

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**INFLUÊNCIA DA ESPIRITUALIDADE, RESILIÊNCIA
E TRAUMA NA POPULAÇÃO GERAL ADULTA**

Ana Filipa Ascensão Regalado

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA

(Secção de Psicologia Clínica e da Saúde / Núcleo de Psicologia Clínica Dinâmica)

2016

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**INFLUÊNCIA DA ESPIRITUALIDADE, RESILIÊNCIA
E TRAUMA NA POPULAÇÃO GERAL ADULTA**

Ana Filipa Ascensão Regalado

Dissertação orientada pela Professora Doutora Joana Henriques Calado

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA

(Secção de Psicologia Clínica e da Saúde / Núcleo de Psicologia Clínica Dinâmica)

2016

“Conhecer o homem – esta é a base de todo o sucesso.”

Charles Chaplin

Agradecimentos

À Professora Doutora Joana Henriques Calado, pela dedicação, sabedoria, disponibilidade, orientação e paciência ao longo deste percurso.

À minha família, em especial, aos meus pais, que tanto se esforçam para me inculcar o melhor deles, que sempre acreditaram em mim. Ao meu pai, que sempre me permitiu delinear o meu caminho, mas sempre atento, pronto para me “salvar”. À minha mãe “galinha”, pela preocupação e conforto, que vê o pior e o melhor de mim, sempre.

À minha mana. A minha melhor amiga, a minha companheira de todas as horas. Obrigada por nunca duvidares da minha força, por te ser tão fácil mostrar-me tudo o que de melhor existe entre dois irmãos.

À minha avó, que aos domingos faz dos nossos almoços de família um filme de comédia.

Às Las Kidas, como vos adoro! Companheiras, amigas, irmãs, obrigada pelo apoio em tudo na minha vida. A cada uma de vós, uma vénia, por aturarem a minha loucura.

À minha Rita e à minha Joana, companheiras para a vida, que viveram comigo estes 5 anos, me orientaram quando eu sou o caos, e que, apesar de todas as diferenças, são tão parte de mim.

À Su, minha confidente, pelas viagens infundáveis de Fertagus, onde tanto partilhámos, onde tanto aprendemos juntas.

À Bia e à Rita, por terem entrado na minha vida no início destes 5 anos, e que nunca mais partiram.

À Mi, que só não me dá o mundo porque ainda não descobriu como se faz. Obrigada por fazeres da tua casa o melhor hotel de Lisboa.

À Raqui e ao Anacleto, pela boa energia e disposição, paciência e carinho.

Ao André e ao Nuno, que sempre me fazem corar com tanto elogio.

À Dina, a nossa mãe da faculdade.

À Carla, por nunca me abandonar, mesmo quando eu tento fugir.

À Íris, que só ela sabe as minhas frustrações durante tardes intermináveis na nossa sala.

A todos os que, de uma forma ou de outra, me acompanharam ao longo destes 5 anos.

O sonho começa agora.

Resumo

O presente estudo insere-se num Projeto de Investigação no domínio da Psicologia Clínica com a temática “Personalidade e Psicopatologia”. Esta investigação foca-se em dois principais objetivos: 1) explorar os dados sociodemográficos (Religião, Sexo e Idade) na relação com a Espiritualidade e a Resiliência; 2) analisar a relação entre a Espiritualidade, a Resiliência e, as Dimensões associadas ao Trauma Complexo ou DESNOS (*Disorders of Extreme Stress Not Otherwise specified*). Tendo em conta que o conceito de Trauma Complexo ainda se encontra em discussão, este estudo recorre a um conceito inovador, sendo mais um contributo empírico para a sua concetualização. Por sua vez, o estudo pretende elucidar também a importância da Espiritualidade na sua interação com a Resiliência. A amostra é constituída por 338 participantes da população geral adulta, com idade igual ou superior a 18 anos ($M = 41.07$; $DP = 13.56$ anos). Foram administrados os instrumentos de avaliação: Questionário Sociodemográfico; Escala de Resiliência de *Connor-Davidson* (CD-RISC, na sua versão portuguesa); *Self-Report Inventory for Disorders of Extreme Stress* (SIDES-SR, na sua versão portuguesa). Foram encontradas diferenças ao nível da Resiliência relativamente à Religião. No que diz respeito ao Sexo, não foram encontradas diferenças no nível da Resiliência, mas verificam-se diferenças quanto à Influência da Espiritualidade. Quanto à Idade, não foi verificada uma relação significativa com a Resiliência, mas foi encontrada uma relação significativa com a Influência da Espiritualidade. Quanto ao segundo objetivo, foi possível verificar relação entre as Dimensões do Trauma Complexo/DESNOS e a Espiritualidade, sendo esta relação mais evidente no sexo feminino. As implicações destes resultados são discutidas, assim como as suas limitações e sugestões para estudos posteriores.

Palavras-Chave: Resiliência; Influência da Espiritualidade; Trauma Complexo/DESNOS; Religião; Sexo; Idade.

Abstract

This study is part of a Research Project in Clinical Psychology called “Personality and Psychopathology”. This research focuses on two main objectives: 1) to explore the sociodemographic data (Religion, Sex and Age) in relation to Spirituality and Resilience; 2) analyze the relation between Spirituality, Resilience, and the Complex Trauma or DESNOS (*Disorders of Extreme Stress Not Otherwise specified*) dimension's. Considering that Complex Trauma concept is still under discussion, this study is about an innovator concept, and it's one more empirical contribution for its conceptualization. On the other hand, the present study aims to clarify about the Spirituality importance in its interaction with Resilience. The sample is composed by 338 participants of general population, aged over 18 years ($M = 41.07$; $DP = 13.56$ years). Three assessment questionnaires were applied: Sociodemographic Questionnaire; the *Connor-Davidson* Resilience Scale (CD-RISC, in Portuguese version); Self-Report Inventory for Disorders of Extreme Stress (SIDES-SR, in Portuguese version). The results showed statistically significant differences in Resilience relating to Religion. In regard to Sex, there were no differences in Resilience level, but there were differences in the Spirituality Influence. In regard to Age, was no significant relationship observed with Resilience, but significant relationship was found with the Spirituality Influence. Toward the second objective, it was verified a relation between Complex Trauma/DESNOS Dimensions' and Spirituality, which is more evident in Females. The implications of these results are discussed, as well as the limitations and suggestions for future studies.

Key-words: Resilience; Spirituality Influence; Complex Trauma/DESNOS; Religion; Sex; Age;

Índice

Resumo	v
<i>Abstract</i>	vi
Índice de Quadros	ix
Introdução	1
1. Enquadramento Teórico	3
1.1. Resiliência	3
1.2. Espiritualidade, Religião e Religiosidade	7
1.3. Trauma Complexo e DESNOS	11
1.4. Influência da Espiritualidade no Trauma	16
2. Objetivos e Hipóteses	19
2.1. Objetivos	19
2.2. Hipóteses	19
3. Método	20
3.1. Participantes	20
3.1.1. Caracterização sociodemográfica dos participantes do sexo masculino e do sexo feminino	21
3.2. Instrumentos	23
3.2.1. Questionário Sociodemográfico	23
3.2.2. CD-RISC: Escala de Resiliência de Connor-Davidson	23
3.2.3. SIDES-SR: Self- Report Inventory for Disorders of Extreme Stress	24
3.3. Procedimento	25
4. Resultados	26
4.1. Exploração dos Dados Sociodemográficos na Relação com a Espiritualidade e a Resiliência na População Geral Adulta	26
4.1.1. Análise Comparativa entre Católicos Praticantes e Participantes Sem Prática Religiosa (Hipótese 1)	26

4.1.2. Análise Comparativa entre o Sexo Feminino e o Sexo Masculino (Hipótese 2)	26
4.1.3. Análise de Relação com a Variável Idade (Hipótese 3)	27
4.2. Exploração da Relação entre a Influência da Espiritualidade, Resiliência e Sexo, com as Dimensões associadas ao Trauma Complexo/DESNOS	28
4.2.1. Análise de Relação entre as Variáveis Fator Influência da Espiritualidade, Resiliência e Dimensões do Trauma Complexo/DESNOS (Hipótese 4)	28
4.2.2. Análise de Diferenças quanto à Variável Sexo na relação entre as Variáveis Influência da Espiritualidade e as Dimensões do Trauma Complexo/DESNOS (Hipótese 5)	29
5. Discussão	30
5.1. Exploração dos Dados Sociodemográficos (Religião, Sexo e Idade) na Relação com a Espiritualidade e Resiliência	30
5.2. Exploração da Relação entre a Influência da Espiritualidade, a Resiliência e o Sexo, com as Dimensões associadas ao Trauma Complexo/DESNOS	33
Conclusões.....	36
Referências Bibliográficas.....	39
Anexos	54
Anexo A – Questionário Sociodemográfico	
Anexo B – Consentimento Informado	

Índice de Quadros

Quadro 1	
<i>Estatística Descritiva das Variáveis Sociodemográficas da Amostra.....</i>	<i>20</i>
Quadro 2	
<i>Estatística Descritiva das Variáveis Sociodemográficas do Sexo Masculino.....</i>	<i>21</i>
Quadro 3	
<i>Estatística Descritiva das Variáveis Sociodemográficas do Sexo Feminino.....</i>	<i>22</i>
Quadro 4	
<i>Comparação das Médias entre o Sexo Masculino e o Sexo Feminino no Resultado Total de Resiliência (CD-RISC) e no Fator Influência da Espiritualidade (CD-RISC).....</i>	<i>27</i>
Quadro 5	
<i>Coefficientes de Correlação de Pearson entre as Variáveis Fator Influência da Espiritualidade (CD-RISC) e Resultado Total de Resiliência (CD-RISC) com as Seis Dimensões do Trauma Complexo/ DESNOS (SIDES-SR).....</i>	<i>28</i>
Quadro 6	
<i>Coefficientes de Correlação de Pearson entre a Variável Fator Influência da Espiritualidade (CD-RISC) e as Seis Dimensões do Trauma Complexo/DESNOS (SIDES-SR) relativamente à Variável Sexo.....</i>	<i>29</i>

Introdução

A presente dissertação insere-se no âmbito de um projeto mais vasto que incide no tema “Personalidade e Psicopatologia”, na população geral, que se desenrola na Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa.

Este trabalho de investigação tem dois objetivos principais: primeiramente pretende explorar os dados sociodemográficos (Religião, Sexo e Idade) na relação com a Espiritualidade e Resiliência na população geral adulta e, de seguida, pretende explorar a relação entre a Influência da Espiritualidade, a Resiliência e o Sexo com as dimensões associadas ao Trauma Complexo/DESNOS. Este último, um conceito ainda pouco estudado, pelo que esta dissertação contribui como mais uma evidência empírica para a sua concetualização.

Ao longo do seu percurso de vida, o indivíduo depara-se com múltiplas vivências, por vezes *stressantes* e traumáticas, que podem suscitar o surgimento de psicopatologia ou algum tipo de disfuncionalidade que interferem na sua vida diária. Como tal, o estudo na capacidade de ultrapassar essas vivências, mais concretamente, o estudo da Resiliência, tem sido verdadeiramente aprofundado, de modo a compreender a sua verdadeira definição, de que forma pode ser promovida, interage com outros fatores (Campbell-Sills, Forde, & Stein, 2009; Connor & Davidson, 2003; Masten, 2014), e de que modo variáveis sociodemográficas se relacionam com nível de Resiliência do indivíduo (Lee et al., 2013). Atualmente, muitas são as controvérsias quanto a esta relação, pelo que este estudo pretende contribuir para a literatura sobre esta temática.

Por sua vez, é vasta a literatura sobre a importância da Espiritualidade na promoção da Resiliência (Brewer-Smyth & Koenig, 2014; Raftopoulos & Bates, 2011). Dada a gradual importância que tem sido dada à Espiritualidade e a vasta investigação quanto à sua relação com a Saúde Mental (Bonelli & Koenig, 2013; Hill et al., 2000; Hill & Pargament, 2008; Peterman, Fitchett, Brandey, Pharm, & Cella 2002), torna-se interessante compreender de que modo a Espiritualidade se relaciona com a promoção da Resiliência e, por sua vez, com as dimensões do Trauma Complexo/DESNOS, Trauma interpessoal que resulta da exposição repetitiva a estressores múltiplos ou prolongados ao longo do tempo, e que coloca em causa o desenvolvimento psicobiológico e socioemocional do indivíduo (Cloitre, Cohen, Edelman, & Han, 2001; Cook et al., 2005; Courtois & Ford, 2013).

Este estudo está organizado em seis secções. Inicialmente, será apresentado um enquadramento teórico que serve de base de sustentação à investigação, onde são abordados aspetos concetuais relativos à Resiliência, Espiritualidade, Trauma Complexo e à relação entre estas variáveis e os dados sociodemográficos Religião, Sexo e Idade. Posteriormente, na segunda secção figuram os objetivos e hipóteses formuladas para o presente estudo. De seguida, é descrito o método utilizado, desde os participantes incluídos no estudo, aos instrumentos e procedimentos. Na quarta secção, são expostos os resultados verificados no estudo e, na secção seguinte, estes são discutidos. Na última e sexta secção, são apresentadas as conclusões e limitações do presente estudo, assim como são descritas implicações e sugestões para investigações futuras.

1. Enquadramento Teórico

1.1. Resiliência

O Ser Humano tem a potencialidade para ultrapassar adversidades ao longo do seu percurso de vida, adaptando-se quando necessário (Southwick, Bonanno, Masten, Panter-Brick, & Yehuda, 2014; van der Kolk, 2015). Mas, o que torna então, o ser humano, capaz de ultrapassar as mais diversas situações? Foi neste sentido que nos anos 70/80, os investigadores voltaram o seu interesse para este fenómeno: o facto do indivíduo se manter saudável mesmo quando exposto a diferentes adversidades (Brandão, Mahfoud, & Gianordoli-Nascimento, 2011).

Os primeiros trabalhos relativos à Resiliência surgiram nos países anglo-saxónicos, devido à necessidade da concetualização do termo, em que autores como Werner (1982) começaram a analisar a dinâmica do processo resiliente (Anaut, 2005). Contudo, já Bowlby, nos seus trabalhos sobre a vinculação, fizera referência ao termo Resiliência para designar “força moral, a qualidade de uma pessoa que não se desencoraja, que não se deixa abater”. Por sua vez, outros autores da linha psicanalítica consideram também que já Freud tinha lançado as bases para esta abordagem. Na Psicologia do Desenvolvimento e na Psicopatologia, Garmezy e Rutter (1983), foram os pioneiros das obras relacionadas com este conceito, salientando o carácter de resistência ao *stress* e aos fatores de risco. Através de amostras de crianças sob risco de psicopatologia, verificou-se que algumas delas não mostraram qualquer sinal de patologia, manifestando “resistência” e “competência”, apesar da exposição a eventos stressantes (Anaut, 2005).

O termo Resiliência tem origem francesa, surgindo do latim *resilientia*, e é habitualmente utilizado em diversas áreas para além da Psicologia. O conceito Resiliência é, por exemplo, utilizado na área da física de materiais para designar a “resistência do material a choques elevados e a capacidade de uma estrutura para absorver a energia cinética do meio sem se modificar”. Mesmo na área da informática, este conceito é utilizado para referir a qualidade de um sistema que lhe permite continuar a sua funcionalidade apesar das anomalias (Anaut, 2005).

Em Psicologia, o conceito Resiliência não deixa de se referir à nossa resistência aos diferentes “choques” sofridos ao longo da nossa vida, e que nos permite manter funcionais. Metaforicamente, a Resiliência é “a capacidade de sair vencedor de uma prova que poderia ter sido traumática, com uma força renovada” (Anaut, 2005). No

geral, caracteriza-se por ser uma adaptação positiva ou uma forma de manter a estabilidade em termos da saúde mental perante adversidades (Connor & Davidson, 2003; Rutter, 2012).

No entanto, muitas são as definições de Resiliência, devido ao contributo de diferentes teorias e abordagens, o que a coloca numa encruzilhada epistemológica (Anaut, 2005). O estudo sobre este tema abarca grandes desafios, principalmente devido à falta de consenso relativamente a uma definição concreta na literatura clínica e científica (Southwick, Litz, Charney, & Friedman, 2011), tornando-se difícil criar uma definição universalmente aceite (Johnston et al., 2015). A principal questão que se coloca nesta temática, e que é comum a qualquer definição, é saber como alguns indivíduos conseguem ultrapassar a adversidade sem desenvolver consequências físicas ou mentais negativas ou nefastas (Herrman et al., 2011).

