



Um Estudo Sobre o Conceito de Angústia

Fernando Filipe Paulos Vieira¹; Francisco Lotufo Neto²

Resumo: Este artigo teve como objetivos investigar diferenças entre os pacientes com angústia e sem angústia quanto à sintomatologia e às comorbidades e averiguar se os pacientes com depressão e com ansiedade têm mais angústia do que os pacientes que não têm depressão e ansiedade. Para o efeito foi realizada uma análise estatística que compreendeu uma análise descritiva que obedeceu à verificação das distribuições das variáveis dos questionários nos grupos, e uma análise inferencial na qual foi realizada a redução da dimensão de alguns questionários e a construção de variáveis latentes, possivelmente mais discriminativas relativamente aos grupos, e a identificação das variáveis com maior poder preditivo para a angústia. Segundo os resultados as variáveis que mais apresentaram relações com a angústia foram as seguintes: Gênero, Escore Hamilton Reduzido, BSI Somatização, Idade e MINI Depressão.

Palavras-Chave: Angústia, Depressão, Ansiedade.

A Study on the Concept of Anguish

Abstract: This article aimed to investigate differences between patients with and without anxiety in terms of symptomatology and comorbidities and to find out whether patients with depression and with anxiety have more anxiety than patients who do not have depression and anxiety. For this purpose, a statistical analysis was carried out, which included a descriptive analysis that followed the verification of the distributions of the variables of the questionnaires in the groups, and an inferential analysis in which it was The dimension of some questionnaires was reduced and latent variables were constructed, possibly more discriminative in relation to the groups, and the variables with the greatest predictive power for anxiety were identified. According to the results, the variables that most showed relationships with anxiety were the following: Gender, Reduced Hamilton Score, BSI Somatization, Age and MINI Depression.

Keywords: Anguish, Depression, Anxiety.

¹Doutorando em Psicologia Clínica, pela Universidade de São Paulo. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1026-3969>;

² Livre docente pela Universidade de São Paulo, Professor Associado do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2043-7643>. franciscototufo@gmail.com.

Introdução

Muitas vezes, o ser humano é assolado por uma sensação estranha de vazio, um mal-estar intenso, uma inquietude profunda que faz com que ele sinta uma opressão no tórax, um aperto no peito e a impressão de que está a ser sufocado. Por si só, o termo angústia possui um peso elevado, uma vez que os seus sinónimos são de agonia, aflição, tormento, martírio, tortura, que conduz à sensação de opressão, vazio, buraco, espada, dor, compressão que pode apresentar intensidade elevada, contudo não é considerado patológico. A origem do vocábulo angústia remete para o verbo latino *angere*, que tem o sentido de apertar, comprimir (sobretudo a garganta), estrangular, esganar, sufocar; do termo grego “*koinê* ou *coinê*” que significa apertar, estrangular; do indo-germânico ‘*angh*’ que quer dizer apertado, dolorosamente contraído; do egípcio antigo ‘*anj*’, ‘*ankh*’ ou ‘*ank*’ que quer dizer cruz com asas ou cruz egípcia e que vai dar origem a ‘*angor*’ que, por seu turno vai dar a noção de estreitamento (LÓPEZ-IBOR, 2007).

No campo científico, a angústia surgiu aquando da inserção do vocábulo alemão *angst* por Sigmund Freud. Todavia, ao traduzir os trabalhos freudianos para o inglês, James Beaumont Strachey traduziu o vocábulo *angst* para *anxiety*, para se obter melhor aceitação no meio psiquiátrico. A justificativa para tal tradução foi a de que “*angst*” consistia num termo usado comumente na linguagem alemã e que poderia ser traduzida por algumas palavras inglesas igualmente comuns, tais como “*fear*” (medo), “*fright*” (pavor ou susto), “*alarm*” (sobressalto).

Assim, concluiu que a palavra adotada “*anxiety*” teria também um sentido corrente de emprego quotidiano, com apenas uma remota conexão com qualquer dos usos do alemão ‘*angst*’ e que seria “pouco prático” fixar-se num único termo inglês como tradução exclusiva, mas que haveria um uso já consagrado pela psiquiatria que justificaria a escolha do termo “*anxiety*” (FREUD, 1893/1996, p. 117). Gentil e Gentil (2009), no âmbito de uma investigação acerca da função cerebral, colocaram a hipótese de que a angústia poderia ter uma relevância clínica e neurobiológica, ou seja, os autores defendiam a hipótese de que a sensação de aperto ou opressão localizado na região torácica poderia ter uma ligação emocional.

