



# Ispas

Instituto Universitário  
de Ciências Psicológicas,  
Sociais e da Vida

## **DISSERTAÇÃO**

“Luto prolongado: influência do significado da vida e da espiritualidade”

**Discente:** Marisa Jesus - nº 27803

**Orientador da Dissertação:** Professora Doutora Alexandra Coelho

**Docente do Seminário Dissertação:** Professora Doutora Alexandra Coelho

Dissertação submetida como requisito parcial para a obtenção do grau de:  
Mestre em Psicologia Clínica

**Ano letivo 2023/24**



**Ispa**  
Instituto Universitário

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação da Prof. Dra. Alexandra Moura Coelho, apresentada no Ispa – Instituto Universitário para obtenção de grau de Mestre na especialidade de Psicologia Clínica.

## **Agradecimentos**

A conclusão desta dissertação e do percurso académico enriquecedor e desafiante que a antecedeu, não teria sido possível sem o inestimável contributo dos que me acompanharam ao longo desta jornada árdua, mas extremamente gratificante e a quem endereço aqui um sincero e profundo testemunho de apreço.

Sem qualquer ordem de relevância, agradeço aos meus (muito mais jovens) colegas terem-me feito sentir parte da comunidade Ispiana desde o primeiro momento e terem-me recebido como igual, proporcionando-me um convívio salutar e alegre e tantas memórias inesquecíveis que me acompanharão eternamente.

Em particular, o meu profundo agradecimento à Bárbara e à Sofia, com quem partilhei tantas noites de empenho e dedicação e com quem tive o privilégio de aprender técnica e humanamente, ao mesmo tempo que tornavam mais leve e alegre o nosso caminho. A nossa amizade não terminará, felizmente, com este ciclo de estudos e foi uma absoluta honra ter-vos ao meu lado estes cinco anos.

A todos os professores do ISPA, agradeço o profissionalismo, extrema disponibilidade e paciência para com uma aluna orientada inicialmente para o código binário pela formação académica anterior. Obrigada pelos ensinamentos e por me abrirem as portas do mundo do comportamento humano, esse sim, tão pouco matemático e previsível e, por isso mesmo, deveras mais interessante.

À Dra. Margarida Almeida, o meu sincero agradecimento pela pronta partilha do seu projeto de doutoramento e pela disponibilidade para esclarecer dúvidas e apoiar este percurso.

Uma palavra especial de apreço à minha orientadora de dissertação (e também de estágio) – Prof<sup>a</sup> Alexandra Coelho – não só pela incrível riqueza de conhecimentos e experiências partilhados, mas também pelas oportunas palavras de motivação e absoluta disponibilidade. Para mim, um exemplo de docente inspiradora e psicóloga irrepreensível que espero seguir e conseguir honrar.

A todos os amigos e familiares que, incondicionalmente, me apoiaram mesmo nem sempre compreendendo a minha motivação, mas nunca duvidando ou questionando a minha vontade.

À minha mãe e irmã Sofia, pilares na minha vida e crentes inabaláveis de que eu conseguiria chegar a este momento, viva, mentalmente sã e mais rica.

Por fim, aos meus filhos Filipa e Miguel que, também eles na faculdade, me incentivaram desde o momento zero a prosseguir com este objetivo tardio e ajudaram a conciliar a minha vida pessoal e profissional. Mais uma vez, os meus orgulhos.

A todos, o meu Muito Obrigada. Espero poder retribuir, senão diretamente, indiretamente à nossa comunidade, tão carente de pessoas que ajudem na manutenção da saúde mental de todos nós.

## ÍNDICE

1. Resumo	6
2. Introdução	8
3. Método	10
4. Resultados	13
5. Discussão	17
6. Referências	22
7. Anexos:	
Anexo I – Revisão de literatura	39
Anexo II – Protocolo de avaliação	53
Questionário sociodemográfico	53
<i>Prolonged Grief Disorder Revised</i> - PG-13-R	55
<i>Meaning in Life Questionnaire</i> (MILQ)	56
<i>Functional Assessment of Chronic Illness Therapy –         Spiritual Well- Being – NonIllness Version</i> (FACIT-Sp12-NI)	57
Anexo III – Parecer comissão ética do ISPA	58
Anexo IV – Consentimento Informado	59
Anexo V – Tabelas de resultados: análise sociodemográfica da amostra	60
Anexo VI – Tabelas de resultados: Correlação	64
Anexo VII – Tabelas de resultados: Regressão linear múltipla	65
Anexo VIII – Tabelas de resultados: Teste-T para amostras independentes	66

## **Resumo:**

**Objetivo:** A perda de um ente significativo pode abalar o sistema de crenças orientadoras do enlutado e originar um processo de questionamento sobre o sentido da vida, o qual pode ser influenciado pela sua vivência religiosa ou espiritual. Este estudo visa compreender a associação entre a severidade da sintomatologia da perturbação de luto prolongado (PLP), a presença e procura de significado de vida (SdV) e a espiritualidade na sua componente religiosa ou laica. **Método:** Foi desenvolvido um estudo quantitativo, transversal, observacional e correlacional com 269 participantes maiores de 18 anos, que perderam um familiar há menos de 5 anos, os quais foram recrutados em Portugal, por conveniência através de redes sociais, familiares e amigos. Aplicou-se um questionário de autopreenchimento que recolheu: 1) dados sociodemográficos; 2) sintomatologia de PLP (*Prolonged Grief Disorder Revised* - PG-13-R); 3) procura e presença de SdV (*Meaning in Life Questionnaire* - MILQ) e 4) o bem-estar espiritual na sua vertente religiosa e laica (*Functional Assessment of Chronic Illness Therapy – Spiritual Well being – Non illness version* - FACIT). **Resultados:** As dimensões de procura e presença de significado, assim como a religiosidade, apresentaram correlações fracas ou muito fracas, embora significativas, com a severidade da sintomatologia de PLP. Apenas uma das facetas da espiritualidade – medida pela escala de Paz da FACIT – emergiu como um preditor significativo de menor sintomatologia de PLP. Não foram identificadas diferenças significativas entre os participantes que se consideraram religiosos ou espirituais e os restantes. **Conclusões:** O bem-estar espiritual, na sua vertente não religiosa (paz), parece influenciar positivamente a sintomatologia de PLP, de forma independente da orientação religiosa ou espiritual. Recomenda-se, em estudos futuros, a compreensão dos mecanismos subjacentes a esta associação.

Palavras-chave: perturbação de luto prolongado, significado da vida, espiritualidade, procura de significado, presença de significado, espiritualidade - fé, espiritualidade - paz

**Abstract:**

**Objective:** Grief may affect the belief system that served to guide the individual prior to the loss. It may origin a process of questioning meaning in life which may be influenced by religious or spiritual experiences. This study aimed to assess the nature and strenght of the relation between the severity of symptomatology associates with prolonged grief disorder (PGD) and the presence and search for meaning in life (MiL) as well as with spirituality, in its religious or non-religious form. **Method:** A quantitative, transversal, observational and correlational study with 269 participants aged 18+ who have lost a significant person less than 5 years before. Recruitment was made by convenience, through social networks, friends and relatives and applied online. It was applied one self-fulfilling questionnaire that collected:1) social and demographic data 2) PGD symptomatology (PLP (*Prolonged Grief Disorder Revised* - PG-13-R); 3) the dimensions of presence and search for MiL (Meaning in Life Questionnaire - MILQ) and 4) data about the religious and non-religious spirituality experienced (*Functional Assessment of Chronic Illness Therapy – Spiritual Well being – Non illness version* - FACIT). Results: Weak or very weak although significant associations were identified between presence and search for meaning, religious spirituality and PGP symptomatology. Only one variable - “Spirituality–peace” - emerged as a significant predictor of PGP severity. **Conclusions:** Spiritual well-being (inner peace) in its non-religious dimension seems to positively influence PGD, independently of religious or spiritual beliefs. It is recommended further studies to understand this mechanism.

Keywords: prolonged grief disorder, meaning in life, spirituality, search for meaning, presence of meaning, spirituality – faith, spirituality - peace

## Introdução

O luto é uma reação natural que a maioria dos humanos vivencia ao longo da sua existência (Harrison et al., 2022). No entanto, enquanto a maioria das pessoas enlutadas consegue, ao longo do tempo, aceitar a perda, integrá-la e adaptar-se, 3 a 4% experienciam uma forma patológica de luto (WHO, 2019), denominada perturbação de luto prolongado (PLP), que se caracteriza por um sentimento persistente de saudade ou preocupação com o falecido e/ou com as circunstâncias da sua morte, acompanhado de uma dor emocional intensa (Rosner et al. 2021). O DSM-V (APA, 2022) estabelece um período temporal de 12 meses (6 meses em crianças) de persistência de sintomas para distinguir o luto “normal” do luto prolongado.

Este é um tema particularmente crítico na medida em que a PLP pode ser extremamente debilitante, crônica e resultar em níveis significativos de incapacidade e *distress* (Monk et al., 2006; Shear et al., 2006), deteriora consideravelmente a qualidade de vida (Silverman et al., 2000), aumenta significativamente o risco de experimentar problemas interpessoais (Harrison et al., 2022) e tem sido associada a diversas comorbidades (Prigerson et al., 1999) e risco de suicídio (Latham & Prigerson, 2004).

Segundo Tedeschi et al. (2017), considerações existenciais como as relacionadas com o significado de vida (SdV) e com a espiritualidade são parte de um processo de ajustamento e mudança vivenciado depois de uma experiência de vida altamente stressante, como a perda de um ente próximo. Encontrar um significado é a forma de ultrapassar esta etapa e passa por reavaliar os elementos base prévios do sistema de orientação do indivíduo por forma a que possa integrar e ser útil a esta nova realidade (Gillies, Neimeyer, & Milman, 2014).

Martela e Steger (2022) defendem que os investigadores tendem a adoptar duas formas de compreender o SdV: coerência e propósito. Coerência como forma de compreensão da vida de forma a atribuir-lhe um sentido sólido e propósito como um conjunto de objetivos e do estabelecimento de direção. No entanto, uma terceira dimensão tem vindo a ser alvo de crescente foco: significância. Esta enquadra-se no que entendemos como a percepção do valor inerente da vida, no acreditar que se tem uma vida que vale a pena viver.

Na sua revisão sistemática, Guerrero-Torreles et al. (2017), salientam que vários significados têm sido atribuídos ao conceito de SdV, incluindo crenças, um sentido de

ordem e propósito e o perseguir e atingir de objetivos. Mas, concluem que a maioria dos autores concorda que o conceito de SdV é percebido individualmente e que, enquanto para uns a sua componente cognitiva (ideias, crenças) é predominante, para outros é a sua componente intencional (a concretização de atividades/objetivos significativos) que domina o conceito.

George e Park (2013) sugerem que o SdV está positivamente correlacionado com a espiritualidade e religião e que práticas espirituais diárias têm um efeito positivo no SdV.

O conceito de espiritualidade consiste em duas dimensões que interagem e se sobrepõem – a religiosa e a existencial (Soleimani et al. 2019). O conceito de espiritualidade é relevante em todas as áreas da saúde e em todas as idades (Smith & McSherry, 2004). A espiritualidade é definida como um poder único que coordena as dimensões físicas, mentais e sociais das pessoas e que é um elemento chave no seu processo de adaptação às adversidades (Rezaei et al. 2008; Vazifeh doost et al. 2019), inclusivamente como elemento capaz de reduzir a dor (Vasigh et al. 2018).

Sendo o SdV um fator que tanto pode atuar como protetor como ser desafiado pela adversidade, e face à sua elevada correlação com a espiritualidade, no presente estudo procura-se compreender como é que o SdV e a espiritualidade influenciam o luto prolongado. Este é um tema particularmente relevante e atual uma vez que a inclusão do luto prolongado enquanto uma perturbação de saúde mental e a caracterização da sua sintomatologia e critérios de diagnóstico no DSM-V-TR (APA, 2022) é relativamente recente – de Março de 2022 – pelo que carece de estudos que, usando este enquadramento teórico, contribuam para um melhor conhecimento do seu comportamento e relação com outras variáveis (Zheng et al., 2024). Relativamente à relação entre SdV e PLP, vários autores (Currier et al., 2006; Milman, 2019; Rozalski et al., 2017) alertam que a investigação existente é muito centrada em perdas ocorridas em circunstâncias violentas pelo que é pertinente avaliar esta relação de forma independente da causa da morte. Adicionalmente, não é ainda possível concluir inequivocamente sobre a natureza da relação entre a espiritualidade e a PLP, a qual carece da continuidade de estudos (Zheng et al., 2024).

Neste estudo, e com suporte na revisão de literatura (Anexo I), foram definidas as seguintes hipóteses: 1) a maior presença de significado está associada a menor severidade

de sintomatologia de PLP; 2) a maior procura de significado relaciona-se com maior sintomatologia de PLP; 3) o maior bem estar espiritual – na sua forma religiosa ou laica – associa-se a menor sintomatologia de PLP ;4) as variáveis – Presença de significado, Procura de significado, Espiritualidade – fé ou Espiritualidade – paz - possam contribuir para explicar variações na severidade da sintomatologia da PLP; 5) o facto do individuo se considerar uma pessoa religiosa ou espiritual está associado a menor sintomatologia de PLP, maior presença de significado, menor procura de significado e maior bem estar espiritual geral, religioso ou não.

### **Método**

Este é um estudo quantitativo, transversal, observacional e correlacional.

### **Participantes**

Os participantes são indivíduos, recrutados em Portugal via online, com mais de 18 anos que, nos últimos 5 anos, experienciaram a perda de um ente querido. Os critérios de exclusão são: perda do ente querido há menos de 5 anos, respostas incompletas; perdas de outros seres vivos – não humanos (e.g. animais domésticos); idade inferior ou igual a 17 anos.

### **Instrumentos**

Foram usados os seguintes instrumentos (Anexo II- Protocolo de avaliação):

1) Questionário sociodemográfico, que inclui os seguintes dados: sexo, idade, agregado familiar, habilitações académicas, situação profissional, religião/espiritualidade e se já teve acompanhamento psicológico ou psiquiátrico.

2) Instrumento *Prolonged Grief Disorder Revised* - PG-13-R, criado por Prigerson et al. (2021) revelou elevados níveis de consistência interna para as três amostras verificadas na sua validação (Alpha de Cronbach= 0.83, 0.90 e 0.93, para as investigações de Yale, Utrecht e Oxford, respetivamente). Este instrumento ainda se encontra em processo de adaptação e validação para a população portuguesa. Este questionário de autopreenchimento foi criado a partir dos critérios de diagnóstico do DSM-V-TR nomeadamente, o facto da morte ter ocorrido há mais de 12 meses (6 meses

para crianças), o experienciar de um sentimento de perda intenso com manifestações de preocupação relativamente ao ente perdido (e não tanto com as circunstâncias da morte), a persistência de três de oito sintomas que se manifestam a nível emocional, comportamental ou cognitivo e que resultam num compromisso significativo do funcionamento social. Este instrumento inclui 13 itens. Os itens 1. e 2. avaliam se existiu a perda de um ente significativo e há quanto tempo e o item 13., de resposta dicotómica (sim ou não) questiona se os sintomas implicaram perda de capacidade funcional a nível social, funcional ou noutra área relevante. Os itens 3. a 12. descrevem ações, sentimentos e pensamentos relativos à perda, através de uma escala do tipo *Lickert* que varia de 1 (Não, de todo) a 5 (Extremamente). Este instrumento pode ser aplicado através de entrevista pessoal ou por autopreenchimento como foi o caso deste estudo. Para que se conclua por um diagnóstico de Perturbação de Luto Prolongado, é necessário que tenha sido experienciada a perda de um ente querido há pelo menos doze meses. Relativamente ao item 13, deve verificar-se uma redução significativa da funcionalidade do indivíduo.

3) O instrument *Meaning in Life Questionnaire* (MILQ) criado por Steger et al. (2006) e adaptado para a população portuguesa por Simões et al. (2010). Avalia o SdV através de duas subescalas de cinco itens cada: uma que avalia a presença de significado e a segunda, a procura de significado. A subescala de Presença tem como objetivo identificar a existência de sentido ou rumo na vida (Exemplo: “Sei o que torna a minha vida significativa”), sendo que pontuações elevadas nesta subescala indicam maior presença de significado. A subescala de Procura visa evidenciar um processo de busca de sentido (Exemplo: “Ando à procura de sentido na minha vida”) e valores elevados indicam busca mais ativa de significado. Os seus 10 itens são medidos através de uma escala tipo *Likert* de sete pontos que varia entre 1 (Absolutamente falso) até 7 (Absolutamente verdadeiro). Em termos de consistência interna, os valores do alfa de Cronbach para a subescala de Procura é de .79 (bom) e para a de Presença de .68 (aceitável).

4) A escala *Functional Assessment of Chronic Illness Therapy – Spiritual Well - Being – NonIllness Version* (FACIT-Sp12-NI) de Peterman et al. (2002) e cujas propriedades psicométricas foram estudadas na população portuguesa por Pereira e Santos (2011) mas para a versão original (*illness*). Foi criada para avaliar, de forma rápida, o bem-estar espiritual, sem o limitar a qualquer religião ou tradição espiritual (Bredle et al., 2011). Esta escala centra -se nos aspetos existenciais da espiritualidade e da fé. É

constituída por 12 itens, organizados em duas subescalas: Sentido/Paz (itens 1 a 8) e Fé (itens 9 a 12). A escala de resposta é do tipo *Likert* de cinco pontos que varia entre 0 (nem um pouco) até 4 (muitíssimo). Valores elevados traduzem melhor bem-estar espiritual em ambas as subescalas. Apresenta níveis de consistência interna bons a excelentes, sendo o alfa de Cronbach de 0.92 para a subescala Fé, de 0,89 para a subescala Sentido/Paz e de 0.92 para o total.