A Resiliência é atualmente definida consoante três orientações: a Resiliência como um traço, como um processo, ou como um resultado (Fletcher & Sarkar, 2013). A Resiliência quando considerado um traço do indivíduo, é algo permanente e estável (Connor & Davidson, 2003; Southwick et al., 2014), enquanto definida como um resultado do *stress* e trauma, é compreendida como algo positivo perante a adversidade. Por fim, a Resiliência é encarada também como um processo dinâmico que varia ao longo do tempo e consoante o contexto, que medeia a resposta ao *stress* e ao trauma (American Psychological Association [APA], 2014; Masten, 2014), comum a todos os indivíduos, e que envolve comportamentos, pensamentos e ações que podem ser aprendidas e desenvolvidas (APA, 2014; Herrman et al., 2011; Rutter, 2006.). Apesar das diferentes definições de Resiliência, existe o fator comum de estar presente uma situação adversa e uma resposta adaptativa à situação (Fletcher & Sarkar, 2013; Rutter, 2012).

Além dos diversos estudos, ainda existe a importante preocupação de continuar a estudar este conceito para estabelecer definições empíricas, reconhecendo-o como um constructo complexo específico de cada indivíduo, família, organização, sociedade e cultura, assim como para tentar confirmar a variância da Resiliência no indivíduo perante as diferentes situações, fases de vida e contexto em que está inserido (Southwick et al., 2014).

Neste estudo, temos em consideração a definição de Resiliência como o conjunto de qualidades pessoais que permitem a cada um de nós enfrentar as mais diversas adversidades, assumindo um carácter multidimensional devido à interação de

atributos pessoais e de fatores externos (Campbell-Sills et al., 2009; Connor & Davidson, 2003; Masten, 2014). Perante a consideração da Resiliência como um traço, tornou-se necessário compreender o papel dos fatores protetores ao nível da resiliência dos indivíduos (Fletcher & Sarkar, 2013; Herrman et al., 2011).

Esta adaptação positiva às situações adversas é determinada, não só por fatores biológicos e psicológicos, mas também por fatores ambientais, sociais e culturais que, em conjunto, determinam a forma como o indivíduo responde às experiências de maior *stress* (Southwick et al., 2014). São variados os fatores sociodemográficos e psicológicos que promovem ou interrompem a Resiliência, e que podem ser considerados fatores de risco, que dificultam a adaptação do indivíduo à situação ou, por outro lado, que podem ser fatores protetores que promovem e permitem essa adaptação (Lee et al., 2013).

A idade e o Sexo são as duas variáveis sociodemográficas mais frequentemente relacionadas com a Resiliência (Campbell-Sills et al., 2009; Gooding, Hurst, Johnson, & Tarrrier, 2012; Lee et al., 2013; Nygren, Jonsén, Gustafson, Norberg, & Lundman, 2005). Evidenciam-se níveis significativamente superiores nos adultos quanto à sua capacidade de regulação emocional e resolução de problemas comparativamente com os mais jovens, que demonstram uma maior capacidade de recuperação recorrendo ao apoio social. Os indivíduos de idade adulta mais avançada tendem a ter níveis superiores ou equivalentes de sentido de coerência, de Resiliência, de propósito de vida e de autotranscendência, comparativamente aos adultos mais jovens (Nygren et al., 2005). A capacidade de Resiliência superior nos idosos perante situações mais stressantes pode ser justificada pela experiência de vida, que lhes permite adaptarem-se melhor às situações (Cherry et al., 2010). Deste modo, parece possível verificar que à medida que as pessoas vão envelhecendo, mais resilientes se tornam, o que é confirmado por alguns estudos (Costanzo, Ryff, & Singer, 2009; Hu, Zhang, & Wang, 2015).

Quanto às diferenças entre os Sexos, apesar dos vários estudos realizados para averiguar esse efeito, ainda não existe um total consenso (Erdogan, Ozdogan, & Erdogan, 2015). Alguns destes estudos relatam níveis superiores de Resiliência no Sexo masculino que no sexo feminino (Campbell-Sills et al., 2009), outros ainda consideram que o sexo feminino evidencia níveis superiores de Resiliência (Newsome, Vaske, Gehring, & Boisvert, 2016; Yang, Wang, Zhang, Zeng, & Ma, 2014), considerando a facilidade de acesso e maior recurso a fatores protetores externos (Fuentes & Medina,

2013), como o apoio social (Jowkar, Friborg, & Hjemdal, 2010). Alguns estudos não confirmam esta relação entre o Sexo, a Idade e a Resiliência, o que evidencia a necessidade de mais investigação sobre esta temática (Lee et al., 2013).

Para além dos fatores sociodemográficos relacionados à Resiliência, é importante considerar também os fatores psicológicos associados, que podem ser considerados fatores de risco ou fatores protetores. Por um lado, os fatores de risco aumentam a probabilidade de uma inadequada adaptação do indivíduo, tais como sintomas depressivos e ansiedade (Lee et al., 2013). Por outro lado, os fatores protetores permitem uma melhor adaptação, ou até mesmo permitem superar de experiências stressantes e traumáticas sem desenvolver algum tipo de psicopatologia (Hjemdal, Friborg, Stiles, Martinussen, & Rosenvinge, 2006). A satisfação pela vida, o otimismo, o afeto positivo, a autoeficácia, a autoestima e o apoio social, são exemplos de fatores protetores que, em interação, contribuem para o desenvolvimento da Resiliência (APA, 2014; Ortega & Saavedra, 2014; Southwick et al., 2014).

A Resiliência difere de indivíduo para indivíduo consoante múltiplos fatores, sendo que existem estratégias que cada um de nós pode utilizar para a desenvolver (APA, 2014; Southwick et al., 2014). Deste modo, existem evidências de que a Espiritualidade é uma das estratégias utilizadas para ajudar a superar situações mais adversas (Bogar & Hulse-Killacky, 2006; López-Fuentes & Calvete, 2015), pois é um forte recurso para manter a esperança, significado, paz, conforto, perdão, proteção, otimismo e coerência, nesse tipo de situações, ajudando na promoção da Resiliência (Brewer-Smyth & Koenig, 2014; Raftopoulos & Bates, 2011).

A Religião promove a Resiliência, intrínseca e extrinsecamente, através das crenças religiosas que permitem dar significado aos eventos traumáticos, procurar sentido de perdão (Worthington et al., 2016) estabelecer uma relação apoiante com o Divino, e através do apoio social recíproco que a participação numa organização religiosa pode promover (Brewer-Smyth & Koenig, 2014; Reutter & Bigatti, 2014). Num estudo qualitativo, realizado com mulheres vítimas de abuso sexual infantil, verificou-se que a maioria das participantes consideravam a Espiritualidade e a Religião componentes importantes na sua capacidade de Resiliência, ajudando-as a redirecionar os seus pensamentos e a sua energia para longe das suas experiências de abuso, ao mesmo tempo que lhes permitia seguir com as suas vidas e serem menos controladas pelo seu passado (Bogar & Hulse-Killacky, 2006). Mesmo em adultos de idade mais avançada, existe evidência de que a prática assídua da Religião é vantajosa para a sua

sobrevivência, comparativamente aos indivíduos que não praticam a Religião de forma regular (Koenig et al., 1999).

1.2. Espiritualidade, Religião e Religiosidade

O estudo da Espiritualidade é bastante relevante para os psicólogos, não só pela importância que tem na vida de muitos indivíduos, mas também devido à crescente relação entre a Espiritualidade/Religião e Saúde (Barth, 2014; Hill et al., 2000). Ao longo do tempo, têm sido sugeridas vários possíveis mediadores, quer psicológicos, sociais ou fisiológicos, que reforçam esta relação entre Espiritualidade, Religião e Saúde (Hill & Pargament, 2008). No entanto, inicialmente, a Espiritualidade não tinha um carácter positivo na área da Psicologia (Barth, 2014), sendo que no século XIX, Jean Charcot e Sigmund Freud, associavam a Religião à histeria e à neurose (Bonelli & Koenig, 2013).

Entretanto, com o passar dos séculos, esta ideia foi desmistificada. A modernidade resultou numa sociedade pragmática marcada pela vivência do individualismo, que encaminha o indivíduo para a ideia de uma autonomia plena, a somar ao avanço científico e racional, que ajudou ao surgimento de novos dilemas existenciais, aos quais o Ser Humano se deu conta, e que evidenciou a sua fragilidade. Assim, surgiram novos grupos e comunidades que permitem o contato com o mistério, o interior e o eterno, de forma a dar resposta a esses dilemas. As religiões e propostas espirituais surgem como alternativa para superar muitos dos conflitos individuais de cada um (Barth, 2014).

Ao longo do tempo o estudo pela Espiritualidade e Religião tem envolvido diversas mudanças. Atualmente, o termo Religião está cada vez mais veiculado à ideia de um constructo enraizado num sistema e ideologias fixas, enquanto a Espiritualidade é cada vez mais associada ao lado pessoal e subjetivo da experiência religiosa (Hill & Pargament, 2008).

O conceito de Espiritualidade é bastante abrangente, o que o torna difícil de definir, não só por incluir uma grande variedade de experiências (Bowland, Edmond, & Fallot, 2012), mas também pelo seu uso popular ter vários significados e ser compreendido de diferentes formas (Muldoon & King, 1995).

A palavra “Espiritualidade” tem a sua origem no Latim *Spiritus*, que significa respirar ou vida, e do Latim *Spiritulus*, que significa pessoa do espírito. Consoante Hill e Pargament (2008), o termo Espiritualidade é cada vez mais utilizado para referir o

lado subjetivo e pessoal da experiência religiosa., que não implica necessariamente a sua realização numa instituição religiosa. Pode ser entendida como a procura pelo sagrado, uma conexão individual com o transcendente, os outros e o mundo, permitindo ao indivíduo compreender, valorizar e dar significado e resposta às suas variadas experiências. O sagrado inclui conceitos como Deus, divino, transcendência, assim como qualquer aspeto que conduz a um carácter extraordinário (Hill & Pargament, 2008). Em situações mais adversas, a Espiritualidade ajuda na compreensão do propósito da sua vida e a encontrar um significado positivo para esses eventos (Muldoon & King, 1995; Peterman et al., 2002; Saad, Masiero, & Battistella, 2001), permitindo sentimentos mais positivos (Feder et al., 2013). Este é um conceito inerente ao Ser Humano e que tem a capacidade de colocar a pessoa perante as suas questões mais profundas e internas, permitindo receber respostas quanto às perguntas existenciais de onde vimos, onde vamos e qual o sentido das nossas vidas (Oliveira & Junges, 2012).

Para além de abrangente, a Espiritualidade é um conceito multidimensional, pois tem diversas orientações: pode ser orientada para Deus, em que os seus pensamentos e as suas práticas são baseados em teologias, pode ser orientada para o mundo, salientando a ligação com a natureza, e por fim, pode ser orientada para a pessoa, baseada numa visão humanista, reforçando a realização e o potencial humano (Hill et al., 2000).

Sendo a Espiritualidade um conceito multidimensional e tão amplo, a Religião e Religiosidade relacionam-se neste contexto, sendo a Religião, por exemplo, considerada uma expressão de Espiritualidade (Saad et al., 2001). No entanto, muitos teóricos que pretendem debruçar-se sobre o tema Espiritualidade não têm necessariamente propensão para estudar a Religião, pois a Espiritualidade pode ser compreendida num vasto e diverso universo de práticas que não são necessariamente de origem religiosa (Barth, 2014). Estes três conceitos são próximos entre si e facilmente se confundem

A Religiosidade é um conceito anterior à Religião, e refere-se ao quanto o indivíduo acredita, segue e pratica uma religião, não tendo obrigação de estar vinculado a uma organização, podendo apenas realizar prática religiosa não organizacional (Lucchetti, Granero, Bassi, Latorraca, & Ponte Nacif, 2010), e que lhe permite alcançar esperança, apoio e mecanismos para que este possa ligar-se a si próprio e libertar-se dos seus conflitos internos (Barth, 2014). Esta permite experiências místicas ao indivíduo, podendo ser considerada como a expressão da sua própria Espiritualidade. Conduz o indivíduo a crer numa dimensão superior, responsável por um certo controlo dos

acontecimentos da sua vida e permitindo-lhe lidar com esses de forma mais tranquila, reduzindo o *stress* e a ansiedade (Fornazari & Ferreira, 2010).

A palavra “Religião” deriva do Latim *religio*, que significa vínculo entre a humanidade e existência de uma força superior à do Ser Humano (Hill et al., 2000). É definida, como um sistema organizado de crenças, práticas, rituais e símbolos, que pretendem facilitar o acesso ao sagrado, neste caso, o acesso a um Deus, a uma força maior ou verdade suprema (Lucchetti et al., 2010). A Religião tem a capacidade de funcionar como um processo motivacional, que pode ajudar na procura de significado, ordem e controlo necessária na vida humana, diminuindo assim a incerteza e a ansiedade (Inzlicht, Tullett, & Good, 2011). A Religião permite, de uma forma institucionalizada, o surgimento de um espaço de socialização de uma doutrina que é praticada entre os vários membros dessa instituição, potencializando o indivíduo e ajudando-o na sua reorganização e a partilha das suas experiências (Oliveira & Junges, 2012). Após a aceitação intrínseca da Religião, o indivíduo deve viver a sua vida conforme essas crenças religiosas (Duarte & Wanderley, 2011).

A Religião, tal como a Espiritualidade, tem um carácter multidimensional (Hill et al., 2000). Para além de lidar com as preocupações do indivíduo, Marty e Appleby (citado por Hill et al., 2000) consideram que a Religião fornece também identidade pessoal e social num contexto cósmico, abrangendo padrões de comportamento e encorajando algumas práticas religiosas que podem não estar incluídas noutras formas de Espiritualidade. Possibilita sentimentos de esperança, altruísmo e capacidade de mudança que permite ao indivíduo colaborar numa melhoria da sua qualidade de vida e no enfrentamento das suas dificuldades (Barth, 2014).

Apesar de algumas diferenças entre Espiritualidade, Religião e Religiosidade, estas podem coocorrer. A Religião é definida, por alguns autores, como tendo um carácter institucional, em que o principal objetivo é a partilha de emoções, crenças e experiências sagradas em instituições religiosas que facilitem essa partilha. A Espiritualidade é considerada uma experiência pessoal (Good & Willoughby, 2008), que não necessita obrigatoriamente de partilha numa instituição religiosa, mas que pode também acontecer em contexto religioso. Para além disso, quando um indivíduo se associa à Espiritualidade, através de grupos com os mesmos ideais e que influenciam os seus objetivos e a sua forma de estar na vida, pode-se afirmar que a Espiritualidade ocorre em conjunto com a Religiosidade. A prática espiritual pode motivar o indivíduo a associar-se a uma organização religiosa, assim como a própria Religião pode ser

compreendida como um repositório de diferentes Espiritualidades. As experiências e crenças religiosas, tais como ir à igreja e rezar, são também experiências espirituais caso sejam considerados meios do indivíduo para encontrar a sua fé (Hill et al., 2000). Esta coocorrência dificulta a definição diferenciada destes conceitos.

Tanto as experiências religiosas como as espirituais se centram na procura do sagrado. O sagrado tanto pode ser uma pessoa como um objeto, ou até mesmo um princípio ou um conceito que transcende o indivíduo e que envolve respeito, reverência, devoção, podendo ainda ter uma função integrativa na sua personalidade. Esta procura pelo sagrado pode ou não exigir princípios e características específicas. Na Religião, o sagrado inclui mecanismos institucionais e ações que o indivíduo deve seguir ao longo da sua vida. A procura espiritual ou religiosa pelo sagrado é principalmente, para alguns, um sentimento, enquanto para outros, é uma forma de pensar sobre diversos assuntos, tais como a realidade da natureza ou o propósito da existência de cada um. Esta procura está relacionada ao destino que a pessoa espiritual/religiosa acredita e aos caminhos que o indivíduo escolhe ao longo da sua vida. Neste sentido, a Religião e Espiritualidade são meios que fornecem motivação e direção na vida do indivíduo, sendo que o sagrado representa uma fonte de força, significado e proteção em situações de crise, proporcionando orientações viáveis para alcançar determinado destino (Hill & Pargament, 2008). Desta forma, a Espiritualidade e Religiosidade são compreendidas como uma forma de viver e a Espiritualidade reflete-se como central e essencial na Religião (Hill et al., 2000). No entanto, existe também a tendência para considerar a Espiritualidade e Religiosidade como dois conceitos independentes, em que a Espiritualidade se refere às experiências individuais e a Religiosidade às experiências institucionais (Bryant-Davis & Wong, 2013).

