


Da dor torácica ao sentimento de angústia em pacientes afetivos e ansiosos

 <https://doi.org/10.56238/sevened2024.013-004>

Fernando Filipe Paulos Vieira

Doutor em Psicologia Clínica, Universidade de São Paulo

Francisco Lotufo Neto

Docência em Psicologia e Psiquiatria, Universidade de São Paulo

RESUMO

Objetivo. Investigar diferenças entre pacientes com e sem angústia em termos de sintomatologia e comorbidades e descobrir se pacientes com depressão e com ansiedade apresentam mais angústia do que pacientes que não apresentam depressão e ansiedade. **Método.** Foi realizada uma análise estatística que incluiu uma análise descritiva que acompanhou a verificação das distribuições das variáveis dos questionários nos grupos e uma análise inferencial em que foi reduzida a dimensão de alguns questionários e construídas variáveis latentes possivelmente mais discriminativo em relação aos grupos, e foram identificadas as variáveis com maior poder preditivo para angústia. **Resultados.** As variáveis que mais apresentaram relações com a angústia foram: Gênero, Escore de Hamilton Reduzido, Somatização BSI, Idade e Depressão MINI.

Palavras-chave: Angústia, Dor precordial, Depressão, Ansiedade, Psicopatologia.



1 INTRODUÇÃO

Gentil e Gentil (2009) levantaram a hipótese de que a angústia poderia ter relevância clínica e neurobiológica.

Nas últimas décadas, a angústia tem sido confundida com medo, pânico e ansiedade. A angústia, que se concentra nos eventos presentes, é acompanhada por sensações na região torácica que podem se apresentar na forma de dor ou aperto e muitos pacientes com depressão e ansiedade relatam essa experiência.

A palavra angústia remonta ao verbo latino *angere*, que significa apertar, comprimir (especialmente a garganta), estrangular, sufocar, sufocar (López-Ibor, 2007).

No campo científico, a angústia surgiu quando a palavra angústia foi inserida por Freud. No entanto, angústia foi traduzida como ansiedade (Strachey, 1934), pois era um termo que poderia ser traduzido como "medo", "susto", "alarme". Assim, concluiu-se que 'ansiedade' também teria um significado comum no uso cotidiano, com apenas uma conexão remota com qualquer um dos usos de 'angst' e que seria 'impraticável' estabelecer um único termo em inglês como tradução. excludente, mas que haveria um uso já estabelecido pela psiquiatria que justificaria a escolha do termo "ansiedade" (Freud, 1893/1996, p. 117).

Os primeiros registros consistentes dessa experiência humana, que hoje é chamada de angústia ou ansiedade, são encontrados nos escritos de filósofos pré-socráticos. Segundo Pessotti (1978, p. 7), eles foram os primeiros a registrar pensamentos mais racionais sobre a ansiedade, sem usar a palavra ansiedade, obviamente. Del Porto (2002, p. 4), por sua vez, afirma que na Antiguidade Romana o filósofo Cícero já dividia o campo em questão em dois domínios, angústia e ansiedade. A angústia era algo agudo e transitório, enquanto a ansiedade era uma predisposição constitucional mais ou menos permanente.

Essa distinção antiga, apesar de formulada em um contexto filosófico, teria grande influência no campo psicopatológico, especialmente nos psiquiatras franceses do final do século 19. Apesar da possibilidade de fazer essa referência ao mundo antigo, bem como em relação às descobertas de inúmeras obras filosóficas sobre o assunto ao longo da Idade Média e do Renascimento, foi somente no final do século 19 e início do século 20, quando o conceito de ansiedade se estabeleceu no campo da psicopatologia, e a distinção entre ansiedade e angústia ganha relevância, especialmente no contexto da psiquiatria francesa (Pereira, 2004, p. 11). Berrios (2008, p. 329), como parte de uma revisão histórica do conceito de ansiedade, mostra que, ao longo do século 19, os sintomas ansiosos foram estudados em áreas clínicas como cardiologia, otorrinolaringologia, gastroenterologia e neurologia, e que, somente no final do século, no contexto da psiquiatria francesa, foram reunidos em uma síndrome específica relacionada à ansiedade. Naquela época, a angústia era concebida como

sufocamento, aperto no peito, taquicardia e tremores; enquanto a ansiedade era entendida como angústia, inquietação e terror indefinido.

Alguns autores consideravam que, além da importância clínica, essa separação tinha bases neurofisiológicas, sendo "a angústia um fenômeno bulbar e a ansiedade um fenômeno cerebral" (Brissaud, 1902, p. 762).

Brissaud defendeu a posição de que "a angústia é um fenômeno do tronco cerebral (fenômeno bulbar), a ansiedade é um fenômeno cortical (fenômeno cerebral): a angústia é um distúrbio físico que se manifesta como um sentimento de constrição e sufocamento; A ansiedade é um transtorno psicológico que se manifesta como um sentimento de insegurança indefinível." Brissaud cita o caso clínico de um paciente que teria sofrido de angústia sem ansiedade: "após mais de uma centena de crises de fortes dores torácicas, manteve uma atitude filosófica, viveu o dia a dia e nunca desenvolveu tristeza ou pânico" (Berrios, 2008, p. 344).

A angústia era mais visceral e estática, e a ansiedade era mais muscular e implicava movimento" (Del Porto, 2002, p. 5). Boven também propôs uma gradação de intensidade, reservando o termo angústia para as condições mais graves. Aqui encontramos a dicotomia familiar entre mente e corpo tão cara ao pensamento ocidental.

Em 1895, Freud publicou o artigo "Sobre os critérios para distinguir uma síndrome particular da neurastenia intitulado: neurose de ansiedade" (Freud, 1895/1996).

A contribuição da psicanálise freudiana para o problema da ansiedade pode ser dividida em duas teorias: a Angústia Automática e a Angústia do Sinal (Hanns, 1996, p. 73). A teoria da Angústia Automática postula a transformação automática da libido reprimida em angústia para manter um nível mínimo, ou ótimo, de tensão. Entende-se que a angústia é uma mera reação fisiológica ao excesso de excitação nervosa não descarregada. Trata-se de uma tentativa de aplicar o princípio da homeostase ao sistema nervoso e o Princípio da Constância de Fechner à psicopatologia (Rocha, 2000, p. 52-53).

Na segunda teoria, a da Ansiedade Sinal, entende-se que a angústia consiste em um sinal disparado em situações de perigo, funcionando como um dispositivo do Ego para antecipar emergências instintivas (provenientes do Id) por meio da produção de uma dose moderada de desprazer que prepara o sujeito para a tarefa de repressão segundo o princípio do prazer (Rocha, 2000, p. 11-13).

No entanto, se do ponto de vista nosográfico e terminológico Freud não distingue angústia de ansiedade, pois usa o termo angústia para se referir a ambos os fenômenos, Freud o faz de um ponto de vista sintomático. É possível perceber claramente que, em sua descrição do quadro clínico da Angstneurose, Freud separa a expectativa angustiada (ansiedade) de um sentimento de angústia.