### **Procedimentos**

O presente estudo foi realizado em colaboração com o projeto de Doutoramento da Dra. Margarida Ferreira de Almeida, *PHD Fellow* no ISPA – “Encontrar Significado na Perda: *Meaning-Making* e Crescimento Pós-Traumático no Ajustamento ao Luto”. O parecer favorável da Comissão Ética do ISPA pode ser consultado no Anexo III do presente documento.

A amostra, recolhida por conveniência, por efeito bola de neve, foi divulgada, em Portugal, através de redes sociais e de contactos próximos – amigos, familiares e conhecidos. Os participantes preencheram o questionário online, através da plataforma *Qualtrics*.

### **Aspetos éticos**

O presente estudo decorreu em total concordância com o disposto no Código Deontológico da Ordem dos Psicólogos Portugueses (OPP) e ainda respeitando integralmente o Regulamento Geral de Proteção de Dados, consubstanciado na Lei n.º 59/2019, de 8 de agosto, relativamente ao tratamento de dados pessoais.

A confidencialidade e anonimato dos participantes foi assegurada no Consentimento Informado (Anexo IV) apresentado na plataforma em fase prévia ao preenchimento do questionário e onde se obteve a devida aprovação dos participantes. Adicionalmente, foi disponibilizado, após finalizado o questionário, informação sobre o processo de luto e contactos de apoio. Foi ainda concebida uma plataforma digital de material de apoio e informativo sobre o luto no Instagram e no Facebook, que permitia aos participantes não só manterem-se informados sobre o tema como acompanhar os resultados do estudo.

## **Análise dos dados**

A análise dos dados foi realizada com recurso ao software estatístico IBM SPSS Statistics 29.0. Em primeiro lugar, os dados sociodemográficos foram alvo de uma análise descritiva. Considerando que o objetivo desta análise era avaliar a relação entre a PLP e as variáveis independentes Procura de Significado, Presença de Significado, Espiritualidade – Fé e Espiritualidade – Sentido/Paz, foi inicialmente usado o coeficiente de correlação de Pearson para avaliar a existência da associação entre cada uma das variáveis e a Perturbação de Luto Prolongado, assumindo o pressuposto da não existência da relação de causalidade mas procurando aferir sobre a existência de uma relação linear.

No entanto, como se teorizou na literatura uma possível relação funcional entre estas variáveis que pressupõe que variações na severidade e sintomatologia da PLP possam ser explicadas, de forma significativa, por uma ou mais das variáveis independentes, aplicou-se também uma análise de regressão linear múltipla.

Adicionalmente, procurou-se comparar, por via da aplicação do Teste-T para amostras independentes se os indivíduos que se consideravam religiosos ou espirituais (Respostas “Concordo” ou “Concordo totalmente” às questões “Considero-me uma pessoa religiosa?” ou “Considero-me uma pessoa espiritual (com sensação de conexão com algo superior)?”) apresentavam diferenças significativas na severidade da sintomatologia de PLP, na presença e/ou procura de significado e no bem estar espiritual – religioso ou não.

## **Resultados**

### **Dados descritivos**

Das 467 respostas obtidas, eliminaram-se 197 por não terem sido respondidos na íntegra. Adicionalmente, foi também excluída uma resposta por se ter identificado tratar-se da perda de um animal doméstico. Assim sendo, a amostra em análise é constituída por 269 participantes. A análise sociodemográfica da amostra revelou que a média de idades dos participantes se situa nos 36 anos, num intervalo entre a idade mínima de 18 anos e a máxima de 74, sendo que 225 indivíduos são do sexo feminino (83,6%) e os restantes 44 do sexo masculino. 97,4% são portugueses e apenas 2,6% dos inquiridos residem no estrangeiro. Em termos de estado civil, apenas 3,7% são viúvos sendo que 41,6% são casados e 48,7% são solteiros e 40% do total de participantes tem filhos. De notar ainda

que 68% tem formação académica superior (licenciatura, mestrado ou doutoramento) e 69% tem uma ocupação profissional no momento. No que concerne à religião, 65,1% identifica-se como cristão sendo que, entre estes, a maioria é católica (63,6%) e os restantes são crentes ortodoxos (1,1%) ou protestantes (0,4%). Dos restantes, 22,7% admitem não professar qualquer religião e 4,8% assumem-se agnósticos.

### Relação entre os sintomas de PLP, Significado de vida e Espiritualidade

Do total da amostra, cerca de 22% dos indivíduos manifestava sintomas de PLP.

Conforme apresentado na Tabela 1, a variável Espiritualidade – Paz apresentou uma correlação negativa moderada e significativa com a PLP ( $\rho = -.535$ ,  $p < .01$ ). As restantes variáveis apresentaram níveis significativos de correlação, mas fracos ( $0,3 < \rho < 0,5$ ) ou muito fracos ( $\rho < 0,3$ ), nomeadamente a Espiritualidade – Fé com  $\rho = -.183$ , a procura de significado com  $\rho = .265$  e a presença de significado com  $\rho = -.403$ . De notar que também a correlação com o score total da escala de espiritualidade é fraca ( $\rho = -.469$ ).

**Tabela 1.**

*Correlações entre PLP, Significado – procura, Significado – presença, Espiritualidade – fé, Espiritualidade – paz e Espiritualidade – Total*

Variável	1	2	3	4	5	6
1. Significado - Procura	-					
2. Significado Presença	-.462**	-				
3. Espiritualidade - Paz	-.372**	.776**	-			
4. Espiritualidade - Fé	-.104	.380**	.410**	-		
5. Espiritualidade - Total	-.316**	.732**	.908**	.755**	-	
6. PLP	.265**	-.403**	-.535**	-.183**	-.469**	-

*Nota.* PLP= Perturbação de luto prolongado;

\*\* $p < .01$

Num segundo momento, desenvolveu-se uma análise com recurso à Regressão Linear Múltipla (Anexo VII), uma vez que a literatura existente aponta para a possibilidade de uma relação explicativa entre as variáveis. A Espiritualidade – Paz contribuiu para a explicação da PLP (Sig<0.01), apresentando um coeficiente de determinação de  $r^2=.286$  e um  $r^2$  ajustado=.283 , apontando para que cerca de 28,6% da variância da PLP seja explicada pela variável independente Espiritualidade – Paz. As variáveis Presença de significado, Procura de Significado e Espiritualidade – Fé foram excluídas enquanto possíveis fatores preditivos do comportamento da variável dependente PLP.

**Tabela 2.**

*Regressão linear múltipla: Perturbação de luto prolongado*

Variável preditiva	Beta	t	p
Significado - Procura	.077	1.380	.169
Significado - Presença	.029	.359	.720
Espiritualidade - Paz	-.729	-10.342	<.001
Espiritualidade - Fé	.044	.769	.442

Por fim, aplicou-se o Teste-t para amostras independentes (Anexo VIII) com o duplo objetivo de comparar: 1) os indivíduos que responderam que se consideravam religiosos face aos restantes e 2) os que afirmaram considerar-se pessoas espirituais face aos restantes. O objetivo foi identificar eventuais diferenças significativas de médias na sintomatologia de PLP, na presença ou procura de significado e no bem-estar espiritual (religioso ou não), o que não se verificou em nenhum dos subgrupos, conforme apresentado na Tabela 3. relativamente à religiosidade e na Tabela 4. no que diz respeito à espiritualidade.

**Tabela 3.**

*Diferenças na sintomatologia de PLP, procura e presença de significado e bem-estar espiritual, entre pessoas que se consideram ou não religiosas*

Variável	Considero-me religioso		Não me considero religioso		t	p	Cohen's d
	M	DP	M	DP			
PLP	25.62	9.628	23.65	8.525	1.778	.094	9.037
Significado - Presença	20.049	5.002	19.197	5.785	1.276	.131	5.447
Significado - Procura	20.43	7.156	20.41	7.258	.029	.596	7.213
Espiritualidade - Fé	9.23	4.034	5.24	3.748	8.388	.420	3.879
Espiritualidade - Paz	19.93	6.332	19.63	7.194	.355	.103	6.820
Espiritualidade - Total	29.162	8.849	24.876	9.544	3.785	.294	9.238

*Nota.* PLP = Perturbação de luto prolongado

**Tabela 4.**

*Diferenças na sintomatologia de PLP, procura e presença de significado e bem-estar espiritual, entre pessoas que se consideram ou não espirituais*

Variável	Considero-me uma pessoa espiritual		Não me considero uma pessoa espiritual		t	p	Cohen's d
	M	DP	M	DP			
PLP	24.34	8.952	24.84	9.293	-.447	.996	9.087
Significado - Presença	20.047	5.334	18.863	5.582	1.747	.752	5.433
Significado - Procura	20.59	7.302	20.15	7.064	.498	.479	7.209
Espiritualidade - Fé	8.39	4.265	4.95	3.613	6.855	.023	4.021
Espiritualidade - Paz	20.02	7.024	19.37	6.476	.765	.515	6.814
Espiritualidade - Total	28.416	9.783	24.326	8.412	3.536	.185	9.268

*Nota.* PLP = Perturbação de luto prolongado

### **Discussão**

O objetivo deste estudo consiste em investigar a natureza da associação entre a severidade da sintomatologia da perturbação de luto prolongado e a procura ou presença de significado de vida e a espiritualidade, seja esta religiosa ou laica, sendo que se teorizou que seria expectável que uma maior presença de significado de vida, um menor nível de procura de significado, um maior bem-estar espiritual (religioso ou não) estariam associados a um nível menor de severidade da PLP. Da mesma forma, equacionou-se a hipótese que o simples facto do individuo se considerar uma pessoa religiosa ou espiritual poderia estar relacionado também com menor sintomatologia de PLP, com maior presença de significado, menor nível de procura de significado e maior bem-estar espiritual, religioso ou não.

Da análise correlacional realizada, concluiu-se que existe uma associação significativa entre as variáveis independentes - procura e presença de significado, bem-estar espiritual (fé e paz) e a sintomatologia de PLP. Também conforme a hipótese inicialmente colocada, uma maior presença de significado e um maior bem-estar espiritual (fé e paz) têm uma relação negativa com a severidade da PLP, i.e., estão associados a menores níveis de sintomatologia. Ainda confirmando a hipótese inicial, uma maior procura de significado está associada a maior severidade da PLP. No entanto e apesar destas associações serem todas estatisticamente significativas ( $p < .01$ ), apresentam níveis de correlação fracas ou muito fracas com exceção da variável Espiritualidade – paz, a qual demonstra uma correlação negativa significativa moderada ( $\rho = -.535$ ;  $p < .01$ ) com a severidade da sintomatologia da PLP.

Da mesma forma, o resultado do modelo de regressão linear múltipla aponta apenas para a inclusão da variável Espiritualidade – paz como parcialmente explicativa da PLP, excluindo a presença e procura de significado e o bem-estar espiritual religioso como possíveis variáveis explicativas da PLP, refutando parcialmente a hipótese inicialmente colocada.

Por fim, também o Teste-T *Student* para amostras independentes que visava a análise comparativa de médias entre os participantes que se consideravam ou não religiosos, não demonstrou diferenças significativas entre os grupos, nem na severidade

da PLP, nem na procura ou presença de significado ou no bem-estar espiritual (na sua vertente Fé e Paz). Resultados idênticos foram identificados na comparação entre os indivíduos que se consideravam ou não pessoas espirituais (com sensação de conexão com algo superior), ou seja, também estes não demonstraram quaisquer diferenças significativas entre os dois grupos relativamente à procura ou presença de significado e bem-estar espiritual, nas suas duas vertentes.

Uma forma de interpretar estes resultados relativamente à fraca, embora significativa, associação identificada entre a presença de significado e a severidade da sintomatologia de PLP é a ausência do contexto desse mesmo significado. O facto dos participantes afirmarem ter presença de sentido na sua vida, não implica necessariamente que tenham conseguido atribuir sentido à perda sofrida. Como alertam Martela e Steger (2023) a busca de sentido pode ser realizada mesmo quando o indivíduo já considera ter presença de significado na sua vida.

Já relativamente à procura de significado, Milman et al. (2019), num estudo longitudinal, concluem que os indivíduos com maior dificuldade em dar significado à perda, apresentaram maior sintomatologia de PLP. Ora, no presente estudo, não conseguimos aferir se a procura de significado dos participantes visa colmatar a lacuna deixada pela perda do ente querido ou se, como sugerem alguns autores (Simões et al., 2010; Martela & Steger, 2023), essa procura é contínua, ao longo da vida em resposta a modificações sucessivas. Tendo ainda em consideração que o horizonte temporal do estudo implicava que a perda tenha sido sofrida até ao máximo de cinco anos, muitos outros acontecimentos adversos ou evolutivos podem ocorrer na vida dos participantes neste período que expliquem a necessidade de procura de significado sem qualquer impacto na vivência do luto.

Outra hipótese relaciona-se com a natureza multidimensional do construto SdV (George & Park, 2016;2017; Martela & Steger, 2016). Na tricotomia proposta por Martela e Steger (2016), o SdV seria composto por três dimensões - significado, propósito e coerência. Martela e Steger (2023) investigaram os três conceitos – significado, propósito e coerência - e concluíram que os mesmos podem ser examinados como dimensões independentes do SdV, sendo que identificaram que o significado era o conceito mais preditor da razão para viver, depressão, espiritualidade e da valorização da vida; propósito o único fator explicativo da ação, da ativação comportamental e a coerência o único preditor da clareza sobre si próprio.

Nesta lógica, é defensável equacionar que a perda de um ente querido pode afetar um ou mais destes aspetos, mas não outros. Por exemplo poderá afetar a coerência, no sentido de compreensão, mas, ainda assim manter a perceção de que o individuo tem uma vida que vale a pena viver (significado) e/ou que tem objetivos a perseguir e um rumo definido (propósito). Se assim for, é possível que, quando questionado sobre o SdV de forma lata, como no presente estudo, possa responder, de uma forma geral que a sua vida tem significado, mesmo que não tenha conseguido atribuir sentido à sua perda e/ou mesmo que esteja no processo de construção desse sentido.

No que concerne a componente de bem-estar espiritual religioso (Espiritualidade - Fé), a fraca correlação com a PLP e a sua exclusão enquanto fator preditivo é corroborada por alguma investigação prévia, nomeadamente, no estudo de Christian et al. (2019) com 588 enlutados, onde se identificou que as crenças espirituais explicavam 3% da variação de sintomas de PLP, mas que as crenças religiosas não; também numa amostra de afroamericanos predominantemente católicos ou protestantes, a religião não demonstrou ser preditor de PLP (Goldsmith et al., 2008), à semelhança do presente estudo, em que os participantes religiosos são maioritariamente católicos cristãos; num estudo alemão, o envolvimento em atividades religiosas também não demonstrou ser um preditor significativo de PLP (Schaal et al., 2014); Entre participantes chineses, os que se identificaram como Budistas apresentaram mais sintomas de PLP do que os que não tinham afiliação religiosa (He et al., 2014).

No entanto, existem estudos que apontam no sentido oposto, ou seja, identificam uma associação entre as práticas ou rituais religiosos e menor sintomatologia da PLP (Hebert, Dang, & Schulz, 2007; Eisma et al., 2022; Hawthorne et al. (2016); Zheng et al., 2024) mas não entre a fé, a crença religiosa, *per se*, e a PLP.

Relativamente à identificação de uma correlação negativa moderada significativa entre a PLP e a componente do bem-estar espiritual não religioso (Espiritualidade – paz), assim como à identificação desta variável como fator preditivo da PLP, cumpre fazer notar que as questões da escala utilizada estão orientadas para avaliar uma sensação lata de bem-estar, consubstanciada numa sensação de paz, harmonia ou conforto interiores e a perceção de ter uma vida proveitosa ou uma razão ou objetivo para viver. Nesse sentido, é natural que uma maior sensação geral de bem-estar “espiritual” esteja associada a menor sintomatologia de PLP.

O facto de não terem sido identificadas diferenças significativas entre as pessoas que se classificaram como espirituais (com sensação de conexão com algo superior) e as que não se identificaram como tal pareceria, à primeira vista, contrariar a associação encontrada entre o maior bem-estar espiritual não religioso (paz) e a menor sintomatologia de PLP. No entanto, na realidade, são construtos diferentes. A sub-escala “Paz” da FACIT não faz qualquer menção à espiritualidade enquanto “sensação de conexão com algo superior”, ou seja, remete apenas para uma sensação interior de paz, harmonia e conforto e para a presença de sentido.

Um indivíduo pode sentir-se em paz, harmonia e confortável consigo próprio e não se considerar espiritual na lógica de conexão com algo superior a si. O bem-estar espiritual, na sua vertente não religiosa (paz), parece influenciar a sintomatologia de PLP, de forma independente do sistema de crenças religiosas ou espirituais do indivíduo.

