



LA PERTINENCE DU SENTIMENT D'ANGOUISE EN CLINIQUE PSYCHIATRIQUE

ARTICLE ORIGINAL

VIEIRA, Fernando Filipe Paulos¹, LOTUFO NETO, Francisco²

VIEIRA, Fernando Filipe Paulos. LOTUFO NETO, Francisco. **La pertinence du sentiment d'angoisse en clinique psychiatrique.** Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento. Année 08, Ed. 12, Vol. 04, pp. 108-119. Décembre 2023.

ISSN : 2448-0959, Lien d'accès :

<https://www.nucleodoconhecimento.com.br/psychologie-fr/sentiment-dangouise>, DOI: 10.32749/nucleodoconhecimento.com.br/psychologie-fr/sentiment-dangouise

RÉSUMÉ

Cette recherche a testé les différences dans les symptômes et les comorbidités concernant l'expérience de l'angoisse, et que l'angoisse est davantage liée à la dépression qu'à l'anxiété. Les variables sexe, score HAM-A réduit, somatisation BSI, hostilité BSI, compulsion obsessionnelle BSI, âge et dépression MINI ont montré le plus de relations avec l'angoisse. L'analyse inférentielle montre que l'angoisse est plus liée à la dépression qu'à l'anxiété. La variable MINI Dépression montre une association significative avec l'interprétation selon laquelle les personnes souffrant de dépression sont plus susceptibles de ressentir un inconfort que les personnes souffrant de dépression. Cependant, dans la sélection des variables les plus associées à l'inconfort, aucune variable liée à l'anxiété n'était statistiquement associée à l'inconfort, à l'exception des domaines du questionnaire HAM-A.

Mots-clés: Angoisse, Anxiété, Dépression, Santé Mentale.

1. INTRODUCTION

Parfois des événements négatifs de la vie tels que la solitude, la mort de parents ou d'amis, l'inquiétude pour l'avenir et le présent, le divorce, le chômage, une lourde charge de travail, des difficultés à accomplir une tâche, des pensées sur quelque chose de mauvais qui pourrait arriver, de la tristesse et des pensées suicidaires, peur et insécurité, désespoir, besoin d'exécuter des contraintes, perte de contrôle,



problèmes de travail, différences familiales, désespoir, difficulté à gérer les diagnostics psychiatriques dans la famille, inquiétude quant au fait de réussir ou non, perte de volonté d'obtenir debout, difficulté à pleurer, maladies physiques, dépression, anxiété, toxicomanie, besoin de se réinventer et d'accomplir des actes compulsifs, pensées intrusives, voyages, perte émotionnelle, triste nouvelle, déceptions, pensées sur la perte d'un être cher, lorsque vous êtes dans une foule, traumatismes, harcèlement, rejet parental, problèmes politiques, sentiments d'oppression, crises dues à des maladies psychiatriques, stress, pression émotionnelle, besoin d'approbation des autres, accidents familiaux, précipitation dans la résolution d'un problème, situations de performance et de travail. L'insatisfaction conduit l'être humain à ressentir un inconfort intense qui, à son tour, déclenche une sensation physique d'oppression, de douleur ou d'oppression au niveau de la poitrine. L'anxiété en elle-même a une forte connotation, puisque quiconque éprouve ce sentiment pourrait décrire l'expérience comme une agonie, une affliction, un tourment, un martyre, une torture. Ainsi, l'angouisse peut être définie comme une sensation qui provoque une gêne dans la région thoracique qui se traduit par des sensations physiques ou des manifestations corporelles telles qu'une oppression, une douleur, une épée, un trou, une suffocation ou une compression dans la région thoracique.

L'angouisse est une sensation qui provoque un inconfort dans la région thoracique qui se traduit par des sensations physiques ou des manifestations corporelles telles qu'une oppression, une douleur, une épée, un trou, une suffocation ou une compression dans la région thoracique (Pereira, 2004; Berrios, 2008).