O termo Angstneurosis é traduzido para o português tanto como "neurose de ansiedade" quanto como "neurose de angústia", indicando que ansiedade e angústia são tomadas como sinônimos,

embora o termo neurose de ansiedade seja o mais utilizado; e quando a distinção ocorre, angústia é tomada como o termo mais amplo que inclui a sintomatologia de ansiedade, ou seja, Angstneurose é neurose de ansiedade, uma condição que reúne tanto sintomatologia ansiosa quanto sintomas angustiantes.

Retomando a linha histórica da psicopatologia, a distinção entre a angústia como fenômeno físico, agudo e mais paralisante; e a ansiedade como fenômeno psíquico, constitucional e mais inquietação, formulada pela psiquiatria francesa no final do século 19, predominou por várias décadas. Mas, por volta de 1945, Boutonier argumentou que essa separação era artificial e quase nunca observada na clínica. Boutonier defendia o uso apenas da palavra angústia, significando simultaneamente o aspecto físico e psíquico do fenômeno: "angústia é um estado afetivo e orgânico" (Boutonier, 1949, p. 41). Essa posição faz parte da tradição humanista e filosófica que entende a angústia como parte da própria condição humana, que tem tido grande influência no campo da saúde mental, especialmente na psicanálise. Era o tempo da angústia, que consistia em uma referência à primeira metade do século 20, época em que a forte influência psicanalítica na psiquiatria teria sido um dos motivos da popularização da angústia e não da ansiedade (Pereira, 2004, p. 23).

Segundo Assumpção Júnior (1994, p. 17), a visão fenomenológica sistematiza essas diferenças da seguinte forma:

Gráfico 1. Diferenças entre angústia e ansiedade

	Angústia	Ansiedade
Experiência corporal global	Espera incerta e imobilizadora	Inquietação
Experiência corporal localizada	Opressão precordial ou epigástrica	Dispneia
Experiência	Medo da morte súbita	Medo de acontecimentos desastrosos
Tempo vivido	Retardado	Acelerado
Espaço individual	Redução	Exaltação
Característica básica	Vísceras e física	Psíquico

Vieira e Neto (2024) investigou a relação entre sintomas psicopatológicos e o diagnóstico de depressão e ansiedade com a experiência de angústia e concluiu que a angústia está mais associada à depressão do que à ansiedade, sendo mais frequente no sexo feminino, e que as comorbidades mais frequentes entre os pacientes com angústia são somatização, medos, humor depressivo, sintomas gastrointestinais e neurovegetativos.

2 MÉTODO

O estudo exploratório envolveu 100 pacientes do ambulatório de ansiedade e transtornos afetivos do adulto do Instituto de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, sendo 50 pacientes pertencentes ao grupo com angústia e 50 ao grupo sem angústia.

2.1 PARTICIPANTES

A amostra foi de 100 pacientes atendidos no ambulatório de transtornos afetivos gerais, ansiosos e adultos do Instituto de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, sendo 50 pacientes pertencentes ao grupo com angústia e 50 ao grupo sem angústia. O motivo da inclusão de pacientes afetivos e ansiosos na amostra está relacionado ao objetivo da pesquisa, descobrir se a angústia é um sentimento mais focado na depressão ou ansiedade.

2.2 DECLARAÇÃO DE ÉTICA

A investigação foi aprovada pelo comitê de ética do Centro de Estudos e Pesquisas do Instituto de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Todos os participantes assinaram digitalmente o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

2.3 INSTRUMENTOS

2.3.1 Sociodemográficas

Os participantes responderam a questões sociodemográficas como idade, sexo, escolaridade e estado civil.

2.3.2 Inventário Breve de Sintomas Psicopatológicos

Esse inventário foi elaborado por Derogatis (1982) e adaptado para a língua portuguesa por Canavarro (2007) e avalia sintomas psicopatológicos relacionados a nove diferentes dimensões e culmina em uma avaliação sumária composta por três Índices Globais. As nove dimensões são elas: Somatização: inclui os itens 2, 7, 23, 29, 30, 33 e 37; Obsessões-Compulsões: inclui os itens 5, 15, 26, 27, 32, 36; Sensibilidade interpessoal: inclui os itens 20, 21, 22 e 42; Depressão: inclui os itens 9, 16, 17, 18, 35, 50; Ansiedade: inclui os itens 1, 12, 19, 38, 45, 49; Hostilidade: inclui os itens 6, 13, 40, 41 e 46; Ansiedade Fóbica: inclui os itens 8, 28, 31, 43 e 47; Ideação paranoide: inclui os itens 3, 14, 34, 44 e 53; Psicoticismo: inclui os itens 3, 14, 34, 44 e 53. Para cada subescala do BSI, os escores foram significativamente maiores do que as normas. As nove subescalas apresentaram coeficientes alfa de Cronbach aceitáveis a bons, variando de 0,733 para psicoticismo a 0,875 para depressão. De modo geral, a confiabilidade de todo o instrumento mostrou-se excelente (coeficiente alfa=0,972). Além disso, todas as subescalas do BSI, bem como os índices sintéticos do BSI, correlacionaram-se com a nomofobia de forma significativa. Estratificando a população de acordo com a gravidade da nomofobia (leve, 206 indivíduos, 51,1% da amostra; moderada, 167 indivíduos, 41,4%; e grave, 30 indivíduos, 7,4%), o escore do IGS conseguiu distinguir ($P<0,001$) entre leve e moderada ($0,99\pm 0,71$ vs $1,32\pm 0,81$) e entre leve e grave ($0,99\pm 0,71$ vs $1,54\pm 0,79$), embora não entre nomofobia moderada e grave ($P>0,05$). Padrões semelhantes puderam ser encontrados para as demais subescalas do BSI.

Finalmente, olhando para os índices de ajuste, o modelo de 9 fatores de segunda ordem se ajustou melhor aos dados em comparação com o modelo de 1 fator de Derogatis.

2.3.3 Inventário de Estilos de Defesa

Os mecanismos de defesa do ego, que é um conceito psicanalítico, têm sido definidos como uma indicação de como os indivíduos lidam com o conflito (Gallani et al., 2020). O estilo defensivo é considerado uma importante dimensão da estrutura de personalidade do indivíduo e tornou-se o primeiro conceito psicanalítico reconhecido pelo DSM-IV13 como um guia para futuras pesquisas (Scaini et al., 2022). Quanto às propriedades psicométricas do DSQ-40, a consistência interna dos estilos de defesa maduro, neurótico e imaturo foi de 0,70, 0,61 e 0,83, respectivamente. Além disso, os 3 estilos de defesa apresentaram coeficientes aceitáveis de confiabilidade split-half e teste-reteste. Considerando a validade concorrente, o estilo de defesa maduro correlacionou-se negativamente com os sintomas de depressão e ansiedade, enquanto o estilo de defesa imaturo correlacionou-se positivamente com esses sintomas. O estilo de defesa neurótico, por outro lado, apresentou correlação positiva com sintomas de ansiedade, mas não revelou correlação significativa com sintomas depressivos. O exame da validade de critério revelou resultados consistentes com nossas expectativas. Foram encontradas diferenças significativas na direção esperada entre os grupos controle e clínico.