O facto de não terem sido identificadas diferenças significativas entre os indivíduos que se consideravam religiosos ou não e espirituais ou não é corroborada pela literatura que aponta para os efeitos duplos da religião e espiritualidade dependendo se esses sistemas de orientação suportam crenças positivas ou negativas e estratégias adaptativas ou maladaptativas (Weber & Pargament, 2014).

Efetivamente, estudos mais recentes não têm demonstrado uma relação consistente entre a espiritualidade e a PLP. De facto, algumas pessoas com PLP não parecem beneficiar da sua espiritualidade (Lee et al., 2022) e apenas pessoas que classificam a sua espiritualidade como muito importante na sua vida quotidiana, parecem beneficiar dela no processo de luto (Christian et al., 2019).

De salientar que a magnitude das diferenças encontradas entre estudos sobre o impacto da espiritualidade, na sua vertente religiosa ou não, podem ser explicadas quer pelos diferentes instrumentos utilizados, quer pelas diferenças culturais, quer pela causa da morte (Hawthorne et al., 2016; Hebert et al., 2007; Schaal et al., 2014). Adicionalmente, muitos dos instrumentos usados em estudos prévios para avaliar a associação entre a espiritualidade e religião e a PLP não distinguem os dois conceitos (Christian et al., 2019).

Este estudo apresenta limitações consideráveis, desde logo na dimensão e representatividade da amostra. Uma outra possível limitação é o uso da escala PG-13-R sem conhecermos ainda as suas propriedades psicométricas na população portuguesa.

A título de sugestão para estudos futuros, parece pertinente compreender como é que os indivíduos que demonstram um maior nível de bem-estar espiritual na sua vertente de “Paz” experienciaram e integraram a sua perda. Recomenda-se a investigação dos mecanismos subjacentes a este processo. Seria também pertinente compreender como é que pessoas em luto, em processo de atribuição de significado da sua perda, avaliam as diferentes dimensões do SdV – significado, coerência e propósito – e, se efetivamente, a sua independência se confirma.

### **Conclusões**

Foi identificada uma correlação negativa significativa fraca entre a presença de SdV e a severidade da PLP e uma correlação positiva significativa fraca entre a procura de significado e a sintomatologia da PLP, a qual corroborou as hipóteses inicialmente colocadas, mas com níveis fracos de associação, sendo que nem a presença nem a procura de significado demonstraram ser fatores preditivos da PLP, contrariando o teorizado inicialmente. Estes resultados fizeram emergir uma reflexão relacionada com a natureza multidimensional do construto do SdV, levando a equacionar até que ponto é que a atribuição de significado à perda de um ente significativo afeta a perceção do SdV do enlutado e, se sim, em que dimensões e intensidade o afetará. Também a própria natureza contínua da procura de significado emergente não só de eventos adversos, mas do próprio carácter evolutivo da vida implica a sua possível sobreposição com a presença de significado, tornando ainda mais complexa a avaliação da relação de cada uma destas variáveis com a severidade da PLP.

Da mesma forma, o bem-estar espiritual religioso demonstrou uma correlação negativa fraca com a severidade da sintomatologia da PLP e nenhuma capacidade preditiva no modelo de regressão, contribuindo para evidenciar a dificuldade de relacionar a religiosidade com a temática do luto. Também o facto de não terem sido identificadas diferenças significativas entre as pessoas que afirmaram considerar-se religiosas e as restantes relativamente à PLP, presença ou procura de significado e bem-estar espiritual ou religioso fez, mais uma vez, emergir interrogações sobre o verdadeiro papel da religião quer na PLP, quer no SdV.

Já o bem-estar espiritual não religioso (paz), apresentou uma correlação negativa moderada e significativa com a PLP e demonstrou ser o único fator em análise com capacidade preditiva da PLP. Não obstante, não se verificaram diferenças significativas

entre os indivíduos que se consideraram como pessoas espirituais (com sensação de conexão com algo superior) e os restantes relativamente à PLP, presença ou procura de significado e bem estar espiritual religioso ou não, levantando a questão do bem-estar espiritual não ser algo partilhado por todos os indivíduos que se afirmam como espirituais ou religiosos mas sim um estado de espírito independente da religiosidade e espiritualidade e que carece de mais investigação.

Face à emergência destas interrogações, em termos de implicações clínicas, e independentemente da espiritualidade, religião e fatores socioculturais serem uma componente extremamente relevante no processo de construção e atribuição de significado e, também, no processo de adoção de estratégias individuais de *coping* para lidar com o luto, é fundamental que as diferentes modalidades de estratégias psicoterapêuticas as tenham em consideração nas suas abordagens e as integrem nesse processo, mas de forma flexível pois o luto, apesar de ser uma experiência universal, é, sem dúvida, vivenciado de forma individual e única.

## Referências

- Abu-Raiya, H., Pargament, K. I., Weissberger, A., & Exline, J. (2016). An empirical examination of religious/spiritual struggle among Israeli Jews. *The International Journal for the Psychology of Religion*, 26 (1), 61–79. <https://doi.org/10.1080/10508619.2014.1003519>
- Alon S. (2010). Researching the meaning of life: finding new sources of hope. *Asian pacific journal of cancer prevention*, 11 (Suppl. 1): 75–78.
- Ahmadi, F. and Zandi, S. (2021). Meaning -making coping methods among bereaved parents: A pilot survey study in Sweden. *Behaviour Science*. 2021, 11, 131. <https://doi.org/10.3390/bs11100131>
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington.
- American Psychiatric Association (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>
- Baddeley, J.L., Williams, J.L., Rynearson, T., Correa, F., Saindon, C. & Rheingold, A.A. (2015). Death thoughts and images in treatment-seekers after violent loss. *Death Studies*, 39(2):84–91. <https://doi.org/10.1080/07481187.2014.893274>

- Barak, A., & Leichtentritt, R. D. (2015). Ideological meaning making after the loss of a child: The case of Israeli bereaved parents. *Death Studies*, 39(6), 360–368. <https://doi.org/10.1080/07481187.2014.958626>
- Battista, J. & Almond, R. (1973). The development of meaning in life. *Psychiatry*, 36(4): 409–427.
- Boelen, P.A. & Huntjens, R.J.C.(2008). Intrusive images in grief: an exploratory study. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 15(4):217–26.
- Boelen, P. A., & Prigerson, H. G. (2007). The influence of symptoms of prolonged grief disorder, depression, and anxiety on quality of life among bereaved adults. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 257, 444–452. <http://dx.doi.org/10.1007/s00406-007-0744-0>
- Bonanno, G. A., Neria, Y., Mancini, A., Coifman, K. G., Litz, B. & Insel, B. (2007). Is there more to complicated grief than depression and posttraumatic stress disorder? a test of incremental validity. *Journal of Abnormal Psychology*, 116, 342–351. <http://dx.doi.org/10.1037/0021-843X.116.2.342>
- Boulware, D. L. & Bui, N. H. (2016). Bereaved african american adults: The role of social support, religious coping, and continuing bonds. *Journal of Loss and Trauma*, 21(3), 192–202. <https://doi.org/10.1080/15325024.2015.1057455>
- Brady, M.J., Peterman, A.H., Fitchett, G. et al. (1999). A case for including spirituality in quality of life measurement in oncology. *Psychooncology*, 8(5): 417–428.
- Brandstatter, M., Kogler, M., Baumann, U. et al. (2014). Experience of meaning in life in bereaved informal caregivers of palliative care patients. *Support Care Cancer*, 22(5): 1391–1399.
- Bredle, J.M., Salsman, J.M., Debb, S.M., Arnold, B.J. & Cella, D. (2011). Spiritual well-being as a component of health-related quality of life: the functional assessment of chronic illness therapy—spiritual well-being scale (FACIT-Sp). *Religions*, 2(1):77-94. <https://doi.org/10.3390/rel2010077>
- Breitbart, W. (2002). Spirituality and meaning in supportive care: spirituality- and meaning-centered group psychotherapy interventions in advanced cancer. *Support Care Cancer*, 10(4): 272–280.
- Breitbart, W., Poppito, S., Rosenfeld, B., et al. (2012). Pilot randomized controlled trial of individual meaning-centered psychotherapy for patients with advanced cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 30(12): 1304–1309.
- Breitbart, W., Rosenfeld, B., Gibson, C., et al. (2010). Meaning centered group

- psychotherapy for patients with advanced cancer: a pilot randomized controlled trial. *Psychooncology*, 19(1): 21–28.
- Bryant RA (2014). Prolonged grief: where to after diagnostic and statistical manual of mental disorder, 5th edition. *Current Psychiatry reports*, 27(1):21–6.
- Burke, L. A., Crunk, A. E., Neimeyer, R. A., & Bai, H. (2019). Inventory of Complicated Spiritual Grief 2.0 (ICSG 2.0): Validation of a revised measure of spiritual distress in bereavement. *Death Studies*, 1–17. <https://doi.org/10.1080/07481187.2019.1627031>
- Burke, L. A., Neimeyer, R., & Elacqua, T. C. (2012). Faith, love, and loss: When belief and bereavement become complicated. In Paludi, M. A. (Ed.), *The Psychology of Love* (Vol. 4, pp. 89–108). Praeger/ABC-CLIO
- Burke, L.A. & Neimeyer, R.A. (2014). Complicated Spiritual Grief I: Relation to Complicated Grief Symptomatology Following Violent Death Bereavement. *Death Studies*, 38: 259–67.
- Burke, L. A. & Neimeyer, R. A. (2013). *Prospective risk factors for complicated grief*. In M. Stroebe, H. Schut, & J. van den Bout (Eds.), *Complicated grief: Scientific foundations for health care professionals* (pp. 145–162). NY: Routledge.
- Burke, L. A., Neimeyer, R. A., & Elacqua, T. C. (2014). *Meaning reconstruction in the wake of loss: Psychological and spiritual adaptation to bereavement*. In M. Paludi (Series Ed.) & M. Paludi (Vol. Ed.), *Women's cancers: Diagnosis, treatment, recovery and coping* (pp. 219–244). Praeger
- Burke, L.A., Neimeyer, R.A., McDevitt-Murphy, M.E., Ippolito, M.R. & Roberts, J.M. (2011). Faith in the Wake of Homicide: Religious Coping and Bereavement Distress in an African American Sample. *International Journal for the Psychology of Religion*, 21 : 289–307.
- Cacciatore, J., Thieleman, K., Fretts, R. & Jackson, L. B. (2021). What is good grief support? Exploring the actors and actions in social support after traumatic grief. *PLoS One*, 16(5), e0252324. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0252324>
- Champion, M. J. & Kilcullen, M. (2023). Complicated grief following the traumatic loss of a child: A systematic review. *Omega. Advance online publication*. <https://doi.org/10.1177/00302228231170417>
- Christian, K. M., Aoun, S. M. & Breen, L. J. (2019). How religious and spiritual beliefs explain prolonged grief disorder symptoms. *Death Studies*, 43(5), 316–323. <https://doi.org/10.1080/07481187.2018.1469054>

- Cohen, R., Bavishi, C. & Rozanski, A. (2016). Purpose in life and its relationship to all-cause mortality and cardiovascular events: A meta-analysis. *Psychosomatic Medicine*, 78(2), 122–133. <https://doi.org/10.1097/PSY.0000000000000274>
- Christian, K. M., Aoun, S. M. & Breen, L. J. (2019). How religious and spiritual beliefs explain prolonged grief disorder symptoms. *Death Studies*, 43(5), 316–323. <https://doi.org/10.1080/07481187.2018.1469054>
- Crumbaugh, J.C. & Maholick, L.T. (1964). An experimental study in existentialism: the psychometric approach to Frankl's concept of noogenic neurosis. *Journal of Clinical Psychology*, 20: 200–207.
- Currier, J. M., Fadoir, N., Carroll, T. D., Kuhlman, S., Marie, L., Taylor, S. E., Smith, T., Isaak, S. L., & Sims, B. M. (2020). A cross-sectional investigation of divine struggles and suicide risk among men in early recovery from substance use disorders. *Psychology of Religion and Spirituality*, 12(3), 324–333. <https://doi.org/10.1037/rel0000286>
- Currier, J. M., Holland, J. M., & Neimeyer, R. A. (2006). Sense-making, grief, and the experience of violent loss: Toward a mediational model. *Death Studies*, 30, 403–428. <http://dx.doi.org/10.1080/07481180.600614351>
- Davis, C. & Nolen-Hoeseema, S. (2001). How do people make sense of loss? *American Behavioral Scientist*, 44(5): 726-741.  
doi: 10.1177/0002764201044005003
- Delalibera, M., Coelho, A. & Barbosa, A. (2011). Validação do instrumento de avaliação do luto prolongado para a população portuguesa. *Acta Médica Portuguesa*, 24: 935-942.
- Doering, B. K., Barke, A., Vogel, A., Comtesse, H. & Rosner, R. (2022). Predictors of prolonged grief disorder in a german representative population sample: unexpectedness of bereavement contributes to grief severity and prolonged grief disorder. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 853698. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.853698>
- Drapeau, C. W., Lockman, J. D., Moore, M. M. & Cerel, J. (2018). Predictors of posttraumatic growth in adults bereaved by suicide. *Crisis*, 40(3), 196–202. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000556>
- Eisma, M. C., & Stroebe, M. S. (2021). Emotion Regulatory Strategies in Complicated Grief: A systematic review. *Behavior therapy*, 52(1), 234–249. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2020.04.004>

- Eisma, M. C., Franzen, M., Paauw, M., Bleeker, A. & Aan Het Rot, M. (2022). Rumination, worry and negative and positive affect in prolonged grief: A daily diary study. *Clinical psychology & psychotherapy*, 29(1), 299–312. <https://doi.org/10.1002/cpp.2635>
- Elinger, G., Hasson-Ohayon, I., Barkalifa, E., Boelen, P. A. & Peri, T. (2021). Narrative reconstruction therapy for prolonged grief disorder – a pilot study. *European Journal of Psychotraumatology*, 12(1), 1896126.
- Exline, J. J., Pargament, K. I., Grubbs, J. B., & Yali, A. M. (2014). The Religious and Spiritual Struggles Scale: Development and initial validation. *Psychology of Religion and Spirituality*, 6(3), 208–222. <https://doi.org/10.1037/a0036465>
- Exline, J. J., Park, C. L., Smyth, J. M., & Carey, M. P. (2011). Anger toward God: Social-cognitive predictors, prevalence, and links with adjustment to bereavement and cancer. *Journal of Personality and Social Psychology*, 100(1), 129–148. <https://doi.org/10.1037/a0021716>
- Feigelman, W., Jordan, J. R. & Gorman, B. S. (2011). Parental grief after a child's drug death compared to other death causes: Investigating a greatly neglected bereavement population. *Omega*, 63(4), 291–316. <https://doi.org/10.2190/OM.63.4.a>
- Fischer, I. C., Secinti, E., Cemalcilar, Z. & Rand, K. L. (2021). Examining crosscultural relationships between meaning in life and psychological well-being in Turkey and the United States. *Journal of Happiness Studies*. 22, 1341–1358. doi: 10.1007/s10902-020-00275-z
- Fraley, R. C., & Bonanno, G. A. (2004). Attachment and loss: A test of three competing models on the association between attachment-related avoidance and adaptation to bereavement. *Personality & Social Psychology Bulletin*, 30(7), 878–890. <https://doi.org/10.1177/0146167204264289>
- Frankl, V. E. (1946). *Man's search for meaning: An introduction to logotherapy*. New York: Pocket Books.
- Frei-Landau, R., Hasson-Ohayon, I., & Tuval-Mashiach, R. (2022). The experience of divine struggle following child loss: The Case of Israeli bereaved Modern-Orthodox parents. *Death studies*, 46(6), 1329–1343. <https://doi.org/10.1080/07481187.2020.1850547>
- Fusar-Poli, P., Salazar de Pablo, G., de Micheli, A., Nieman, D. H., Correll, C. U.,

- Kessing, L. V., et al. (2020). What is good mental health? A scoping review. *European Neuropsychopharmacological Journal*, 31, 33–46. doi: 10.1016/j.euroneuro.2019.12.105
- George, L. S. & Park, C. L. (2013). Are meaning and purpose distinct? An examination of correlates and predictors. *Journal of Positive Psychology*, 8, 365–375. doi: 10.1080/17439760.2013.805801
- George, L. S., & Park, C. L. (2016). Meaning in life as comprehension, purpose, and mattering: toward integration and new research questions. *Review of General Psychology*, 20(3), 205–220. <https://doi.org/10.1037/gpr0000077>
- George, L. S., & Park, C. L. (2017). The multidimensional existential meaning scale: A tripartite approach to measuring meaning in life. *The Journal of Positive Psychology*, 12(6), 613–627. <https://doi.org/10.1080/17439760.2016.1209546>
- Gillies, J., Neimeyer, R. A. & Milman, E. (2014). The meaning of loss codebook: construction of a system for analyzing meanings made in bereavement. *Death Studies*, 38, 207–216. <http://dx.doi.org/10.1080/07481187.2013.829367>
- Goldsmith, B., Morrison, R., Vanderwerker, L., & Prigerson, H. (2008). Elevated rates of prolonged grief disorder in African Americans. *Death Studies*, 32, 352–365. doi:10.1080/07481180801929012
- Guerrero-Torrelles, M., Monforte-Royo, C., Rodríguez-Prat, A., Porta-Sales, J. & Balaguer, A., (2017). Understanding meaning in life interventions in patients with advanced disease: A systematic review and realist synthesis. *Palliative Medicine*, 31(9), 798-813. Doi: 10.1177/0269216316685235
- Janoff-Bulman, R. (1992). *Shattered assumptions: towards a new psychology of trauma*. New York: Free Press. ISBN 0029160154. OCLC 24502579.
- Hackmann, A., Ehlers, A., Speckens, A. & Clark, D.M.(2004). Characteristics and content of intrusive memories in PTSD and their changes with treatment. *Journal of Trauma and Stress*. 2004;17(3):231–40. 48.
- Haneveld, J., Rosner, R., Vogel, A., Kersting, A., Rief, W., Steil, R. & Comtesse, H. (2022). Same name, same content? Evaluation of DSM-5-TR and ICD-11 prolonged grief criteria. *Journal of consulting and clinical psychology*, 90(4), 303–313. <https://doi.org/10.1037/ccp0000720>
- Harper, M., O'Connor, R. C. & O'Carroll, R. E. (2014). Factors associated with grief