L'origine du mot angouisse vient du mot grec Angor, qui dérive en latin d'Angustus, qui signifie rétrécissement ; de l'indo-germanique « angh » signifiant serré, douloureusement contracté ; de l'ancien égyptien « anj », « ankh » ou « ank » qui signifie croix ansata ou croix égyptienne et qui donne naissance à « angor » qui, à son tour, donne la notion de rétrécissement (López-Ibor, 2007 ; Breuer, 2004).

Le philosophe danois Søren Kierkegaard réfléchit sur l'angoisse dans son ouvrage intitulé *Begrebet Angest* (Le concept d'angoisse) (Kierkegaard, 2017). Kierkegaard aborde le concept d'angoisse en illustrant un homme au sommet d'une falaise ou d'un



bâtiment qui, regardant en bas, ressent deux types de peur, la peur de tomber et la peur provoquée par l'impulsion de se jeter dans le vide, avec ce deuxième type. La peur (ou l'angoisse) naît de la compréhension que les êtres humains ont la liberté absolue de choisir de sauter ou non. Cette peur est aussi vertigineuse que votre vertige. Kierkegaard suggère que nous ressentons de l'angoisse dans tous nos choix moraux, lorsque nous comprenons que nous avons la liberté de prendre même les décisions les plus terribles. Le philosophe a décrit cette angoisse comme le vertige de la liberté et a poursuivi en expliquant que, même si elle provoque le désespoir, elle peut aussi libérer les êtres humains de réponses irréfléchies, car elle les rend plus conscients des choix qui s'offrent à eux. La détresse augmente notre conscience et notre sens de la responsabilité personnelle. À son tour, Martin Heidegger comprend également l'angoisse comme un sentiment spécifiquement humain, bien que l'analyse entreprise dans *Être et Temps* ne la considère pas comme un phénomène psychologique, mais dans son sens ontologique. Il y a un souci évident dans la philosophie de Heidegger de démontrer que l'homme a une manière d'être différente de la manière d'être des entités intra-mondaines. En soutenant cette distinction, Heidegger définit l'être du Dasein comme le souci (Sorge), qui a une structure triadique, composée des éléments existentiels : compréhension, sentiment de situation et déchue. Parmi les trois existentiels, le sentiment de situation gagne en pertinence dans la mesure où la manière dont le monde apparaît au Dasein est directement liée à son état affectif. Ainsi, l'anxiété est vue par Heidegger non pas comme un état psychologique, mais comme une manière originale d'être, à partir de laquelle le monde apparaît (Heidegger, 2006, p. 136). Pour le philosophe français Jean-Paul Sartre, les êtres humains ont la liberté de choisir dans leur vie et, à l'inverse, cette conscience de liberté suscite un terrifiant sentiment d'angoisse (Sartre, 1981). Le terme angoisse est utilisé pour décrire la reconnaissance d'une totale liberté de choix à laquelle est confronté l'être humain et qui le met au défi à chaque instant de son existence. Sartre (1981) affirme que l'angoisse n'est qu'une angoisse et que son rapport à la liberté est la simple constitution de la fragilité de l'être humain. Le psychiatre suisse Médard Boss s'est également intéressé au concept d'angoisse, et cet intérêt était principalement clinique (Boss, 1977). La thématisation de l'angoisse part de la dimension ontico-existentialiste, dans laquelle l'angoisse apparaît plus immédiatement, « dans le



contexte des malades psychiques » (p. 18), « étant intimement corrodée, ouvertement ou secrètement » (p. 15). Dès le début de son œuvre, Boss (1977) indique la compréhension de l'angoisse comme une dimension originelle, considérée en différents lieux et conformément aux vieux proverbes, comme celle qui « s'empare du monde intérieurement » (p. 15).