2.3.4 Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão

A Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS) é dividida em duas subescalas: a subescala ansiedade (tensão ou contração, medo, preocupação, dificuldade para relaxar, borboletas ou aperto no estômago, inquietação, pânico) – HADS-A e a subescala depressão (anedonia, dificuldade em encontrar humor ao ver coisas engraçadas, tristeza profunda, lentidão em pensar e realizar tarefas, perda de interesse em cuidar da aparência, desesperança, falta de prazer ao assistir programas de televisão, rádio ou ler algo) – HADS- D. Ambos contêm sete itens intercalados entre questões sobre ansiedade e depressão. Os fatores e seus itens correspondentes são apresentados a seguir: Sintomas de ansiedade: itens: 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13. Sintomas depressivos: itens: 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14 Todos os itens são classificados em uma escala de 4 pontos que varia de 0 a 3. Por meio desses valores definidos, as subescalas da HADS podem indicar a presença de transtornos de ansiedade ou depressão em diferentes níveis: 0-7, normal; 8-10, luz; 11-14, moderada; 15-21, grave. Essa escala, após estudos e validação para a população brasileira e para a língua portuguesa, tem sido amplamente utilizada. O questionário é autoaplicável, e o avaliado pode contar com o auxílio do avaliador, que no caso deste trabalho foi sempre o mesmo, caso não entendesse o conteúdo de algumas questões. Doze estudos avaliaram as propriedades psicométricas da HADS-Total e suas subescalas HADS-Ansiedade e HADS-Depressão na DPOC. Evidências de alta qualidade apoiaram a validade estrutural e de critério da HADS-A, a

consistência interna da HADS-T, HADS-A e HADS-D com valores de alfa de Cronbach de 0,73-0,87, e a responsividade pré-pós-tratamento da HADS-T e suas subescalas (diferença clinicamente importante mínima = 1,4-2; tamanho do efeito = 0,45-1,40). Evidências de qualidade moderada apoiaram a confiabilidade teste-reteste da HADS-A e da HADS-D com excelentes valores de coeficiente de 0,86-0,90.

2.3.5 Escala de Ansiedade de Hamilton

A Escala de Ansiedade de Hamilton (HAM-A) contém quatorze itens distribuídos em dois grupos, o primeiro grupo com sete itens relacionados a sintomas de humor ansioso; Insônia; humor deprimido: perda de interesse, mudanças de humor, depressão, despertar precoce;) e o segundo grupo, também composto por sete itens, relacionados aos sintomas físicos de ansiedade (somatização motora; somatização sensorial; sintomas cardiovasculares; sintomas respiratórios; sintomas gastrointestinais; sintomas geniturinários e sintomas neurovegetativos). A HAM-A foi testada quanto à confiabilidade e validade em duas amostras diferentes, uma amostra (n = 97) definida por transtornos de ansiedade e outra amostra (n = 101) definida por transtornos depressivos. A confiabilidade e a validade concorrente da HAM-A e suas subescalas mostraram-se suficientes. A validade interna testada pela análise da estrutura latente foi insuficiente. Os principais problemas com a HAM-A são que (1) os efeitos ansiolíticos e antidepressivos não podem ser claramente distinguidos; (2) A subescala de ansiedade somática está fortemente relacionada aos efeitos colaterais somáticos. A aplicabilidade da HAM-A em estudos de tratamento ansiolítico é, portanto, limitada. Escalas de ansiedade mais específicas são necessárias.

2.3.6 Inventário de Ansiedade Traço-Estado

O Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE) é uma escala de autorrelato que depende da reflexão consciente do sujeito no processo de avaliação de seu estado de ansiedade, bem como de suas características de personalidade. Os escores de ansiedade estado podem variar em intensidade ao longo do tempo, são limitados a um momento ou situação particular e indivíduos com ansiedade estado tendem a se tornar ansiosos apenas em situações particulares (Knowles & Olatunji, 2020). Caracteriza-se por sentimentos desagradáveis de tensão e apreensão, percebidos conscientemente, podendo variar de intensidade, dependendo do perigo percebido pela pessoa e da mudança ao longo do tempo. A ansiedade traço refere-se a diferenças individuais relativamente estáveis na tendência de reagir a situações percebidas como ameaçadoras com aumentos na intensidade do estado de ansiedade. Tem uma característica duradoura na pessoa porque o traço de personalidade é menos sensível às mudanças ambientais e porque estas permanecem relativamente constantes ao longo do tempo. O IDATE-T possui um instrumento psicométrico válido e confiável em termos de rastreamento de transtornos de

ansiedade em PCEs. No cenário de epilepsia, o IDATE-T mantém sensibilidade adequada, especificidade aceitável e VPN alto, mas VPP baixo para o diagnóstico de transtornos de ansiedade com um ponto de corte ótimo ≥ 52 .

2.4 PROCEDIMENTO

Os pacientes ansiosos e deprimidos foram convidados a participar da pesquisa, receberam explicação sobre seu objetivo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Solicitou-se aos pacientes que respondessem ao Inventário Breve de Sintomas Psicopatológicos (BSI), ao Inventário de Estilos de Defesa (DSQ-40), à Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS), à Escala de Ansiedade de Hamilton (HAM-A) e ao Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE). Solicitou-se, ainda, aos pacientes que registrassem um depoimento sobre a experiência de angústia. Essa gravação foi ouvida e analisada para determinar se os pacientes estavam passando por angústia ou não.

2.5 ANÁLISE DE DADOS

A análise estatística incluiu análise descritiva e inferencial. A primeira etapa da análise descritiva foi o objetivo de comparar os grupos com e sem angústia com variáveis numéricas e categóricas. A segunda etapa consistiu no exame das variáveis dos questionários. A terceira etapa incluiu a comparação dos sintomas de ansiedade e depressão mais associados à angústia. A análise inferencial constou de duas etapas. A primeira etapa concentrou-se na redução do tamanho de alguns questionários e na construção de variáveis latentes mais discriminativas em relação aos grupos com e sem angústia. Na segunda etapa, foram identificadas as variáveis com maior poder preditivo para desconforto.

3 RESULTADOS

A Tabela 1 mostra que apenas a variável Somatização do ICS foi considerada significativa e, dentre as variáveis categóricas, as variáveis que apresentaram maior significância foram as variáveis sexo, escolaridade, Medos da HAM-A, Humor Depressivo da HAM-A, Sintomas Gastrointestinais da HAM-A e Sintomas Neurovegetativos da HAM-A.