Justificativa

Ao longo das últimas décadas, confusões conceituais têm sido constatadas ao abordar-se conceitos como medo, pânico, ansiedade e angústia. O sentimento de angústia, que se centra

em eventos ocorridos no momento presente, vem acompanhada de sensações na região torácica que podem apresentar-se sob a forma de dor ou aperto e, pelo fato de muitos pacientes com transtornos afetivos e ansiosos relatarem essa experiência, a angústia tornou-se assim alvo de uma grande preocupação clínica.

Metodologia

Estudo exploratório onde foi averiguada se a angústia está mais relacionada com a depressão do que com a ansiedade e investigada a existência de diferenças entre pacientes com angústia e pacientes sem angústia quanto à sintomatologia e às comorbidades, verificando desta forma quais as variáveis com o maior valor preditivo para a angústia.

Hipóteses

Hipótese 1: Os pacientes com angústia e os pacientes sem angústia são diferentes quanto à sintomatologia e às comorbidades.

Hipótese 2: Os pacientes com diagnóstico de depressão e os pacientes com diagnóstico de transtornos de ansiedade têm maior frequência de angústia do que os pacientes que não foram diagnosticadas com depressão e com transtornos de ansiedade.

Variáveis

Foram incluídos oito grupos de variáveis, nomeadamente as variáveis do questionário sociodemográfico, do Brief Symptom Inventory (BSI), do Defensive Style Questionnaire (DSQ-40), da Hospitalar Anxiety and Depression Scale (HADS), da Hamilton Anxiety Rating Scale (HAM-A), do Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE), da Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) e a variável da declaração da experiência de angústia.

Descrição da Amostra

A amostra foi constituída por 100 pacientes (35 com angústia, 50 sem angústia e 15 que declararam ter angústia, mas não souberam descrever o sentimento), sendo que 69 pacientes são do sexo feminino, 29 do sexo masculino e 2 do grupo LGBT. Quanto à idade, a amostra

tem, em média 44,54 anos, sendo que o paciente mais jovem tem 17 anos e o mais velho 77. No que diz respeito ao estado civil, a percentagem maior está entre os pacientes solteiros (47.0%). Em relação ao nível de escolaridade, o ensino superior completo foi o grau preenchido com mais frequência entre os pacientes (47.0%).

Tabela 1. Características sociodemográficas da amostra (N=100).

Idade (Média)		44,54
(Mínimo)		17
(Máximo)		77
Sexo	Feminino	69 (69,0%)
	Masculino	29 (29,0%)
	Outro	2 (2,0%)
Escolaridade	Ensino Superior Completo	47 (47,0%)
	Ensino Superior Incompleto	21 (21,0%)
	Ensino Médio Completo	19 (19,0%)
	Ensino Médio Incompleto	2 (2,0%)
	Ensino Fundamental Completo	2 (2,0%)
	Ensino Fundamental Incompleto	9 (9,0%)
Estado Civil	Solteiro (a)	47 (47,0%)
	Casado (a)	32 (32,0%)
	Divorciado (a)	13 (13,0%)
	Viúvo (a)	7 (7,0%)
	Não Respondeu	1 (1,0%)

Fonte: dados do estudo.

Análise Estatística

A primeira etapa da análise estatística consistiu em verificar a distribuição das variáveis nos grupos. Tabelas com o resumo descritivo das variáveis quantitativas e com as frequências e percentagens das variáveis qualitativas nos grupos com angústia, sem angústia e dúvida, foram construídas.

Observa-se que para a variável gênero, a percentagem de mulheres no grupo angústia é maior em relação aos homens. O nível descritivo do teste Qui-Quadrado ($p=0,041$) também contribui para a evidência dessa associação entre angústia e gênero.

Relativamente ao estado civil, constatou-se que não existem diferenças notáveis entre os grupos, sendo a amostra constituída pela maior parte de pessoas solteiras.

Tabela 2. Distribuição de frequências e percentagens da variável Género nos grupos dúvida, sem angústia e com angústia.

Gênero	Dúvida	Grupo		Total
		Sem Angústia	Com Angústia	
Feminino	13 (86,7%)	25 (54,3%)	31 (79,5%)	69 (69,0%)
Masculino	2 (13,3%)	20 (43,5%)	7 (17,9%)	29 (29,0%)
Outros	0 (0%)	1 (2,2%)	1 (2,6%)	2 (2,0%)
Total	15 (100%)	46 (100%)	49 (100%)	100 (100%)

Fonte: Dados do estudo.