Selon Gentil & Gentil (2009), l'angoisse pourrait avoir une pertinence clinique et neurobiologique, arguant que la sensation d'oppression ou d'oppression dans la région thoracique pourrait avoir un lien émotionnel. Au cours des dernières décennies, une confusion conceptuelle a été observée dans l'approche de concepts tels que la peur, la panique, l'anxiété et l'angoisse.

Cette recherche avait deux objectifs: le premier consistait à vérifier les différences de symptômes et de comorbidités en relation avec l'expérience de l'angouisse, et le second consistait à constater que l'angouisse est davantage liée à la dépression qu'à l'anxiété.

2. MÉTHODE

2.1 PARTICIPANTS

L'échantillon était composé de 100 patients traités dans la clinique externe de troubles généraux, anxieux et affectifs de l'adulte de l'Institut de Psychiatrie de l'Hôpital de Cliniques de la Faculté de Médecine de l'Université de São Paulo, avec 35 patients appartenant au groupe avec détresse, 50 au groupe sans anxiété et 15 au groupe douteux, c'est-à-dire le groupe de patients qui ont déclaré l'expérience d'angoisse, mais n'ont pas pu la décrire avec précision.

2.2 INSTRUMENTS

Dans cette recherche ont été utilisées les questionnaires suivantes: Questionnaire sociodémographique, Bref inventaire des symptômes psychopathologiques (BSI) (Derogatis, 1982 *apud* Canavarro, 2007). Inventaire des styles de défense (DSQ-40) (Nishumura, 1998; Sammallahti; Aalberg; Pentinsaari, 1994). Échelle



d'anxiété et de dépression à l'hôpital (HADS) (Zigmond & Snaith, 1983). Échelle d'anxiété de Hamilton (HAM-A) (Moreno & Moreno, 1998), Inventaire d'anxiété des traits d'état (STAII) (Spielberguer, Gorsuch & Lushene, 1970; Biaggio, 1979) et le Mini Entretien Neuropsychiatrique International (MINI) (Sheehan *et al.*, 1998).

2.3 ANALYSE DE DONNÉES

L'analyse statistique comprenait deux phases : l'analyse descriptive et l'analyse inférentielle. Dans le cadre de l'analyse descriptive, la première étape a consisté à comparer les groupes avec et sans angoisse avec des variables numériques et catégorielles. La deuxième étape a consisté à examiner les variables des questionnaires. Dans la troisième étape, une analyse des correspondances a été réalisée pour étudier visuellement les associations possibles entre l'angoisse, la dépression et l'anxiété. La quatrième étape comprenait la comparaison des symptômes d'anxiété et de dépression les plus associés à l'angoisse. L'analyse inférentielle comprenait deux étapes. La première étape a consisté à réduire la taille de certains questionnaires et à construire des variables latentes plus discriminantes par rapport aux groupes avec et sans détresse. Dans un deuxième temps, les variables ayant le plus grand pouvoir prédictif de l'inconfort ont été identifiées.

3. RÉSULTATS ET DISCUSSION

Les variables BSI Somatisation, sexe, niveau d'éducation, HAM-A Peurs, HAM-A Humeur dépressive, HAM-A Symptômes gastro-intestinaux et HAM-A Symptômes neurovégétatifs étaient les variables qui ont présenté la plus grande différence dans la comparaison entre les groupes avec et sans angouisse en termes de variables numériques et catégorielles.

Une analyse a également été menée pour comparer les symptômes d'anxiété et de dépression (en utilisant le MINI comme diagnostic) les plus associés à l'angouisse afin de découvrir quels symptômes les deux troubles ont en commun avec l'angouisse. Les tests de Wilcoxon Mann Whitney et du Chi carré montrent l'association entre les autres variables et chacune des trois mentionnées. Entre angouisse et dépression, les



variables BSI Somatisation et HAM-A symptômes neurovégétatifs étaient considérées comme significatives, et entre angouisse et anxiété seule la variable HAM-A peurs était significative.