Visto que a Espiritualidade, Religiosidade e Religião envolvem o indivíduo numa prática pessoal, manifestam-se diferenças sociodemográficas quanto ao envolvimento do indivíduo. Existem diferenças entre os Sexos quanto à Espiritualidade/Religiosidade (Bryant, 2007; DeBono & Kuschpel, 2014; Francis & Wilcox, 1998), evidenciando-se um maior envolvimento do sexo feminino na utilização de estratégias de *coping* religioso (Brown et al., 2010; Lee & Mason, 2014; Reinert, Campbell, Bandeen-Roche, Sharps, & Lee, 2015), resultados mais elevados de bem-estar espiritual e religioso (Jafari et al., 2010), e ainda maior conexão espiritual e sentimento de fé comparativamente ao sexo masculino (WHOQL SRPB Group, 2006). Um estudo com indivíduos diagnosticados com cancro no pulmão, que pretendia

examinar diferenças de Sexo em fatores psicossociais importantes para o tratamento, verificou que, efetivamente existiam diferenças entre os Sexos quanto à Espiritualidade/Religiosidade, evidenciando que as mulheres reportavam mais experienciais espirituais, maior utilização de estratégias de *coping* religioso e maior sentimento de fé quanto ao sentido da sua própria vida, comparativamente aos homens (Jacobs-Lawson, Schumacher, Hughes, & Arnold, 2010).

Relativamente à Idade no envolvimento da Espiritualidade e Religião, evidenciam-se também diferenças (DeBono & Kuschpel, 2014), verificando-se que estas são algumas das estratégias mais utilizadas pelos mais velhos (Koenig, 1988; McFadden, 2013). Este facto salienta a importância da Espiritualidade e da Religião na adaptação positiva à velhice permitindo a diminuição de emoções negativas associadas a esta fase de vida (Allen, Halley, Harris, Fowler, & Pruthi, 2011). No geral, estudos sugerem que as mulheres e os idosos tendem a ter resultados mais elevados ao nível da Religiosidade e envolvimento na Religião comparativamente aos homens e aos adultos mais jovens (DeBono & Kuschpel, 2014; Jacobs-Lawson et al., 2010; Reinert et al., 2015).

A Espiritualidade reflete, deste modo, a possibilidade de auxílio em situações mais adversas.

1.3. Trauma Complexo e DESNOS

A saúde mental é muitas vezes afetada pelo Trauma, que pode proporcionar condições que a ponham em causa, criando um grande impacto não só nas vítimas, mas também nas pessoas que as rodeiam e na sociedade em geral (Brewer-Smyth & Koenig, 2014; van der Kolk, 2015).

Desde sempre e ao longo de todo o seu desenvolvimento, o Ser Humano tenta recuperar das diversas situações adversas que experiencia. Algumas dessas experiências traumáticas deixam marcas, tanto na sua história e cultura, assim como na sua casa, na sua família, na sua memória, nas suas emoções e na sua própria personalidade. Ao nível individual, as situações traumáticas podem também dificultar o desenvolvimento. Podem proporcionar muitas mudanças fisiológicas, tais como alterações nos sistemas de alerta do cérebro, aumento da atividade das hormonas de *stress* e alterações nos sistemas de filtração da informação, que dificultam a vivência após o Trauma, provocando no indivíduo diversas consequências, tais como emoções intensas, sensações físicas desagradáveis e atitudes agressivas (van der Kolk, 2015).

Não é efetivamente necessário passar por alguma situação extraordinariamente traumática ou ser um soldado de guerra para vivenciar o Trauma. O Trauma acontece a qualquer indivíduo, aos seus familiares e a todos os que o rodeiam (Felitti et al., 1998). A exposição prolongada a vários eventos traumáticos de carácter interpessoal, particularmente na infância, proporciona o surgimento de sintomas e consequências mais complexos do que aqueles que podem surgir após vivenciar apenas um evento traumático marcante (Taycan & Yildirim, 2015; Viola, Schiavon, Renner, & Grassi-Oliveira, 2010), afetando verdadeiramente o seu bem-estar (Briere, Kaltman, & Green, 2008; Costanzo et al., 2009; Hodges et al., 2013).

Estas experiências traumáticas de carácter interpessoal, repetitivo e múltiplo, são atualmente designadas de Trauma Complexo. O Trauma Complexo resulta da exposição repetitiva a *stressores* múltiplos ou prolongados ao longo do tempo, tais como episódios de violação, agressão física e tortura, que ocorrem em fases mais vulneráveis do desenvolvimento, e engloba experiências recorrentes de privação que provocam no indivíduo uma sensação constante de perigo (Briere & Spinazzola, 2005; Cook et al., 2005; Courtois & Ford, 2013; Luxenberg, Spinazzola, & van der Kolk, 2001).

Os indivíduos têm diferentes reações e consequências aos diversos *stressores* psicológicos mais graves, dependendo do tipo de eventos traumáticos que vivenciam (Viola et al., 2010). Por um lado, o indivíduo é capaz de responder adequadamente a acontecimentos traumáticos na vida adulta, respostas essas que resultam de um apropriado desenvolvimento psicológico na infância que permitiu a estruturação de um sistema nervoso que responde dentro da normalidade a estas situações e que não desenvolveu perturbações psicológicas. Por outro lado, existem respostas menos adequadas a eventos traumáticos múltiplos e invasivos, de natureza interpessoal, que ocorrem em indivíduos mais vulneráveis aos efeitos *stressores* (Briere & Spinazzola, 2005). Na maioria das vezes esta vulnerabilidade é proporcionada por este tipo de Trauma Interpessoal, em que os cuidadores primários ou outros com que se estabelecem relações próximas, ao invés de suportarem e permitirem o desenvolvimento da criança e das suas capacidades básicas, dificultam-no. Esta situação coloca em causa o seu desenvolvimento psicobiológico e socioemocional assim como a sua habilidade para, no futuro, desenvolver relações de confiança com os outros, pois são afetadas no desenvolvimento da sua identidade, na coerência da sua personalidade, na sua autoestima e na confiança básica nas relações primárias (Cloitre et al., 2001; Cook et al., 2005; Courtois & Ford, 2013).

O número e a variedade de episódios traumáticos interpessoais a que um indivíduo é exposto ao longo do seu ciclo de vida, principalmente na infância, influenciam também a composição da sua personalidade, os seus consequentes sintomas e perturbações psicológicas, possibilitando o desenvolvimento de Perturbação de *Stress* Pós-traumático (*Posttraumatic Stress Disorder* - PTSD) em resposta a determinado *stressor* (Briere & Scott, 2015; Briere et al., 2008; Briere & Spinazzola, 2005; Cloitre et al., 2009; Hodges et al., 2013; Karam et al., 2014) e outros tipos de perturbações e disfunções, tais como a Perturbação de Trauma de Desenvolvimento, mudanças críticas na personalidade após esses eventos traumáticos, dificuldades de relacionamento interpessoal e comportamento disfuncional (Briere & Scott, 2015; Hodges et al., 2013).

O diagnóstico de Perturbação de *Stress* Pós-traumático surge na 3ª edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-III), no seguimento da guerra no Vietnam, com o intuito de compreender as consequências e condições psiquiátricas da exposição à guerra e a outros eventos traumáticos graves (APA, 1980). Neste contexto, a definição de evento traumático estava associado a um *stressor* catastrófico, de cariz pouco frequente no percurso de vida do indivíduo, tais como situações de guerra, abusos, violência e catástrofes naturais, diferenciando-o dos *stressores* normais que surgem ao longo da vida. Essa diferenciação entre o que seria traumático e o que não seria, foi baseada na ideia de que a maioria dos indivíduos tem a capacidade de lidar com o *stress* comum, mas que a sua capacidade adaptativa é insuficiente face a um evento inesperado e catastrófico (Viola et al., 2010). No entanto, concluiu-se que situações de vida quotidiana podiam desencadear eventos *stressantes* que causariam consequências idênticas ao *stress* gerado por vivências mais fortes. Com o intuito de compreender a etiologia da perturbação, os critérios de diagnóstico de PTSD sofreram alterações ao longo do tempo, principalmente ao nível da qualificação de evento traumático, devido ao reconhecimento de outros tipos de Trauma e à inclusão de outras perturbações relacionados ao Trauma (DiMauro, Carter, Folk, & Kashdan, 2014). A Perturbação de *Stress* Pós-traumático é um diagnóstico bastante útil e de grande aplicabilidade para diferentes populações de vítimas, sobressaindo a sua particular neurobiologia e terapêuticas (van der Kolk, Roth, Pelcovitz, Sunday, & Spinazzola, 2005). No entanto, mesmo na última versão do DSM-5, a definição não deixa de ser abrangente (DiMauro et al., 2014).

Os indivíduos expostos ao Trauma Complexo evidenciam perturbações psicológicas e dificuldades, tais como desregulação afetiva e dificuldades nas relações

interpessoais, que não estão incluídas nos critérios de diagnóstico de PTSD e que não são especificamente capturadas por esta perturbação (Briere & Spinazzola, 2005; Herman, 1992; van der Kolk et al., 2005; Viola et al., 2010; Zucker, Spinazzola, Blaustein, & van der Kolk, 2006). Estes indivíduos são diagnosticados muitas das vezes com uma grande variedade de sintomas que não abarcam completamente o seu quadro clínico (Taycan & Yildirim, 2015; Viola et al., 2010). Com o objetivo de criar uma identificação sintomatológica e, conseqüentemente, um método de tratamento mais adequado a estes casos, tornou-se necessário criar um diagnóstico que tivesse em conta as conseqüências e sintomas psiquiátricos do Trauma repetitivo e prolongado, que não estão incluídos no atual diagnóstico de Perturbação de *Stress* Pós-traumático (Herman, 1992; Viola et al., 2010). Assim, foi proposto o diagnóstico de Perturbação de *Stress* Pós-traumático Complexo (*Complex Posttraumatic Stress Disorder - CPTSD*) ou Perturbações de *Stress* Extremo Não Especificadas (*Disorders of Extreme Stress Not Otherwise Specified - DESNOS*), que evidencia a traumatização crónica severa (Herman, 1992; Taycan & Yildirim, 2015; Viola et al., 2010). Este diagnóstico é característico do Trauma Complexo, que requer alterações no indivíduo a seis diferentes dimensões: autorregulação, somatização, atenção e consciência, autoperceção, relações interpessoais e sistemas de significado (Luxenberg et al., 2001; Pelcovitz et al., 1997; Taycan & Yildirim, 2015; van der Kolk et al., 2005).

Muitos dos sintomas que foram referenciados para diagnosticar CPTSD constituem agora critérios para o diagnóstico de PTSD no DSM-5. Estudos apontam que estes critérios podem ser insuficientes para definir o quadro clínico de alguns pacientes, tendo em conta a quantidade de sintomas complexos provenientes da exposição a diversos Traumas e da presença de mudanças multidimensionais na personalidade que afetam a organização da identidade (Taycan & Yildirim, 2015). A multiplicidade de sintomas manifestados, por vezes, não é reconhecida como estando associada às suas experiências traumáticas, o que dificulta o reconhecimento da psicopatologia (Luxenberg et al., 2001), para além de que, quanto mais precocemente e mais tempo o indivíduo for exposto ao Trauma, maior a probabilidade de surgirem um conjunto de sintomas de DESNOS simultaneamente a sintomas de PTSD (van der Kolk et al., 2005), o que dificulta o diagnóstico.

Tal como os sintomas de PTSD, os sintomas de DESNOS também podem conduzir o indivíduo a procurar tratamento para a disfuncionalidade nas várias áreas que estes lhe causam (van der Kolk et al., 2005).

A desregulação afetiva é um aspeto bastante problemático nos pacientes traumatizados e deve ser um dos focos centrais no tratamento. Estes indivíduos manifestam dificuldades em controlar as suas experiências emocionais, tendem a reagir de forma excessiva a situações de relativo *stress*, demonstrando dificuldades em manter o controlo da ansiedade. Manifestam alta probabilidade em enveredar por comportamentos de risco com o intuito de controlar as suas próprias emoções (Felitti et al., 1998; Luxenberg et al., 2001; Polusny & Follette, 1995).

O indivíduo tende também a desenvolver sintomatologia dissociativa, isto é, alterações na consciência como mecanismo de defesa para a integração de pensamentos, memórias e comportamentos (Briere & Spinazzola, 2005), o que dificulta a capacidade de integração das suas experiências traumáticas (Luxenberg et al., 2001). Estes indivíduos não conseguem aceder a certo tipo de informação pois manifestam também amnésia relativamente a situações significativas da sua vida e retraem-se quando confrontados com emoções ou recordações das suas experiências traumáticas. Os pacientes cronicamente traumatizados aprendem a separar as suas sensações e experiências corporais, para que o corpo se torne frequentemente vinculado ao perigo e aflição em situações adversas (Luxenberg et al., 2001).

Ao mesmo tempo, a autoestima destes indivíduos é fortemente afetada, pois desenvolvem uma imagem muito negativa de si mesmos ao culpabilizarem-se pelas suas vivências negativas, consideram-se impotentes, inúteis e indesejados pelos outros (Herman, 1992). Têm dificuldades em responsabilizarem-se pelos seus próprios atos e tendem a desvalorizar o impacto das suas experiências, como se estas não estivessem relacionadas às suas dificuldades (Luxenberg et al., 2001).

As suas relações interpessoais são também evidentemente atingidas. Habitualmente, os indivíduos com este tipo de perturbação têm histórias de vida marcadas por várias relações disfuncionais. A dificuldade na compreensão de sinais de alerta torna-se um obstáculo à perceção dos seus próprios sentimentos como raiva e mágoa, e ao comportamento inapropriado por parte do outro. Em situações mais extremas, consideram que a vitimização é um fator importante nas relações interpessoais, e apesar de serem capazes de sentir esses sinais de alerta, o medo que sentem é de tal modo preponderante que ficam impotentes para atuar sobre eles. Esta situação dificulta a sua capacidade de relacionamento interpessoal devido à falta de confiança que persiste nos outros (Luxenberg et al., 2001).

Os sintomas físicos persistentes que não têm explicação ou intervenção médica também são característicos deste diagnóstico. Com a perda da habilidade de colocar em palavras as suas experiências traumáticas, os sintomas físicos fornecem aos indivíduos um meio simbólico de comunicar a sua dor emocional (van der Kolk, 1996).

O sistema de significados destes indivíduos demonstra-se também afetado. Muitos deles olham para a vida de uma forma muito negra, sem sentido e sem propósito (Herman, 1992). Questionam-se quanto às suas próprias crenças, e tendem a ter um *locus* controlo externo exacerbado, acreditando na existência de uma força ou de um ser espiritual que é insensível ao sofrimento humano. Não conseguem fazer mudanças positivas na sua vida e têm muita dificuldade em formular opiniões assim como em tomar decisões (Luxenberg et al., 2001).

Como é evidente, este diagnóstico abarca uma grande quantidade de consequências pessoais que, por vezes, são difíceis de associar às experiências traumáticas dos indivíduos e ao diagnóstico, mas que perturbam e afetam verdadeiramente o seu bem-estar e um percurso de desenvolvimento saudável (Taycan & Yildirim, 2015).