Tabela 3. Distribuição de frequências e percentagens da variável Estado Civil nos grupos dúvida, sem Angústia e com angústia.

Estado Civil	Grupo			Total
	Dúvida	Sem Angústia	Com Angústia	
Solteiro (a)	8 (53,3%)	21 (45,7%)	18 (46,2%)	47 (47,0%)
Casado (a)	6 (40,0%)	16 (34,8%)	10 (25,6%)	32 (32,0%)
Divorciado (a)	0 (0%)	6 (13,0%)	7 (17,9%)	13 (13,0%)
Viúvo (a)	1 (6,7%)	2 (4,3%)	4 (10,3%)	7 (7,0%)
Não Respondeu	0 (0%)	1 (2,2%)	0 (0%)	1 (1,0%)
Total	15 (100%)	46(100%)	49 (100%)	100 (100%)

Fonte: Dados do estudo.

Quanto ao grau de escolaridade, verifica-se que há uma indicação da diferença entre os grupos ($p = 0,048$), uma vez que o grupo sem angústia apresenta uma percentagem maior de pessoas com o ensino superior completo.

Tabela 4. Distribuição de frequências e percentagens da variável Grau de Escolaridade nos grupos dúvida, sem angústia e angústia.

Grau de Escolaridade	Grupo			Total
	Dúvida	Sem Angústia	Angústia	
Ens. Sup. Completo	6 (40,0%)	29 (63,0%)	12 (30,8%)	47 (47,0%)
Ens. Sup. Incompleto	4 (26,7%)	6 (13,0%)	11 (28,2%)	21 (21,0%)
Ens. Med. Completo	3 (20,0%)	6 (13,0%)	10 (25,6%)	19 (19,0%)
Ens. Med. Incompleto	0 (0%)	0 (0%)	2 (5,1%)	2 (2,0%)
Ens. Fund. Completo	0 (0%)	1 (2,2%)	1 (2,6%)	2 (2,0%)
Ens. Fund. Incompleto	2 (13,3%)	4 (8,7%)	3 (7,7%)	9 (9,0%)
Total	15 (100%)	46 (100%)	49 (100%)	100 (100%)

Fonte: Dados do estudo.

Foi realizado também uma análise de sensibilidade realocando o grupo dúvida como possuindo angústia, com o objetivo de investigar a existência de mudanças nas interpretações dos resultados da comparação da variável angústia com o MINI Ansiedade e MINI Depressão. Nota-se que não existe diferenças nas interpretações, isto é, não houve impacto da realocação do grupo dúvida nos resultados da investigação da relação da angústia com a ansiedade ou com a depressão. A mesma realocação do grupo dúvida foi feita para verificar se existem mudanças nas principais sintomatologias associadas com a angústia. A Tabela 5 mostra que os principais sintomas da angústia se mantêm, e a variável Hamilton sintomas cardiovasculares passa a ser significativa.

Tabela 5. Tabela de análise de sensibilidade. Verificação da associação da variável angústia com as demais variáveis categóricas realocando o grupo dúvida como possuindo angústia.

Variável	Variável Angústia original	Variável Angústia modificada, grupo dúvida realocado como possuindo angústia
HAM-A Medos	0,003 *	0,012 *
HAM-A Humor Depressivo	0,049 *	0,449
HAM-A Sintomas Cardiovasculares	0,129	0,015 *
HAM-A Sintomas Gastrointestinais	0,025 *	0,008 *
HAM-A Sintomas Neurovegetativos	0,018 *	0,003 *
MINI Depressão	0,305	0,246
MINI Ansiedade	>0,999	>0,999
MINI Outro Diagnóstico	0,228	0,119