Tabela 1. Comparação dos grupos com angústia e sem angústia com variáveis numéricas e categóricas utilizando os testes de Wilcoxon-Mann, Whitney e Qui-quadrado

Variável	Valor de p
Sexo	0,041
Somatização BSI	0,02
HAM-A Medo	0,003
HAM-A humor deprimido	0,049
HAM-A sintomas gastrointestinais	0,025
HAM-A sintomas neurovegetativos	0,018

A angústia afeta mais as mulheres do que os homens. O nível descritivo do teste Qui-Quadrado ($p=0,041$) também contribui para evidenciar essa associação entre angústia e gênero. Em relação ao estado civil, verificou-se que não houve diferenças marcantes entre os grupos, sendo a amostra majoritariamente solteira.

Em relação ao questionário BSI, apenas a distribuição da variável somatização foi visivelmente diferente entre os grupos. A mediana do grupo com angústia é maior, além disso, o valor de p do teste de Wilcoxon Mann Whitney foi significativo ($p = 0,02$).

Em relação à HAM-A, as variáveis medo, humor depressivo, sintomas gastrointestinais e sintomas neurovegetativos apresentaram diferenças significativas para a variável angústia (nível de significância individual, α de Cronbach de 0,05), sendo o grupo com angústia o que apresentou os maiores valores de pontuação.

Em síntese, as variáveis que apresentaram maior relação com a angústia foram: sexo, somatização da BSI; Medos da HAM-A, humor deprimido, sintomas gastrointestinais e sintomas neurovegetativos.

Nenhuma variável relacionada à ansiedade esteve associada à angústia nesse primeiro contexto descritivo. Quanto à depressão, apenas a variável HAM-A, "humor depressivo", foi significativa. Uma análise para comparar os sintomas de ansiedade e depressão (utilizando o MINI como diagnóstico) mais associados à angústia também foi realizada para descobrir quais sintomas os dois transtornos têm em comum com a angústia. Os testes de Wilcoxon, Mann, Whitney e Qui-quadrado mostram a associação entre as demais variáveis e cada uma das três citadas. Entre angústia e depressão, as variáveis Somatização do ICS e sintomas neurovegetativos da HAM-A foram consideradas significativas, e entre angústia e ansiedade, apenas a variável medo da HAM-A foi significativa.

Tabela 2. Quadro comparativo de significância

Variável	Angústia (p-valor)	Ansiedade (Valor de p)	Depressão (p-valor)
Somatização BSI	0,02 *	0,826	0,001*
Compulsão por Obsessão BSI	0,926	0,02 *	0,001*
BSI Sensibilidade Interpessoal	0,828	0,023 *	0,008*
BSI Depressão	0,724	0,407	0,001*
BSI Ansiedade	0,72	0,032 *	<0,001*
Hostilidade BSI	0,571	0,208	<0,001*
BSI Ansiedade Fóbica	0,684	0,024*	0,001*
BSI Ideação paranoide	0,621	0,321	0,001*
BSI Psicoticismo	0,71	0,126	0,004*
DSQ Agressão Passiva	0,341	0,069	0,049*
DSQ atuando fora	0,775	0,313	0,019*
Dissociação do DSQ	0,539	0,002*	0,949
Somatização DSQ	0,693	0,015*	0,04*
Ansiedade HADS	0,828	0,03*	0,015*
Depressão HADS	0,504	0,224	0,005*
Traço STAI	0,761	0,002*	0,002*
HAM-A Total	0,129	0,065	0,003*

Tabela 3. Quadro comparativo da significância (teste Qui-quadrado) dos sintomas e mecanismos de defesa da angústia com os da ansiedade e depressão

Variável	Angústia (p-valor)	Ansiedade (Valor de p)	Depressão (Valor de p)
HAM-A Humor Ansioso	0,953	0,054*	0,625
Tensão HAM-A	0,417	0,15	0,043*
Medos da HAM-A	0,003*	0,03*	0,184
HAM-A humor deprimido	0,049*	0,231	0,084
HAM-A Sintomas respiratórios	0,323	0,132	0,029*
HAM-A sintomas gastrointestinais	0,025*	0,444	0,946
HAM-A sintomas neurovegetativos	0,018*	0,494	0,023*
Diagnóstico de depressão	0,305	0,28	-
Diagnóstico de Ansiedade	> 0,999	-	0,28
Outros diagnósticos	0,228	> 0,999	0,588

A análise inferencial constou de três etapas. A primeira etapa tem como foco a redução do tamanho de alguns questionários e a construção de variáveis latentes, possivelmente mais discriminativas em relação aos grupos sem distress e distress, e para isso foi utilizada a Teoria de Resposta ao Item. A segunda etapa visa identificar quais variáveis têm maior poder preditivo para angústia. A Teoria de Resposta ao Item (TRI) foi utilizada para reduzir o tamanho dos questionários HAM-A e DSQ-40. Para a HAM-A, dois escores foram gerados por meio da TRI. A primeira (Hamilton TRI Score) foi aplicada a todas as 13 variáveis, a segunda (Reduced Hamilton TRI Score) foi aplicada apenas às variáveis mais significativas para distress nos testes Qui-quadrado e também de interesse

para o pesquisador, a saber: HAM-A Fears, HAM-A Depressive Mood, HAM-A Gastrointestinal Symptoms e HAM-A Neurovegetative Symptoms. Dois escores também foram construídos pela soma simples: HAM-A Sum Score e HAM-A Reduced Sum Score, sendo este último construído pelas variáveis citadas acima. A Figura 12 mostra o gráfico de percentis das variáveis escore HAM-A TRI e HAM-A Sum para os grupos sem e com angústia. É possível ver dois pontos observando os gráficos. A primeira é que o questionário HAM-A realmente tem relação com a variável angústia, a segunda é que a diferença entre os dois métodos é clara, em que a TRI mostrou-se superior à soma simples em termos de poder discriminatório. dos grupos. O DSQ-40 possui 3 variáveis latentes de acordo com a literatura: DSQ Neurótico, DSQ Imaturo e DSQ Maduro, que são descritas na seção dedicada à descrição das variáveis. O DSQ, tanto pela soma quanto pelo TRI, parece não ter relação entre os grupos com e sem angústia. Para investigar se a angústia está mais relacionada à depressão do que à ansiedade, foi ajustado um modelo de regressão logística, no qual a variável resposta (dependente) foi definida como tendo ou não angústia, dependendo de muitas variáveis independentes consideradas no estudo. O modelo foi ajustado sem dúvida para 85 observações, sendo a variável distress a variável resposta e as seguintes 23 variáveis explicativas: escore TRI maduro do DSQ-40; escore imaturo do DSQ-40 TRI; escore TRI neurótico DSQ-40; reduziu a pontuação de Hamilton TRI; Estado IDATE; Traço IDATE; MINI depressão; MINI ansiedade; MINI outro diagnóstico; Somatização do BSI; compulsão por obsessão por BSI; Depressão do BSI; Ansiedade BSI; hostilidade ao BSI; ansiedade fóbica do BSI; Ideação paranoide do BSI; psicoticismo do BSI; sensibilidade interpessoal do BSI; HADS ansiedade; Idade; Gênero; Escolaridade; Estado civil. As variáveis selecionadas foram: Gênero, Escore de Hamilton Reduzido, Somatização do BSI, Hostilidade do BSI, Compulsão por Obsessão do BSI, Idade e MINI Depressão.