1.4. Influência da Espiritualidade no Trauma

Progressivamente, estudos têm evidenciado uma importante relação entre a Espiritualidade e a Saúde (Bonelli & Koenig, 2013; Hill et al., 2000; Peterman et al., 2002), para além do seu impacto positivo na qualidade de vida do indivíduo (Lau, Hui, Lam, Lau, & Cheung, 2015). A Psicologia da Religião suscita aos investigadores um maior interesse nas questões espirituais e religiosas da vida, relacionando-as cada vez mais com o seu efeito na saúde mental (Hill & Pargament, 2008). Autores como Brown, Carney, Parrish, e Klem (2013), num estudo sobre a relação entre duas variáveis espirituais (*coping* religioso e bem-estar espiritual) e duas variáveis psicológicas (ansiedade e depressão, verificaram que os indivíduos que reportaram níveis mais elevados de Religiosidade e de bem-estar espiritual experienciavam também menos perturbações físicas, mentais e emocionais.

A Espiritualidade parece ajudar o indivíduo em situações de doença e noutras vivências negativas (Ano & Vasconcelles, 2005; Pargament, 1997), funcionando como estratégia para ultrapassar situações mais adversas, reorganizando as suas experiências, proporcionando conforto, bem-estar emocional e funcionando também como uma ferramenta positiva de apoio social para os indivíduos. A vivência da Espiritualidade

potencia sentimentos de serenidade e felicidade (Melo, Sampaio, Souza, & Pinto, 2015), associando-se também ao favorecimento de sentimentos mais positivos, tais como otimismo, autoestima, Resiliência e esperança (Ano & Vasconcelles, 2005). Estudos relatam a ajuda do *coping* Religioso e Espiritual na recuperação do indivíduo em situações de crise (Harper & Pargament, 2015) e do benefício da Religião e da Espiritualidade no fim da vida, fornecendo ao idoso significado e esperança nesta fase (Humboldt, Leal, & Pimenta, 2014; Manning, 2013).

No entanto, a Espiritualidade e a Religião, podem também ter efeitos negativos na saúde quando existem ideias distorcidas relativamente à origem e causa dos seus males, desenvolvendo sentimentos de culpa e baixa autoestima que conduzem a uma posição passiva e à desmotivação para superar dificuldades (Barth, 2014). A utilização de estratégias de *coping* religioso negativo pode também provocar consequências negativas à saúde mental do indivíduo (Feder et al., 2013), quando é realizada de forma neurótica, através de mecanismos de defesa que atrapalham a autonomia do indivíduo e a sua própria espiritualidade, obrigando-o ao cumprimento mais vinculado de normas institucionais que o culpabilizam (Oliveira & Junges, 2012)

Apesar da possibilidade de criar também efeitos negativos, é revelada grande consideração à influência da Espiritualidade para a integralidade da saúde. Como tal, a Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1988, incluiu a dimensão espiritual no conceito multidimensional de Saúde, dando relevância às questões referentes ao significado e sentido da vida, sem ter de necessariamente ter um tipo específico de crença ou prática religiosa (Oliveira & Junges, 2012).

Em situações ou eventos traumáticos, a Espiritualidade e a Religião parecem ser um recurso usual, estimulando o desenvolvimento de expressões religiosas e espirituais (Harper & Pargament, 2015). Os indivíduos que se apoiam na Religião e na Espiritualidade parecem sofrer menos consequências psicológicas provenientes dos seus eventos traumáticos (Bryant-Davis et al., 2012; Ellison, 1991; Gall, Basque, Damasceno-Scott, & Vardy, 2007), através do recurso a estratégias benéficas como o *coping* religioso e espiritual positivo na recuperação do Trauma Interpessoal (Bryant-Davis & Wong, 2013), pois permitem a promoção da Resiliência e do bem-estar através do refúgio que o indivíduo procura no divino e na criação de significado às suas experiências mais adversas (Ano & Vasconcelles, 2005; Van Dyke, Glenwick, Cecero, & Kim, 2009). A recorrência a comunidades de fé, por exemplo, como forma de manifestação do *coping* religioso, pode promover, para além do apoio social, o

sentimento de perdão ao invés do sentimento de vingança em situações de experiências interpessoais traumáticas (Brewer-Smyth & Koenig, 2014).

Os eventos traumáticos, devido à diversidade da sua natureza, devem ser compreendidos de forma holística e incorporar a Religião e a Espiritualidade, tendo em conta que os seres humanos têm um role interligado de capacidades, tanto psicológicas, físicas, sociais e espirituais. Neste sentido, existe interesse em incorporar a Espiritualidade e a Religião no tratamento de sobreviventes de trauma (Bryant-Davis et al., 2012), e muitas vezes o processo de recuperação pós-traumático incorpora estes dois recursos para ajudar no entendimento que o indivíduo faz da situação crítica, na compreensão dos métodos que utilizará para lidar com a adversidade e os resultados a curto e a longo prazo que o trauma proporcionará (Harper & Pargament, 2015). Existe evidência de que a intervenção psicológica em indivíduos vítimas de Trauma Interpessoal, com recurso à Espiritualidade, se relaciona com a diminuição da sintomatologia física, da depressão e ansiedade, comparativamente aos grupos de controlo (Bowland et al., 2012).

Deste modo, parece existir evidência de que a Espiritualidade, do ponto de vista descrito acima, possa ser um componente influente na saúde, incluindo no Trauma e nas consequentes vivências negativas, funcionando como estratégia para ultrapassar situações mais adversas, que permite criar significados a essas situações negativas através do divino, possibilitando o apoio social e sentimentos de perdão, tolerância e Resiliência. Este aspeto tem ganho importância ao longo dos tempos, sendo por vezes incluído em processos de tratamento pós-traumático.

2. Objetivos e Hipóteses

No âmbito do Projeto de Investigação sobre “Personalidade e Psicopatologia”, o presente estudo pretende explorar os dados sociodemográficos (Religião, Sexo e Idade) na Relação com a Espiritualidade e Resiliência, assim como pretende também explorar a relação entre a Espiritualidade, Resiliência e Sexo com as dimensões associadas ao Trauma Complexo/DESNOS, na população geral adulta.

2.1. Objetivos

Objetivo 1: Explorar os dados sociodemográficos (Religião, Sexo e Idade) na relação com a Espiritualidade e a Resiliência na população geral adulta.

Objetivo 2: Explorar a relação entre a Influência da Espiritualidade, a Resiliência e o Sexo, nas Dimensões do Trauma Complexo/DESNOS.

2.2. Hipóteses

Em seguida são apresentadas as hipóteses relativas a cada um dos objetivos, formuladas com base na revisão de literatura apresentada na secção anterior.

Relativamente ao Objetivo 1, as hipóteses apresentadas são as seguintes:

Hipótese 1: Os participantes Católicos Praticantes evidenciam um resultado significativamente mais elevado no resultado total de Resiliência (CD-RISC) comparativamente com os participantes Sem Prática Religiosa.

Hipótese 2: As participantes do sexo feminino evidenciam um resultado mais elevado no Fator Influência da Espiritualidade (CD-RISC) e no resultado total de Resiliência (CD-RISC) comparativamente aos participantes do sexo masculino.

Hipótese 3: A Idade relaciona-se positivamente com o Fator Influência da Espiritualidade (CD-RISC) e com o resultado total de Resiliência (CD-RISC).

Relativamente ao Objetivo 2, as hipóteses apresentadas são as seguintes:

Hipótese 4: O Fator Influência da Espiritualidade (CD-RISC) e o resultado total de Resiliência (CD-RISC) relacionam-se negativamente com as Dimensões associadas ao Trauma Complexo/DESNOS (subescalas SIDES-SR).

Hipótese 5: No sexo feminino, o Fator Influência da Espiritualidade (CD-RISC) relaciona-se negativamente com as Dimensões associadas ao Trauma Complexo/DESNOS (subescalas do SIDES-SR), ao invés do sexo masculino, que não apresenta relação.

3. Método

3.1. Participantes

A amostra do presente estudo é composta por 338 participantes da população geral adulta, a maioria de nacionalidade portuguesa, com idade igual ou superior a 18 anos ($M = 41.07$; $DP = 13.56$ anos).

A caracterização sociodemográfica dos participantes está apresentada no Quadro 1.

Quadro 1

Estatística Descritiva das Variáveis Sociodemográficas da Amostra

Variáveis	<i>n</i>	%	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Me</i>	<i>Mo</i>	Min	Max
Sexo								
Masculino	132	39.1						
Feminino	206	60.9						
Idade			41.07	13.56	40	37	18	83
Escolaridade								
<4º ano	7	2.1						
4ºano	5	1.5						
6ºano	16	4.7						
9ºano	52	15.4						
12ºano	96	28.4						
Licenciatura ou mais	162	47.9						
Estado civil								
Solteiro	104	30.8						
Casado ou vivendo como tal	197	58.3						
Viúvo	6	1.8						
Divorciado ou separado	30	8.9						
Religião								
Católico praticante	64	18.9						
Católico não praticante	185	54.7						
Outra religião	9	2.7						
Sem religião	78	23.1						
Trauma								
Sim	154	45.6						
Não	174	51.5						

3.1.1. Caracterização sociodemográfica dos participantes do sexo masculino e do sexo feminino

A amostra do presente estudo é composta por 132 participantes do sexo masculino com uma média de idade de 41.86 anos ($DP = 14.01$ anos).

A caracterização sociodemográfica dos participantes do sexo masculino apresenta-se no Quadro 2.

Quadro 2

Estatística Descritiva das Variáveis Sociodemográficas do Sexo Masculino

Variáveis	<i>n</i>	%	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Me</i>	<i>Mo</i>	Min	Max
Idade			41.86	14.01	40	52	18	83
Escolaridade								
<4º ano	4	3.0						
4ºano	1	.8						
6ºano	9	6.8						
9ºano	18	13.6						
12ºano	51	38.6						
Licenciatura ou mais	49	37.1						
Estado civil								
Solteiro	40	30.3						
Casado ou vivendo como tal	80	60.6						
Viúvo	2	1.5						
Divorciado ou separado	9	6.8						
Religião								
Católico praticante	20	15.2						
Católico não praticante	68	51.5						
Outra religião	6	4.5						
Sem religião	38	28.8						
Trauma								
Sim	55	41.7						
Não	73	55.3						

Por sua vez, a amostra é constituída por 206 participantes do sexo feminino com uma média de idade de 40.56 anos ($DP = 13.27$ anos).

A caracterização sociodemográfica dos participantes do sexo feminino apresenta-se no Quadro 3.

Quadro 3

Estatística Descritiva das Variáveis Sociodemográficas do Sexo Feminino

Variáveis	<i>n</i>	%	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Me</i>	<i>Mo</i>	Min	Max
Idade			40.56	13.27	39.50	37	18	82
Escolaridade								
<4º ano	3	1.5						
4ºano	4	1.9						
6ºano	7	3.4						
9ºano	34	16.5						
12ºano	45	21.8						
Licenciatura ou mais	113	54.9						
Estado civil								
Solteiro	64	31.1						
Casado ou vivendo como tal	117	56.8						
Viúvo	4	1.9						
Divorciado ou separado	21	10.2						
Religião								
Católico praticante	44	21.4						
Católico não praticante	117	56.8						
Outra religião	3	1.5						
Sem religião	40	19.4						
Trauma								
Sim	99	48.1						
Não	101	49.0						

3.2. Instrumentos

Para a realização do presente estudo empírico foram usados os seguintes instrumentos: Questionário Sociodemográfico; Escala de Resiliência de *Connor-Davidson* (CD-RISC); SIDES-SR (*Self-Report Inventory for Disorders of Extreme Stress*).

3.2.1. Questionário Sociodemográfico

O questionário sociodemográfico utilizado é composto por 18 itens. Permite recolher dados sociodemográficos relativos ao sexo, idade, nacionalidade, residência habitual, nível de escolaridade, situação laboral, profissão, situação económica, estado civil, agregado familiar atual, número de filhos, informação relativa às relações familiares e de amizade, crenças e práticas religiosas, estado de saúde e informação relativa a alguma situação ou acontecimento de vida traumático (ver Anexo A).

3.2.2. CD-RISC: Escala de Resiliência de *Connor-Davidson*

No presente estudo foi utilizada a versão portuguesa de Faria-Anjos e Ribeiro (2011) deste instrumento. O CD-RISC é um questionário de autorrelato, constituído por 25 itens, onde são identificados quatro fatores: Competência Pessoal, Confiança nos seus Instintos; Adaptação e Influência da Espiritualidade. Este último fator mencionado, Influência da Espiritualidade, evidencia-se como o fator de destaque a ser analisado no presente estudo. A escala proporciona um resultado total que varia entre 0 e 100, sendo que os valores superiores correspondem a um maior nível de Resiliência. No entanto, a análise fatorial da versão americana discrimina ainda mais um fator (controlo) para além dos quatro fatores acima descritos. Na versão portuguesa, o fator correspondente ao controlo foi excluído (Faria-Anjos, Ribeiro, & Ribeiro, 2011).

Cada item está organizado segundo uma escala de *Likert* de 5 pontos (0- Não verdadeira, 1- Raramente verdadeira, 2- Às vezes verdadeira, 3- Geralmente verdadeira e 4- Quase sempre verdadeira). É pedido ao participante que complete a escala, indicando até que ponto concorda com as afirmações e de que modo estas se aplicam à sua realidade e a si próprio no último mês (Connor & Davidson, 2003).

Relativamente às propriedades psicométricas, na versão original, a escala CD-RISC apresenta uma boa consistência interna ($\alpha=.89$) (Connor & Davidson, 2003). Na versão portuguesa, a escala apresenta também uma boa consistência interna ($\alpha=.88$) (Faria-Anjos et al., 2011). No presente estudo, para a amostra de 338 indivíduos, a escala CD-RISC apresenta uma boa consistência interna, com um resultado alfa de

Cronbach de .92. Quanto às subescalas, também todas apresentam boa consistência interna: Competência social ($\alpha = .87$), Confiança nos Instintos ($\alpha = .82$), Adaptação ($\alpha = .66$) Influência da Espiritualidade ($\alpha = .69$) - demonstrando-se como um instrumento adequado a ser utilizado nesta investigação.

3.2.3. **SIDES-SR: *Self- Report Inventory for Disorders of Extreme Stress***

Foi utilizada a versão portuguesa, em estudo, do questionário SIDES-SR (Duarte-Silva, Gonçalves, & Henriques-Calado, 2016). Este é um questionário de autorrelato, constituído por 45 itens, que pertence ao Grupo de Investigação do DSM-5 sobre o Trauma Complexo e as Perturbações de *Stress* Extremo. Esta escala pretende avaliar a presença do diagnóstico proposto como DESNOS (*disorders of extreme stress-not otherwise specified*) no DSM-5. Avalia o trauma complexo em seis *clusters* ou dimensões sintomatológicas: “Desregulação do Afeto”, “Somatização”, “Alterações de Consciência”, “Autopercepção”, “Relação com os Outros” e “Sistemas de Significado” (Luxenberg, Spinazzola, Bessel, & van der Kolk, 2001).

Os 45 itens do questionário correspondem a sintomas delineados no diagnóstico DESNOS. É pedido aos participantes que indiquem a presença ou ausência de cada sintoma atualmente e ao longo da sua vida, assim como que lhes é pedido que classifiquem a gravidade atual desses sintomas. Para cada item, os indivíduos respondem se aquele sintoma é presente na sua vida (utilizando respostas dicotómicas “sim/não”), assim como identificam a presença recorrente e a severidade desse sintoma durante o mês passado, através de uma escala de 0 a 3, para além da existência de um item denominado “Não aplicável”, considerado o número 4 da escala. Cada descrição dos itens contém exemplos concretos de comportamento de forma a facilitar a resposta dos pacientes e a avaliação clínica. Pode ser cotado como diagnóstico para aceder à presença de sintomatologia significativa nas seis dimensões de DESNOS, ou como uma medida contínua da severidade dos sintomas. Em geral, a classificação do item no nível 2 ou acima, é considerado indicativo da severidade do nível clínico (Trauma Center, 2011).

Este instrumento revela ser uma boa ferramenta para investigar efeitos do trauma no indivíduo, particularmente as alterações no indivíduo em resposta ao *stress* extremo que não são capturadas no diagnóstico de PTSD (Perturbação de *Stress* Pós-Traumático). Neste sentido, permite o planeamento de tratamento mais eficaz e objetivo para as dificuldades do indivíduo (Pelcovitz et al., 1997).