- and depression following the loss of a child: A multivariate analysis. *Psychology, Health & Medicine*, 19(3), 247–252.  
<https://doi.org/10.1080/13548506.2013.811274>
- Harper, M., O'Connor, R. C. & O'Carroll, R. E. (2015). The relative importance of avoidance and restoration-oriented stressors for grief and depression in bereaved parents. *Psychology, Health & Medicine*, 20(8), 906–915.  
<https://doi.org/10.1080/13548506.2014.990908>
- Harrison, O., Wiedenmann, C., Rosner, R. & Steil, R. (2021). Mental imagery in patients with prolonged grief Disorder: a comparison with matched bereaved healthy controls. *The Psychiatric quarterly*, 92(4), 1361–1379.  
<https://doi.org/10.1007/s11126-021-09914-x>
- Harrison, O., Windmann, S., Rosner, R. & Steil, R. (2022). Interpersonal problems and cooperative behavior in patients suffering from prolonged grief disorder as compared to bereaved healthy controls. *Journal of Clinical Psychology*, 78(9):1912-1924. doi: 10.1002/jclp.23340.
- Hawthorne, D. M., Youngblut, J. M., & Brooten, D. (2016). Parent spirituality, grief, and mental health at 1 and 3 months after their infant's/child's death in an intensive care unit. *Journal of Pediatric Nursing*, 31, 73–80. doi:dx.doi.org/10.1016/j.pedn.2015.07.008
- He, L., Tang, S., Yu, W., Xu, W., Xie, Q., & Wang, J. (2014). The prevalence, comorbidity and risks of prolonged grief disorder among bereaved Chinese adults. *Psychiatry Research*, 219, 347–352. doi:10.1016/j.psychres.2014.05.022
- Hebert, R. S., Dang, Q., & Schulz, R. (2007). Religious beliefs and practices are associated with better mental health in family caregivers of patients with dementia: Findings from the REACH study. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 15, 292–300. doi:10.1097/01.JGP.0000247160.11769.ab
- Henry, M., Cohen, S.R., Lee, V. et al. (2010). The Meaning-Making intervention (MMi) appears to increase meaning in life in advanced ovarian cancer: a randomized controlled pilot study. *Psychooncology*, 19(12): 1340–1347.
- Horowitz, M.J., Bonanno, G.A. & Holen. (1993). Pathological grief: diagnosis and explanation. *Psychosomatic Medicine*, 55:260–73.
- Johannsen, M., Damholdt, M. F., Zachariae, R., Lundorff, M., Farver-Vestergaard, I., &

- O'Connor, M. (2019). Psychological interventions for grief in adults: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of affective disorders*, 253, 69–86. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.04.065>
- Jones, G. L. (1999). *The relationships among spirituality, religion, and mental health for African Americans*. Ann Arbor: ProQuest Information & Learning
- Kaul, K. (2021). Grief as a catalyst for psycho-spiritual transformation: A hindu perspective. *Journal of loss and trauma*, 26 - 3, 238–245  
<https://doi.org/10.1080/15325024.2020.1767334>
- Kelley, M. M., & Chan, K. T. (2012). Assessing the role of attachment to God, meaning, and religious coping as mediators in the grief experience. *Death Studies*, 36(3), 199–227. <https://doi.org/10.1080/07481187.2011.553317>
- Kersting, A., Brähler, E., Glaesmer, H., & Wagner, B. (2011). Prevalence of complicated grief in a representative population-based sample. *Journal of Affective Disorders*, 131(1– 3), 339–343. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2010.11.032>
- Klass, D., & Walter, T. (2001). *Processes of grieving: How bonds are continued*. In M. S. Stroebe, R. O. Hansson, W. Stroebe, & H. Schut (Eds.), *Handbook of bereavement research: Consequences, coping, and care* (pp. 431-448). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10436-018>
- Koenig, H. G. (2009). Research on religion, spirituality, and mental health: A review. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 54, 283–291. doi:10.1177/070674370905400502
- Knowles, L. M., Jovel, K. S., Mayer, C. M., Bottrill, K. C., Kaszniak, A. W., Sbarra, D. A., Lawrence, E. E. & O'Connor, M.-F. (2021). A controlled trial of two mind-body interventions for grief in widows and widowers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 89(7), 640–654.
- Latham, A. E. & Prigerson, H. G. (2004). Suicidality and bereavement: Complicated grief as psychiatric disorder presenting greatest risk for suicidality. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 34, 350–362.  
[http:// dx.doi.org/10.1521/suli.34.4.350.53737](http://dx.doi.org/10.1521/suli.34.4.350.53737)
- Lee, Eunjin, Sung Won Kim & Robert D. Enright (2019). Beyond grief and survival: Posttraumatic growth through immediate family suicide loss in South Korea. *OMEGA—Journal of Death and Dying* 79: 414–35.
- Lee, S. A., Gibbons, J. A. & Bottomley, J. S. (2022). Spirituality influences emotion

- regulation during grief talk: the moderating role of prolonged grief symptomatology. *Journal of religion and health*, 61(6), 4923–4933. <https://doi.org/10.1007/s10943-021-01450-z>
- Lichtenthal, W. G., Neimeyer, R. A., Currier, J. M., Roberts, K., & Jordan, N. (2013). Cause of death and the quest for meaning after the loss of a child. *Death Studies*, 37, 311–342. <http://dx.doi.org/10.1080/07481187.2012.673533>
- Lipton, M.G., Brewin, C.R., Linke, S. & Halperin, J. (2010) Distinguishing features of intrusive images in obsessivecompulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 24(8):816–22. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2010.06.003>
- Lobb, E. A., Kristjanson, L. J., Aoun, S. M., Monterosso, L., Halkett, G. K. B., & Davies, A. (2010). Predictors of Complicated Grief: A Systematic Review of Empirical Studies. *Death Studies*, 34(8), 673–698. <https://doi.org/10.1080/07481187.2010.496686>
- Lyon, D.E. & Younger, J. (2005). Development and preliminary evaluation of the existential meaning scale. *Journal of holistic nursing*, 23(1): 54–65.
- Lucchetti, G., Lucchetti, A., Gonçalves, J. & Vallada, H., (2015). Validation of the portuguese version of the functional assessment of chronic illness therapy–spiritual well-being scale (FACIT-Sp 12) among brazilian psychiatric inpatients. *Journal of religious health*, 54:112–121. doi: 10.1007/s10943-013-9785-z
- Lundorff, M., Holmgren, H., Zachariae, R., Farver-Vestergaard, I., & O’Connor, M. (2017). Prevalence of prolonged grief disorder in adult bereavement: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 212, 138–149. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.01.030>
- Martela, F., & Steger, M. F. (2016). The meaning of meaning in life: Coherence, purpose and significance as the three facets of meaning. *Journal of Positive Psychology*, 11(5), 531–545. <https://doi.org/10.1080/17439760.2015.1137623>
- Martela, F. & Steger, M.F., (2023) The role of significance relative to the other dimensions of meaning in life – an examination utilizing the three dimensional meaning in life scale (3DM), *The Journal of Positive Psychology*, 18:4, 606-626, doi: 10.1080/17439760.2022.2070528
- Maslovska, K. and Miežītis, S. (2008). Mourning experiences, risks and possibilities in representations of bereaved women in Latvia: A qualitative study. *Baltic Journal of Psychology*, 9 (1,2), 96-111.
- Maciejewski, P.K., Maercker, A., Boelen, P.A. & Prigerson, H.G. (2016). “Prolonged

- grief disorder” and “persistent complex bereavement disorder”, but not “complicated grief”, are one and the same diagnostic entity: an analysis of data from the Yale bereavement study. *World Psychiatry*, 15(3):266–75.
- Mason, T. M., Tofthagen, C. S. & Buck, H. G. (2020). Complicated grief: risk factors, protective factors, and interventions. *Journal of Social Work in End-of-Life & Palliative Care*, 16(2), 151–174. <https://doi.org/10.1080/15524256.2020.1745726>
- Mauro, C., Tumasian, R.A., 3rd, Skritskaya, N., Gacheru, M., Zisook, S., Simon, N., Reynolds, C.F., 3rd & Shear, M.K. (2022), The efficacy of complicated grief therapy for DSM-5-TR prolonged grief disorder. *World Psychiatry*, 21: 318-319. <https://doi.org/10.1002/wps.20991>
- Meert, K. L., Shear, K., Newth, C. J. L., Harrison, R., Berger, J., Zimmerman, J., Anand, K. J. S., Carcillo, J., Donaldson, A. E., Dean, J. M., Willson, D. F. & Nicholson, C. (2011). Follow-up study of complicated grief among parents eighteen months after a child’s death in the pediatric intensive care unit. *Journal of Palliative Medicine*, 14(2), 207–214. <https://doi.org/10.1089/jpm.2010.0291>
- Milman, E., Neimeyer, R.A., Fitzpatrick, M., MacKinnon, C., Muis, K.R. & Cohen, S.R. (2019); *Journal of Counseling Psychology*, 66(6), pp. 714-725. doi: 10.1037/cou0000370
- Mok, E., Lau, K.P., Lai, T., et al. (2012) The meaning of life intervention for patients with advanced-stage cancer: development and pilot study. *Oncology Nursing Forum*, 39(6): E480–E488.
- Monk, T. H., Houck, P. R., and Katherine Shear, M. (2006). The daily life of complicated grief patients—what gets missed, what gets added? *Death Studies*, 30(1), 77–85. <https://doi.org/10.1080/07481180500348860>
- Morina, N., Leibold, E. & Ehring, T. (2013). Vividness of general mental imagery is associated with the occurrence of intrusive memories. *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry*, 44(2):221–6. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2012.11.004>.
- Neimeyer R. A. (2000). Searching for the meaning of meaning: grief therapy and the process of reconstruction. *Death studies*, 24(6), 541–558. <https://doi.org/10.1080/07481180050121480>
- Neimeyer, R. A. (2006a). Complicated grief and the quest for meaning: A constructivist contribution. *Omega: Journal of Death and Dying*, 52, 37–52. <http://dx.doi.org/10.2190/EQL1-LN3V-KNYR-18TF>

- Neimeyer, R. A. (2006b). Defining the new abnormal: Scientific and social construction of complicated grief. *Omega: Journal of Death and Dying*, 52, 95–97. <http://dx.doi.org/10.2190/31RV-DBPG-Q1M3-PEDA>
- Neimeyer, R. A. (Ed.). (2012). *Correspondence with the deceased. Techniques of grief therapy: Creative practices for counseling the bereaved* (pp. 259–261). New York, NY: Routledge. <http://dx.doi.org/10.4324/9780203152683>
- Neimeyer, R. A. (2016). Meaning reconstruction in the wake of loss: evolution of a research program. *Behaviour Change*, 33, 65–79. <http://dx.doi.org/10.1017/bec.2016.4>
- Neimeyer, R. A., Baldwin, S. A., & Gillies, J. (2006). Continuing bonds and reconstructing meaning: Mitigating complications in bereavement. *Death Studies*, 30, 715–738. <http://dx.doi.org/10.1080/07481180600848322>
- Neimeyer, R. A., Burke, L. A., Mackay, M. M., & van Dyke Stringer, J. G. (2010). Grief therapy and the reconstruction of meaning: From principles to practice. *Journal of Contemporary Psychotherapy: On the Cutting Edge of Modern Developments in Psychotherapy*, 40(2), 73–83. <https://doi.org/10.1007/s10879-009-9135-3>
- Neimeyer, R. A., & Ramírez, Y. G. (2002). *Aprender de la pérdida: Una guía para afrontar el duelo*. Paidós.
- Neimeyer, R. A. & Raskin, J. D. (Eds.). (2000). *Constructions of disorder: meaning-making frameworks for psychotherapy*. American Psychological Association
- Neimeyer, R. & Sands, D. (2011). *Meaning reconstruction in bereavement: from principles to practice*. In R. Neimeyer, H. Winokuer, D. Harris, & G. Thornton (Eds.), *Grief and bereavement in contemporary society: Bridging research and practice* (pp. 9–22). New York, NY: Routledge
- Newson, R. S., Boelen, P. A., Hek, K., Hofman, A., & Tiemeier, H. (2011). The prevalence and characteristics of complicated grief in older adults. *Journal of Affective Disorders*, 132(1–2), 231–238. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.02.021>
- Park, C.L. (2005). Religion as a meaning-making framework in coping with life stress. *Journal of Social Issues*, 61: 707–29.
- Park, C. L. (2010). Making sense of the meaning literature: An integrative review of meaning making and its effects on adjustment to stressful life events. *Psychological Bulletin*, 136, 257–301. <http://dx.doi.org/10.1037/a0018301>
- Parkes, C. M. (1972) *Bereavement. Studies of grief in adult life*. London: Penguin Books.

- Parkes, C. M., & Prigerson, H. G. (2013). *Bereavement: Studies of grief in adult life*. New York, NY: Routledge. <http://dx.doi.org/10.4324/9781315829753>
- Pereira, F. & Santos, C. (2011). Adaptação cultural da functional assessment of chronic illness therapy - spiritual well-being (FACIT -Sp): estudo de validação em doentes oncológicos na fase final de vida. *Escola Superior de Enfermagem do Porto - Cadernos de Saúde*, 4-2, pp. 37-45.
- Peterman, A.H., Fitchett, G., Brady, M.J., Hernandez, L. & Cella, D.(2002). Measuring spiritual well -being in people with cancer: the functional assessment of chronic illness therapy -Spiritual Well -being Scale (FACIT -Sp). *Annals of Behavioral Medicine*, 24(1): 49 -58
- Prigerson HG, Boelen PA, Xu J, Smith KV, Maciejewski PK. Validation of the new DSM-5-TR criteria for prolonged grief disorder and the PG-13-Revised (PG-13-R) scale. *World Psychiatry*. 2021 Feb;20(1):96-106. doi: 10.1002/wps.20823. PMID: 33432758; PMCID: PMC7801836.
- Prigerson, H.G., Bridge, J., Maciejewski, P.K., Beery, L.C., Rosenheck, R.A., Jacobs, S.C. et al (1999). Influence of traumatic grief on suicidal ideation among young adults. *American Journal of Psychiatry*,156(12):1994-5.
- Prigerson, H.G., Bierhals, A.J., Kasl, S.V., Reynolds III, C.F., Shear, M.K., Day, N., et al (1997). Traumatic grief as a risk factor for mental and physical morbidity. *American Journal of Psychiatry*, 154(5):616-23.
- Prigerson, H.G., Horowitz, M.J., Jacobs, S.C., Parkes, C.M., Aslan, M., Goodkin, K. et al., (2009). Prolonged grief disorder: Psychometric validation of criteria proposed for DSM-V and ICD-11. *PLoS Med*. 2009;6(8).
- Prigerson, H. G., Kakarala, S., Gang, J. & Maciejewski, P. K. (2021). History and Status of Prolonged Grief Disorder as a Psychiatric Diagnosis. *Annual review of clinical psychology*, 17, 109–126. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-081219-093600>
- Prigerson, H. G., Maciejewski, P. K., Reynolds, C. F., 3rd, Bierhals, A. J., Newsom, J. T., Fasiczka, A., Frank, E., Doman, J., & Miller, M. (1995). Inventory of Complicated Grief: a scale to measure maladaptive symptoms of loss. *Psychiatry research*, 59(1-2), 65–79. [https://doi.org/10.1016/0165-1781\(95\)02757-2](https://doi.org/10.1016/0165-1781(95)02757-2)
- Prigerson, H.G. & Selby C. Jacobs (2001). *Traumatic Grief as a Distinct Disorder: A Rationale, Consensus Criteria, and a Preliminary Empirical Test*. In Handbook of Bereavement Research. Edited by Margaret Stroebe, Robert O. Hansson,