Pour déterminer si l' angouisse est davantage liée à la dépression qu'à l'anxiété, un modèle de régression logistique a été adapté dans lequel la variable de réponse (dépendante) était définie comme ayant ou non de l' angouisse en fonction de nombreuses variables indépendantes prises en compte dans l'étude. Le modèle a donc été ajusté au groupe sans doute, pour 85 observations, la variable inconfort étant la variable réponse et les 23 variables explicatives suivantes : score TRE mature DSQ-40 ; score TRE DSQ-40 immature ; Score TRE névrotique DSQ-40 ; réduction du score TRE de Hamilton ; État IDATE ; Caractère IDATE ; MINI Dépression ; Anxiété MINI ; MINI autre diagnostic ; somatisation BSI ; Compulsion obsessionnelle BSI ; Dépression BSI ; Anxiété BSI ; hostilité de la part de BSI ; Anxiété phobique BSI ; Idéation paranoïaque BSI ; Psychotisme BSI ; Sensibilité interpersonnelle du BSI ; HADS anxiété ; Âge; Genre; Classe; État civil. Les variables sélectionnées étaient les suivantes : sexe, score de Hamilton réduit, somatisation BSI, hostilité BSI, compulsion obsessionnelle BSI, âge et dépression MINI. Des scores de somatisation BSI plus élevés sont également associés à un risque plus élevé de détresse ; Avec chaque augmentation d'un point dans ce domaine, la probabilité de détresse augmente de 9,4 %, maintenant les autres variables fixes. Une augmentation d'un an de l'âge réduit la probabilité attendue de ressentir de la détresse de 4,6 %, en maintenant constantes les autres variables. Plus le score HAM-A est élevé, plus la probabilité attendue d'avoir un inconfort est grande, c'est-à-dire qu'à chaque augmentation d'un point de ce score, la probabilité attendue de souffrir d'un inconfort augmente de 185%, en considérant les autres variables de le modèle. . constante. Pour BSI Hostilité, pour chaque augmentation de 1 point, la probabilité attendue de ressentir angouisse diminue de 15,5 %, maintenant les autres variables fixes. Pour BSI Obsession Compulsion, à chaque augmentation de 1 point, la probabilité d'éprouver de la détresse diminue de 12,6 %, gardant les autres variables fixes. La probabilité attendue que les femmes connaissent de la détresse est plus élevée que celle des hommes (la probabilité des femmes est 2,76 fois supérieure à celle des hommes), en maintenant les autres



variables constantes. Les estimations obtenues indiquent que la probabilité attendue que les personnes souffrant de dépression ressentent un inconfort est plus grande par rapport à celles qui ne présentent pas ce symptôme (la probabilité que les personnes souffrant de dépression soient 3,64 fois plus grande par rapport aux personnes sans dépression), gardant le reste de les variables fixes.

Les principaux objectifs de cette recherche étaient de tester les hypothèses selon lesquelles il existe des différences dans les symptômes et les comorbidités concernant l'expérience de l'angoisse, et que l'angoisse est davantage liée à la dépression qu'à l'anxiété. Il y a été conclu que les symptômes les plus liés à l'anxiété sont : la somatisation du BSI, les peurs HAM-A, l'humeur dépressive HAM-A, les symptômes gastro-intestinaux HAM-A et les symptômes neurovégétatifs HAM-A. Concernant la deuxième hypothèse, il semble que sur les 82 patients souffrant de dépression, 87,2 % souffraient de détresse, tandis que sur les 69 patients anxieux, 69,2 % souffraient de détresse, ce qui indique une fréquence plus élevée d'angoisse parmi les patients dépressifs.