Tabela 4. Estimativas dos coeficientes do modelo de Regressão Logística

Parâmetros	Estimato	Erro padrão	Valor de p
Interceptar	2,7809	1,359	0,041
Depressão (Ref.- Sem depressão)	1,294	0,773	0,094
Somatização BSI	0,090	0,052	0,086
Idade	-0,044	0,018	0,013
Escore HAM-A TRI Reduzido	1,047	0,419	0,013
Hostilidade BSI	-0,143	0,067	0,033
Compulsão por Obsessão BSI	-0,118	0,065	0,070
Sexo (Ref.- Masculino)	1,016	0,586	0,083

Tabela 5. Odds ratios do modelo de regressão logística com respectivos intervalos de confiança de 95%

Variável	Referência	Estimato (RC)	Confiança (95%)
Diagnóstico	Sem depressão	3,640	[0,843 ; 18,363]
Somatização BSI	Aumento de 1 ponto	1,094	[0,989 ; 1,219]
Idade	Aumento de 1 ponto	0,956	[0,921 ; 0,989]
Escore HAM-A TRI Reduzido	Aumento de 1 ponto	2,849	[1,297 ; 6,856]
Hostilidade BSI	Aumento de 1 ponto	0,866	[0,753; 0,982]
Compulsão por Obsessão BSI	Aumento de 1 ponto	0,888	[0,776 ; 1,001]
Sexo	Macho	2,763	[0,897 ; 9,165]

Maiores escores de Somatização do BSI também estão associados a maiores chances de ter angústia, sendo que a cada aumento de um ponto nesse domínio a chance de angústia aumenta em 9,4%, mantendo fixas as demais variáveis. O aumento de 1 ano na idade reduz em 4,6% a chance esperada de angústia, mantendo constantes as demais variáveis. Quanto maior o Escore HAM-A, maior a chance esperada de ter angústia, ou seja, a cada aumento de um ponto nesse Escore há um aumento na chance esperada de angústia de 185%, considerando as demais variáveis constantes do modelo. Para o BSI Hostilidade, para cada aumento de 1 ponto, a chance esperada de experimentar angústia diminui em 15,5%, mantendo as demais variáveis fixas. Para a Compulsão por Obsessão pelo BSI, a cada aumento de 1 ponto, a chance de ter angústia diminui em 12,6%, mantendo fixas as demais variáveis. A chance esperada de as mulheres experimentarem angústia é maior em relação aos homens (a chance para as mulheres é 2,76 vezes maior do que para os homens), considerando-se constantes as demais variáveis. As estimativas obtidas indicam que a chance esperada de pessoas com depressão experimentarem angústia é maior em relação àquelas que não apresentam esse sintoma (a chance de pessoas com depressão é 3,64 vezes maior em relação a pessoas sem depressão), tendo em vista as demais variáveis. fixo.

Para mensurar a qualidade do ajuste, foram avaliadas as seguintes métricas: área sob a curva ROC (Receiver Operating Characteristic), sensibilidade, especificidade, acurácia e análise de resíduos. A Tabela 6 apresenta as quatro primeiras métricas mencionadas.

A área sob a curva ROC é uma medida que varia de 0 a 1, sendo que o valor 0,5 representa um modelo que seria completamente aleatório, ou seja, equivale a decidir se o paciente apresenta distress com base no resultado do lançamento de uma moeda. Quanto mais próximo de 1 e, conseqüentemente, mais distante de 0,5, melhor o ajuste e o nível de previsão do modelo.

A sensibilidade é a probabilidade de um verdadeiro positivo na predição e a especificidade é a probabilidade de um verdadeiro negativo na predição, portanto, em ambas as métricas, quanto mais próximo de 1 melhor. A acurácia é a probabilidade de acerto na predição, portanto, é uma medida que mede a porcentagem total de sucesso do modelo. Por essas métricas, o modelo pode ser considerado

de qualidade razoavelmente boa. Para testar a hipótese H0: "o modelo está bem ajustado" versus H1: O modelo não está bem ajustado, podemos utilizar também a estatística de Pearson, que, através dos resíduos do modelo, calcula uma estatística qui-quadrado com $n - (p + 1)$ graus de liberdade, onde n é o número de observações e p é o número de variáveis. O valor de p da estatística qui-quadrado para o modelo em questão foi de 0,157, portanto, não rejeitamos a hipótese H0 de que o modelo está bem ajustado considerando um nível de confiança de 5%. Foi realizada análise gráfica dos resíduos de Pearson e Deviance. Os resíduos de Pearson são estatísticas que medem a diferença entre as frequências de resposta observadas e as frequências esperadas sob o modelo de regressão logística ajustado. Eles são chamados de resíduos de Pearson porque a soma quadrada dessas diferenças resulta em uma estatística de Qui-Quadrado de Pearson. Da mesma forma, os resíduos do Deviance são estatísticas que medem a diferença entre os valores observados e os preditos pelo modelo de regressão logística ajustado aos dados, no caso, a fórmula residual.

4 DISCUSSÃO

Esta investigação teve como objetivo comprovar a existência de diferenças quanto aos sintomas e comorbidades no que diz respeito à angústia, e que a angústia está mais relacionada à depressão do que à ansiedade. Com base na primeira hipótese, concluiu-se que os sintomas mais ligados à ansiedade são: somatização de ISCH, medos de HAM-A, humor deprimido de HAM-A, sintomas gastrointestinais de HAM-A e sintomas neurovegetativos de HAM-A. Em relação à segunda hipótese, verifica-se que dos 82 pacientes com depressão, 87,2% apresentaram angústia, enquanto dos 69 pacientes com ansiedade, 69,2% apresentaram angústia, indicando maior frequência de angústia entre os pacientes com depressão.