- Wolfgang Stroebe and Henk Schut. Washington: American Psychological Association, pp. 613–45.
- Prigerson, H. G., Shear, M. K., Jacobs, S. C., Reynolds, C. F., 3rd, Maciejewski, P. K., Davidson, J. R., Rosenheck, R., Pilkonis, P. A., Wortman, C. B., Williams, J. B., Widiger, T. A., Frank, E., Kupfer, D. J., & Zisook, S. (1999). Consensus criteria for traumatic grief. A preliminary empirical test. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, 174, 67–73. <https://doi.org/10.1192/bjp.174.1.67>
- Prigerson, H. G., Vanderwerker, L. C. & Maciejewski, P. K. (2008). A case for inclusion of *prolonged grief disorder in DSM-V*. In M. S. Stroebe, R. O. Hansson, H. Schut, & W. Stroebe (Eds.), *Handbook of bereavement research and practice: Advances in theory and intervention* (pp. 165–186). Washington, DC: American Psychological Association. <http://dx.doi.org/10.1037/14498-008>
- Puchalski, C., Ferrell, B., Virani, R., Otis-Green, S., Baird, P., Bull, J. & Sulmasy, D. (2009). Improving the quality of spiritual care as a dimension of palliative care: The report of the Consensus Conference. *Journal of Palliative Medicine*, 12, 885–904. doi:10.1089/jpm.2009.0142
- Rando, T. A. (1993). *Treatment of Complicated Mourning*. USA: BookCrafters.
- Reker, G.T. (1997). Personal meaning, optimism, and choice: existential predictors of depression in community and institutional elderly. *Gerontologist*, 37(6): 709–716.
- Rezaei, M., Seyedfatemi, N., and Hosseini, F. (2009). Spiritual well-being in cancer patients who undergo chemotherapy. *Hayat*, 14(4 and 3), 33–39. <http://hayat.tums.ac.ir/article-1-135-en.html>.
- Roepke, A. M., Jayawickreme, E. & Riffle, O. M. (2014). Meaning and health: A systematic review. *Applied Research in Quality of Life*, 9 (4), 1055–1079. <https://doi.org/10.1007/s11482-013-9288-9>
- Rosner, R., Comtesse, H., Vogel, A. & Doering, B. K. (2021). Prevalence of prolonged grief disorder. *Journal of affective disorders*, 287, 301–307. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.03.058>
- Rosner, R., Pfoh, G. & Kotoučová, M. (2011). Treatment of complicated grief. *European Journal of Psychotraumatology*.2(1):7995.
- Rozalski, V., Holland, J. M., & Neimeyer, R. A. (2017). Circumstances of death and complicated grief: Indirect associations through meaning made of loss. *Journal of Loss and Trauma*, 22, 11–23. <http://dx.doi.org/10.1080/15325024.2016.1161426>
- Sacks, J.L. & Nelson, J.P. (2007). A theory of nonphysical suffering and trust in hospice

- patients. *Qualitative Health Response*, 17(5): 675–689.
- Schaal, S., Richter, A., & Elbert, T. (2014). Prolonged grief disorder and depression in a German community sample. *Death Studies*, 38, 476–481. doi:10.1080/07481187.2013.809032
- Shear, K., Jackson, C., Essock, S., Donahue, S. and Felton, C., (2006). Screening for complicated grief among Project Liberty service recipients 18 months after September 11, 2001. *Psychiatric Services*, 2006;57(9):1-7.  
<https://doi.org/10.1176/ps.2006.57.9.1291>
- Shear, M.K., Dennard, S., Crawford, M., Cruz, M., Gorscak, B. & Oliver, L. (2006). *Developing a Two-session intervention for church-based bereavement support: A pilot project*. Paper presented at the 22nd International Society Traumatic Stress Studies, Hollywood, CA, USA, 4–7 November 2006, pp. 5–7.
- Shear, M. K., Reynolds, C. F., 3rd, Simon, N. M., Zisook, S., Wang, Y., Mauro, C., Duan, N., Lebowitz, B. & Skritskaya, N. (2016). Optimizing treatment of complicated grief: A randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*, 73(7), 685–694.
- Shear, M. K., Wang, Y., Skritskaya, N., Duan, N., Mauro, C., & Ghesquiere, A. (2014). Treatment of complicated grief in elderly persons: a randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*, 71(11), 1287–1295.  
<https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2014.1242>
- Silverman, G.K., Jacobs, S.C., Kasl, S.V., Shear, M.K., Maciejewski, P.K. and Noaghiul, F.S. (2000). Quality of life impairments associated with diagnostic criteria for traumatic grief. *Psychological Medicine*, 30(4):857-62.  
doi: 10.1017/s0033291799002524.
- Simões, A., Oliveira, A.L., Lima, M.P., Vieira, C.M.C. & Nogueira, S.M. (2010). O MLQ: um instrumento para avaliar o sentido da vida. *Psicologia, Educação e Cultura*, XIV, 2, pp 247-268.
- Simon, N. M., Shear, K. M., Thompson, E. H., Zalta, A. K., Perlman, C., Reynolds, C. F., Frank, E., Melhem, N. M. & Silowash, R. (2007). The prevalence and correlates of psychiatric comorbidity in individuals with complicated grief. *Comprehensive Psychiatry*, 48(5), 395–399. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2007.05.002>
- Smith, J., & McSherry, W. (2004). Spirituality and child development: A concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 45(3), 307–315
- Smith, K. V., Wild, J. & Ehlers, A. (2020). The masking of mourning: Social

- disconnection after bereavement and its role in psychological distress. *Clinical Psychological Science*, 8(3), 464–476.  
<https://doi.org/10.1177/2167702620902748>
- Soleimani, M. A., Sharif, S. P., Yaghoobzadeh, A., Sheikhi, M. R., Panarello, B. & Win, M. T. M. (2019). Spiritual well-being and moral distress among Iranian nurses. *Nursing Ethics*, 26(4), 1101–1113.
- Steger, M. F. (2012). *Experiencing meaning in life—Optimal functioning at the nexus of well-being, psychopathology, and spirituality*. In P. T. P. Wong (Ed.), *The human quest for meaning: Theories, research, and applications*. 2nd edition (pp. 165–184). Routledge.
- Steger, M. F. (2018). “*Meaning in life: a unified model*,” in *The Oxford handbook of positive psychology*. eds. C. R. Snyder, S. J. Lopez, L. M. Edwards and S. C. Marques. Oxford, United Kingdom: Oxford University Press, 959–967
- Steger, M.F. & Frazier, P. (2006). The meaning in life questionnaire: assessing the presence of and search for meaning in life. *Journal of Counseling Psychology*, 53, 1, 80-93. doi:10.1037/0022-0167.53.1.80
- Stroebe, M. S., Folkman, S., Hansson, R. O., & Schut, H. (2006). The prediction of bereavement outcome: Development of an integrative risk factor framework. *Social Science & Medicine*, 63, 2440–2451.  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2006.06.012>
- Stroebe, M., & Schut, H. (1999). The dual process model of coping with bereavement: rationale and description. *Death studies*, 23(3), 197–224.  
<https://doi.org/10.1080/074811899201046>
- Swinton, J.(2001). *Spirituality and Mental Health Care*. Jessica Kingsley.
- Tedeschi, R. G., Cann, A., Taku, K., Senol-Durak, E., and Calhoun, L. G. (2017). The posttraumatic growth inventory: a revision integrating existential and spiritual change. *Journal of Traumatic Stress*. 30, 11–18. doi: 10.1002/jts.22155
- Titlestad, K. B., & Dyregrov, K. (2022). Does ‘time heal all wounds?’ The prevalence and predictors of prolonged grief Among drug-death bereaved family members: A cross-sectional study. *Omega. Advance online publication*.  
<https://doi.org/10.1177/00302228 221098584>
- Vasigh, A., Tarjoman, A., & Borji, M. (2018). The effect of spiritual-religious interventions on patients’ pain status: systematic review. *Anaesthesia, Pain & Intensive Care*, 22(4), 499–505.

- Vasigh, A., Tarjoman, A., & Borji, M. (2019). Relationship between spiritual health and pain self-efficacy in patients with chronic pain: a cross-sectional study in west of Iran. *Journal of Religion and Health*.  
<https://doi.org/10.1007/s10943-019-00833-7>.
- Vazifeh doust, M., Hojjati, H., & Farhangi, H. (2019). Effect of spiritual care based on ghalbe salim on anxiety in adolescent with cancer. *Journal of Religion and Health*. <https://doi.org/10.1007/s10943-019-00869-9>
- Wang, E., Hu, H., He, Y. & Xu, Y. (2021). Can social support matter? The relationship between social support and mental health among bereaved parents in an only-child society: Evidence from China. *Health & Social Care in the Community*, 29(2), 476–486. <https://doi.org/10.1111/hsc.13108>
- World Health Organization. (2019). *International statistical classification of diseases and related health problems* (11th ed.). <https://icd.who.int/>
- Weber, S. R., & Pargament, K. I. (2014). The role of religion and spirituality in mental health. *Current opinion in psychiatry*, 27(5), 358–363.  
<https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000080>
- Wilsey, S. A., & Shear, M. K. (2007). Descriptions of social support in treatment narratives of complicated grievers. *Death Studies*, 31(9), 801–819.  
<https://doi.org/10.1080/07481180701537261>
- Wilt, J. A., Exline, J. J., Grubbs, J. B., Park, C. L., & Pargament, K. I. (2016). God's role in suffering: Theodicies, divine struggle, and mental health. *Psychology of Religion and Spirituality*, 8(4), 352–362. <https://doi.org/10.1037/rel0000058>
- Wong, P. T. P. (2010). Meaning therapy: An integrative and positive existential psychotherapy. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 40(2), 85–93.  
<https://doi.org/10.1007/s10879-009-9132-6>
- Worden, W. (1983). *Aconselhamento do luto e terapia do luto: um manual para profissionais da saúde mental*. Roca.
- Worden, J. W. (2009). *Grief counseling and grief therapy: A handbook for the mental health practitioner*. Springer Publishing Company.
- Zeligman, M., Varney, M., Grad, R. I. & Huffstead, M. (2018). Posttraumatic growth in individuals with chronic illness: The role of social support and meaning making. *Journal of Counseling & Development*, 96(1), 53–63. <https://doi.org/10.1002/jcad.12177>
- Zech, E., Ryckebosch-Dayez, A.-S., & Delespau, E. (2010). Improving the efficacy of

- intervention for bereaved individuals: Toward a process-focused psychotherapeutic perspective. *Psychologica Belgica*, 50(1–2), 103–124.
- Zika, S. & Chamberlain, K. (1992). On the relation between meaning in life and psychological well-being. *British Journal of Psychology*, 83: 133–145.
- Zinnbauer, B. J., Pargament, K. I., Cole, B., Rye, M. S., Butter, E. M., Belavich, T. G. & Kadar, J. L. (1997). Religion and spirituality: Unfuzzifying the fuzzy. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 36, 549–564. doi:10.2307/1387689
- Zheng, Y., Kim, J. & Wuest, L.G. (2024) Exploring an Unrecognized Grief: A Quantitative Study of Older American Parents Whose Only Child Has Died, *Journal of Loss and Trauma*, 29:5, 577-599.  
doi: 10.1080/15325024.2023.2285969
- Zuehlke, T.E. & Watkins, J.T. (1975). The use of psychotherapy with dying patients: an exploratory study. *Journal of Clinical Psychology*, 31(4): 729–732.

## **ANEXOS**

### **ANEXO I – Revisão de Literatura**

A morte afeta as crenças básicas do ser humano sobre o mundo e sobre si próprio. O mundo é bom, seguro, caridoso e significativo (Janoff-Bulman, 1992). Ao contrário, a morte recorda-nos que o mundo é inseguro, imprevisível e incontrolável pelo que a saliência da morte provoca sentimentos de perda e afeta o significado de vida (Neimeyer et al., 2010).

#### **O Luto**

O luto é, essencialmente, uma reação humana a uma perda significativa (Barbosa, 2016). Neimeyer e Ramírez (2002), realçam que a severidade da reação emocional é proporcional à intensidade da relação emocional com o falecido. Ainda assim, é expectável que diminua com passar do tempo (Horowitz, 1997)

Vários enquadramentos teóricos sobre o luto foram propostos ao longo do tempo: teorias que abordam o processo por fases (Parkes, 1972; Rando, 1993); a teoria da vinculação, perda e luto (Bowlby, 1980); o modelo de tarefas de luto (Worden, 1983); o modelo dual de coping (Stroebe & Schut, 1999); a procura de significado (Neimeyer, 2000) e o modelo de continuidade dos laços (Klass & Walter, 2001).

Outras teorias nasceram da necessidade de especificar formas particulares de luto, significativamente marcantes, como a de luto parental, o qual foi conceptualizado por Denhup (2017) como um processo sem fim, na qual os pais experienciam uma realidade completamente nova. Porta et al. (2013) sugere fases específicas para este caso particular: uma primeira de choque e negação, a segunda de stress agudo e isolamento e, finalmente, uma fase de reorganização.

Mas, independentemente, do enquadramento teórico à luz da qual optemos por analisar o luto, a verdade é que este é vivido de forma diferenciada por todos os indivíduos (Burke et al., 2014).

Para Worden (1983), o luto é um ponto de viragem no desenvolvimento pessoal, uma transição psico-social que acarreta um risco significativo para a saúde física e mental.

## **Perturbação de luto prolongado**

À semelhança das teorias que endereçaram o tema do luto, assistimos, nas últimas décadas, ao surgimento de diferentes critérios de diagnóstico e terminologias para explicar o luto não normativo, desde o conceito de “luto patológico” (Horowitz et al., 1993) a “luto complicado” (Prigerson, et al., 1995), “luto traumático” (Prigerson, et al., 1997) até à introdução do conceito “perturbação de luto prolongado”, teorizado por Prigerson et al. (2009) e que seria a base da introdução posterior do conceito no ICD-11 em 2018 e no DSM-5-R em 2022.

A introdução do diagnóstico da PLP no DSM e ICD foi objeto de discussões controversas durante anos por receio de, por um lado, classificar como patológica uma reação natural à perda e, por outro, pela responsabilidade de reconhecer e tratar adequadamente uma reação tão intensa e incapacitante (Bryant, 2014).

A perturbação de luto prolongado (PLP) foi definida por Prigerson et al. (2009) como a vivência que se segue à perda de um ente significativo e que se manifesta através de intenso anseio e preocupação pelo falecido com manifestações de sintomatologia cognitiva, comportamental e emocional severa que resulta em compromisso significativo da vida ocupacional e social e que se estende por um período superior a 6 meses. Foi esta definição a base de inclusão deste diagnóstico no *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5-TR) em Março de 2022 (APA, 2022).

Não obstante, a controvérsia manteve-se e um estudo de Haneveld et al. (2022) demonstrou que a taxa de diagnóstico de pessoas que procuraram ajuda por suspeita de PLP foi de 52% de acordo com os critérios do DSM-V, significativamente mais baixa que a do ICD-11 (de 76%). No entanto, se o tempo de persistência de sintomas previsto no ICD-11 fosse aumentado para um ano, levaria a um quase perfeito alinhamento de diagnóstico entre os dois manuais. Os autores sugeriram, em consequência, uma revisão da alteração dos critérios do ICD-11.

Rosner et al. (2021) estimam que a prevalência de pessoas em luto que desenvolvem PLP se estima em 4,2% de acordo com os critérios do ICD-11 e 3,3% se cumpridos os critérios do DSM-V. Esta percentagem coincide com a indicada no DSM-V (APA, 2022) a qual aponta para uma prevalência de 2,4 a 4,8% sendo mais frequente em indivíduos do sexo feminino do que nos do sexo masculino. Já Lobb et al. (2019) e Lunderff et al. (2017) apontam para uma maior incidência – 7 a 10%.

Serão resumidos, de seguida, os critérios de PLP à luz do DSM-V (APA 2022), o qual explicita que a PLP poderá ser diagnosticada a indivíduos que tenham experienciado a morte de alguém com quem detinham um relacionamento significativo e que, desde a data da morte, vivenciem com um grau clinicamente significativo, na maioria dos dias, durante pelo menos 12 meses em adultos e 6 meses em crianças, pelo menos um dos quatro sintomas seguintes: preocupação com o falecido ou com as circunstâncias da sua morte, sentimento de saudade persistente do falecido e dor ou pesar emocional intenso. Adicionalmente, o DSM-V (APA, 2022) exige que se verifique ainda, desde o falecimento, e, mais uma vez, na maioria dos dias e em grau clinicamente significativo, por 12 meses em adultos e 6 meses em crianças, 6 dos seguintes sintomas: dificuldade de aceitação da morte; vivência de ceticismo ou torpor emocional relativamente à perda; dificuldade em lidar com memórias positivas do ente falecido; Emoções de raiva ou amargura; avaliações não adaptativas sobre o próprio (ex. sentimento de culpa); comportamentos de evitamento desproporcionais (evitar locais, pessoas, pensamentos ou circunstâncias); perturbação social da identidade; vontade de se unir ao falecido através da sua própria morte; desconfiança de terceiros; sentimentos de isolamento ou solidão; crença de perda do sentido da vida ou de que não conseguirá sobreviver sem a presença da pessoa perdida; dificuldade de clarificação sobre o seu papel na vida ou sobre a sua identidade (ex. sentir que uma parte de si morreu); incapacidade ou dificuldade em fazer planos ou perseguir objetivos e atividades. Por fim, o DSM-V-R (APA, 2022) especifica que estes sintomas se consubstanciam em compromisso funcional significativo em uma ou mais facetas da vida quotidiana e que as manifestações de luto não são consistentes com as normas da cultura, religião e faixa etária em que o indivíduo se insere.

O DSM-V-R (APA, 2022) especifica ainda a importância de se avaliar a presença de luto traumático, ou seja, o vivenciado por circunstâncias violentas da morte (ex. homicídio, suicídio) em que podem persistir memórias e preocupações traumáticas (ex. últimos momentos, feridas infligidas, intencionalidade, natureza maldosa). No entanto, a PLP distingue-se da perturbação de stress pós-traumático e da depressão pós-perda (Bonanno et al., 2007).