Concernant l'hypothèse de différences de symptômes et de comorbidités entre les patients en angoisse et les patients sans angoisse, nous pouvons vérifier que l'expérience de détresse est liée à des symptômes somatiques qui incluent des pensées et des états émotionnels en conflit et qui provoquent des douleurs dans le corps telles que des courbatures et douleurs à la tête, au dos et à la poitrine, raideur des extrémités, tachycardie, entre autres. Parmi les patients souffrant d'angoisse, la douleur thoracique était le symptôme somatique le plus courant. En ce qui concerne les variables de l'échelle d'anxiété de Hamilton qui ont montré une signification, une relation significative a été observée entre la variable HAM-A humeur dépressive et les variables HAM-A symptômes gastro-intestinaux et HAM-A symptômes neurovégétatifs en ce qui concerne l'expérience d'angoisse. Une autre variable de l'échelle d'anxiété de Hamilton qui était significative entre les patients anxieux et les patients sans anxiété était la variable de peur HAM-A. Étant donné que les patients qui ont déclaré ressentir de l'anxiété se plaignaient de douleurs ou d'oppressions dans la région thoracique, caractéristiques essentielles de l'anxiété, la peur dans ce contexte n'est pas la peur d'un objet spécifique, comme un animal, un environnement naturel ou une situation



spécifique, mais plutôt la peur de mourir à cause de l'expérience de l'angoisse. L'anxiété est davantage liée à la peur d'une mort subite. En ce qui concerne les symptômes gastro-intestinaux et neurovégétatifs qui, avec le symptôme d'humeur dépressive qui était significatif dans le contexte de l'expérience d'angoisse, les premiers impliquent des problèmes liés à l'angoisse, à savoir une sensation de brûlure ou des brûlures d'estomac, une sensation de plénitude abdominale. buste. L'échelle d'anxiété de Hamilton, basée sur l'application de la théorie de la réponse aux items, a également été soumise à une réduction de dimensionnalité pour trouver des propriétés plus intéressantes que la simple somme des réponses correctes et il a été conclu qu'après réduction de dimensionnalité, c'est-à-dire après avoir sélectionné l'échelle HAM-. Les variables A qui sont davantage liées à la détresse, semblent être plus significatives par rapport à la simple somme des réponses correctes, ce qui indique que, en particulier les variables d'humeur dépressive HAM-A, les peurs HAM-A, les symptômes gastro-intestinaux HAM-A et HAM-A. les symptômes neurovégétatifs sont importants en ce qui concerne l'expérience de l'anxiété. La plus grande signification des variables de l'échelle d'anxiété de Hamilton, ainsi que de la variable de somatisation BSI, est également vérifiée avec l'application du modèle de régression logistique binomiale, qui sert à sélectionner les variables indépendantes et à prédire quel groupe appartient le plus probablement à un patient. basé sur les variables indépendantes.

Concernant la deuxième hypothèse, qui fait référence à une plus grande fréquence d'angoisse chez les patients souffrant de dépression par rapport aux patients anxieux, cela peut être vérifié à partir des déclarations des patients, qui font davantage référence à la dépression qu'à l'anxiété. Un autre résultat qui renforce la relation entre angoisse et dépression est donné par l'analyse comparative de signification, dont l'objectif était de vérifier quelles variables sont communes entre angoisse et dépression et entre angoisse et anxiété, dans laquelle il a été constaté qu'entre angoisse et dépression, les variables somatisation BSI et symptômes neurovégétatifs HAM-A étaient courantes, tandis que seule la variable peur HAM-A était courante parmi la détresse et l'anxiété. Ce résultat renforce la théorie selon laquelle l'angoisse est plus liée à la dépression qu'à l'anxiété, puisque l'angoisse est



un sentiment qui englobe des manifestations somatiques, aboutissant à la conclusion qu'il s'agit d'un sentiment viscéral et physique, tandis que l'anxiété est un sentiment plus psychique. Sur la base du modèle de régression logistique binomiale, on peut également vérifier la plus grande signification entre les patients souffrant de dépression et les patients anxieux en ce qui concerne l'expérience de angoisse, ce qui permet de conclure qu'après application du modèle, les patients souffrant de dépression sont 3,64 plus susceptibles de ressentir de la détresse que les patients anxieux. Les récits bibliques suivent également le sens de la relation entre angoisse et dépression, puisque les personnages mentionnés dans l'introduction de cette recherche ont éprouvé, outre l'angoisse, la solitude, la peur, le désir de mourir et la souffrance psychologique, c'est-à-dire des symptômes liés à la dépression.