Quanto à hipótese de diferenças de sintomas e comorbidades entre pacientes com angústia e pacientes sem angústia, podemos verificar que a vivência de angústia está relacionada a sintomas somáticos que incluem pensamentos e estados emocionais em conflito e que causam dores no corpo como dores de cabeça, costas e tórax, enrijecimento dos membros, taquicardia, entre outros. Entre os pacientes que apresentaram angústia, a dor torácica foi o sintoma somático mais frequente. Quanto às variáveis HAM-A que apresentaram significância, observou-se relação significativa entre a variável humor deprimido da HAM-A e as variáveis sintomas gastrointestinais da HAM-A e sintomas neurovegetativos da HAM-A no que se refere à experiência de angústia. Outra variável da HAM-A que se mostrou significativa entre pacientes com angústia e pacientes sem angústia foi a variável medo da HAM-A. Uma vez que os pacientes que relataram a experiência de angústia queixavam-se de dor ou aperto na região torácica, principais características da angústia, o medo nesse contexto não é o medo de um objeto específico, como um animal, ambiente natural ou situação específica, mas sim o medo de morrer devido à experiência de angústia. Como argumenta Assumpção Júnior (1994, p. 17), a

angústia está mais relacionada ao medo da morte súbita. Em relação aos sintomas gastrointestinais e neurovegetativos que, juntamente com o sintoma de humor deprimido que se mostrou significativo no contexto da experiência de angústia, o primeiro envolve problemas que estão relacionados à angústia, a saber, a sensação de queimação ou azia, plenitude abdominal, náuseas e vômitos, enquanto que entre os sintomas neurovegetativos, os problemas que estão mais relacionados à angústia incluem dor, mal-estar, desconforto, queimação, peso, aperto, inchaço ou distensão em um órgão específico, que neste caso é a região do tórax. A Escala de Ansiedade de Hamilton também foi submetida, com base na aplicação da Teoria de Resposta ao Item à redução da dimensionalidade, para encontrar propriedades mais interessantes do que a simples soma de acertos e concluiu-se que, após a redução da dimensionalidade, ou seja, após a seleção das variáveis da HAM-A mais relacionadas à angústia, estas parecem ser mais significativas em comparação com a soma simples de acertos, indicando que, especialmente as variáveis humor deprimido HAM-A, medos HAM-A, sintomas gastrointestinais HAM-A e sintomas neurovegetativos HAM-A têm significância em relação à experiência de angústia. A maior significância das variáveis da Escala de Ansiedade de Hamilton, bem como da variável de somatização do ICS, também é comprovada com a aplicação do Modelo de Regressão Logística Binomial, que serve para selecionar as variáveis independentes e prever a qual grupo o paciente tem maior probabilidade de pertencer, com base nas variáveis independentes.

Quanto à segunda hipótese, que diz respeito à maior frequência de angústia entre os pacientes com depressão em relação aos pacientes com ansiedade, isso pode ser comprovado a partir das falas dos pacientes, que se referem mais à depressão do que à ansiedade. A ansiedade é um sentimento que provoca sensações corporais como aperto no peito em situações que ocorrem no momento presente, sendo que a grande maioria dos pacientes declarou ter vivenciado angústia em momentos presentes, como solidão, morte de familiares, divórcio, desemprego, alta carga de trabalho, dificuldades em realizar uma tarefa, tristeza e pensamentos suicidas, medo e insegurança, desesperança, perda de controle, problemas relacionados ao trabalho, diferenças familiares, desespero, dificuldade para chorar, doenças físicas, depressão, viagens, falta de controle emocional, notícias tristes, decepções, bullying, rejeição parental, problemas políticos, sentimentos de opressão, crises devido a doenças psiquiátricas, estresse, pressão emocional, acidentes na família, entre outros. Outro resultado que reforça a relação entre angústia e depressão é dado pela análise comparativa de significância, cujo objetivo foi verificar quais variáveis estão em comum entre angústia e depressão e entre angústia e ansiedade, na qual se verificou que, entre angústia e depressão, as variáveis comuns foram somatização de ICS e sintomas neurovegetativos de HAM-A, enquanto entre angústia e ansiedade, apenas a variável medo HAM-A foi comum. Esse resultado reforça a teoria de que a angústia está mais relacionada à depressão do que à ansiedade, uma vez que a angústia é um sentimento que engloba manifestações somáticas, concluindo-se que é um sentimento visceral e físico, enquanto a ansiedade é um sentimento mais

psíquico. Com base no modelo de regressão logística binomial, também é possível verificar a maior significância entre os pacientes com depressão em relação aos pacientes com ansiedade em relação à experiência de angústia, no qual pode-se concluir que, após a aplicação do modelo, os pacientes com depressão têm 3,64 vezes mais chances de experimentar sofrimento do que os pacientes com ansiedade. Os relatos bíblicos também seguem a direção da relação entre angústia e depressão, uma vez que os personagens citados na introdução desta pesquisa vivenciaram, além da angústia, a solidão, o medo, o desejo de morrer e o sofrimento psíquico, ou seja, sintomas ligados à depressão.

Outro resultado que indica maior relação entre angústia e depressão do que entre angústia e ansiedade diz respeito ao gênero, no qual se constata que a angústia tem maior presença no sexo feminino, apesar de a amostra ser composta majoritariamente por mulheres. No entanto, a julgar pela proporção de mulheres e homens que vivenciaram a angústia, pode-se concluir que a angústia exerce maior força entre as mulheres. A relação entre a maior prevalência de angústia no sexo feminino e depressão é justificada pela maior prevalência de sintomas depressivos entre as mulheres, uma vez que dados indicam que as mulheres têm duas vezes mais depressão do que os homens e tentam duas vezes mais suicídio. Segundo dados do Ministério da Saúde, a depressão atinge 14,7% das mulheres, enquanto os homens são acometidos por 7,3%.

A angústia é a combinação de questões emocionais e físicas que podem chegar ao limite de impedir o ser humano de realizar tarefas diárias ou causar isolamento. É uma sensação negativa que pode desencadear muitos outros processos psicológicos que também podem se tornar físicos. Uma crise de ansiedade se manifesta quando a pessoa experimenta um sofrimento profundo, causado por uma ou mais situações difíceis de superar. Também pode ser resultado de outros transtornos psicológicos, como ansiedade, estresse ou depressão. A angústia pode ser entendida como uma série de sensações que acontecem ao mesmo tempo: sensações físicas, como falta de ar, tontura, pressão no peito, batimentos cardíacos acelerados, e também sensações psicológicas, como pensamentos negativos, culpa, choro, medo, tristeza e ansiedade. Também caracterizada por um forte sentimento negativo que parece não ter fim, a angústia geralmente aparece sem uma causa aparente. Pode causar sintomas físicos como aperto no peito, sensação de carço na garganta, peso nos ombros e na nuca, tensão muscular, sensação de buraco no estômago, entre outros. O sentimento de angústia pode ser percebido como um estado de depressão, intensificando ainda mais a dor sentida e podendo aumentar o risco de desenvolvê-la. Essa angústia nos coloca diante de nossa própria existência e medo, assim surge o reconhecimento da liberdade de nossas escolhas. A angústia é uma manifestação emocional perturbadora e desconfortável que, por se manifestar por meio de sintomas semelhantes a outros problemas, muitas vezes é confundida com ansiedade, pânico, depressão e problemas cardíacos. Portanto, é importante destacar a relevância que o conceito de ansiedade pode ter no âmbito do HiTOP (Taxonomia Hierárquica de Psicopatologia) e do Rdoc (Research Domain Criteria). Para tanto, faz-se