Ao longo do tempo, muitos estudos têm identificado fatores relevantes como mediadores do luto. Worden (2009) salientou a relação com o falecido, a natureza da relação, o tipo de morte, os antecedentes históricos, as variáveis pessoais e sociais e adversidades concorrentes causadores de stress. De acordo com este enquadramento, a

idade, o gênero, o estilo de vinculação, a estratégia de coping e a espiritualidade são caracterizadas como variáveis pessoais; o tempo e causa da morte são considerados no “tipo de morte” e as variáveis sociais incluem a percepção de suporte social de diferentes fontes.

Mais recentemente, Zheng et al. (2024), alertam para o manancial de estudos empíricos que alargaram o nosso entendimento sobre como vários fatores de risco se relacionam com a PLP. Foi evidenciado que quanto maior a idade, maior a probabilidade de desenvolvimento de PLP (Kersting et al., 2011; Newson et al., 2011; Lundorff et al., 2017). A diferença de gênero é muito significativa e muito mais prevalente nas mulheres mas quando analisada a severidade dos sintomas, essa conclusão já não é válida (Burke & Neimeyer, 2013; Lundorff et al., 2017). Também o baixo nível socioeconômico, a perda de um filho ou cônjuge e antecedentes de saúde mental fragilizada são fatores de risco acrescido (Lobb et al., 2010).

Os pais com um estilo de vinculação evitante apresentam sintomas de luto mais prolongado no tempo (Meert et al., 2011) e Fraley & Bonanno (2004), num estudo longitudinal, concluem que este mesmo estilo de vinculação aumenta a probabilidade de prolongamento ou severidade dos sintomas associados ao processo de luto, para a população em geral. No entanto, Eisma et al. (2023) conduziram uma revisão sistemática da literatura e, apesar de identificarem uma associação positiva entre o estilo de vinculação evitante e a PLP indicaram que estudos longitudinais não comprovaram essa relação.

Relativamente ao tipo de morte é, sem surpresas, que se constata que a morte que envolve violência como o suicídio ou o homicídio é um dos mais importantes fatores de risco para a PLP (Burke & Neimeyer, 2013) assim como a perda de um filho por motivos associados à droga (Feigelman et al., 2011). O tempo desde o falecimento é outro preditor forte da PLP (Doering et al., 2022) e a intensidade do pesar e do stress psicológico associado à perda, incluindo a de um filho, declina com o tempo. (Champion & Kilcullen, 2023); no entanto, os sintomas não decrescem com o tempo na PLP da mesma forma como o fazem no luto não patológico (Titlestad & Dyregrov, 2022). Um dos fatores de proteção mais relevantes no processo de luto é a percepção de suporte social (Boulware & Bui, 2016; Mason et al., 2020) e a presença real de uma rede de suporte (Wang et al., 2021; Cacciatore et al., 2021). No entanto, esse mesmo suporte social tem que ser adequado uma vez que, independentemente da intencionalidade positiva, qualquer nota de

insensibilidade pode levar os indivíduos a sentirem-se mais isolados e incompreendidos na sua luta (Wilsey & Shear, 2007).

Estratégias de coping são reconhecidamente um fator importante no processo de luto. As estratégias focadas no problema e na emoção estão associadas a um maior crescimento pós-traumático (Drapeau et al., 2018). No extremo oposto, estratégias mal adaptativas, de valência negativa sobre o mundo, o futuro, os outros e o self estão associados a maiores sintomas (Shear et al., 2014). Harper et al. (2014), indicam que estratégias evitantes estão associadas a uma maior severidade de sintomas no luto parental.

Nesta linha, Eisma e Stroebe (2021), conduziram uma revisão sistemática sobre estratégias de regulação emocional e identificaram evidência forte na relação entre a persistência e complexidade do processo de luto e a ruminação e o evitamento. Eisma et al. (2022), alertam para a relação forte entre a ruminação diária e afeto negativo em pessoas com sintomas prolongados de luto. Encontraram ainda suporte consistente entre pensamentos negativos repetitivos e sintomas de luto prolongado.

Zheng et al., (2024), no seu estudo sobre o luto de pais que perderam o seu único filho, identificaram resultados consistentes com estudos anteriores (Christian et al., 2019; Doering et al., 2022; Hawthorne et al., 2016; Mason et al., 2020; Meert et al., 2011; Shear et al., 2014) e que apontam para que estes pais percecionem menos suporte social da parte de família e amigos, apresentem um estilo de vinculação mais próximo do evitante, adotem estratégias como a negação e culpa e são menos focados no problema e na emoção, apresentando dificuldades de aceitação e de construção de um enquadramento positivo.

Apesar da existência de imagens mentais perturbadoras não fazer parte dos critérios de diagnóstico da PLP (ao contrário da Perturbação de stress pós-traumático ou Perturbação obsessivo-compulsiva), Harrison et al. (2021), desenvolveram um estudo para investigar a frequência dos diferentes tipos de imagens mentais em sujeitos com diagnóstico de PLP e a sua associação com a psicopatologia e como se comparavam com um grupo de controlo. As conclusões apontaram para que o grupo experimental testemunhasse uma maior frequência de imagens positivas e negativas que o grupo de controlo, com uma exceção. Este último grupo partilhou significativamente mais imagens positivas sobre o futuro. O grupo experimental relatou a existência de imagens mais

vívidas e partilhou uma maior dificuldade no controlo sobre o seu surgimento e desaparecimento. Foi ainda identificada uma relação entre a maior frequência de imagens e a depressão, sendo que esta é uma das comorbilidades mais comuns do PLP, a par com a perturbação por uso de substâncias e a PSPT (Harrison et al., 2021; APA, 2022).

Quando não tratada, a PLP prediz significativamente muitos problemas de saúde, incluindo cancro e doenças cardiovasculares (Prigerson, Vanderwerker, & Maciejewski, 2008), risco de suicídio (Latham & Prigerson, 2004), depressão, ansiedade e abuso de substâncias (Boelen & Prigerson, 2007), disfunção do sistema imunitário e menor qualidade de vida (Prigerson et al., 2009). Rosner et al. (2021), estimam que 60% das pessoas com um provável diagnóstico de PLP procuram cuidados de saúde.

Prigerson et al. (2021), alertam para outros sintomas característicos da PLP, entre eles, a descrença ou dificuldade de aceitação da perda, o entorpecimento emocional face a terceiros, a perturbação de identidade, a solidão e a falta de sentido.

### **Significado da vida**

Apesar da reflexão sobre o significado da vida (SdV) ser tão antigo como o pensamento filosófico, a pesquisa clínica sobre este tema tem o carimbo de Viktor Frankl que, depois da sua estadia nos campos de concentração nazis, desenvolveu a Logoterapia e disseminou a sua crença em que a vontade de encontrar um sentido era a força principal que movia o ser humano, embora esta variasse de homem para homem e a cada momento (Frankl, 1946). Desde a emergência do existencialismo, o desenvolvimento de intervenções direcionadas ao SdV atraiu particular interesse (Zhuelke, 1975; Zika, 1992; Breitbart, 2002). O movimento da psicologia positiva ((Duckworth et al., 2005; Seligman, 2002) deu novo fôlego à investigação científica deste tema.

Baumeister (1991), defendia que a motivação para procurar o significado da vida (SdV) emergia da ausência de sentido. Em resultado, quando os indivíduos enfrentam ameaças à sua existência, desenvolvem uma necessidade psicológica de encontrar sentido na sua vida. (Baumeister, 1991; Juhl & Routledge, 2014). Esta ideia é suportada por evidência empírica. Por exemplo, dois meses depois do “11 de setembro” dois terços de adultos americanos inquiridos reportaram estar em busca de sentido para a sua existência (Updegraff et al., 2008). Analogamente, estudos laboratoriais demonstraram que perante a saliência da morte, tendem a procurar significado na sua existência, defendendo a sua perspectiva cultural sobre o mundo (Hayes et al., 2010; Pyszczynski et al., 2010).

Guerrero-Torreles et al. (2017), afirmam que múltiplos significados, similares mas não idênticos têm sido atribuídos ao construto SdV, incluindo crenças e um sentido de ordem, propósito e a prossecução de objetivos de realização. A maioria dos autores concordo que o SdV é um conceito percecionado de forma diferente por cada individuo (Lyon & Younger, 2005) sendo que, para alguns, a sua componente cognitiva (ideias, crenças) é predominante (Steger et al., 2006) enquanto, para outros, domina a componente intencional (o desenvolver de atividades úteis) (Reker, 1997).

Martela e Steger (2023) defendem que a existência de múltiplas conceptualizações teóricas sobre o SdV, muitas vezes sobrepostas, criou urgência na resolução desta questão. Uma análise integrativa da teoria sobre a temática demonstrou a existência de elevado consenso sobre uma visão tridimensional do SdV, que consiste no significado, propósito e coerência (Martela & Steger, 2016). Significado é definido como o sentido dos valores inerentes à vida e em viver uma vida que valha a pena; Propósito é entendido enquanto um conjunto de objetivos principais e direções no rumo da vida; E coerência é o sentido de compreensão, a ideia da vida fazer sentido (Martela & Steger, 2016). As autoras salientam ainda que o significado pode ser visto como um elemento avaliativo, o propósito como motivacional e a coerência como a componente cognitiva.

Uma tricotomia similar foi proposta por George e Park (2016, 2017), a qual destacava a compreensão, o propósito e o “*mattering*”. Enquanto as definições de coerência/compreensão e propósito são idênticas entre os autores, existem dúvidas se o significado e o “*mattering*” são o mesmo construto. George e Park (2016) definem “*mattering*” como o grau em que os individuos acreditam que a sua existência tem importância, valor e significado no mundo. Já Costin e Vignoles (2020) definem-na como o sentimento de acreditar que as suas ações fazem diferença no mundo e que a vida vale a pena ser vivida. Enquanto estas definições se focam mais no impacto da existência no mundo, a definição de significado de Martela e Steger (2016) aproxima-se mais da visão do individuo para com o valor da sua própria vida (Martela & Steger, 2023).

Mas além da definição do construto, urge também clarificar a diferença entre a procura do significado e a sua presença. Steger et al. (2006), defendem que enquanto o significado parece ser um indicador de uma vida apreciada e saudável, a procura de significado é muito mais difícil de clarificar. Tipicamente, a procura de sentido foi caracterizada como uma resposta a eventos adversos, mas a verdade é que aparenta ter considerável variabilidade nos diferentes estudos realizados, sendo que existe pouca

evidência que suporte o facto da procura de significado se manifestar apenas perante a ausência desse mesmo significado. Ao contrário, tem sido provado que é distinta e independente da presença (Martela & Steger, 2023). Por exemplo, Simões et al. (2010), levantam a hipótese de a presença nunca ser completa ou ser circunstancial ou evolutiva, implicando que a procura é contínua ao longo da vida, de forma a dar resposta às sucessivas mudanças. A possibilidade da MLQ medir procura e presença de forma independente permite identificar os que, apesar de manifestarem presença de sentido, continuam a persegui-lo e os que, apesar de sentirem que a sua vida não tem significado, optaram por também não o procurar (Martela & Steger, 2023). Com efeito, Frankl (1965) e Maddi (1970) podem estar corretos quando defendiam que a procura do sentido da vida pode ser uma frustração geradora de intenso *stress*.

Mas, independentemente das dificuldades conceptuais, o SdV tem demonstrado crescente importância enquanto tópico de pesquisa, evidenciando elevada associação com a saúde, mortalidade e bem-estar em geral (Cohen et al., 2016; Roepke et al., 2014; Steger, 2012; Wong, 2010). É considerado um dos elementos cruciais para a saúde mental (Fusar-Poli et al., 2020) e para o bem estar psicológico (Fischer et al., 2021).

A investigação comprovou ainda que o SdV tem um papel fundamental no bem estar de pessoas com doença avançada (Alon, 2010), bem-estar esse avaliado quer em termos psicológicos (Zika and Chamberlain, 1992) quer em termos espirituais (Breitbart, 2010;2012) quer em qualidade de vida (Henry et al. 2010; Mok et al., 2012). Outros autores salientaram como a presença de significado pode ajudar a lidar melhor com a doença (Sacks and Nelson, 2007) e a adaptar-se a circunstâncias relacionadas quer com a própria doença, quer com a de um ente significativo (Brandstatter et al., 2014) assim como a tolerar sintomas físicos severos (Brady, 1999).

Adicionalmente, o SdV demonstrou ainda estar associado positivamente à resistência ao stress (Moomal, 1999), e negativamente correlacionado com a ansiedade e a depressão (Reker, 1997; Zika & Chamberlain, 1992), com o neuroticismo (Pearson & Sheffield, 1974) e com o abuso do álcool e outras substâncias (Debats, 1999). O sentido da vida revelou ter um papel moderador, nas circunstâncias traumáticas – conduz a atitudes mais positivas, face à doença, à morte e ao sofrimento (Bower, Kemeny, Taylor & Fahey, 1998; Kállay & Miclea, 2007).

## **Luto e Significado**

O paradigma de reconstrução de significado assenta no pressuposto de que os indivíduos compreendem e reagem ao mundo com base num sistema de crenças orientadoras (Neimeyer, 2006; 2016). Estas permitem que as pessoas atribuam significados a acontecimentos do quotidiano e que escolham as suas respostas a esses mesmos eventos. Depois de uma perda significativa, o enlutado pode considerar que os seus sistemas de orientação não suportam adequadamente a experiência de luto, uma vez que a perda sofrida não encontra explicação e entendimento no seu enquadramento anterior da vida, do mundo e deles próprios (Park, 2010). A construção de significado é a forma de enfrentar este desafio e passa por visitar os elementos do sistema de orientação com vista a desenvolvê-lo de forma a que possa acomodar e ser útil a esta nova realidade (Gillies, Neimeyer, & Milman, 2014). O novo significado é o resultado deste processo de construção e emerge quando a revisão do sistema de crenças orientadoras consegue acomodar e endereçar a experiência de luto (Milman et al., 2019).

Naturalmente, o conteúdo do significado construído depende de como o enlutado foi desafiado e como endereçou esta reconstrução (Milman et al., 2019). Assim, uma aproximação para aceder ao significado construído baseia-se em inquéritos genéricos, questionando como o indivíduo está a integrar a sua perda no seu sistema de compreensão de si próprio, do mundo que o rodeia e da vida (Holland, Currier, & Neimeyer, 2014). Alternativamente, Gillies, Neimeyer e Milman (2015) tentam avaliar como foi integrada a experiência de luto numa variedade de temas específicos inerentes ao SdV, como o crescimento pessoal que se relaciona com a mudança positiva da identidade; o apreciar da vida pela confrontação com a sua natureza efêmera; o sentimento de paz, muitas vezes relacionado com a perceção de que a morte aliviou o sofrimento do falecido (e.g. após uma doença prolongada) ou do próprio (e.g. após uma experiência difícil enquanto cuidador) e a continuidade de laços simbólicos, uma forma de manutenção da conexão com o falecido em resposta à sua ausência. Mas a reconstrução de significado também pode ser feita com recurso a afeto negativo (Gillies et al., 2015) através, por exemplo, do desenvolvimento da perceção de isolamento social perante a perda de uma figura central, comprovando a natureza pluralista do processo de reconstrução de significado após uma perda (Milman et al., 2019).

Milman et al. (2019) salientam que a construção de significado é um mediador entre o desenvolvimento da sintomatologia da PLP e o impacto adverso dos fatores de

risco subjacentes. Estes fatores são, segundo Burke e Neimeyer, (2013), a falta de suporte social, estilo de vinculação insegura/evitante, morte violenta por homicídio, suicídio ou acidental, perda de um filho ou esposo/a e neuroticismo. Milman et al., 2019, sugerem que os fatores de risco contribuem para agravar a sintomatologia da PLP pois dificultam o processo de construção de significado. Constataram que cada um dos fatores de risco avaliados num primeiro momento estava associado com um menor significado construído, avaliado 10 meses depois. Por sua vez, os participantes que não reconstruíram o significado da vida de forma a integrar a sua perda manifestaram mais sintomatologia de PLP. Não só a identificação de significado parece comprovadamente ser um objetivo a incluir na terapia do luto como o próprio processo de reconstrução parece ter uma função no mecanismo de controlo dos fatores de risco da PLP (Milman et al., 2019).

Esta conclusão que vai de encontro a alguns estudos prévios cujos resultados também apontam para o papel perturbador dos fatores de risco no processo de reconstrução de significado, aumentando, em consequência, a probabilidade de PLP (Neimeyer, Baldwin, & Gillies, 2006; Parkes & Prigerson, 2013; Stroebe et al., 2006). Outros estudos realizados com conclusões similares, dirigiram-se fundamentalmente à influência do fator “morte violenta” e o seu papel disruptivo na construção de significado (Currier, Holland, & Neimeyer, 2006; Rozalski, Holland, & Neimeyer, 2017; Lichtenthal, Neimeyer, Currier, Roberts, & Jordan, 2013

A construção de significado assenta no pressuposto de que algo de bom ou um novo sentido possa emergir de tempos desafiantes e o crescimento pós-traumático é a mudança positiva que ocorre após um evento traumático (Lee et al., 2019). Adicionalmente, quando considerados os resultados a longo prazo, Park, C. (2005) indica que quer a religião, quer a espiritualidade podem ter uma influência positiva uma vez que encorajam o procura e encontro de sentido provocados por eventos adversos.