*

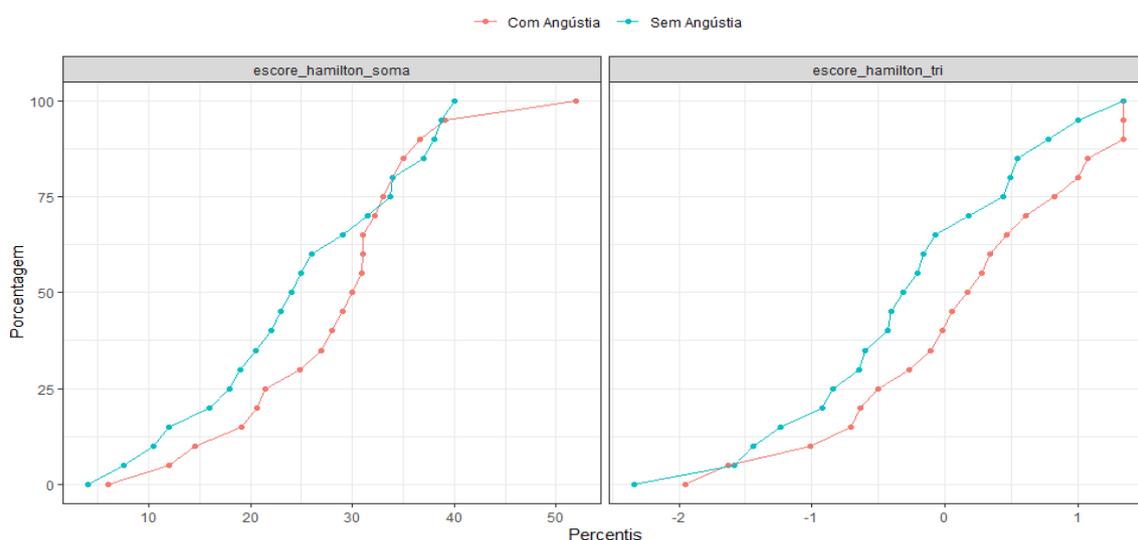
Significativo (nível de significância individual, $\alpha = 0,05$).

Fonte: Dados do estudo.

Foi aplicada a Teoria da Resposta ao Item (TRI) para redução da dimensão do questionário HAM-A. Foram gerados dois scores através da TRI. O primeiro (Score Hamilton TRI) foi aplicado para todas as 13 variáveis, o segundo (Score Hamilton TRI Reduzido) foi aplicado somente às variáveis mais significativas para a angústia nos testes Qui-quadrado e também de interesse para o pesquisador, sendo elas: Hamilton Medos, Hamilton Humor Depressivo, Hamilton Sintomas Gastrointestinais e Hamilton Sintomas Neurovegetativos. Dois Escores também foram construídos pela soma simples: Score Hamilton Soma e Escore Hamilton Soma Reduzido, sendo este último construído pelas variáveis citadas anteriormente

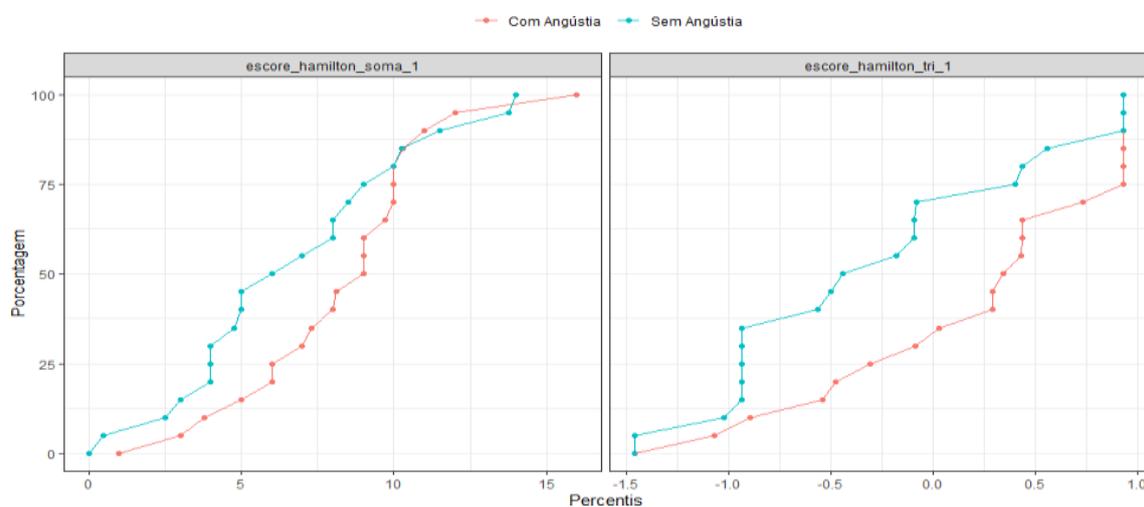
A Figura 1 mostra o gráfico de percentis das variáveis score Hamilton TRI e score Hamilton Soma para os grupos sem e com angústia.

Figura 1. Gráfico de percentis das variáveis Escore Hamilton TRI e Score Hamilton Soma para os grupos angústia e sem angústia.