necessário o esclarecimento de ambos os sistemas diagnósticos. HiTOP compreende um novo sistema de classificação dimensional para uma ampla gama de problemas psiquiátricos que foi desenvolvido para refletir evidências científicas de ponta. O diagnóstico é importante porque define grupos de pacientes que receberão tratamento e assistência pública. É usado por empresas farmacêuticas para desenvolver novos medicamentos e orienta os esforços gerais de pesquisa. Nos últimos anos, houve embates em torno do diagnóstico psiquiátrico. A quinta edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5) foi publicada em 2013 e imediatamente dividiu a opinião médica. O DSM-5 é um guia da APA (Associação Americana de Psiquiatria) sobre como diagnosticar transtornos mentais. Tem muitos críticos, incluindo o Instituto Nacional de Saúde Mental (NIMH), que em resposta produziu um modelo alternativo para orientar os esforços de pesquisa. No entanto, essa abordagem também tem sido controversa, pois se concentra fortemente na neurobiologia e muito menos na investigação de questões importantes para o cuidado psiquiátrico cotidiano, como sintomas e curso da doença. O sistema HiTOP foi articulado para abordar as limitações que atualmente assolam a psiquiatria. Primeiro, o sistema propõe ver a saúde mental como um espectro. Os problemas de saúde mental são difíceis de classificar, pois estão no continuum entre a patologia e a normalidade, assim como o peso e a pressão arterial. A aplicação de um limiar artificial para distinguir o que é comportamento saudável versus doença mental resulta em diagnósticos instáveis, pois um sintoma pode mudar o diagnóstico de presente para ausente. Também deixa um grande grupo de pessoas com sintomas que não atingem o limiar sem tratamento, embora sofram prejuízos significativos. Em segundo lugar, o sistema HiTOP simplifica a classificação. Diferentes diagnósticos do DSM-5 ocorrem com frequência surpreendente, com a maioria dos pacientes rotulados com mais de um transtorno ao mesmo tempo. Além disso, muitas categorias diagnósticas são tão complexas que, muitas vezes, dois pacientes com o mesmo diagnóstico não compartilham um único sintoma em comum. A solução HiTOP para esses problemas fundamentais é classificar as dimensões da psicopatologia em vários níveis de hierarquia. Isso permite que médicos e pesquisadores se concentrem em sintomas mais detalhados ou avaliem problemas mais amplos, conforme necessário. Por exemplo, o transtorno de ansiedade social é uma categoria no DSM-5, enquanto o modelo HiTOP o descreve como uma dimensão gradual, variando de pessoas que experimentam desconforto leve em algumas situações sociais (por exemplo, ao dar uma palestra na frente de um grande público) para aqueles que são extremamente temerosos na maioria das situações. O sistema HiTOP reconhece que os níveis clínicos de ansiedade social não são fundamentalmente diferentes do desconforto social regular. Também não trata a ansiedade social como um problema único, mas reconhece diferenças importantes entre medos interpessoais (por exemplo, conhecer novas pessoas) e medos de desempenho (por exemplo, se apresentar na frente de uma plateia). Além disso, as pessoas com ansiedade social são propensas a outras ansiedades e depressão, e o modelo HiTOP descreve um amplo espectro chamado internalização

que captura a gravidade geral de tais problemas. Assim, enquanto o nível estreito de hierarquia pode fornecer bons alvos para tratamentos específicos de sintomas (por exemplo, falar em público), o nível mais alto de hierarquia é útil ao projetar pacotes de tratamento abrangentes e desenvolver políticas de saúde pública. Ao contrário do DSM-5, o projeto HiTOP segue as evidências científicas mais atualizadas em vez de depender da opinião de especialistas. O HiTOP resume efetivamente informações sobre vulnerabilidades genéticas compartilhadas, fatores de risco ambientais e anormalidades neurobiológicas. Por exemplo, está ficando cada vez mais claro que os fatores de risco genéticos não aderem às categorias diagnósticas; em vez disso, a pesquisa genética identifica fatores de risco genéticos amplos que atravessam os diagnósticos e se alinham amplamente com as dimensões do HiTOP (Kotov et al., 2017). Quanto à RDoC, consiste em uma estrutura de pesquisa enraizada na neurociência com o objetivo de aprofundar a compreensão dos sistemas biocomportamentais transdiagnósticos subjacentes à psicopatologia e, finalmente, informar classificações futuras. A estrutura biocomportamental da RDoC pode ajudar a elucidar os fundamentos das dimensões clínicas incluídas no HiTOP (Casey et al., 2013). A contribuição do distress para os sistemas diagnósticos HiTOP e RDoC pode ser baseada nos resultados obtidos na pesquisa. Conclui-se que a ansiedade está relacionada aos sintomas neurovegetativos, o que significa que as pessoas que experimentam ansiedade podem apresentar problemas que incluem funcionamento alterado, hiper ou hipofuncionamento, como palpitações, sudorese, ondas de calor ou frio, tremores, bem como pela expressão de medo e perturbação diante da possibilidade de uma doença física; sintomas gastrointestinais, e este grupo de sintomas inclui problemas como dor torácica, dor abdominal crônica e recorrente, dispepsia, disfagia, sensação de nó na garganta, halitose, soluços, náuseas e vômitos; sintomas cardiovasculares, que incluem problemas como dor ou desconforto no centro do peito, dificuldade para respirar, enjoo, sensação de desmaio, tontura, suor frio, palidez; além de outros sintomas como somatização; medos e humor deprimido. O principal sintoma de angústia é a sensação de dor ou constrição na região torácica que tem origem emocional. Tanto os resultados da pesquisa quanto os dados históricos levam à conclusão de que a angústia constitui um prelúdio para a depressão, e que não está tão ligada à ansiedade como se acreditava inicialmente, ideia que se baseou na tradução da palavra angústia para ansiedade. Assim, a angústia é importante para a psicopatologia devido ao fato de que os pacientes que experimentam o sentimento também apresentam problemas como dor no peito e sensação de estrangulamento ou nó na garganta, além de sintomas gastrointestinais, cardiovasculares e somáticos, medo e humor deprimido.