### **Espiritualidade**

Em primeiro lugar, cumpre salientar que, embora relacionados, a religião e a espiritualidade são construtos diferentes (Zinnbauer et al., 1997). A religião é um sistema organizado de crenças e comportamentos associados à fé na existência de um ou mais seres superiores, como Deus (Koenig, 2009), enquanto a espiritualidade é, segundo Puchalski et al. (2009), a procura individual por um sentido na vida e na conexão com o mundo. Quer a religião, quer a espiritualidade podem moldar a perspetiva individual do

mundo e, dessa forma, ter um papel significativo na construção de significado após o luto (Davis & Nolen- Hoeksema, 2001). Segundo Dein et al. (2010), a espiritualidade é um conceito mais inclusivo do que a religião no sentido que acomoda todos os indivíduos que, mesmo ateus ou agnósticos, se consideram espirituais.

Neimeyer (2001) salienta que, com as perdas indesejáveis mas inevitáveis que sucedem ao longo da vida – de pessoas, lugares, projetos e posses – somos chamados a reconstruir um novo sentido para o nosso mundo, o qual foi desafiado pela perda a vários níveis – dos simples hábitos quotidianos à nossa identidade social mas também à nossa cosmologia – pessoal ou coletiva, secular ou espiritual.

### **Luto e espiritualidade**

Neimeyer e Burke (2016), afirmam que, para um conjunto de enlutados com inclinação espiritual, o luto pode provocar uma crise de fé – a constatação de que o enquadramento espiritual com que compreendiam e experienciavam a vida são colocados em questão. No contexto do luto, este questionamento espiritual debilitante e prolongado que inclui a erosão ou o colapso do sentido da relação do enlutado com Deus ou com os seus pilares, foi denominado luto espiritual complicado (Burke et al., 2011; Shear et al., 2006) e demonstrou uma associação empírica consistente com o luto complicado (Prigerson & Jacobs, 2001; Burke & Neimeyer, 2014).

De uma forma geral, a perda pode desafiar os esquemas de fé previamente existentes, incluindo a perceção de Deus (Burke & Neimeyer, 2014). O abalo na imagem de Deus no processo de luto é considerada parte do luto espiritual complicado (Burke et al., 2019), o qual é associado ao fenómeno da luta divina, definida como uma resposta que envolve a luta com as crenças divinas ou um conflito vivido com raiva ou desilusão relativamente à relação do indivíduo com Deus (Exline et al., 2014). É essencial compreender esta luta interna face à sua elevada associação com o bem-estar (Kelley & Chan, 2012) e seu impacto negativo na saúde mental (Wilt et al., 2016), nomeadamente com a ansiedade e distress (Abu-Raiya et al., 2016), e relacionado com maior perceção de risco de suicídio entre indivíduos deprimidos (Currier et al., 2020).

Outros estudos alertam para a importância que as diferenças culturais têm na construção de significado e na vivência espiritual (Hawthorne et al., 2016; Hebert et al.,

2007; Schaal et al., 2014). Um estudo na Letónia (Maslovska & Miezītis, 2008), defende que o advento da transformação socioeconómica e política trouxe uma nova perspetiva de vida às mulheres, que integra não só a religião e espiritualidade mas também a filosofia e a ciência que, combinadas, trazem uma nova representação do mundo pós independência. No seu estudo qualitativo, concluíram que as mulheres com maior definição e consciência da sua filosofia de vida apresentavam também uma melhor adaptação à perda (Maslovska & Miezītis, S., 2008).

Já na Suécia, um estudo revelou que as suas estratégias de *coping* para lidar com o luto são fundamentalmente seculares, nomeadamente, falar com os outros sobre os seus sentimentos, ponderar o sentido da vida sozinhos e passar tempo em contacto com a natureza, ilustrando como a cultura influencia as práticas adotadas para ultrapassar o luto (Ahmadi & Zandi, 2021).

Na comunidade israelita não religiosa, um estudo conduzido por Barak e Leichtentritt (2015) sugeriu a possibilidade de os pais enlutados seguirem um processo de reconstrução de significado ideológica, após a perda, significando isto que uma derivação do domínio sociopolítico e de negociação com o envolvimento social de forma a conquistar nova coerência de si e do global. De forma similar, a ideologia única da corrente moderna ortodoxa que combina religião com aspetos políticos nacionais, pode envolver ambos no processo de luto (Frei-Landau et al., 2022). No seu estudo com pais israelitas enlutados, as duas principais conclusões foram a necessidade de incluir aspetos socioculturais no estudo da luta divina e, a segunda, a identificação de uma nova forma de conflito divino – o silenciado, ou seja, o que não é expresso, é interno e implícito (Frei-Landau et. al., 2022).

Por sua vez, Kaul (2021), alerta para a necessidade de endereçar a transformação psicoespiritual que, muitas vezes sucede à perda, considerando os valores culturais e crenças da sociedade em que se insere o individuo, como, o que motivou o seu estudo, o conceito de Karma na perspetiva do hinduísmo.

Estes quatro exemplos de estudos provenientes de ambientes socioculturais e religiosos tão distintos – Suécia, Letónia, Israel e Índia – visam salientar a necessidade de, como sugerem Dein et al. (2010), compreender como é que a religião e espiritualidade afetam as vidas dos seus pacientes e como é que esses valores podem ser usados para facilitar o processo de cura e, como salientam Ahmadi and Zandi (2021), entender que a

cultura em que estamos inseridos (na sua perspectiva secular além de religiosa ou espiritual) tem um importante papel na escolha das estratégias para lidar com o luto e no sentido que vamos atribuir à perda.

Weber e Pargament (2014) abordam a duplicidade dos efeitos da religião e espiritualidade no sentido em que tanto se evidenciam sinais de que promovem a saúde mental através do suporte, crenças positivas, estratégias de coping adaptativas como podem afetá-la significativamente por meio de crenças negativas, estratégias desadaptativas, malentendidos e falta de comunicação/perspetiva. Não obstante, salientam que a incorporação de temas espirituais em terapia tem vindo a demonstrar-se promissora.

Não obstante, estudos mais recentes não têm demonstrado uma relação consistente entre a espiritualidade e a PLP. De facto, algumas pessoas com PLP não parecem beneficiar da sua espiritualidade (Lee et al., 2022). Em complementaridade, um outro estudo indica que apenas as pessoas que classificam a sua espiritualidade como muito importante na sua vida quotidiana, parecem beneficiar dela no processo de luto (Christian et al., 2019).

Num estudo que visava avaliar o impacto da espiritualidade no processo de luto de pais que perderam o seu único filho, Zheng et al. (2024) concluíram, em primeiro lugar, que uma percentagem significativa destes pais sofrem de PLP e que, estes reportam menos atividades espirituais diárias. Adicionalmente, de entre os pais com maior severidade de PLP, os que têm rituais espirituais diários, reportam menos sintomas de luto. Os autores concluem que a prática de mais experiências espirituais parece servir como fator protetor contra a PLP sendo que os benefícios parecem ser exclusivos de quem possui altos níveis de espiritualidade, muito embora a relação entre a espiritualidade e esta perturbação não seja ainda totalmente clara.

Na mesma linha, Eisma et al. (2022) salientam a vantagem de usar estudos baseados em diários de comportamentos relevantes na adaptação pós-luto, como forma de estudar de forma mais precisa como é que a frequência e tipo de hábitos espirituais pode ou não influenciar os sintomas da PLP.

Lee et al. (2022) conduziram entrevistas sobre a perda a uma amostra considerável de adultos enlutados. Os resultados demonstraram que a religiosidade e espiritualidade estavam associadas a maior reatividade emocional, mas a influência da espiritualidade

parece ter sido moderada por sintomas de luto prolongado, ou seja, a espiritualidade parece predizer maior regulação emocional adaptativa entre os que têm sintomas mais leves de PLP mas não nos que manifestam maior severidade, conclusões que apontam não só benefícios da espiritualidade mas também os seus limites.

Efetivamente, não é ainda possível concluir inequivocamente sobre a natureza da relação entre a espiritualidade e a PLP, a qual carece da continuidade de estudos (Zheng et al., 2024).

## ANEXO II – Protocolo de avaliação

### Questionário sociodemográfico

Q3. Idade

Q4. Nacionalidade

Q5. Residência

Q6. Sexo

Feminino

Masculino

Outro. Qual ?

Q7. Estado Civil

Solteiro(a)

Casado /União de facto

Divorciado(a)

Viúvo(a)

Separado (a)

Outro. Qual ?

Q11. Por quantos elementos é constituído o seu agregado familiar?

Q8. Tem filhos?

Sim  Não

Q9. Quantos filhos tem?

Q10. Quais são as idades?

Q12. Habilitações literárias completas

- Sem escolaridade     Ensino básico     Ensino secundário  
 Licenciatura     Mestrado     Doutoramento  
 Outro. Qual ?

Q13. Situação profissional

- Estudante     Desempregado (a)     Empregado(a)  
 Reformado     Outra. Qual ?

Q14. Profissão

Q15. Religião

Q16. Assinale o nível de concordância com as seguintes afirmações.

	Discordo Totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente	Prefiro não responder
Considero-me uma pessoa religiosa?						
Considero-me uma pessoa espiritual?						

Q17. Já teve ou tem acompanhamento psicológico/psiquiátrico?

- Sim     Não

*Prolonged Grief Disorder Revised - PG-13-R*

Q26. Assinale o seu nível de stress relativamente às seguintes situações.

	Nada stressante	Quase nada	Um pouco	Moderadamente	Muito	Bastante	Extremamente stressante
Que nível de stress sentiu quando soube da morte do seu ente querido?	O	O	O	O	O	O	O
Que nível de stress sente relativamente à morte do seu ente querido, neste momento?	O	O	O	O	O	O	O

Q27. Para cada item abaixo, por favor indique como se sente atualmente, desde a morte ou como consequência dessa perda...

	Não, de todo	Ligeiramente	Um pouco	Bastante	Extremamente
Sente saudades da pessoa que faleceu?	O	O	O	O	O
Tem dificuldades a fazer coisas que normalmente faz porque está a pensar na pessoa que faleceu?	O	O	O	O	O
Sente-se confuso(a) acerca do seu papel na vida ou sente-se como senão soubesse já quem é (ou seja, sente que uma parte de si morreu)?	O	O	O	O	O
Tem dificuldade em acreditar que a pessoa que faleceu não vai voltar?	O	O	O	O	O
Evita lembrar que a pessoa que morreu realmente não vai voltar?	O	O	O	O	O
Sente dor emocional (por exemplo, raiva, amargura, tristeza) relacionada com a morte?	O	O	O	O	O
Sente que tem dificuldade em voltar a envolver-se na vida (ex. dificuldade em estar com amigos, manter interesses, planear o futuro)?	O	O	O	O	O
Sente-se emocionalmente entorpecido ou desapegado/desligado dos outros?	O	O	O	O	O
Sente que a vida não tem sentido sem a pessoa que faleceu?	O	O	O	O	O
Sente-se sozinho ou solitário sem a pessoa que faleceu?	O	O	O	O	O

Q39. Os sintomas acima têm tido impacto significativo na sua vida social, ocupacional ou em outras áreas da sua vida?

Sim     Não

*Meaning in Life Questionnaire (MILQ)*

Q29. Por favor, pense no que faz com que sinta que a sua vida e existência são importantes e significativas.

	Absolutamente Falso	Maioritariamente falso	Algo falso	Ñem verdadeiro nem falso	Algo verdadeiro	Maioritariamente verdadeiro	Absolutamente verdadeiro
Eu compreendo o sentido da minha vida.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ando à procura de alguma coisa que faça com que a minha vida tenha sentido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Estou sempre a procurar o sentido da minha vida.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A minha vida tem um sentido claro.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sei o que torna a minha vida significativa.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Descobri um sentido de vida que me satisfaz.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Estou sempre à procura de alguma coisa que torne a minha vida significativa.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Estou à procura de um sentido ou missão para a minha vida.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A minha vida não tem um sentido claro.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ando à procura de sentido na minha vida.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

*Functional Assessment of Chronic Illness Therapy - Spiritual Well-Being – NonIllness Version (FACIT-Sp12-NI)*

Q33. Abaixo encontrará uma lista de afirmações que outras pessoas disseram ser importantes. Faça um círculo ou marque um número por linha para indicar a sua resposta no que se refere aos últimos sete dias.

	Nem um pouco	Um pouco	Mais ou menos	Muito	Muitíssimo
Sinto-me em paz.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tenho uma razão para viver.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A minha vida tem sido proveitosa.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tenho dificuldade em sentir paz interior.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sinto que a minha vida tem um objetivo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sou capaz de encontrar conforto dentro de mim mesmo/a.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sinto-me em harmonia comigo mesmo/a.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Falta sentido e objetivo na minha vida.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Encontro conforto na minha fé ou crenças espirituais.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Encontro força na minha fé ou crenças espirituais.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tempos difíceis têm fortalecido a minha fé ou crenças espirituais.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mesmo em tempos difíceis, eu sei que as coisas ficarão bem.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**ANEXO III – Parecer da Comissão Ética do ISPA para o projeto “Encontrar Significado na Perda: Meaning-Making e Crescimento Pós-Traumático no Ajustamento ao Luto” – Dra. Margarida Ferreira de Almeida**



Comissão de Ética de Investigação  
ISPA - Instituto Universitário de Ciências  
Psicológicas, Sociais e da Vida  
Rua Jardim do Tabaco, 34,  
1149-041 Lisboa  
Telefone: (351) 218 811 700  
Fax: (351) 218 860 954

**COMISSÃO DE ÉTICA**

**PARECER – Referência D-072-12-23**

**Título do projeto:** Encontrar Significado na Perda: Meaning-Making e Crescimento Pós-Traumático no Ajustamento ao Luto

**Investigador responsável:** Margarida Ferreira de Almeida | Isabel Leal

**Instituição/Curso:** ISPA – Instituto Universitário

O protocolo do estudo apresenta objetivos relevantes. Foram descritos adequadamente os métodos e procedimentos a adotar e estes respeitam os direitos humanos e as recomendações constantes nos documentos nacionais e internacionais relativos à ética em investigação.

Assim, o parecer da Comissão de Ética do Ispa-Instituto Universitário é favorável à realização do estudo em epígrafe.

Qualquer alteração futura aos procedimentos descritos do estudo que possam colidir com os critérios éticos de investigação com seres humanos ou animais não humanos constantes nos referidos regulamentos, exigem uma reapresentação do pedido de apreciação a esta Comissão.

**Comissão Ética do Ispa – Instituto Universitário**

(Assinatura P'lo Presidente da CE)

Lisboa, 7 de dezembro de 2023.

## ANEXO IV – CONSENTIMENTO INFORMADO

Q1.

### **Consentimento Informado**

Esta investigação tem como objetivo estudar os mecanismos de ajustamento psicológico de pessoas em luto, particularmente como é que são capazes de encontrar significado na perda do ente-querido. Pretende-se com esta investigação contribuir para uma melhor percepção do processo de ajustamento ao luto em Portugal.

Este projeto de investigação, efetuado no âmbito do doutoramento em Psicologia Clínica no Ispa – Instituto Universitário, da responsabilidade da Dra. Margarida Ferreira de Almeida (Ispa – Instituto Universitário), com a orientação da Professora Doutora Isabel Leal (William James Center for Research, Ispa – Instituto Universitário) e a coorientação da Prof. Doutora Catarina Ramos (Egas Moniz School of Health and Science) e Prof. Doutora Alexandra Coelho (Ispa – Instituto Universitário), é financiado pela Fundação para a Ciência e Tecnologia (referência 2023.00702.BD). Este estudo tem a colaboração das alunas de mestrado do Ispa – Instituto Universitário: Catarina Martins, Joana Costa e Maria Larcher Almeida.

Este estudo destina-se a **pessoas que tenham experienciado a perda de um ente-querido nos últimos 5 anos**. Caso a perda tenha ocorrido há menos de 3 meses, e não se sente confortável, aconselhamo-lo a não participar no preenchimento deste questionário.

Para a realização deste projeto de investigação solicita-se a sua participação no preenchimento de um questionário com a duração aproximada de 20 minutos. A participação é **voluntária**, podendo, a qualquer momento, recusar-se a participar se assim o desejar, sem que isso tenha quaisquer consequências. Assegura-se ainda que, a sua identidade nunca será revelada em qualquer relatório ou publicação, ou a qualquer pessoa não relacionada diretamente com esta investigação, garantido a **confidencialidade e anonimato** de todos os dados recolhidos.

Caso tenha alguma questão adicional, poderá contactar a investigadora responsável: Margarida Ferreira de Almeida (margarida.almeida@ispa.pt).

Q2. Tomei conhecimento do carácter voluntário da participação no estudo bem como da possibilidade de a qualquer momento poder desistir da minha participação, sem que este facto possa ter qualquer dano ou prejuízo para mim.