Relativamente à sua consistência interna, a escala completa do SIDES-SR apresenta em estudos anteriores um valor de .93, o que revela ser um bom instrumento de medição (Trauma Center, 2011), assim como as suas subescalas, em que os alfas variam entre .74 a .82. No presente estudo, as subescalas do SIDES-SR apresentam valores de alfa de Cronbach entre .52 e .79 - demonstrando-se como um instrumento adequado a ser utilizado nesta investigação.

3.3. Procedimento

Como anteriormente referido, o presente estudo faz parte de um Projeto de Investigação com a temática “Personalidade e Psicopatologia”.

A amostra foi recolhida através do método “Bola de Neve”, consoante os conhecimentos dos alunos do Mestrado Integrado em Psicologia, sendo que a respetiva recolha de dados decorreu entre fevereiro e maio de 2016. Os participantes receberam o protocolo num envelope, juntamente com o consentimento informado (ver Anexo B), que deviam assinar primeiramente, antes de iniciarem o preenchimento do protocolo caso pretendessem participar neste estudo. O consentimento informado mencionava o objetivo e o âmbito da investigação, assim como garantia o anonimato das respostas e o caráter confidencial da informação. Facultou-se o contato do investigador caso desejassem uma breve informação sobre os resultados. Após a realização completa do protocolo, este deveria ser entregue juntamente com o consentimento informado.

A amostra foi recolhida mediante a aplicação de um protocolo composto por nove instrumentos de medida psicológica (questionários de autorrelato). O presente estudo usou três dos nove instrumentos, tal como descritos na secção 3.2. Estima-se a duração de uma hora e trinta minutos para o preenchimento do protocolo.

A análise dos dados foi efetuada através do programa IBM SPSS *Statistics* - versão 22 (*Statistical Package for the Social Sciences*).

Utilizou-se a estatística descritiva, incluindo cálculos de frequências, percentagens, médias e desvio-padrão. Com o intuito de obter uma medida do grau de correlação ou associação entre variáveis recorreu-se a técnicas estatísticas específicas, o coeficiente de correlação de *Pearson*, para verificar a existência de relação entre variáveis métricas e, a estatística de teste *t*- de Student para amostras independentes (Marôco, 2011). Recorreu-se também ao cálculo do coeficiente alfa de *Cronbach* para testar a consistência interna dos instrumentos utilizados no presente estudo.

Consideram-se estatisticamente significativos os efeitos para $p\text{-values} \leq .05$.

4. Resultados

De seguida, são apresentados os resultados obtidos no presente estudo. Primeiramente, figuram os resultados relativos à exploração dos dados sociodemográficos (Religião, Sexo e Idade), na relação com a Espiritualidade e a Resiliência. De seguida, estão apresentados os resultados da exploração quanto à relação entre a Influência da Espiritualidade, Resiliência e Sexo, nas Dimensões associadas ao Trauma Complexo/DESNOS.

4.1. Exploração dos Dados Sociodemográficos na Relação com a Espiritualidade e a Resiliência na População Geral Adulta

4.1.1. Análise Comparativa entre Católicos Praticantes e Participantes Sem Prática Religiosa (Hipótese 1)

Nesta primeira hipótese, procedeu-se ao agrupamento de dois grupos distintos de participantes (Católicos Não Praticantes e Sem Religião) num único grupo, o qual é denominado de Participantes Sem Prática Religiosa, considerando que esse é o ponto em comum entre estes dois grupos.

Com vista a verificar se existem diferenças significativas entre os dois grupos, Católicos Praticantes e Participantes Sem Prática Religiosa relativamente ao resultado total de Resiliência (CD-RISC), foi efetuado o teste *t*-Student para amostras independentes.

Quanto aos pressupostos deste método estatístico, assume-se a normalidade das distribuições perante o número elevado da amostra ($n = 338$), e foi verificada a homogeneidade de variâncias com o teste de *Levene* ($F = .18$; $p = .67$).

Verifica-se que o grupo Católico Praticante apresenta uma média superior no resultado total de Resiliência (CD-RISC) ($M = 72.34$; $DP = 13.12$) comparativamente ao grupo Sem Prática Religiosa ($M = 68.49$; $DP = 13.36$). De acordo com o teste *t*- de Student, esta diferença observada entre os dois grupos é estatisticamente significativa ($t(325) = 2.07$, $p = .04$).

4.1.2. Análise Comparativa entre o Sexo Feminino e o Sexo Masculino (Hipótese 2)

Para verificar se existem diferenças significativas entre os Sexos relativamente aos resultados obtidos no Fator *Influência da Espiritualidade* (CD-RISC) e no resultado total de Resiliência (CD-RISC), foi efetuado o teste *t*- de Student para amostras independentes. Os resultados estão relatados no Quadro 4.

Quanto aos pressupostos deste método estatístico, assume-se a normalidade das distribuições perante o número elevado da amostra ($n = 338$), e verifica-se a homogeneidade de variâncias através do teste de *Levene* tanto para a variável Fator *Influência da Espiritualidade* ($F = 1.17$; $p = .28$), como para a variável resultado total de Resiliência ($F = .18$; $p = .68$).

Quadro 4

Comparação das Médias entre o Sexo Masculino e o Sexo Feminino no Resultado Total de Resiliência (CD-RISC) e no Fator Influência da Espiritualidade (CD-RISC)

	Sexo masculino ($n = 132$)	Sexo feminino ($n = 206$)	<i>t</i>	<i>p</i>
	<i>M (DP)</i>	<i>M (DP)</i>		
Resiliência	67.80(14.21)	70.22 (12.99)	-1.61	.11
Influência da Espiritualidade	7.05 (2.87)	7.75 (2.55)	-2.32	.02

Nota. Graus de Liberdade = 336

A negrito estão identificados os casos em que $p < .05$.

É possível verificar que o sexo feminino evidencia uma média superior tanto no resultado total de Resiliência como no resultado médio do Fator *Influência da Espiritualidade* comparativamente ao sexo masculino. No entanto, apenas a diferença quanto ao resultado no Fator Influência da Espiritualidade (CD-RISC) é significativa.

Neste sentido, é possível confirmar a hipótese inicial relativamente ao resultado superior no Fator Influência da Espiritualidade no sexo feminino comparativamente ao Sexo masculino, mas não é possível confirmar a hipótese inicial de que o sexo feminino teria resultados superiores no resultado total de Resiliência.

4.1.3. Análise de Relação com a Variável Idade (Hipótese 3)

Para analisar a relação entre a variável Idade e as variáveis Fator *Influência da Espiritualidade* e o resultado total de Resiliência (CD-RISC), procedeu-se à análise de correlações, utilizando o coeficiente de correlação de *Pearson* (r), visto que as variáveis em estudo são quantitativas e contínuas.

Verifica-se a existência de correlação positiva fraca, mas significativa entre a variável Idade e a variável Fator *Influência da Espiritualidade* ($r = .16$, $p = .001$), o que indica o aumento da Influência da Espiritualidade com o aumento da Idade.

Por seu turno, não se observa uma correlação significativa entre a variável Idade e o resultado total de Resiliência ($r = -.02, p = .75$).

Deste modo, confirma-se a hipótese de que a Idade se relaciona positivamente com a Espiritualidade, contudo, a hipótese de que a Idade se relaciona positivamente com a Resiliência, não é confirmada.

4.2. Exploração da Relação entre a Influência da Espiritualidade, Resiliência e Sexo, com as Dimensões associadas ao Trauma Complexo/DESNOS

4.2.1. Análise de Relação entre as Variáveis Fator Influência da Espiritualidade, Resiliência e Dimensões do Trauma Complexo/DESNOS (Hipótese 4)

Procedeu-se à utilização do coeficiente de correlação de *Pearson* para verificar a relação entre as variáveis Fator Influência da Espiritualidade e resultado total de Resiliência (CD-RISC) com as dimensões associadas ao Trauma Complexo/DESNOS (SIDES-SR). Os resultados estão apresentados no Quadro 5.

Quadro 5

Coefficientes de Correlação de Pearson entre as Variáveis Fator Influência da Espiritualidade (CD-RISC) e Resultado Total de Resiliência (CD-RISC) com as Seis Dimensões do Trauma Complexo/ DESNOS (SIDES-SR)

Dimensões SIDES-SR	Fator Influência da Espiritualidade (CD-RISC)	Resultado Total de Resiliência (CD-RISC)
Desregulação dos Afetos e Impulsos	-.14*	-.26**
Alteração na Atenção e Conscienciosidade	-.05	-.19**
Autoperceção	-.21**	-.29**
Relação com os Outros	-.11*	-.18**
Somatização	-.10	-.09
Sistemas de Significados	-.25**	-.38**

Nota. Os casos em que $p < .05$ estão identificados a negrito.

** $p < .01$, * $p < .05$

Deste modo, a hipótese inicial é parcialmente confirmada, pois verifica-se que a maioria das dimensões do Trauma Complexo/DESNOS (“Desregulação dos Afetos e Impulsos”, “Autopercepção”, “Relação com os Outros” e “Sistemas de Significados”) se correlacionam negativa e significativamente com o Fator Influência da Espiritualidade e com o resultado total de Resiliência (CD-RISC), exceto a dimensão “Somatização”, que não se relaciona com nenhuma das variáveis, e a dimensão “Alteração na Atenção e Conscienciosidade”, que apenas evidencia relação negativa e significativa com o resultado total de Resiliência (CD-RISC).

4.2.2. Análise de Diferenças quanto à Variável Sexo na relação entre as Variáveis Influência da Espiritualidade e as Dimensões do Trauma Complexo/DESNOS (Hipótese 5)

No Quadro 6 estão representados os coeficientes de correlação de *Pearson* relativamente à relação entre o Fator Influência da Espiritualidade (CD-RISC) e as seis dimensões avaliadas pelo SIDES-SR nos dois grupos: sexo masculino e sexo feminino.

Quadro 6

Coefficientes de Correlação de Pearson entre a Variável Fator Influência da Espiritualidade (CD-RISC) e as Seis Dimensões do Trauma Complexo/DESNOS (SIDES-SR) relativamente à Variável Sexo

Dimensões SIDES-SR	Fator Influência da Espiritualidade	
	Sexo masculino (<i>n</i> = 132)	Sexo feminino (<i>n</i> = 206)
Desregulação dos Afetos e Impulsos	-.05	-.19**
Alteração na Atenção e Conscienciosidade	.04	-.12
Autopercepção	-.12	-.28**
Relação com os Outros	.01	-.21**
Somatização	-.23*	-.04
Sistemas de Significados	-.23**	-.27**

Nota. Os casos em que $p < .05$ estão identificados a negrito.

** $p < .01$, * $p < .05$

No sexo feminino, verifica-se correlações negativas e significativas entre o Fator Influência da Espiritualidade e as dimensões “Desregulação dos Afetos e Impulsos”, “Autopercepção”, “Relação com os Outros” e “Sistemas de Significados”. Já no sexo masculino, apenas as dimensões “Somatização” e “Sistemas de Significados” se correlacionam significativamente de forma inversa com o Fator Influência da Espiritualidade. Curiosamente, a dimensão “Somatização” apenas se correlaciona significativamente de forma inversa com o Fator Influência da Espiritualidade no sexo masculino.

Neste sentido, a hipótese inicial é confirmada, visto que é possível verificar mais correlações negativas significativas entre o Fator Influência da Espiritualidade e as dimensões do SIDES-SR no sexo feminino, comparativamente ao sexo masculino.

5. Discussão

Neste capítulo, procede-se à discussão dos resultados obtidos no presente estudo, apresentados no capítulo anterior e considerando os objetivos e hipóteses referidos.

Este estudo pretendeu contribuir para a investigação no âmbito do Projeto sobre Personalidade e Psicopatologia, de modo a verificar a relação entre Espiritualidade e Resiliência com os dados sociodemográficos (Religião, Sexo e Idade) e as dimensões associadas ao Trauma Complexo/DESNOS de forma a permitir uma melhor compreensão quanto à forma como a Espiritualidade pode influenciar o indivíduo perante a vivência de adversidades, podendo ser um recurso aos Psicólogos para incluir este fenómeno no tratamento de indivíduos com disfuncionalidades ao nível das dimensões associadas ao Trauma Complexo/DESNOS.

5.1. Exploração dos Dados Sociodemográficos (Religião, Sexo e Idade) na Relação com a Espiritualidade e Resiliência

Verificam-se efetivamente algumas diferenças na relação entre os fatores sociodemográficos (Religião, Sexo e Idade), a Resiliência e a Espiritualidade, tal como confirmado por estudos anteriores (e.g., Brown et al., 2010; DeBono & Kuschpel, 2014; Lee et al., 2013; McFadden, 2013).

O presente estudo vem apoiar estudos anteriores que confirmam a influência da Prática Religiosa e o nível de Resiliência do indivíduo (Hipótese 1). Comparativamente aos participantes Sem Prática Religiosa, os participantes Católicos Praticantes revelam resultados superiores na escala total de Resiliência (CD-RISC), o que parece ajudar à

evidência do benefício desta prática na saúde mental do indivíduo (Brown et al. 2013). Um estudo de Gillum, King, Obisesan, e Koenig (2004) com população americana, predominantemente cristã, verificou a existência de menor risco de mortalidade nos indivíduos com prática religiosa pelo menos uma vez por semana, comparativamente aos participantes que não tinham qualquer prática religiosa. Tal como referido anteriormente, a prática religiosa pode também relacionar-se à Resiliência como forma potencial de resposta a situações de crise, de modo a ajudar na procura de sentimento de perdão, na compreensão de sentido e propósito da sua própria vida, assim como no desenvolvimento de relações sociais (Worthington et al., 2016) que proporcionam a partilha de experiências numa organização religiosa, permitindo a promoção da Resiliência (Brewer-Smyth & Koenig, 2014; Reutter & Bigatti, 2014). No entanto, tal não pode ser confirmado totalmente no presente estudo, visto que não houve recurso a um instrumento que medisse efetivamente o apoio social.

A hipótese inicial relativa ao sexo feminino manifestar valores superiores no resultado total de Resiliência (CD-RISC) e no resultado do Fator Influência da Espiritualidade é parcialmente confirmada (Hipótese 2). Não foram encontradas diferenças entre os sexos relativamente ao resultado na escala de Resiliência, ao contrário do resultado no Fator Influência da Espiritualidade, que se verifica significativamente superior no sexo feminino.

O resultado que reporta a não existência de diferenças entre os sexos na Resiliência não vai ao encontro de estudos anteriores que reportam nível de Resiliência superior no sexo feminino (e.g., Newsome et al., 2016), e apoia outros relativamente à falta de consenso na literatura (e.g., Jowkar et al., 2010). Este resultado pode também estar associado ao facto dos fatores sociodemográficos não terem uma influência tão significativa no nível de Resiliência do indivíduo como outros fatores, por exemplo, a autoeficácia, o afeto positivo e a autoestima (Lee et al., 2013).

Por sua vez, a confirmação da hipótese quanto ao resultado superior no Fator Influência da Espiritualidade no sexo feminino, comparativamente ao sexo masculino (Hipótese 2), vai ao encontro de estudos anteriores relativamente ao maior envolvimento da mulher na expressão espiritual e religiosa (e.g., Bryant, 2007; Lee & Mason, 2014), assim como na sua maior tendência para a crença da existência de Deus (e.g., Luna & MacMillan, 2015). Por sua vez, também se pode relacionar à tendência do sexo feminino para uma maior disponibilidade e recurso ao apoio social (Jowkar et al., 2010) que a prática religiosa fornece. Esta hipótese é também confirmada por estudos

anteriores (DeBono & Kuschpel, 2014), que sugerem um maior afastamento do sexo masculino do rumo religioso e espiritualidade, devido à tendência deste grupo para uma maior adoção de comportamentos de risco, comparativamente ao sexo feminino (Miller & Stark, 2002). Para além disso, estudos reportam uma maior tendência do sexo feminino para vivenciar de forma mais intensa o *stress* (Norris, Perilla, Ilbñes, & Murphy, 2001) e as consequências associadas a eventos adversos (Kellezi & Reicher, 2014), assim como tendem a maior vulnerabilidade para desenvolver PTSD comparativamente ao sexo masculino (Horesh, Lowe, Galea, Uddin, & Koenen, 2015; Tolin & Foa, 2006) pelo que o recurso à Espiritualidade pode ser mais recorrente nas mulheres, e daí a sua maior influência.