Também é importante refletir sobre a importância da angústia. A angústia é uma manifestação emocional perturbadora e desconfortável, caracterizada pelo medo do fim, da perda e do vazio, além do sentimento de profundo desamparo. Seus principais sintomas são: respiração contraída, sufocamento na garganta e no peito, sensação de vazio, inquietação, dor na região do coração e

ansiedade inconsciente de que algo ruim vai acontecer. A angústia tem sua importância na questão do autoconhecimento e no desenvolvimento da inteligência emocional, da vulnerabilidade, do descontrole e da arte de se relacionar com a vida, as pessoas e as situações cotidianas. O ser humano nasce com a angústia da separação da mãe, a perda da segurança e de um "colo eterno" e morremos com a angústia da separação das pessoas, da vida e do desconhecido, ou seja, a angústia faz parte da vida e é natural vivê-la, apesar do desconforto. A angústia torna-se patológica quando o sentimento de medo da perda, da falta e do fim se torna superdimensionado. Esse medo gera profunda descrença em relação ao afeto, às novas experiências, à humanidade e ao ato de existir e viver a vida em um movimento saudável e fluido. E temos medo de agir, medo de seguir e caminhar em direção ao "novo". A angústia desencadeia o mecanismo: medo (paralisia/desconforto) X desejo (agressividade/prazer). A angústia traz clareza às verdades inconscientes e nos revela padrões, posturas e pensamentos condicionados. Desperta emoções enraizadas em nossa história de vida que muitas vezes se repetem. É um instrumento fundamental para o autoconhecimento e o desenvolvimento humano. E, na maioria das vezes, é o ponto de partida de estados emocionais recorrentes e comportamentos automatizados. A angústia sinaliza o "aperto" de emoções reprimidas que precisam ser conscientizadas e liberadas. "É tudo o que resistimos, persiste."

Pesquisas futuras também podem estimular análises conceituais nas áreas da psiquiatria, psicologia e outras áreas relacionadas à psicopatologia, particularmente as relacionadas às neurociências, uma vez que o uso de conceitos complexos na pesquisa básica, sem sua análise prévia, torna-se estéril, o que pode ser uma das causas para os escassos resultados em estudos translacionais em psicopatologia/neurociências. Recomenda-se, ainda, que pesquisas sejam realizadas com maior base de dados, bem como a utilização de estratégias mais precisas para o diagnóstico de distress que proporcionem maior precisão nas análises e maior discriminação dos grupos com e sem distress e respectivos preditores.

O presente estudo apresenta algumas limitações. Em primeiro lugar, o status socioeconômico ou a etnia não são medidos, mas, até onde sabemos, eles não foram previamente associados à experiência de sofrimento. Em segundo lugar, a versão em português do Inventário de Sintomas Psicopatológicos foi utilizada em detrimento da falta de validação dessa escala para a população brasileira.

Em síntese, o presente estudo sugere que as variáveis mais relacionadas à angústia foram: sexo, escore reduzido de HAM-A, somatização de BSI, hostilidade de BSI, BSI, obsessão-compulsão, idade e diagnóstico de depressão. A análise inferencial evidenciou a hipótese principal da investigação: "A depressão está mais relacionada à angústia do que à ansiedade". Vale destacar a seleção da variável depressão do MINI pelo método stepwise, que mostrou associação significativa (ao nível de 10%), com a interpretação de que pessoas com depressão são mais propensas a experimentar sofrimento em



comparação com pessoas que não têm depressão. Entretanto, na seleção das variáveis mais associadas ao distress, nenhuma variável relacionada à ansiedade foi estatisticamente associada ao distress, com exceção dos domínios da Escala de Ansiedade de Hamilton.



REFERÊNCIAS

- Assumpção Júnior, F.B. (1994). Phenomenology: the existentialist view. In: Fráguas Júnior, R. Psychiatry and psychology in the general hospital: the anxiety disorders clinic. São Paulo: Lemos editorial, p. 17-19.
- Berrios, G. (2008). História de los síntomas de los trastornos mentales. México: Fondo de Cultura Económica.
- Boutonier, J. (1949). L'Angoisse. Paris: Presses Universitaires de France.
- Brissaud, É. (1992). Angoisse sans anxiété. *Revue Neurologique*, II, p. 762.
- Canavarro, M. (2007). Psychopathological Symptoms Inventory (BSI) - A critical review of studies carried out in Portugal. In M. R. Simões, C. Machado, M. M. Gonçalves, & L. S. Almeida (Eds.), *Psychological Assessment - Instruments validated for the Portuguese population*, Coimbra: Quarteto, P. 305–330.
- Casey, B.J., Craddock, N.; Cuthbert, B.N., Hyman, S.E., Lee, F.S., Ressler, K.J. (2013). DSM-5 and RDoC: progress in psychiatry research? *Nat Rev Neurosci.*,14(11):810-4.
- Del Porto, J. A. (2002). Ansiedade e angústia. Encarte Especial Motivação n. 5. São Paulo: Lemos Editorial.
- Freud, S. (1893/1996). The psychic mechanisms of hysterical phenomena. In: Brazilian Standard Edition of Complete Psychological Works, v. 3. Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1895/1996). Sobre os fundamentos para destacar da neurastenia uma síndrome específica denominada “Neurose de Angústia”, v. III. Edição Standard Brasileira. Rio de Janeiro: Imago.
- Gallani, M. C. Proulx-Belhumeur, A., Almeras, N., Després, J, P., Doré, M., Giguère, J,F. (2020). Development and Validation of a Salt Food Frequency Questionnaire (FFQ-Na) and a Discretionary Salt Questionnaire (DSQ) for the Evaluation of Salt Intake among French-Canadian Population. *Nutrients*, 13(1), 105.
- Gentil, V., Gentil, M. (2009). Why anguish? *Journal of Psychopharmacology*, 0(00), 1-2.
- Hanns, L. (1996). Dicionário comentado do alemão de Freud. Rio de Janeiro: Imago.
- Knowles, K.A., Olantunji, B.O. (2020). Specificity of trait anxiety in anxiety and depression: Meta-analysis of the State-Trait Anxiety Inventory. *Clin Psychol*, 82, 101928.
- Kotov, R., Krueger, R.F., Watson, D. Achenbach, T.M., Althoff, R.R., Bagby, R.M., Zimmerman, M. (2017). The Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP): A dimensional alternative to traditional nosologies. *Journal of Abnormal Psychology*; 126(4), 454–477.
- López-Ibor, J. (2007). Psychiatric causes of chest pain. In: Diaz-Rubio M, Macaya C, López-Ibor J (eds) *Dolor Thorácico Incierto*. Madrid: Fundación Mutua Madrilená.
- Pereira, M. E. (2004). C. O conceito de ansiedade. In: Hetem, Luiz Alberto; Graeff, Frederico. *Transtornos de ansiedade*. São Paulo: Atheneu, p. 3, 11-12, 23, 2004.
- Pessotti, I. (1978). Ansiedade. São Paulo: EPU.



Rocha, Z. (2000). Os destinos da angústia na psicanálise freudiana. São Paulo: Escuta.

Scaini, C.R, Vieira, I.S, Machado, R, Cardoso, T.A, Mondin, T, Souza, L, Molina, M., Jansen, K, Silva, R.A. (2022). Immature defense mechanisms predict poor response to psychotherapy in major depressive patients with comorbid cluster B personality disorder. *Braz J Psychiatry*, 44(5),469-477.

Strachey J. (1934). On the nature of therapeutic action of psychoanalysis. In: *International Journal of Psychoanalysis*, v. 15: 127.

Vieira, F.F.P., Neto, F.L, (2024). Investigating the relevance