Sim

Não

## ANEXO V – Tabelas de resultados: Análise sociodemográfica

### Estadísticas

Idade

N	Válido	266
	Omisso	3
Média		35,75

### Nacionalidade

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	Angolana	1	,4	,4	,4
	Moldavã e Portuguesa	1	,4	,4	,7
	Romena	1	,4	,4	1,1
	Brasileira	4	1,5	1,5	2,6
	Portuguesa	262	97,4	97,4	100,0
	Total	269	100,0	100,0	

## Residência

### Estatísticas

Residência

N	Válido	267
	Omisso	2
Média		11,71

### Residência

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	Beja	1	,4	,4	,4
	Castelo Branco	1	,4	,4	,7
	Évora	1	,4	,4	1,1
	Vila Real	1	,4	,4	1,5
	Madeira	1	,4	,4	1,9
	Açores	1	,4	,4	2,2
	Braga	3	1,1	1,1	3,4
	Coimbra	3	1,1	1,1	4,5
	Faro	3	1,1	1,1	5,6
	Leiria	5	1,9	1,9	7,5
	Aveiro	6	2,2	2,2	9,7
	Porto	7	2,6	2,6	12,4
	Estrangeiro	7	2,6	2,6	15,0
	Setúbal	22	8,2	8,2	23,2
	Santarém	42	15,6	15,7	39,0
	Lisboa	163	60,6	61,0	100,0
	Total		267	99,3	100,0
Omisso	Sistema	2	,7		
Total		269	100,0		

### Sexo - Selected Choice

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	Masculino	44	16,4	16,4	16,4
	Feminino	225	83,6	83,6	100,0
Total		269	100,0	100,0	

### Estado Civil - Selected Choice

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	Separado(a)	2	,7	,7	,7
	Viúvo(a)	10	3,7	3,7	4,5
	Divorciado(a)	14	5,2	5,2	9,7
	Casado(a)/ União de Facto	112	41,6	41,6	51,3
	Solteiro(a)	131	48,7	48,7	100,0
	Total	269	100,0	100,0	

### Por quantos elementos é constituído o seu agregado familiar?

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	0	3	1,1	1,1	1,1
	7	4	1,5	1,5	2,6
	6	5	1,9	1,9	4,5
	5	19	7,1	7,1	11,7
	1	26	9,7	9,8	21,4
	2	63	23,4	23,7	45,1
	3	63	23,4	23,7	68,8
	4	83	30,9	31,2	100,0
	Total	266	98,9	100,0	
Omisso	Sistema	3	1,1		
Total		269	100,0		

### Tem filhos?

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	Sim	109	40,5	40,5	40,5
	Não	160	59,5	59,5	100,0
	Total	269	100,0	100,0	

### Habilitações Literárias Completas: - Selected Choice

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	Doutoramento	3	1,1	1,1	1,1
	Outra. Qual?	4	1,5	1,5	2,6
	Ensino Básico	13	4,8	4,8	7,4
	Mestrado	66	24,5	24,5	32,0
	Ensino Secundário	75	27,9	27,9	59,9
	Licenciatura	108	40,1	40,1	100,0
	Total	269	100,0	100,0	

### Habilitações Literárias Completas: - Outra. Qual? - Text

#### Estatísticas

Habilitações Literárias Completas: - Outra. Qual? - Text

N	Válido	269
	Omisso	0

### Situação Profissional: - Selected Choice

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	Outra. Qual?	4	1,5	1,5	1,5
	Reformado	8	3,0	3,0	4,5
	Desempregado(a)	16	5,9	5,9	10,4
	Estudante	55	20,4	20,4	30,9
	Empregado(a)	186	69,1	69,1	100,0
	Total	269	100,0	100,0	

Religião					
		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	Cristã Protestante	1	,4	,4	,4
	Cristã Ortodoxo	3	1,1	1,1	1,5
	Espírita	5	1,9	1,9	3,3
	Outra	5	1,9	1,9	5,2
	Prefiro não responder	10	3,7	3,7	8,9
	Agnóstico	13	4,8	4,8	13,8
	Sem religião	61	22,7	22,7	36,4
	Cristã Católica	171	63,6	63,6	100,0
	Total	269	100,0	100,0	

## ANEXO VI – Tabelas de resultados: Correlação de Pearson

### Correlações

[DataSet1] C:\Users\Marisa\Documents\Pessoal\0\_Psicologia\TESE\ITEMQUESER\SPSS\Ajustamento ao Luto\_MarisaJesus\_VSFINAL2905.sav

		Correlações					
		PG13_Total	MIL_Search	MIL_Presence	FACIT_Total	FACIT_Peace	FACIT_Faith
PG13_Total	Correlação de Pearson	1	,265**	-,403**	-,469**	-,535**	-,183**
	Sig. (2 extremidades)		<,001	<,001	<,001	<,001	,003
	N	269	269	269	269	269	269
MIL_Search	Correlação de Pearson	,265**	1	-,462**	-,316**	-,372**	-,104
	Sig. (2 extremidades)	<,001		<,001	<,001	<,001	,088
	N	269	269	269	269	269	269
MIL_Presence	Correlação de Pearson	-,403**	-,462**	1	,732**	,776**	,380**
	Sig. (2 extremidades)	<,001	<,001		<,001	<,001	<,001
	N	269	269	269	269	269	269
FACIT_Total	Correlação de Pearson	-,469**	-,316**	,732**	1	,908**	,755**
	Sig. (2 extremidades)	<,001	<,001	<,001		<,001	<,001
	N	269	269	269	269	269	269
FACIT_Peace	Correlação de Pearson	-,535**	-,372**	,776**	,908**	1	,410**
	Sig. (2 extremidades)	<,001	<,001	<,001	<,001		<,001
	N	269	269	269	269	269	269
FACIT_Faith	Correlação de Pearson	-,183**	-,104	,380**	,755**	,410**	1
	Sig. (2 extremidades)	,003	,088	<,001	<,001	<,001	
	N	269	269	269	269	269	269

\*\* . A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades).

## Anexo VII – Tabelas de resultados: Regressão Linear Múltipla

### Regressão

[DataSet1] C:\Users\Marisa\Documents\Pessoal\0\_Psicologia\TESE\TESE\_MA\_AJUSTAMENTO\AOLUTO\SPSS\ajustamento ao Luto\_

Variáveis Inseridas/Removidas <sup>a</sup>			
Modelo	Variáveis inseridas	Variáveis removidas	Método
1	FACIT_Peace	.	Stepwise (Critérios: Probabilidade de F a ser inserido <= ,050, Probabilidade de F a ser removido >= ,100).

a. Variável Dependente: PG13TOTAL

### Resumo do modelo

Modelo	R	R quadrado	R quadrado ajustado	Erro padrão da estimativa
1	,535 <sup>a</sup>	,286	,283	7,85725

a. Preditores: (Constante), FACIT\_Peace

### ANOVA<sup>a</sup>

Modelo		Soma dos Quadrados	df	Quadrado Médio	Z	Sig.
1	Regressão	6603,278	1	6603,278	106,959	<,001 <sup>b</sup>
	Resíduo	16483,603	267	61,736		
	Total	23086,881	268			

a. Variável Dependente: PG13TOTAL

b. Preditores: (Constante), FACIT\_Peace

### Coefficientes<sup>a</sup>

Modelo		Coefficients não padronizados		Coefficients padronizados		Sig.
		B	Erro Erro	Beta	t	
1	(Constante)	37,500	1,473		25,451	<,001
	FACIT_Peace	-,729	,070	-,535	-10,342	<,001

a. Variável Dependente: PG13TOTAL

### Variáveis excluídas<sup>a</sup>

Modelo		Beta In	t	Sig.	Correlação parcial	Estatísticas de colinearidade Tolerância
1	Presence_new	,029 <sup>b</sup>	,359	,720	,022	,398
	MIL_Search	,077 <sup>b</sup>	1,380	,169	,084	,861
	FACIT_Faith	,044 <sup>b</sup>	,769	,442	,047	,832

a. Variável Dependente: PG13TOTAL

b. Preditores no Modelo: (Constante), FACIT\_Peace

## ANEXO VIII – Tabelas de resultados: Teste-T para amostras independentes

### Teste-T

Estatísticas de grupo							
	Considero-me Religioso	Estatística	Viés	Bootstrap <sup>a</sup>			
				Erro Padrão	Intervalo de Confiança 95%		
					Inferior	Superior	
PG_Total	1,00	N	121				
		Média	25,62	-,02	,88	23,96	27,24
		Desvio Padrão	9,628	-,087	,559	8,448	10,571
		Erro de média padrão	,875				
	,00	N	148				
		Média	23,65	,00	,70	22,33	25,18
		Desvio Padrão	8,525	-,029	,469	7,584	9,423
		Erro de média padrão	,701				
MIL_Search	1,00	N	121				
		Média	20,43	-,02	,63	19,07	21,65
		Desvio Padrão	7,156	-,055	,424	6,226	7,924
		Erro de média padrão	,651				
	,00	N	148				
		Média	20,41	,00	,60	19,21	21,60
		Desvio Padrão	7,258	-,026	,370	6,485	7,963
		Erro de média padrão	,597				
MIL_Presence	1,00	N	121				
		Média	20,0494	,0146	,4575	19,1814	20,8903
		Desvio Padrão	5,00270	-,03289	,29589	4,38373	5,52955
		Erro de média padrão	,45479				
	,00	N	148				
		Média	19,1974	,0060	,4727	18,2476	20,1310
		Desvio Padrão	5,78570	-,03237	,36596	5,00735	6,42592
		Erro de média padrão	,47558				
FACIT_Peace	1,00	N	121				
		Média	19,93	,00	,58	18,85	21,08
		Desvio Padrão	6,332	-,046	,395	5,517	7,069
		Erro de média padrão	,576				
	,00	N	148				
		Média	19,63	,01	,59	18,47	20,77
		Desvio Padrão	7,194	-,042	,396	6,342	7,923
		Erro de média padrão	,591				
FACIT_Faith	1,00	N	121				
		Média	9,23	,00	,38	8,49	9,98
		Desvio Padrão	4,034	-,031	,201	3,600	4,381
		Erro de média padrão	,367				
	,00	N	148				
		Média	5,24	,01	,31	4,65	5,84
		Desvio Padrão	3,748	-,026	,199	3,329	4,123
		Erro de média padrão	,308				
FACIT_Total	1,00	N	121				
		Média	29,1623	,0027	,8135	27,6377	30,7671
		Desvio Padrão	8,84900	-,05743	,53826	7,72033	9,82190
		Erro de média padrão	,80445				
	,00	N	148				
		Média	24,8769	,0154	,7814	23,2944	26,4046
		Desvio Padrão	9,54484	-,05509	,50241	8,46207	10,42325
		Erro de média padrão	,78458				

**Teste de amostras independentes**

		Teste de Levene para igualdade de variâncias		teste-t para igualdade de Médias							
		Z	Sig.	t	df	Significância		Diferença média	Erro de diferença padrão	95% Intervalo de Confiança da Diferença	
						Unilateral p	Bilateral p			Inferior	Superior
PG_Total	Variâncias iguais assumidas	2,817	,094	1,778	267	,038	,077	1,969	1,108	-,212	4,150
	Variâncias iguais não assumidas			1,756	241,968	,040	,080	1,969	1,121	-,240	4,177
MIL_Search	Variâncias iguais assumidas	,282	,596	,029	267	,488	,977	,026	,884	-1,715	1,766
	Variâncias iguais não assumidas			,029	257,839	,488	,977	,026	,883	-1,713	1,764
MIL_Presence	Variâncias iguais assumidas	2,291	,131	1,276	267	,102	,203	,85196	,66768	-,46262	2,16655
	Variâncias iguais não assumidas			1,295	266,143	,098	,197	,85196	,65804	-,44366	2,14758
FACIT_Peace	Variâncias iguais assumidas	2,681	,103	,355	267	,361	,723	,297	,836	-1,349	1,943
	Variâncias iguais não assumidas			,360	265,524	,360	,719	,297	,825	-1,328	1,922
FACIT_Faith	Variâncias iguais assumidas	,652	,420	8,388	267	<,001	<,001	3,988	,475	3,052	4,925
	Variâncias iguais não assumidas			8,327	248,219	<,001	<,001	3,988	,479	3,045	4,932
FACIT_Total	Variâncias iguais assumidas	1,106	,294	3,785	267	<,001	<,001	4,28540	1,13229	2,05604	6,51475
	Variâncias iguais não assumidas			3,814	262,776	<,001	<,001	4,28540	1,12371	2,07278	6,49801

**Tamanhos de efeitos de amostras independentes**

		Padronizador <sup>a</sup>	Estimativa de ponto	Intervalo de Confiança 95%	
				Inferior	Superior
PG_Total	d de Cohen	9,037	,218	-,023	,459
	Correção de Hedges	9,063	,217	-,023	,457
	Delta do vidro	8,525	,231	-,011	,472
MIL_Search	d de Cohen	7,213	,004	-,237	,244
	Correção de Hedges	7,233	,004	-,236	,243
	Delta do vidro	7,258	,004	-,237	,244
MIL_Presence	d de Cohen	5,44773	,156	-,084	,397
	Correção de Hedges	5,46310	,156	-,084	,396
	Delta do vidro	5,78570	,147	-,094	,388
FACIT_Peace	d de Cohen	6,820	,044	-,197	,284
	Correção de Hedges	6,839	,043	-,196	,283
	Delta do vidro	7,194	,041	-,199	,281
FACIT_Faith	d de Cohen	3,879	1,028	,772	1,283
	Correção de Hedges	3,890	1,025	,770	1,279
	Delta do vidro	3,748	1,064	,793	1,332
FACIT_Total	d de Cohen	9,23859	,464	,220	,707
	Correção de Hedges	9,26464	,463	,219	,705
	Delta do vidro	9,54484	,449	,203	,694

## Teste-T

### Estadísticas de grupo

	Considero-me Espiritual	N	Média	Desvio Padrão	Erro de média padrão
PG_Total	1,00	163	24,34	8,952	,701
	,00	106	24,84	9,293	,903
MIL_Search	1,00	163	20,59	7,302	,572
	,00	106	20,15	7,064	,686
MIL_Presence	1,00	163	20,0472	5,33453	,41783
	,00	106	18,8631	5,58242	,54221
FACIT_Peace	1,00	163	20,02	7,024	,550
	,00	106	19,37	6,476	,629
FACIT_Faith	1,00	163	8,39	4,265	,334
	,00	106	4,95	3,613	,351
FACIT_Total	1,00	163	28,4160	9,78341	,76630
	,00	106	24,3264	8,41276	,81712

### Teste de amostras independentes

		Teste de Levene para igualdade de variâncias		teste-t para Igualdade de Médias						95% Intervalo de Confiança da Diferença	
		Z	Sig.	t	df	Unilateral p	Bilateral p	Diferença média	Erro de diferença padrão	Inferior	Superior
PG_Total	Variâncias iguais assumidas	,000	,996	-,447	267	,328	,655	-,507	1,134	-2,739	1,726
	Variâncias iguais não assumidas			-,443	218,411	,329	,658	-,507	1,143	-2,759	1,746
MIL_Search	Variâncias iguais assumidas	,504	,478	,498	267	,309	,619	,448	,900	-1,323	2,219
	Variâncias iguais não assumidas			,502	229,735	,308	,616	,448	,893	-1,312	2,208
MIL_Presence	Variâncias iguais assumidas	,100	,752	1,747	267	,041	,082	1,18410	,67795	-1,15071	2,51891
	Variâncias iguais não assumidas			1,730	217,109	,043	,085	1,18410	,68453	-1,16507	2,53327
FACIT_Peace	Variâncias iguais assumidas	,426	,515	,765	267	,223	,445	,650	,850	-1,024	2,324
	Variâncias iguais não assumidas			,778	237,148	,219	,437	,650	,836	-,996	2,297
FACIT_Faith	Variâncias iguais assumidas	5,200	,023	6,855	267	<,001	<,001	3,439	,502	2,452	4,427
	Variâncias iguais não assumidas			7,099	248,981	<,001	<,001	3,439	,485	2,485	4,394
FACIT_Total	Variâncias iguais assumidas	1,767	,185	3,536	267	<,001	<,001	4,08962	1,15650	1,81261	6,36663
	Variâncias iguais não assumidas			3,651	247,051	<,001	<,001	4,08962	1,12022	1,88321	6,29602

<b>Tamanhos de efeitos de amostras independentes</b>					
		Padronizador <sup>a</sup>	Estimativa de ponto	Intervalo de Confiança 95%	
				Inferior	Superior
PG_Total	d de Cohen	9,087	-,056	-,300	,189
	Correção de Hedges	9,113	-,056	-,299	,188
	Delta do vidro	9,293	-,055	-,299	,190
MIL_Search	d de Cohen	7,209	,062	-,183	,307
	Correção de Hedges	7,230	,062	-,182	,306
	Delta do vidro	7,064	,063	-,181	,308
MIL_Presence	d de Cohen	5,43337	,218	-,028	,463
	Correção de Hedges	5,44869	,217	-,027	,462
	Delta do vidro	5,58242	,212	-,035	,458
FACIT_Peace	d de Cohen	6,814	,095	-,149	,340
	Correção de Hedges	6,833	,095	-,149	,339
	Delta do vidro	6,476	,100	-,145	,345
FACIT_Faith	d de Cohen	4,021	,855	,599	1,110
	Correção de Hedges	4,033	,853	,598	1,107
	Delta do vidro	3,613	,952	,674	1,226
FACIT_Total	d de Cohen	9,26861	,441	,193	,688
	Correção de Hedges	9,29474	,440	,193	,686
	Delta do vidro	8,41276	,486	,232	,738