É possível constatar dois pontos observando os gráficos. O primeiro é que o HAM-A de fato tem uma relação com a variável angústia, o segundo é de que é nítida a diferença entre os dois métodos, em que a TRI se mostrou superior à soma simples no que diz respeito ao poder discriminatório dos grupos. A Figura 2 exibe o gráfico de percentis das variáveis score HAM-A TRI Reduzido e score HAM-A Soma Reduzido para os grupos sem angústia e com angústia

Figura 2. Gráfico de percentis das variáveis score HAM-A TRI Reduzido e score HAM-A Soma Reduzido para os grupos sem angústia e com angústia.



Observa-se que o score reduzido, ou seja, construído somente com as variáveis mais relacionadas com a angústia, tem um poder discriminativo muito maior em relação ao Escore construído com todas as variáveis. Neste caso, a TRI também se mostrou melhor do que a soma.

Para investigar se a angústia está mais relacionada com a depressão do que com a ansiedade, foi ajustado um modelo de regressão logística na qual a variável resposta (dependente) foi definida como ter ou não angústia em função de muitas variáveis independentes consideradas no estudo. O modelo foi ajustado sem o grupo dúvida, portanto, para 85 observações, sendo a variável angústia a resposta e as 23 variáveis. As variáveis selecionadas foram as seguintes: Gênero, score HAM-A Reduzido, BSI Somatização, BSI Obsessão Compulsão, Idade e MINI Depressão. As Tabelas 6 e 7 apresentam as estimativas dos coeficientes do modelo de regressão logística e as correspondentes razões de chances, respectivamente.

Tabela 6. Estimativas dos coeficientes do modelo de Regressão Logística.

Parâmetros	Estimativa	Erro Padrão	Valor - p
Intercepto	2,7809	1,359	0,041
MINI Depressão (Ref.- Sem depressão)	1,294	0,773	0,094
BSI Somatização	0,090	0,052	0,086
Idade	-0,044	0,018	0,013
Escore Hamilton TRI Reduzido	1,047	0,419	0,013
BSI Obsessão Compulsão	-0,118	0,065	0,070
Gênero (Ref.- Masculino)	1,016	0,586	0,083

Fonte: Dados do estudo.

Tabela 7. Razões de chances do modelo de regressão logística com os respectivos intervalos de 95% de confiança.

Variável	Referência	Estimativa (RC)	Intervalo de Confiança (95%)
MINI	Não possui depressão	3,640	[0,843 ; 18,363]
BSI Somatização	Acréscimo de 1 ponto	1,094	[0,989 ; 1,219]
Idade	Acréscimo de 1 ano	0,956	[0,921 ; 0,989]
Escore Hamilton TRI Reduzido	Acréscimo de 1 ponto	2,849	[1,297 ; 6,856]
BSI Obsessão Compulsão	Acréscimo de 1 ponto	0,888	[0,776 ; 1,001]
Gênero	Sexo masculino	2,763	[0,897 ; 9,165]

Fonte: Dados do estudo.

Pontuações maiores do BSI Somatização estão associadas a maiores chances de ter angústia, em que a cada aumento de um ponto neste domínio a chance de angústia aumenta em 9,4%, mantendo as demais variáveis fixas. O aumento de 1 ano na idade, diminui a chance esperada de ter angústia em 4,6%, mantendo as demais variáveis constantes. Quanto maior o score HAM-A maior a chance esperada de ter angústia, isto é, a cada aumento de um ponto neste score há um aumento na chance esperada de angústia de 185%, considerando constantes as demais variáveis do modelo. Para BSI Obsessão Compulsão, a cada aumento de 1 ponto, a chance de ter angústia diminui em 12,6%, mantendo as demais variáveis fixas. A chance esperada de mulheres apresentarem angústia é maior em relação aos homens (a chance para mulheres é 2,76 vezes mais à dos homens), considerando as demais variáveis constantes.

As estimativas obtidas indicam que a chance esperada de pessoas com depressão apresentarem angústia é maior em relação àquelas que não apresentam este sintoma (a chance para pessoas com depressão é de 3,64 vezes maior em relação às pessoas sem depressão), mantendo as demais variáveis fixas.

Discussão

Este estudo investigou a interação das pontuações referentes à experiência de angústia entre pacientes com depressão e ansiedade.

Tendo como base as hipóteses da pesquisa, conclui-se que existe uma ligação significativa entre a angústia e as variáveis somatização, medos, humor deprimido, sintomas gastrointestinais, sintomas cardiovasculares e sintomas neurovegetativos, e também uma interação significativa entre a experiência de angústia e o diagnóstico de depressão na predição da precisão interoceptiva.