Un autre résultat qui indique une plus grande relation entre angoisse et dépression qu'entre angoisse et anxiété est celui du genre, dans lequel on constate que l'angoisse est plus présente chez le sexe féminin, malgré le fait que l'échantillon soit composé principalement de femmes. Cependant, à en juger par la proportion de femmes et d'hommes ayant vécu de la détresse, on peut conclure que la détresse exerce une plus grande influence chez les femmes. La relation entre la prévalence plus élevée de détresse chez les femmes et la dépression est justifiée par la prévalence plus élevée de symptômes dépressifs chez les femmes, puisque les données indiquent que les femmes souffrent deux fois plus de dépression que les hommes et tentent de se suicider deux fois plus souvent. Selon les données du ministère brésilien de la Santé, la dépression touche 14,7 % des femmes, tandis que 7,3 % des hommes sont touchés.

Les recherches futures peuvent également stimuler l'analyse conceptuelle dans les domaines de la psychiatrie, de la psychologie et d'autres domaines liés à la psychopathologie, en particulier celui lié aux neurosciences, car l'utilisation de concepts complexes dans la recherche fondamentale, sans leur analyse préalable, devient stérile, ce qui peut être une des causes des mauvais résultats des études translationnelles en psychopathologie/neurosciences. Il est également recommandé de mener des recherches avec une base de données plus grande, ainsi que d'utiliser des stratégies de diagnostic de détresse plus précises qui fournissent une plus grande



précision dans les analyses et une plus grande discrimination des groupes avec et sans angouisse et des prédicteurs respectifs.

4. CONSIDÉRATIONS FINALES

Les variables qui ont montré le plus de relations avec l'angoisse sont les suivantes sexe, score HAM-A réduit, somatisation BSI, hostilité BSI, compulsion obsessionnelle BSI, âge et dépression MINI.

L'analyse inférentielle a montré des preuves en faveur de l'hypothèse principale de l'étude que l'angoisse est plus liée à la dépression qu'à l'anxiété. Il convient de souligner la sélection de la variable MINI Dépression à l'aide de la méthode pas à pas, qui a montré une association significative (à un niveau de 10 %) avec l'interprétation selon laquelle les personnes souffrant de dépression sont plus susceptibles de ressentir un inconfort que les personnes souffrant de dépression. je ne l'ai pas. dépression. Cependant, dans la sélection des variables les plus associées à l'inconfort, aucune variable liée à l'anxiété n'était statistiquement associée à l'inconfort, à l'exception des domaines du questionnaire HAM-A.

De futures études sont recommandées avec une base de données plus grande ainsi qu'une stratégie plus précise pour diagnostiquer la détresse, ce qui pourrait fournir une plus grande précision aux analyses et permettre une plus grande discrimination des groupes avec et sans détresse et de leurs prédicteurs.

La présente étude souffre de certaines limites. Premièrement, le statut socio-économique ou l'appartenance ethnique n'est pas mesuré, mais à notre connaissance, il n'a jamais été associé à l'expérience de la détresse. Deuxièmement, la version portugaise de l'Inventaire des symptômes psychopathologiques a été utilisée, au détriment du manque de validation de cette échelle pour la population brésilienne.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

BERRIOS, G. **História de los síntomas de los trastornos mentales**. México: Fondo de Cultura Económica, 2008.



BIAGGIO, A. Maternal and peer correlates of moral judgment. **Journal of Genetic Psychology**, 135, 203-208, 1979.