A hipótese inicial relativa à relação entre a Idade, o resultado total de Resiliência e o Fator Influência da Espiritualidade, é também parcialmente confirmada (Hipótese 3). No presente estudo, não foi possível verificar relação significativa entre a Idade e a Resiliência, mas mais uma vez verificou-se esta relação com a Influência da Espiritualidade.

Este resultado não vai ao encontro de estudos anteriores que enfatizam a promoção da Resiliência ao longo do envelhecimento (Costanzo et al., 2009; Hu et al., 2015), assim como verificam níveis superiores de Resiliência nos indivíduos mais velhos comparativamente aos mais novos (Nygren et al., 2005).

No entanto, a maioria dos estudos que revelam este facto são realizados em amostras populacionais expostas a situações adversas, ou mesmo após eventos traumáticos, o que difere deste estudo, que se baseia numa amostra de população geral adulta. Provavelmente, resultados mais favoráveis para a confirmação da hipótese quanto à promoção da Resiliência ao longo do envelhecimento seriam encontrados caso a população da nossa amostra não abrangesse uma população tão vasta como sejam “os indivíduos com idade superior ou igual a 18 anos”, considerando ainda que a média de Idade da presente amostra é de 41.07 anos, dificultando deste modo a confirmação da hipótese. Para além disso, um estudo longitudinal seria apropriado para conseguir resultados congruentes.

Por sua vez, verifica-se que quanto maior a Idade, maior a Influência da Espiritualidade (Hipótese 3). O estudo vem confirmar a importância da Espiritualidade nos mais velhos, no seguimento de literatura anterior (Allen et al., 2011; Koenig, 1988; McFadden, 2013). Este resultado pode estar associado ao facto desta ser uma das estratégias mais utilizadas pelos indivíduos mais velhos (Koenig, 1998) devido à sua

contribuição para amenizar emoções negativas (Allen et al., 2011) e proporcionar significado e esperança perante dificuldades, quer sejam físicas, mentais ou de outro cariz, associadas ao envelhecimento (Humboldt et al., 2014; Lee et al., 2013). Quanto mais o indivíduo sente o apoio de Deus, ou algo transcendente a si, para alcançar objetivos e ultrapassar dificuldades, mais sentimento de gratidão e confiança sente perante essa transcendência, o que proporciona o aumento de autoestima (Krause, & Hayward, 2014), afetada ao longo do envelhecimento (McMullin & Cairney, 2004). Este resultado pode também estar associado ao apoio social provindo da prática religiosa, valorizada pelos indivíduos mais velhos, tendo em conta o benefício do apoio social nas suas vidas (Kahn, Hessling, & Russell, 2003; Sharpley, Hussain, Wark, McEvoy, & Attia, 2015).

5.2. Exploração da Relação entre a Influência da Espiritualidade, a Resiliência e o Sexo, com as Dimensões associadas ao Trauma Complexo/DESNOS

Relativamente à relação entre a Resiliência e as dimensões associadas ao Trauma Complexo/DESNOS (Hipótese 4), este estudo é consonante com estudos anteriores que revelam a existência de associação entre a Resiliência e o Trauma (e.g., Lee et al., 2013). Foi possível verificar a existência de relação inversa entre a Resiliência e a maioria das dimensões do Trauma Complexo/DESNOS, o que vai ao encontro de estudos anteriores tais como de Hu et al., (2015), que revelam a existência de relação negativa entre a Resiliência e os indicadores de saúde mental. Tal como já foi possível verificar anteriormente, a Resiliência parece efetivamente ser um fator favorável e apoiante no ajustamento emocional dos indivíduos. No entanto, verificou-se que esta relação não é significativa entre a dimensão “Somatização” e a Resiliência. Estudos sugerem que a severidade da sintomatologia depressiva se associa negativamente com o nível de Resiliência (Holden, Bradford, Hall, & Belton, 2013; Schure, Odden, & Goins, 2013) o que nos permite assumir que a relação entre a Resiliência e a “Somatização” deveria ser significativa. Neste sentido, coloca-se a hipótese deste resultado estar relacionado à baixa consistência interna da subescala “Somatização” do instrumento SIDES-SR, pelo que esta deve ser interpretada com cautela (Trauma Center, 2011). Para além disso, a Somatização é uma dimensão associada à psicopatologia no geral, pelo que o facto deste estudo ser baseado numa amostra da população geral, não clínica, pode influenciar a evidência da relação desta dimensão com a Resiliência. A maioria dos estudos realizados com recurso a este

instrumento basearam-se em população clínica (Trauma Center, 2011), o que pode dificultar a verificação de relação entre a Somatização e a Resiliência.

No geral, verifica-se através deste estudo que, a Resiliência pode ser um fator protetor à sintomatologia traumática, tal como verificado em estudos anteriores (e.g., Lee et al., 2013).

Tal como esperado, é possível verificar a relação entre a Influência da Espiritualidade e as dimensões do Trauma Complexo/DESNOS. Estudos anteriores confirmam o benefício da Espiritualidade para o indivíduo em situações adversas (Año & Vasconcelles, 2005; Pargament, 1997), incluindo eventos traumáticos (Harper & Pargament, 2015), permitindo, deste modo, minimizar as consequências psicológicas provenientes desses eventos (Bryant-Davis et al., 2012; Bryant-Davis & Wong, 2013; Ellison, 1991; Gall et al., 2007).

Pelo que é possível verificar nos resultados do presente estudo, é evidente a relação significativamente inversa entre a Espiritualidade e a maioria das dimensões associadas ao Trauma Complexo/DESNOS. No entanto, não se verifica relação significativa com as dimensões “Alteração na Atenção e Conscienciosidade” e “Somatização”, o que não vai ao encontro de estudos anteriores que reforçam o impacto positivo da Influência da Espiritualidade na diminuição de sintomatologia (Charkhabi, Mortazavi, Alimohammadi, & Hayati, 2014). Novamente, é importante considerar a amostra do presente estudo, mantendo a hipótese de que efetivamente estamos perante uma amostra da população geral, onde não é possível identificar relação significativa entre as dimensões “Alteração na Atenção e Conscienciosidade” e a “Somatização” com a Influência da Espiritualidade, principalmente associadas à psicopatologia, o que pode dificultar o encontro de resultados associados à hipótese. No entanto, o facto de não verificar relação significativa entre a Influência da Espiritualidade e a dimensão “Alteração na Atenção e Conscienciosidade” pode estar associado à relação entre a importância dada aos rituais religiosos e à despersonalização ou dissociação. Quanto maior a importância que o indivíduo dá aos rituais religiosos e espirituais, mais este reporta despersonalização, uma forma específica de dissociação que, consoante a teoria de Schumaker (1995), pode ser experienciada durante rituais religiosos e espirituais (Demmrich, Woldradt, & Domsgen, 2013). No entanto, mais uma vez estes resultados podem estar associados à baixa consistência interna das subescalas “Somatização” e “Alteração na Atenção e Conscienciosidade”, e ao facto do estudo ser baseado numa

amostra de população geral adulta, não clínica, que não permite analisar os resultados desejados.

Quanto à relação entre a Influência da Espiritualidade nas dimensões do Trauma Complexo/DESNOS nos diferentes Sexos, a nossa hipótese é confirmada, pois existe relação significativa entre a Influência da Espiritualidade e dimensões do Trauma Complexo/DESNOS maioritariamente no sexo feminino, comparativamente ao sexo masculino. É possível verificar, deste modo, que a Espiritualidade manifesta maior influência no sexo feminino, sendo que este grupo recorre mais a esta estratégia em situações adversas tal como demonstrado em estudos anteriores, (Brown et al., 2010; Lee & Mason, 2014; Reinert et al., 2015), manifestando mais fé e conexão espiritual (WHOQL SRPB Group, 2006), para mais facilmente darem significado às suas experiências (Ano & Vasconcelles, 2005; Van Dyke et al., 2009).

Esta Influência da Espiritualidade pode também estar associada à Religiosidade (Debono & Kuschpel, 2014), o que evoca novamente o facto do apoio social reforçar esta maior propensão do sexo feminino na utilização de estratégias de *coping* religioso para ultrapassar situações adversas, comparativamente ao sexo masculino (Brown et al., 2010; Reinert et al., 2015). Para além disso, o facto de existir relação significativa entre a Influência da Espiritualidade e as dimensões do Trauma Complexo/DESNOS maioritariamente no sexo feminino, pode também estar relacionado com a maior vulnerabilidade das mulheres para experienciar *stress* traumático (Horesh et al., 2015) e consequências associadas ao Trauma (Kellezi & Reicher, 2014), o que pode motivar a procura de apoio espiritual para ultrapassar essas situações.

Novamente, não é possível verificar uma relação significativamente negativa entre a dimensão “Alteração na Atenção e Conscienciosidade” e a Influência da Espiritualidade em ambos os Sexos, pelo que se reforça novamente a hipótese da associação entre a Espiritualidade e a dissociação, tal como referido anteriormente. Para além disso, este resultado também se pode dever à baixa consistência interna da subescala.

Um dos resultados curiosos no presente estudo é a relação entre a Influência da Espiritualidade e a dimensão “Somatização” apenas no sexo masculino. Este resultado pode estar associado às normas sociais e comportamentais impostas ao sexo masculino e às consequências que acarretam.

A ideia tradicional da sociedade quanto à masculinidade representa uma quantidade de crenças culturais que define a forma como os homens devem pensar,

sentir e comportar-se (Levant, 2011). Qualquer destas normas sociais tem impacto no indivíduo e uma das dimensões importantes nesta ideologia refere-se à restrição da expressão emocional no sexo masculino, de forma a esconder a sua vulnerabilidade e manter a dominância no sistema social. Esta restrição emocional, a longo prazo, pode resultar em alexitimia, a inabilidade de expressar verbalmente as emoções (Levant, Wong, Karabis, & Welsh, 2015). Deste modo, existe evidência empírica que encontra relação entre esta ideologia masculina e a alexitimia (Berger, Levant, & McMillan, 2005; Levant, 1992; Levant et al., 2015), manifestando-se níveis superiores de alexitimia nos homens, comparativamente às mulheres (Croyle & Waltz, 2002). Desta forma, esta dificuldade em reconhecer e expressar emoções pode relacionar-se a uma tendência do sexo masculino para expressar essas emoções de forma somática (Wolf, et al., 2015). A somatização pode estar relacionada com a alexitimia, na medida em que a dificuldade em elaborar estados emocionais de forma simbólica cria no indivíduo uma manifestação corporal não simbólica dessa emoção. Para além disso, podem também ser consideradas partes do mesmo mecanismo de defesa, como forma do indivíduo evitar sofrimento emocional ou afastar-se de fantasias assustadoras, através de uma desconexão desse efeito doloroso e focando-se no corpo (Bush, 2014). Neste sentido, o recurso à Espiritualidade pode ser mais evidente nos homens quanto a esta subescala comparativamente às mulheres, daí o resultado no presente estudo. No entanto, poderemos estar novamente perante alguma dificuldade em avaliar concretamente esta relação devido à baixa fiabilidade da subescala “Somatização”.

Conclusões

A Resiliência é uma característica individual com fulcral importância no desenvolvimento e ajustamento saudável do Ser Humano. É essencial compreender de que forma o indivíduo é capaz de ultrapassar as mais diversas situações, mantendo-se saudável mesmo quando exposto às situações mais adversas e traumáticas. Deste modo, também é relevante compreender de que modo esta capacidade individual pode ser promovida, quais os fatores associados, quer sejam sociodemográficos, psicológicos ou externos, assim como de que modo esta característica difere nos indivíduos. Desde cedo que a Resiliência tem sido um tema bastante estudado, sendo que ao longo das décadas, é crescente a investigação neste domínio.

Ao longo do tempo, o estudo sobre a Espiritualidade, as suas formas de expressão e a sua influência na saúde, e particularmente na saúde mental, tem vindo a

crescer exponencialmente. Desta forma, a literatura enfatiza a relação existente entre a capacidade de Resiliência e a Espiritualidade, sendo esta última considerada, por vezes, um fator protetor aos indivíduos e uma força que os conduz a amenizar o sofrimento de vivências traumáticas.

Neste sentido, a presente investigação constitui mais um passo para a concetualização dos conceitos de Resiliência e Espiritualidade, para além de contribuir para a evidência de relação entre os dois constructos, os fatores sociodemográficos (Religião, Sexo e Idade) e o Trauma Complexo/DESNOS.

Foram encontradas diferenças no nível de Resiliência quanto à Religião, evidenciando-se resultados superiores nos indivíduos com Prática Religiosa comparativamente aos indivíduos Sem Prática Religiosa. Este resultado ressalta o benefício desta expressão da Espiritualidade na saúde mental do indivíduo, assim como ressalta a relação entre a Resiliência e a Espiritualidade. Os resultados encontrados demonstram ainda que não existem diferenças entre os Sexos quanto ao nível de Resiliência, assim como também não se verifica relação significativa entre a Idade e a Resiliência. No entanto, existe ainda alguma controvérsia quanto a esta relação na literatura atual, pelo que o presente estudo é mais um contributo neste domínio.

Por sua vez, os resultados demonstraram que a Espiritualidade revela maior influência no sexo feminino e com o aumento da idade. Este estudo contribui, deste modo, para a compreensão deste fenómeno, e para a evidência da importância dada à Espiritualidade pelas mulheres e idosos, visto a sua influência na promoção de bem-estar e desenvolvimento de emoções mais positivas.

Ao explorar a relação entre a Espiritualidade, a Resiliência e as dimensões do Trauma Complexo/DESNOS na população geral adulta, o presente estudo abarca alguma inovação. O Trauma Complexo é um tipo específico de Trauma interpessoal ainda pouco investigado e em ascensão, com consequências verdadeiramente nefastas na vida do indivíduo, pelo que a investigação neste domínio se revela bastante importante, mesmo para a prática clínica.

Os resultados encontrados demonstram relações significativas entre a maioria das dimensões do Trauma Complexo/DESNOS e a Resiliência, assim como com a Influência da Espiritualidade. No entanto, verificou-se que esta relação entre as dimensões do Trauma Complexo/DESNOS e a Espiritualidade é mais evidente no sexo feminino, exceto nas dimensões “Alteração da Atenção e Conscienciosidade”, e “Somatização”. Este resultado demonstra a maior importância da Espiritualidade na

vida das mulheres, assim como vai ao encontro de investigações anteriores que relatam a propensão do sexo feminino à exposição de situações traumáticas e ao desenvolvimento de consequências desses eventos, comparativamente ao sexo masculino.

O presente estudo apresenta algumas limitações. É importante referir a dificuldade em definir os conceitos de Resiliência e Espiritualidade, devido à abrangência dos conceitos, à vasta literatura e às várias e diferentes perspectivas.

Posteriormente a isso, o facto do estudo ser apenas realizado com medidas de autorrelato, pode influenciar os resultados e estar sujeito a questões de desejabilidade social, não totalmente controlável.

O recurso a diferentes tipos de análise estatística, como análise de regressão linear, poderia ter sido vantajoso, na medida em que daria resultados diversos e mais sugestivos, assim como investigar os aspetos preditivos da Espiritualidade nas dimensões do Trauma Complexo/DESNOS.

Outra limitação importante de referir está relacionada aos instrumentos utilizados, tendo em conta o propósito do estudo. O facto da Influência da Espiritualidade ser apenas avaliada pela escala de Resiliência através de um Fator, acaba por não ser possível avaliar com maior precisão a variável na nossa amostra, sendo que teria sido vantajoso o recurso a instrumentos próprios para este efeito. Para além disso, o instrumento utilizado para avaliar DESNOS acabou por não ser o mais apropriado neste estudo tendo em consideração que não permite um diagnóstico de Trauma Complexo. Neste caso, é apenas possível verificar a relação entre a Espiritualidade e as dimensões deste tipo de Trauma, mas não propriamente a sua influência em indivíduos diagnosticados com Trauma Complexo. Para além disso, os resultados do presente estudo devem ser interpretados com cautela, tendo em conta a baixa-moderada consistência interna das subescalas do instrumento SIDES-SR.