A análise estatística detectou uma taxa média de angústia de 79.5% no sexo feminino e de 17.9% no sexo masculino, e no que concerne à população sem angústia, a taxa situou-se nos 54.3% no sexo feminino e nos 43.5% no sexo masculino. Todavia, para que os resultados no que diz respeito ao gênero fossem mais confiáveis seria necessário que o número de pacientes do sexo feminino fosse igual ao do sexo masculino, o que neste caso não acontece uma vez que o número de pacientes do sexo feminino equivale a 69% e o número de pacientes do sexo masculino a 29%, sem contar com os 2% dos pacientes que se declararam ter outro gênero. Bucciarelli, Nasi, Bianco, Seferovic, Ivkovic, Gallina e Mattidi (2022), estudaram as consequências da pandemia e chegaram à conclusão de que homens e mulheres são afetados de

maneiras diferentes e que as mulheres parecem ser acometidas por complicações mais graves a longo prazo como depressão, redução da atividade física e deterioração dos hábitos de vida. A explicação para o fato de as mulheres serem mais sensíveis à experiência de angústia pode ser explicada com base num conceito que remonta ao século XVIII, o de vapour, que compreendia um problema que incluía, além de outros transtornos mentais a depressão e, quando as mulheres, que eram as mais afetadas se viam em grande sofrimento, elas sentiam uma grande dor ou aperto no peito, sensações corporais que são características da angústia.

A pesquisa realizada por Bucciarelli et al. (2022) também indicou que o sentimento de angústia assolou a população em estudo num momento concreto, o que é indicativo de que a angústia consiste num sentimento que marca presença num momento presente. Constatou-se a existência de uma diferença significativa entre os pacientes com angústia e os pacientes sem angústia quanto à somatização. No âmbito de uma pesquisa conduzida por Penninx, Pine, Holmes e Reif (2021), os transtornos de ansiedade são frequentemente comórbidos entre si e com outros transtornos mentais, especialmente a depressão, bem como com transtornos somáticos e tal comorbidade geralmente significa sintomas mais graves, maior carga clínica e maior dificuldade de tratamento. A pesquisa faz apologia à associação entre a depressão e a sintomatologia somática.

No contexto desta investigação, a somatização diz respeito à sensação de opressão, dor, aperto, constrição, estrangulamento, espada ou buraco que são características do sentimento de angústia e não a sensações corporais que são comuns em casos de ansiedade. A explicação para a diferença significativa no que toca aos sintomas somáticos entre pacientes com angústia e pacientes sem angústia deve-se à glândula timo que foi outrora descoberta, e que faz com que menos de 50% das pessoas tenham a experiência de angústia (STACHOWICZ e SOWA-KUCMA, 2022).

Chegou-se à conclusão de que existe uma proximidade entre a angústia e o humor depressivo. Nishiyama e Saito (2022) analisaram o impacto de memórias aversivas no bem-estar psicológico e, concluíram que existe uma associação entre memórias aversivas causadoras de angústia e a depressão. Nesta investigação, os participantes engajaram-se na parada de recuperação de memórias de cenas aversivas sem quaisquer pensamentos diversionários (supressão direta, experimento 1) ou com pensamentos positivos diversionistas (substituição de pensamento, experimento 2).

A supressão direta reduziu a excitação provocada pela recuperação de memórias aversivas, enquanto a substituição de pensamento não apenas reduziu a excitação, mas também

aumentou a valência positiva. Concluiu-se, assim que sintomas depressivos modulam negativamente os efeitos da supressão direta. Este resultado pode indicar que, no âmbito do estudo sobre a angústia a lembrança de memórias aversivas pode funcionar como ‘gatilho’ da angústia e da depressão, isto é, no momento em que a pessoa recorda memórias aversivas, ela está, ao mesmo tempo a vivenciar um evento aversivo decorrente na sua vida e que ficou armazenado na sua memória.

A angústia tem também relação com o medo, apesar de não serem sinónimos, uma vez que tanto angústia quanto medo possuem áreas de ativação cerebral distintas. Uma pesquisa levada a cabo por Smith, Jurek, Grinevich e Bowen (2021) sobre o Sistema de Ocitocina e concluíram que a Ocitocina tem um papel importante no medo, stress, angústia e dor. Uma vez que a Ocitocina é um hormônio predominantemente feminino e que os resultados mostraram que o sexo feminino foi o que mais experimentou o sentimento de angústia, pode-se concluir assim a associação entre a Ocitocina e a angústia. A ocitocina também é um hormônio que fortalece memórias sociais negativas e ansiedade futuras ao desencadear uma importante molécula de sinalização, conhecida como ERK, uma molécula que se torna ativa durante seis horas depois da ocorrência de uma experiência social negativa. Na sensação de medo, a ERK estimula uma região cerebral envolvida em respostas emocionais e com o stress. Este fato vai ao encontro com o fato de que pacientes que experimentam angústia também desenvolvem o sintoma ligado ao medo.

