autêntico (p. 77).

Se compararmos estes dados aos encontrados na literatura sobre o transtorno do pânico, observamos que muitas das características relacionadas ao aumento da porcentagem do azul condizem com as encontradas no transtorno do pânico, por exemplo, quando Trinca (1997) afirma que o paciente com esse transtorno precisa manter o controle para não entrar em contato com o próprio *self* e então perceber a existência de um buraco, um vazio interior. Ainda numa visão psicanalítica, Costa Pereira (1997) descreve a importância de manter o controle, pois este transtorno é a última defesa erigida contra o risco de aniquilamento da organização psíquica. Verificando-se essa característica de controle, entende-se também a dificuldade de manter contato com o ambiente e pessoas, já que muitas vezes o contato com o ambiente remete a um contato interpessoal, aumentando ainda mais a insegurança do indivíduo.

Verificou-se, destarte que o uso de medicação inibe a ansiedade, mas, por outro lado, o paciente precisa continuar mantendo o controle através de ações cautelosas ou inibidas e retraídas, podendo-se considerar esta uma das principais características do paciente com transtorno do Pânico medicado.

CONCLUSÃO

Os resultados obtidos com o teste de Pfister mostram-se compatíveis com alguns sintomas descritos na literatura sobre o transtorno do pânico, especificamente aqueles que se referem à inibição, constrição, rompimento da relação consigo mesmo, insegurança. Esses resultados nos permitem dizer que o Teste das Pirâmides Coloridas de

Pfister pode contribuir para diagnóstico de transtorno do pânico, embora seja importante lembrar que a presença de um sinal isoladamente não satisfaz o critério para este diagnóstico, sendo essencial primeiro que esses sinais apareçam juntos no protocolo e depois, devido à baixa especificidade, que mais pesquisas venham a elucidar sinais que diferenciem o transtorno do pânico de outras patologias.

REFERÊNCIAS

- Brauer, J. F. (1979). A estrutura em tapetes no Teste das Pirâmides Coloridas de Pfister. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica, Universidade de São Paulo.
- Freud, S. (1969) Estudos sobre histeria (J. Salomão, Trad.), Edição Brasileira das Obras Psicológicas Completas (Vol. II, pp. 15-317). Rio de Janeiro: Imago (Originalmente Publicado em 1893).
- Freud, S. (1969) Primeiras publicações psicanalíticas (J. Salomão, Trad.), Edição Brasileira das Obras Psicológicas Completas (Vol. III, pp. 89-103). Rio de Janeiro: Imago (Originalmente Publicado em 1899).
- Freud, S. (1969) Duas histórias clínicas: o pequeno Hans e o homem dos Ratos (J. Salomão, Trad.), Edição Brasileira das Obras Psicológicas Completas (Vol. X, pp. 15-251). Rio de Janeiro: Imago (Originalmente Publicado em 1909).
- Freud, S. (1969) História da neurose infantil: o homem dos Lobos (J. Salomão, Trad.), Edição Brasileira das Obras Psicológicas Completas (Vol. XXVI, pp. 11-150). Rio de Janeiro: Imago (Originalmente Publicado em 1899).
- Carnio, E. C. & Loureiro, S.R. (1993). Caracterizações da percepção real, de pacientes esquizofrênicos, avaliados através das técnicas das Pirâmides Coloridas de Pfister. *Psico*. 24(1), 35-47.
- Gabbard, G. O. (1998). *Psiquiatria psicodinâmica: baseado no DSM-IV*. ArtMed, Porto Alegre.
- Oliveira, E. A., Pasian, S.R. & Jacquemin, A. (2001). A vivência afetiva em idosos. *Psicologia Ciência e Profissão*, 21(1), 68 – 83.
- Costa Pereira, M. E. (1997). *Contribuição à psicopatologia dos ataques de pânico*. São Paulo: Lemos.
- Rangé, B. (1995). *Psicoterapia comportamental e cognitiva de transtornos psiquiátricos*. Campinas: PSY.
- Trinca, W. (1997). *Fobia e pânico em psicanálise*. São Paulo: Vetor.
- Villemor-Amaral, F. (1978). *Pirâmides Coloridas de Pfister* (2ª ed.). Rio de Janeiro: CEPA.
- Villemor-Amaral, A. E. (no prelo) *Manual de aplicação e interpretação do Pfister*. São Paulo: CETEPP.
- Villemor-Amaral, A. E., Primi, R., Farah, F. H. Z., Franco, R. R. C. & Cardoso, L. M. (no prelo). Revisão das expectativas no Pfister para uma amostra normativa. *Avaliação Psicológica*.

Recebido em 06/10/2003

Aceito em 30/04/2004

Endereço para correspondência: Anna Elisa de Villemor-Amaral. Universidade São Francisco, Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia, Rua Alexandre Rodrigues Barbosa, 45, CEP 13251-900, Itatiba-SP. E-mail: anna.villemor@saofrancisco.edu.br

O arquivo disponível sofreu correções conforme ERRATA publicada no Volume 10 Número 2 da revista.