Os resultados do presente estudo podem ser um ponto de partida para investigações posteriores que clarifiquem o efeito da Espiritualidade na saúde mental do indivíduo, mais concretamente, no Trauma Complexo, tendo em conta a pouca investigação nesta temática. Seria também interessante estudar esta relação com base noutras formas e práticas de Espiritualidade, atualmente muito desenvolvidas e utilizadas, assim como com outras religiões para além da religião Católica. O presente estudo elucida ainda para a importância de estudos posteriores investigarem com maior precisão a relação entre Espiritualidade, Resiliência e Trauma, quer em população geral

ou clínica, de forma a permitir um maior conhecimento ao nível da relevância e benefício do lugar da Espiritualidade na prática clínica.

Referências Bibliográficas

- Allen, R., Halley, P., Harris, G., Fowler, S., & Pruthi, R. (2011). Resilience: Definitions, ambiguities, and applications. In B. Resnick, L. P. Gwyther, & K. A. Roberto (Eds.), *Resilience in aging: Concepts, research, and outcomes* (pp. 1-11). New York: Springer.
- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (3rd ed.). Washington, DC: Author.
- American Psychological Association. (2014). *The road to resilience* [On-line]. Disponível: <http://www.apa.org/helpcenter/road-resilience.aspx>
- Anaut, M. (2005). *A resiliência: Ultrapassar os traumatismos*. Lisboa: Climepsi.
- Ano, G., & Vasconcelles, E. B. (2005). Religious coping and psychological adjustment to stress: A meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology*, 61(4), 461-480. doi: 10.1002/jclp.20049
- Barth, W. (2014). A religião cura? *Outros Temas*, 44(1), 97-121. doi: 10.15448/1980-6736.2014.1.18284
- Berger, J. M., Levant, R. F., McMillan, K. K., Kelleher, W., & Sellers, A. (2005). Impact of gender role conflict, traditional masculinity ideology, alexithymia, and age on men's attitudes toward psychological help seeking. *Psychology of Men & Masculinity*, 6(1), 73-78. doi: 10.1037/1524-9220.6.1.73
- Bogar, C. B., & Hulse-Killacky, D. (2006). Resiliency determinants and resiliency processes among female adult survivors of childhood sexual abuse. *Journal of Counseling & Development*, 84, 318-327. doi: 10.1002/j.1556-6678.2006.tb00411.x
- Bonelli, R. M., & Koenig, H. G. (2013). Mental disorders, religion and spirituality 1990 to 2010: A systematic evidence-based review. *Journal of Religion & Health*, 52, 657-673. doi: 10.1007/s10943-013-9691-4

- Bowland, S., Edmond, T., & Fallot, R. D. (2012). Evaluation of a spiritually focused intervention with older trauma survivors. *Social Work, 57* (1), 73-82. doi: 10.1093/swftwr001
- Brandão, J. M., Mahfoud, M., & Gianordoli-Nascimento, I. F. (2011). A construção do conceito de resiliência em psicologia: Discutindo as origens. *Paidéia, 21*(49), 263-271. doi: 10.1590/S0103-863X2011000200014
- Brewer-Smyth, K., & Koenig, H. G. (2014). Could spirituality and religion promote stress resilience in survivors of childhood trauma? *Issues in Mental Health Nursing, 35*, 251-256. doi: 10.3109/01612840.2013.873101
- Briere, J., & Scott, C. (2015). Complex trauma in adolescents and adults: Effects and treatment. *Psychiatric Clinics of North America, 38*(3), 515-527. doi: 10.1016/j.psc.2015.05.004
- Briere, J., & Spinazzola, J. (2005). Phenomenology and psychological assessment of complex posttraumatic states. *Journal of Traumatic Stress, 18*(5), 401-412. doi: 10.1002/jts.20048
- Briere, J., Kaltman, S., & Green, B. L. (2008). Accumulated childhood trauma and symptom complexity. *Journal of Traumatic Stress, 21*(2), 223-226. doi: 10.1002/jts.20317
- Brown, D. R., Carney, J. S., Parrish, M. S., & Klem, J. L. (2013). Assessing spirituality: The relationship between spirituality and mental health. *Journal of Spirituality in Mental Health, 15*(2), 107-122. doi: 10.1080/19349637.2013.776442
- Brown, J. S., Cherry, K. E., Marks, L. D., Jackson, E. M., Volaufova, J., Lefante, C., & Jazwinski, S. (2010). After hurricanes Katrina and Rita: Differences in health and religiosity in middle-age and older adults, health. *Health Care for Women International, 31*(11), 997-1012. doi: 10.1080/07399332.2010.514085
- Bryant, A. N. (2007). Gender differences in spiritual development during the college years. *Sex Roles, 56*(11), 835-846. doi: 10.1007/s11199-007-9240-2

- Bryant-Davis, T., & Wong, E. C. (2013). Faith to move mountains: Religious coping, spirituality, and interpersonal trauma recovery. *American Psychologist, 68*(8), 675-684. doi: 10.1037/a0034380
- Bryant-Davis, T., Ellis, M. U., Burke-Maynard, E., Moon, N., Counts, P. A., & Anderson, G. (2012). Religiosity, spirituality, and trauma recovery in the lives of children and adolescents. *Professional Psychology: Research and Practice, 43*(4), 306-314. doi: 10.1037/a0029282
- Campbell-Sills, L., Forde, D. R., & Stein, M. B. (2009). Demographic and childhood environmental predictors of resilience in a community sample. *Journal of Psychiatric Research, 43*(12), 1007-1012. doi: 10.1016/j.jpsychires.2009.01.01
- Charkhabi, M., Mortazavi, A., Alimohammadi, S., & Hayati, D. (2014). The effect of spiritual intelligence training on the indicators of mental health in Iranian students: An experimental study. *Procedia - Social and Behavioral Sciences, 159*, 355-358. doi: 10.1016/j.sbspro.2014.12.387
- Cherry, K. E., Su, L. J., Welsh, D. A., Galea, S., Jazwinski, S. M., Silva, J. L., & Erwin, M. J. (2010). Cognitive and psychosocial consequences of hurricanes Katrina and Rita among middle-aged, older, and oldest-old adults in the Louisiana healthy aging study (ILHAS). *Journal of Applied Social Psychology, 40*(10), 2463-2487. doi: 10.1111/j.1559-1816.2010.00666.x.
- Cloitre, M., Cohen, L. R., Edelman, R. E., & Han, H. (2001). Posttraumatic stress disorder and extent of trauma exposure as correlates of medical problems and perceived health among women with childhood abuse. *Women & Health, 34*(3), 1-17. doi: 10.1300/J013v34n03_01
- Cloitre, M., Stolbach, B. C., Herman, J. L., van der Kolk, B., Pynoos, R., Wang, J., & Perkova, E. (2009). A developmental approach to complex PTSD: Childhood and adult cumulative trauma as predictors of symptom complexity. *Journal of Traumatic Stress, 22*(5), 399-408. doi: 10.1002/jts.20444
- Connor, K. M., & Davidson, J. R. T. (2003). Development of a new resilience scale: the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Research Article, 18*, 76-82. doi: 10.1002/da.10113

- Cook, A., Spinazzola, J., Ford, J., Lanktree, C., Blaustein, M., Cloitre, M., ... & van der Kolk, B. (2005). Complex trauma in children and adolescents. *Psychiatric Annals*, 35, 290-298 doi:10.1037/e404122005-001
- Costanzo, E. S., Ryff, C.D., & Singer, B.H. (2009). Psychosocial adjustment among cancer survivors: findings from a national survey of health and well-being. *Health Psychology*, 28(2), 147-156. doi: 10.1037/a0013221
- Courtois, C. A., & Ford, J. D. (2013). *Treatment of complex trauma: A sequenced, relationship-based approach*. New York: The Guilford Press.
- Croyle, K. L., & Waltz, J. (2002). Emotional awareness and couples' relationship satisfaction. *Journal of Marital and Family Therapy*, 28(4), doi: 435-444. 10.1111/j.1752-0606.2002.tb00368.x
- DeBono, K. G., & Kuschpel, A. (2014). Gender differences in religiosity: The role of self-monitoring. *North American Journal of Psychology*, 16(2), 415-426.
- Demmrich, S., Wolfradt, U., & Domsgen, M. (2013). Dissociation in religion and spirituality: God images and religious rituals in the context of dissociative experiences among a sample of German adults. *Journal of Empirical Theology*, 26(2), 229-241. doi: 10.1163/15709256-12341276
- DiMauro, J., Carter, S., Folk, J. B., & Kashdan, T. B. (2014). A historical review of trauma-related diagnoses to reconsider the heterogeneity of PTSD. *Journal of Anxiety Disorders*, 28(8), 774-786. doi:10.1016/j.janxdis.2014.09.002
- Duarte, F. M., & Wanderley, K. S. (2011). Religião e espiritualidade de idosos internados em uma enfermagem geriátrica. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 27(1), 49-53. doi:10.1590/S0102-37722011000100007
- Ellison, C.G. (1991). Religious involvement and subjective well-being. *Journal of Health and Social Behavior*, 32, 80-99. doi:10.2307/2136801
- Erdogan, E., Ozdogan, O., & Erdogan, M. (2015). University students' resilience level: The effect of gender and faculty. *Procedia - Social and behavioral Sciences*, 186, 1262-1267. doi: 10.1016/j.sbspro.2015.04.047

- Faria-Anjos, J., Ribeiro, M. T., & Ribeiro, M. (2011). Factor analysis and psychometric evaluation of the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC) in a Portuguese population. *Psychiatric Research*. Manuscrito submetido a publicação.
- Feder, A., Ahmad, S., Lee, E. J., Morgan, J.E., Singh, R., Smith, B. W., Southwick, S. M. & Charney, D. S. (2013). Coping and PTSD symptoms in Pakistani earthquake survivors: Purpose in life, religious coping and social support. *Journal of Affective Disorders, 1*(3), 156-163. doi:10.1016/j.jad.2012.10.027
- Felitti, V. J., Robert, F. A., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., Koss, M. P., & Marks, J. S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The adverse childhood experiences (ACE) study. *American Journal of Preventive Medicine, 14*(4), 245-258. doi: 10.1016/S0749-3797(98)00017-8
- Fletcher, D., & Sarkar, M. (2013). Psychological resilience: A review and critique of definitions, concepts and theory. *European Psychologist, 18*(1), 12-23. doi: 10.1027/1016-9040/a000124
- Fornazari, S. A., & Ferreira, R. R. (2010). Religiosidade/espiritualidade em pacientes oncológicos: Qualidade de vida e saúde. *Psicologia: Teoria e Pesquisa, 26*(2), 265-272. doi: 10.1590/S0102-37722010000200008
- Francis, L. J., & Wilcox, C. (1998). Religiosity and femininity: Do women really hold a more positive attitude toward Christianity? *Journal for the Scientific Study of Religion, 37*(3), 462-469. doi:10.2307/1388053
- Fuentes, N. I. G. L., & Medina, J. L. V. (2013). Resiliencia: Diferencias por Edad en Hombres y Mujeres Mexicanos. *Acta de Investigación Psicológica, 3*(1), 941-955. doi:10.1016/s2007-4719(13)70944-x
- Gall, T. L., Basque, V., Damasceno-Scott, M., & Vardy, G. (2007). Spirituality and the current adjustment of adult survivors of childhood sexual abuse. *Journal for the Scientific Study of Religion, 46*(1), 101-117. doi: 10.1111/j.1468-5906.2007.00343.x

- Gillum, R. F., King, D. E., Obisesan, T. O., & Koenig, H. G. (2008). Frequency of attendance at religious services and mortality in a U.S. national cohort. *Annals of Epidemiology*, *18*(2), 124-129. doi:10.1016/j.annepidem.2007.10.015
- González, D. S., Rodríguez, M., García, C., Prietoc, R., & Saiz-Ruiz, J. (2009). Gender differences in major depressive disorder: somatic symptoms and quality of life. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, *2*(3), 119-127. doi:10.1016/S2173-5050(09)70042-1
- Good, M., & Willoughby, T. (2008). Adolescence as a sensitive period for spiritual development. *Child Development Perspectives*, *2*(1), 32-37. doi: 10.1111/j.1750-8606.2008.00038.
- Gooding, P. A., Hurst, A., Johnson, J., & Tarrier, N. (2011). Psychological resilience in young and older adults. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, *27*(3), 262-270. doi: 10.1002/gps.2712
- Harper, A. R., & Pargament, K. I. (2015). Trauma, religion, and spirituality: Pathways to healing. In K. E. Cherry (Ed.), *Traumatic stress and long-term recovery* (p. 349-367). Switzerland: Springer.
- Herman, J. L. (1992). *Trauma and recovery*. New York: Basic Books.
- Herrman, H., Stewart, D. E., Diaz-Granados, N., Berger, E. L., Jackson, B., & Yuen, T. (2011). What is resilience? *La Revue canadienne de psychiatrie*, *56*(5), 258-265. doi: 10.1177/070674371105600504
- Hill, P. C., & Pargament, K. I. (2008). Advances in the conceptualization and measurement of religion and spirituality: Implications for physical and mental health research. *Psychology of Religion and Spirituality*, *58*(1), 3-17. doi: 10.1037/1941-1022.S.1.3.
- Hill, P. C., Pargament, K. I., Hood, R. W., McCullough, M. E., Swyers, J. P., Larson, D. B., & Zinnbauer, B. (2000). Conceptualizing religion and spirituality: Points of commonality, points of departure. *Journal for the Theory of Social Behavior*, *30*(1), 51-77. doi: 10.1111/1468-5914.00119

- Hjemdal, O., Frigorg, O., Stiles, T. C., Martinussen, M., & Rosenvinge, J. H. (2006). A new scale for adolescent resilience: Grasping the central protective resources behind healthy development. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development, 39*, 84-96. doi:10.1002/mpr.143
- Hodges, M., Godbout, N., Briere, J., Lanktree, C., Gilbert, A., & Kletzka, N. T. (2013). Cumulative trauma and symptom complexity in children: A path analysis. *Child Abuse & Neglect, 37*(11), 891-898. doi: 10.1016/j.chiabu.2013.04.001
- Holden, K. B., Bradford, L. D., Hall, S. P., & Belton, A. S. (2013). Prevalence and correlates of depressive symptoms and resiliency among African American women in a community-based primary health care center. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved, 24*(4), 79-93. doi:10.1353/hpu.2014.0012
- Horesh, D., Lowe, S. R., Galea, S., Uddin, M., & Koenen, K. C. (2015). Gender differences in the long-term associations between posttraumatic stress disorder and depression symptoms: Findings from the Detroit neighborhood health study. *Depression and Anxiety, 32*(1), 38-48. doi: 10.1002/da.22267
- Hu, T., Zhang, D., & Wang, J. (2015). A meta-analysis of the trait resilience and mental health. *Personality and Individual Differences, 76*, 18-27. doi:10.1016/j.paid.2014.11.039
- Humboldt, S. V., Leal, I., & Pimenta, F. (2014). Does spirituality really matter? A study on the potential of spirituality for older adult's adjustment to aging. *Japanese Psychological Research, 56*(2), 114-125. doi: 10.1111/jpr.12033
- Inzlicht, M., Tullett, A. M., & Good, M. (2011). The need to believe: a neuroscience account of religion as a motivated process. *Religion, Brain & Behavior, 1*(3), 192-212. doi: 10.1080/2153599X.2011.647849
- Jacobs-Lawson, J. M., Schumacher, M. M., Hughes, T., & Arnold, S. (2010). Gender differences in psychological responses to lung cancer. *Gender Medicine, 7*(2), 137-148. doi:10.1016/j.genm.2010.03.002
- Jafari, E., Deshiri, G. R., Eskandari, H., Najafi, M., Heshmati, R., & Hoseinifar, J. (2010). Spiritual well-being and mental health in university students. *Procedia Social and Behavioral Sciences, 5*, 1477-1481. doi:10.1016/j.sbspro.2010.07.311