As variáveis da HAM-A referentes aos sintomas neurovegetativos apresentaram diferenças significativas entre pacientes com e sem angústia. Um estudo realizado por Derakhshanian, Zhou, Rath, Barlow, Bertrand, DeGraw, Lee, Hasson e Kaye (2021) sobre o papel da cetamina no tratamento de transtornos psiquiátricos constatou que o humor deprimido ou anedonia combina com sintomas neurovegetativos, como comprometimento do sono, alterações no apetite, sentimentos de inutilidade e culpa e retardo psicomotor. De acordo com uma pesquisa realizada por Paul, Abbas, Nassar, Tasha, Desai, Bajgain, Ali, Dutta, Pasha e Khan (2022) acerca da correlação da ansiedade e depressão no desenvolvimento de doenças gastroesofágicas na população jovem, os sujeitos com doença de refluxo gastroesofágico tiveram um alto nível de ansiedade e depressão e que tanto a ansiedade quanto a depressão estão ligadas ao desenvolvimento da doença de refluxo gastroesofágico.

O estudo concluiu também que a qualidade de vida dos indivíduos com doença de refluxo gastroesofágico é reduzida pela depressão e ansiedade. No âmbito dos sintomas gastrointestinais, a angústia difere de um refluxo gastroesofágico, apesar deste problema ter

como um dos principais sintomas a dor torácica intensa, que pode ser confundida com a dor da angina e do infarte do miocárdio. Com base na realocação do grupo dúvida como tendo angústia verificou-se que a variável sintomas cardiovasculares do HAM-A passou a ser uma variável significativa. Elhiny, Al-Jumaili e Yawuz (2022) realizaram uma revisão sistemática sobre as complicações decorrentes da COVID-19 e concluíram que nove estudos incluíram sintomas cardíacos como palpitações, dor no peito e disfunção diastólica, bem como complicações neurológicas como síndrome do stress pós-traumático, ansiedade, depressão, perda de memória, insônia e distúrbios do sono, e prejuízos cognitivos. Após a realocação do grupo dúvida no grupo de pacientes com angústia, os sintomas cardiovasculares mostraram-se significativos, no entanto é de destacar que a dor ou aperto no peito que é característica da angústia pode ser similar a uma dor cardíaca, no entanto uma pessoa com angústia sente a dor no centro do peito, ao contrário do que ocorre em pacientes cardíacos (KAIHARA, SCHERRENBURG, INTANGOEY, FALTER, KINDERMANS, FREDERIX e DENDALE, 2022).

A angústia acomete principalmente a população mais jovem. Bell, Marx, Nguyen, Grace, Gleeson e Alvarez-Jimenez (2022) investigaram o efeito do tratamento psicológico no pensamento negativo em jovens com depressão e ansiedade e constataram que a redução dos pensamentos negativos a partir do tratamento psicológico está associada a alterações na depressão e ansiedade em jovens. O resultado vai ao encontro com o que se descobriu no âmbito da relação entre os conceitos de vapour e timo, que a população mais jovem tinha timo que, por sua vez desencadeava a sensação de opressão, dor ou aperto na região torácica.

A análise inferencial mostrou resultados no sentido de que a cada aumento de 1 ponto na subescala Obsessão-Compulsão no Inventário de Sintomas Psicopatológicos, ocorre uma diminuição da possibilidade de um paciente ter angústia, no entanto, para que este resultado fosse mais confiável seria necessário que houvesse na pesquisa um determinado número de pacientes diagnosticados com transtorno obsessivo-compulsivo. Outro dado que vai contra a conclusão da análise inferencial é o fato de que, os pacientes com transtorno obsessivo-compulsivo entrevistados terem relatado a experiência de angústia, principalmente quando sentem necessidade de executar comportamentos repetitivos (compulsões).

Pesquisas futuras também podem estimular a análise conceitual nas áreas da psiquiatria, psicologia e outras áreas que se relacionam com psicopatologia, nomeadamente a relacionada com as neurociências, uma vez que o uso de conceitos complexos em investigação básica, sem uma análise prévia destes, torna-a estéril, podendo ser uma das causas para os escassos resultados nos estudos de translação em psicopatologia/neurociências. Recomenda-se, também

que sejam realizadas pesquisas com uma base de dados maior, bem como a partir do uso de estratégias mais acuradas de diagnóstico de angústia que proporcionem uma maior precisão nas análises e maior discriminação dos grupos com e sem angústia e respectivos preditores.