BOSS, M. **Angústia, Culpa e Libertaçāo**: Ensaio de Psicanálise Existencial (2^a ed.). (S. Barbaa, trad.). São Paulo: Duas Cidades, 1977.

BREUER, H. Anguish and Ethics. **Scientific American Special Edition**, 14(1), 10–11, 2004.

CANAVARRO, M. Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI) - Uma revisão crítica dos estudos realizados em Portugal. In: SIMÓES M.R.; MACHADO, C.; ALMEIDA, L. S. (Eds.). **Avaliação Psicológica - Instrumentos validados para a população portuguesa**. (pp. 305–330), Coimbra: Quarteto, 2007.

GENTIL, V.; GENTIL, M. Why anguish?. **Journal of Psychopharmacology**, 2009.

HEIDEGGER, M. **Os conceitos fundamentais da metafísica**: mundo, finitude e solidão. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006 (Original publicado em 1929).

KIERKEGAARD, S. A. **O conceito de angústia**: Uma simples reflexão psicológico-demonstrativa direcionada ao problema dogmático do pecado hereditário. Petrópolis: Vozes, 2017.

LÓPEZ-IBOR, J. Causas psiquiátricas del dolor torácico. In: DIAZ-RUBIO, M.; MACAYA, M.; LÓPEZ-IBOR, J. (eds). **Dolor Torácico Incierto**. Madrid: Fundación Mutua Madrileña, 2007.

MORENO, R.; MORENO, D. Escalas de depressão de Montgomery e Asberg (MADRS) e de Hamilton. **Rev Bras Psiquiatr Clínica**, v.25, n.05, p. 262-272, 1998.

NISHIMURA, R. Study of the measurement of defense style using Bond's Defense Style Questionnaire. **Psychiatry Clinical Neuroscience**, 52, 419-24, 1998.

PEREIRA, M. E. C. O conceito de ansiedade. In: HETEM, L. A.; GRAEFF, F. **Transtornos de ansiedade**. São Paulo: Atheneu, p. 3, 11-12, 23, 2004.

SAMMALLAHTI, P.; AALBERG, V.; PENTINSAARI, J. Does defense style vary with severity of mental disorder? An empirical assessment. **Acta Psychiatrica Scandinavica**, 90, 290-4, 1994.

SARTRE, J.P. **Oeuvres Romanesques**. Paris: Gallimard, 1981.

SHEEHAN, D.; LECRUBIER, Y.; SHEEHAN, K.; AMORIM, P.; JANAVS, J.; WEILLER, E.; HERGUETA, T.; BAKER, R.; DUNBAR, G. (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. **J Clin Psychiatry**, 59, Suppl 20:22-33, 1998.



SPIELBERGUER, C. D.; GORSUCH, R.; LUSHENE, R. Manual for the State-Trait Anxiety Inventory. **Consulting Psychologist Press**, Palo Alto, 1970.

ZIGMOND, A.; SNAITH, R. The hospital anxiety and depression scale. **Acta Psychiatr Scand**, 67, 6, p. 361-70, 1983.

Publié : 9 novembre 2023.

Approuvé : 12 décembre 2023.

¹ Doctorant en psychologie clinique, de l'Université de São Paulo, spécialisation en thérapie cognitivo-comportementale du Centre d'études en thérapie cognitivo-comportementale (CETCC), Master en psychologie clinique et de la santé, de l'Université Lusófona de Porto, Portugal et Diplôme en psychologie sociale et du travail, par l'Institut supérieur des sciences de l'entreprise et du tourisme (ISCTE), Portugal.. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1026-3969>. Currículo Lattes: <https://lattes.cnpq.br/8063859725938908>.

² Professeur libre à l'Université de São Paulo ; Docteur en Psychiatrie de la Faculté de Médecine de l'Université de São Paulo ; Diplôme en médecine de la Faculté de médecine de la Fundação do ABC, Licence en psychologie de la Faculté de psychologie de l'Université pontificale catholique de São Paulo. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2043-7643>.