- Johnston, M. C., Porteous, T., Crilly, M. A., Burton, C. D., Elliott, A., Iversen, L., McArdle, K., Murray, A., Phillips, L., & Black, C. (2015). Physical disease and resilient outcomes: A systematic review of resilience definitions and study methods. *Psychosomatics*, *56*(2), 168-180. doi: 10.1016/j.psych.2014.10.005
- Jowkar, B., Friberg, O., & Hjemdal, O. (2010). Cross-cultural validation of the resilience scale for adults (RSA) in Iran. *Scandinavian Journal of Psychology*, *51*, 418-425. doi: 10.1111/j.1467-9450.2009.00794.x
- Kahn, J. H., Hessling, R. M., & Russell, D.W. (2003). Social support, health, and well-being among the elderly: what is the role of negative affectivity? *Personality and Individual Differences*, *35*(1), 5-17. doi:10.1016/S0191-8869(02)00135-6
- Karam, E. G., Friedman, M. J., Hill, E. D., Kessler, R. C., McLaughlin, K. A., Petukhova, M.,... Koenen, K. C. (2014). Cumulative traumas and risk thresholds: 12 month PTSD in the world mental health (WMH) surveys. *Depression and Anxiety*, *31*(2), 130-142. doi: 10.1002/da.22169
- Kellezi, B. & Reicher, S. (2014). The double insult: Explaining gender differences in the psychological consequences of war. *Peace and Conflict: Journal of Peace Psychology*, *20*(4), 491-504. doi: 10.1037/pac0000043
- Koenig, H. G. (1994). *Aging and god: Spiritual pathways to mental health in midlife and later years*. New York: Routledge.
- Koenig, H. G. (1998). Religious attitudes and practices of hospitalized medically ill older adults. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, *13*(4), 213-224. doi: 10.1002/(SICI)1099-1166(199804)13:4<213::AID-GPS755>3.0.CO;2-5
- Koenig, H. G., Hays, J. C., Larson, D. B., George, L. K., Cohen, H. J. McCullough, M. E., Meador, K. G., & Blazer, D. G. (1999). Does religious attendance prolong survival? A six-year follow-up study of 3,968 older adults. *Journal of Gerontology*, *54A*(7), 370-376. doi: 10.1093/gerona/54.7.M370
- Krause, N., & Hayward, R. D. (2014). Religion, finding interest in life, and change in self-esteem during late life. *Research on Aging*, *36*(3), 364-381. doi: 10.1177/0164027513496437

- Lamond, A. J., Deep, C. A., Allison, M., Langer, R., Reichstadt, J., Moore, D. J., Golshan, S., Ganiats, T. G., & Jeste, D. V. (2008). Measurement and predictors of resilience among community-dwelling older women. *Journal of Psychiatric Research, 43*, 148-154. doi:10.1016/j.jpsychires.2008.03.007
- Lau, W. W. F., Hui, C. H., Lam, J., Lau, E. Y. Y., & Cheung, S. (2015). The relationship between spirituality and quality of life among university students: Na autoregressive cross-lagged panel analysis. *Higher Education, 69*(6), 977-990. doi: 10.1007/s10734-014-9817-y
- Lee, H., & Mason, D. (2014). Culture and gender differences in coping strategies between caucasian american and korean american older people. *Journal of Cross-Cultural Gerontology, 29*(4), 429-446. doi:10.1007/s10823-014-9241-x
- Lee, J. H., Nam, S. K., Kim, A., Kim, B., Lee, M. Y., & Lee, S. M. (2013). Resilience: A meta-analytic approach. *Journal of Counseling & Development, 91*(3), 269-279. doi: 10.1002/j.1556-6676.2013.00095.x
- Levant, F. R. (2011). Research in the psychology of men and masculinity using the gender role strain paradigm as a framework. *American Psychologist, 66*(8), 765-776. doi: 10.1037/a0025034
- Levant, R. F. (1992). Toward the reconstruction of masculinity. *Journal of Family Psychology, 5*(3-4), 379-402. doi: DOI: 10.1037/0893-3200.5.3-4.379
- Levant, R. F., Wong, Y. J., Karabis, E., N., & Welsh, M. M. (2015). Mediated moderation of the relationship between the endorsement of restrictive emotionality and alexithymia. *Psychology of Men & Masculinity, 16*(4), 459-467. doi: 10.1037/a0039739
- Liu, D. W. Y., Fairweather-Schmidt, K., Burns, R. A., & Roberts, R. M. (2015). The Connor-Davidson Resilience Scale: Establishing invariance between gender across the lifespan in a large community based study. *Journal Psychopathology and Behavior Assessment, 37*(2), 340-348. doi: 10.1007/s10862-014-9452-z
- López-Fuentes, I., & Calvete, E. (2015). Building resilience: A qualitative study of Spanish women who have suffered intimate partner violence. *American Journal of Orthopsychiatry, 85*(4), 339-351. doi: 10.1037/ort0000070.

- Lucchetti, G., Granero, A. L., Bassi, R. M., Latorraca, R., & Ponte Nacif, S. A. (2010). Espiritualidade na prática clínica: O que o clínico deve saber? *Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica*, 8(2), 154-158. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2010/v8n2/a012.pdf>
- Luna, N., & MacMillan, T. (2015). The relationship between spirituality and depressive symptom severity, psychosocial functioning impairment, and quality of life: examining the impact of age, gender, and ethnic differences. *Mental Health, Religion & Culture*, 18(6), 513-525. doi: 10.1080/13674676.2015.1087481
- Luxenberg, T., Spinazzola, J., & van der Kolk, B. A. (2001). Complex trauma and disorders of extreme stress (DESNOS) diagnoses, part one: Assessment. *Directions in Psychiatry*, 21, 373-392. Disponível em: http://www.traumacenter.org/products/pdf_files/DESNOS.pdf
- Luxenberg, T., Spinazzola, J., Hidalgo, J., Hunt, C., & van der Kolk, B. A. (2001). Complex trauma and disorders of extreme stress (DESNOS) diagnoses, part two: Treatment. *Directions in Psychiatry*, 21, 395-414. Disponível em: http://www.traumacenter.org/products/pdf_files/DESNOS.pdf
- Manning, L. K. (2013). Navigating hardships in old age: Exploring the relationship between spirituality and resilience in later life. *Qualitative Health Research*, 23(4), 568-575. doi: 10.1177/1049732312471730
- Marôco, J. (2011). *Análise Estatística com o SPSS Statistics*. Lisboa: ReportNumber
- Masten, A. S. (2014). Global perspectives on resilience in children and youth. *Child Development*, 85(1), 6-20. doi: 10.1111/cdev.12205
- McFadden, S. H. (2013). Old persons, old age, aging and religion. In R. F. Paloutzian & C. L. Parks (Eds.), *Handbook of the psychology and spirituality* (pp. 247-267). New York: Springer.
- McMullin, A. J., & Cairney, J. (2004). Self-esteem and the intersection of age, and gender. *Journal of Aging Studies*, 18(1), 75-90. doi: 10.1016/j.jaging.2003.09.006

- Melo, C. F., Sampaio, I. S., Souza, D. L. A., & Pinto, N. S. (2015). Correlação entre religiosidade, espiritualidade e qualidade de vida: Uma revisão de literatura. *Psicologia Social, 15*(2), 447-464. doi: 10.12957/epp.2015.17650
- Min, J., Jung, Y., Kim, D., Yim, H., Kim, J., Kim, T, Lee, C., Lee, C., & Chae, J.(2012). Characteristics associated with low resilience in patients with depression and/or anxiety disorders. *Quality of Life Research, 22*(2), 231-241. doi: 10.1007/s11136-012-0153-3
- Muldoon, M., & King, N. (1995). Spirituality, health care, and bioethics. *Journal of Religion and Health, 34*(4), 329-349. doi: 10.1007/BF02248742
- Newsome, J., Vaske, J.C., Gehring, K. S., & Boisvert, D. L. (2016). Sex differences in sources of resilience and vulnerability to risk for delinquency. *Journal Youth Adolescence, 45*(4), 730-745. doi: 10.1007/s10964-015-0381-2
- Norris, F. H., Perilla, J. L., Ibañez, G. E., & Murphy, A. D. (2001). Sex differences in symptoms of posttraumatic stress: Does culture play a role? *Journal of Traumatic Stress, 14*(1), 7-28, doi: 10.1023/A:1007851413867
- Nygren, B., Aléx, L., Jonsén, E., Gustafson, Y., Norberg, A., & Lundman, B. (2005). Resilience, sense of coherence, purpose in life and self-transcendence in relation to perceived physical and mental health among the oldest old. *Aging & Mental Health, 9*(4), 354-362. doi: 10.1080/1360500114415
- Oliveira, M. R., & Junges, J. R. (2012). Saúde mental e espiritualidade / religiosidade: A visão de psicólogos. *Estudos de Psicologia, 17*(3), 469-476. doi:10.1590/S1413-294X2012000300016
- Ortega, M., & Saavedra, S. (2014). Resilience: Physiological assembly and psychosocial factors. *Procedia- Social and Behavioral Sciences, 132*, 447-453. doi: 10.1016/j.sbspro.2014.04.335
- Pargament, K. I. (1997). *The psychology of religion and coping: Theory, research, and practice*. New York: Guilford Press.

- Pelcovitz, D., van der Kolk, B. A., Roth, S., Mandel, F., Kaplan, S., & Resick, P. (1997). Development of a criteria set and a structured interview for disorders of extreme stress (SIDES). *Journal of Traumatic Stress, 18*(1), 3-16. doi: 10.1002/jts.2490100103
- Peterman, A. H., Min, G. F., Brady, M. J., Pharm, L. H., & 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. doi: 10.1207/S15324796ABM2401_06
- Polusny, M., & Follette, V. M. (1995). Long-term correlates of child sexual abuse: Theory and review of the empirical literature. *Applied & Preventive Psychology, 4*(3), 143-166. doi: 10.1016/S0962-1849(05)80055-1
- Raftopoulos, M., & Bates, G. (2011). ‘It’s that knowing that you are not alone’: The role of spirituality in adolescent resilience. *International Journal of Children’s Spirituality, 46*(2), 151-167. doi: 10.1080/1364436X.2011.580729
- Reinert, K. G., Campbell, J., Bandeen-Roche, K., Sharps, P., & Lee, J. (2015). Gender and race variations in the intersection of religious involvement, early trauma, and adult health. *Journal of Nursing Scholarship, 47*(4), 318-327. doi:10.1111/jnu.12144
- Reutter, K. K., & Bigatti, S. M. (2014). Religiosity and spirituality as resiliency resources: Moderation, or moderated mediation? *Journal for the Scientific Study of Religion, 53*(1), 56-72. doi: 10.1111/jssr.12081
- Rutter, M. (2006). Implications of resilience concepts for scientific understanding. *Annals New York Academy of Sciences, 1094*, 1-12. doi:10.1196/annals.1376.002
- Rutter, M. (2012). Resilience as a dynamic concept. *Development and Psychopathology, 24*(2), 335-344. doi: 10.1017/S0954579412000028
- Saad, M., Masiero, D., & Battistella, L.R. (2001). Espiritualidade baseada em evidências. *Acta Fisiátrica, 8*(3), 107-112. doi: 10.5935/0104-7795.20010003
- Schumaker, J.F. (1995). *The Corruption of Reality: A unified theory of religion, hypnosis and psychopathology*. New York. Prometheus.

- Schure, M. B., Odden, M., & Goins, T. (2013). The association of resilience with mental and physical health among older American Indians: The native elder care study. *American Indian and Alaska Native Mental Health Research*, 20(2), 27-41. doi: 10.5820/aian.2002.2013.27.
- Sharpley, C., Hussain, R., Wark, S., McEvoy, M., & Attia, J. (2015). The influence of social support on psychological distress in older persons: An examination of interaction processes in Australia. *Psychological Reports: Relationships & Communications*, 117(3), 883-896. doi:10.2466/21.10.PR0.117c27z5
- Southwick, S. M., Bonanno, G. A., Masten, A. S., Panter-Brick, C., & Yehuda, R. (2014). Resilience definitions, theory, and challenges: Interdisciplinary perspectives. *European Journal of Psychotraumatology*, 5(0), 1-14. doi: 10.3402/ejpt.v5.25338
- Southwick, S. M., Litz, B. T., Charney, D., & Friedman, J. (2011). *Resilience and mental health: Challenges across the lifespan*. New York: Cambridge University Press.
- Taycan, O., & Yildirim, A. (2015). An alternative approach to the effects of multiple traumas: Complex post-traumatic stress disorder. *Archives of Neuropsychiatry*, 52(3), 312-314. doi:10.5152/npa.2015.7573
- Tolin, D. F., & Foa, E. B. (2006). Sex differences in trauma and posttraumatic stress disorder: A quantitative review of 25 years of research. *Psychological Bulletin*, 132(6), 959-992. doi: 10.1037/0033-2909.132.6.959
- Trauma Center. (2011). *Trauma Center Assessment Package (CD)*.
- van der Kolk, B. (2015). *The body keeps the score: Brain, mind, and body in the healing of trauma*. New York: Penguin Books.
- van der Kolk, B. A. (1996). The complexity of adaptation to trauma: Self-regulation, stimulus discrimination, and characterological development. In B. A. van der Kolk, A. C. McFarlane, & L. Weisaeth (Eds.), *Traumatic Stress: The Effects of Overwhelming Experience on Mind, Body, and Society* (pp. 182–213). New York: Guilford Press.

- van der Kolk, B. A., Roth, S., Pelcovitz, D., Sunday, S., & Spinazzola, J. (2005). Disorders of extreme stress: The empirical foundation of a complex adaptation to trauma. *Journal of Traumatic Stress, 18*(5), 389-399. doi: 10.1002/jts.20047
- Van Dyke, C.J., Glenwick, D. S., Cecero, J. J., & Kim, S. (2009). The relationship of religious coping and spirituality to adjustment and psychological distress in urban early adolescents. *Mental Health, Religion & Culture, 12*(4), 369-383. doi: 10.1080/13674670902737723
- Viola, T. W., Schiavon, B. K., Renner, A. M., & Grassi-Oliveira, R. (2010). Trauma complexo e as suas implicações diagnósticas. *Revista de Psiquiatria Rio Grande Sul, 33*(1), 55-62. doi: 10.1590/S0101-81082011000100010
- Ward, E., Wiltshire, J. C., Dentry, M. A., & Brown, R. L. (2013). African American men and women's attitude toward mental illness, perceptions of stigma, and preferred coping behaviors. *Nursing Research, 62*(3), 185-194. doi:10.1097/NNR.0b013e31827bf533
- WHOQOL SRPB Group. (2006). A cross-cultural study of spirituality, religion, and personal beliefs as components of quality of life. *Social Science & Medicine, 62*(6), 1486-1497. doi:10.1016/j.socscimed.2005.08.001
- Wolf, L. D., Hentz, J. G., Ziemba, K. S., Kirlin, K. A., Noe, K. H., Hoerth, M. T., ... Locke, D. E. (2015). Quality of life in psychogenic nonepileptic seizures and epilepsy: The role of somatization and alexithymia. *Epilepsy & Behavior, 43*(1), 81-88. doi: 10.1016/j.yebeh.2014.12.010
- Worthington, E. L., Griffin, B. J., Toussaint, L. L., Nonterah, C. W., Utsey, S. O., Garthe, R. C. (2016). Forgiveness as a catalyst for psychological, physical, and spiritual resilience in disasters and crises. *Journal of Psychology & Theology, 44*(2), 152-165. Disponível em: <http://eds.b.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?sid=d23063b6-3c35-48df-a4e4-eb37642d1052%40sessionmgr120&vid=2&hid=119>
- Worthington, E.L., Hook, J. N., Davis, D. E., & McDaniel, M. A. (2011). Religion and spirituality. *Journal of Clinical Psychology, 67*(2), 204-214. doi: 10.1002/jclp.20760

- Yang, Z., Wang, J., Zhang, B., Zeng, Y., & Ma, H. (2014). Factors influencing resilience in patients with burns during rehabilitation period. *International Journal of Nursing Sciences*, 1(1), 97-101. doi:10.1016/j.ijnss.2014.02.018
- Zucker, M., Spinazzola, J., Blaustein, M., & van der Kolk, B. A. (2006). Dissociative symptomatology in posttraumatic stress disorder and disorders of extreme stress. *Journal of Trauma & Dissociation*, 7(1), 19-31. doi: 10.1300/J229v07n01_03

Anexos

Anexo A- Questionário Sociodemográfico

Anexo B – Consentimento Informado