Considerações Finais

Com esta investigação, pretendeu-se mostrar que a angústia está mais voltada para a depressão do que para a ansiedade, na medida em que o sentimento de angústia consiste numa percepção psicológica que se caracteriza pela alteração de humor, perda de paz interior, dor, insegurança, culpa, mal-estar e tristeza, isto é, a angústia é a junção de questões emocionais e físicas que podem impedir o indivíduo de realizar as suas tarefas do dia-a-dia e desencadear isolamento. O aperto no peito que é o principal sintoma físico da angústia também pode estar presente em casos de ansiedade, no entanto na ansiedade, o aperto no peito está ligado à sensação de fuga e ao pensamento de preocupação.

Referências

BELL, I.H.; MARX, W.; NGUYEN, K.; GRACE, S.; GLEESON, J.; ALVAREZ- JIMENEZ, M. The effect of psychological treatment on repetitive negative thinking in youth depression and anxiety: a meta-analysis and meta-regression. **Psychol Med.**,53(1):1-11, 2022.

BUCCIARELLI, V.; NASI, M.; BIANCO, F.; SEFEROVIC, J.; IVKOVIC, V.; GALLINA, S.; MATTIOLI, A.V. Depression pandemic and cardiovascular risk in the COVID-19 era and long COVID syndrome: Gender makes a difference. **Trends Cardiovasc Med.**,32(1):12-17, 2022.

DERAKHSHANIAN, S.; ZHOU, M.; RATH, A.; BARLOW, R.; BERTRAND, S.; DEGRAW, C.; LEE, C.; HASSON, J.; KAYE, A.D. Role of Ketamine in the Treatment of Psychiatric Disorders. **Health Psychol Res.**,9(1):25091, 2021.

ELHINY, R.; AL-JUMAILI, A.A.; YAWUZ, M.J. What might COVID-19 patients experience after recovery? A comprehensive review. **Int J Pharm Pract.**, 30(5):404-413, 2022.

FREUD, S. **Os mecanismos psíquicos dos fenômenos histéricos** (1893) In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas, v. 3. Rio de Janeiro: Imago,1996.

GENTIL, V.; GENTIL, M. Why anguish? **Journal of Psychopharmacology** 0(00): 1-2, 2009.

KAIHARA, T.; SCHERRENBERG, M.; INTAN-GOEY, V.; FALTER, M.; KINDERMANS, H.; FREDERIX, I.; DENDALE, P. Efficacy of digital health interventions on

depression and anxiety in patients with cardiac disease: a systematic review and meta-analysis. **Eur Heart J Digit Health.**, 3(3):445-454, 2022.

LÓPEZ-IBOR, J. **Causas psiquiátricas del dolor torácico**. In: Diaz-Rubio M, Macaya C, López-Ibor J (eds) Dolor Torácico Incierto. Madrid: Fundación Mutua Madrileña, 2007.

NISHIYAMA, S.; SAITO, S. Retrieval stopping can reduce distress from aversive memories. **Cogn Emot**, 36(5), 957-974, 2022.

PAUL, S.; ABBAS, M.S.; NASSAR, S.T.; TASHA, T.; DESAI, A.; BAJGAIN, A.; ALI, A.; DUTTA, C.; PASHA, K.; KHAN, S. Correlation of Anxiety and Depression to the Development of Gastroesophageal Disease in the Younger Population. **Cureus**,14(12):e32712, 2022.

PENNINX, B.W.; PINE, D.S.; HOLMES, E.A.; REIF, A. Anxiety disorders. **Lancet**, 397(10277):914-927, 2021.

SMITH A.S.; JUREK, B., GRINEVICH, V.; BOWEN, M.T. Editorial: The Oxytocin System in Fear, Stress, Anguish, and Pain. **Front Endocrinol (Lausanne)**, 12, 737953, 2021.

STACHOWICZ, K.; SOWA-KUCMA, M. The treatment of depression - searching for new ideas. **Front Psychiatry.**,13:968629, 2022.



Como citar este artigo (Formato ABNT):

VIEIRA, Fernando Filipe Paulos; LOTUFO NETO, Francisco. Um Estudo Sobre o Conceito de Angústia. **Id on Line Rev. Psic.**, Julho/2023, vol.17, n.67, p. 113-126, ISSN: 1981-1179.

Recebido: 17/04/2023; Aceito 18/07/2023; Publicado em: 31/07/2023.