

IMORTALIDADE SIMBÓLICA E ANSIEDADE PERANTE A MORTE: ESTUDO COMPARATIVO COM ESQUIZOFRÉNICOS

José Miguel Durães*

RESUMO

A Symbolic Immortality Scale (SIS) e a Revised Death Anxiety Scale (RDAS) foram administradas, individualmente, a 2 grupos de sujeitos do sexo masculino de nacionalidade portuguesa (n=100), com diagnóstico de esquizofrenia (amostra clínica) e sem perturbação psiquiátrica conhecida (amostra não clínica). A Imortalidade Simbólica e a Ansiedade Perante a Morte foram estudadas em ambas as amostras, assim como a sua relação com a idade, religiosidade/espiritualidade, prática de uma religião e institucionalização (esta apenas para a amostra de esquizofrénicos). Pelos resultados encontrados constata-se diferenças significativas entre ambas as amostras relativamente ao desejo de imortalidade simbólica global e modos religioso, natural e biológico, em que a amostra clínica apresenta médias superiores. Observaram-se diferenças estatisticamente significativas entre os que acreditam e os que não acreditam em algum tipo de religião/espiritualidade e entre praticantes e não praticantes de uma religião em ambas as amostras.

PALAVRAS-CHAVE

Morte, Esquizofrenia, Imortalidade Simbólica e Ansiedade perante a Morte.

* Psicólogo clínico. Universidade Fernando Pessoa, Portugal

ABSTRACT

The Symbolic Immortality Scale (SIS) and the Revised Death Anxiety Scale were administered, individually, to two groups of male Portuguese participants ($n=100$), with the diagnosis of schizophrenia (clinical sample) and without psychiatric disorder known (non clinical sample). The Symbolic Immortality and Death Anxiety were studied in both samples, as well as their relation with age, religiosity/spirituality, probation of a religion and institutionalization (this one only for the schizophrenia sample). The results generated statistical significant differences between both samples concerning the global symbolic immortality and the religious, natural and biologic modes, in which the clinical sample obtained higher means. It was found statistical significant differences between those who believe and those who don't believe in a religion/spirituality and between probationers and non-probationers of a religion in both samples.

KEYWORDS

Death, Schizophrenia, Symbolic Immortality and Death Anxiety.

O Tema escolhido é um tema sensível, que tem tanto de antigo como de actual, pois roça o misterioso e o inefável, algo de obscuro para o Homem – a Morte. O estudo de algo relacionado com tal símbolo mórbido assusta e distancia as pessoas.

A Morte “is not a respectable topic for psychologists” (Lester & Templer, 1993, pg.243). Apenas na década de 50/60 a Psicologia começou a demonstrar algum interesse pelo estudo da morte e do morrer (Lester & Templer, 1993; Morin, 1976; Oliveira, 1998; Oliveira, 2000; Oliveira, 2002; Oliveira & Barros, 1997; Simões & Neto, 1994).

O seu estudo é um sinal de maturidade, pois a morte é a única certeza que temos na vida (Shedd & Pieratt, 1992).

A ansiedade é um dos constructos fundamentais da psicologia contemporânea, e é central na conceptualização da psicopatologia actual, motivação e personalidade (Abdel-Khalek & Bader, 2004). Por conseguinte, é pertinente referir que a morte é vista como fonte que despoleta ansiedade no ser humano e que, este, aprendeu a fazer face a esse problema criando formas simbólicas para se estender cronologicamente na existência, mesmo após a sua morte (Lifton, 1979).

A literatura clínica considera a esquizofrenia como uma perturbação problemática nos assuntos relacionados com a morte (Abdel-Khalek, 2005a). Os profissionais de saúde mental devem ser alertados para os problemas relacionados com a morte e o morrer, assim como, para o elevado risco de suicídio em pacientes com diagnóstico de esquizofrenia, especialmente nos primeiros 10-12 anos de institucionalização (Jobe & Harrow, 2005).

MORTE

O conceito de morte é visto no meio científico como sendo algo complexo, relativo e mutável, que varia com o contexto e que depende dos comportamentos dos sujeitos (Kastenbaum & Aisenberg, 1972).

Assiste-se na ciência moderna à era da irreversibilidade biológica da morte, no seu carácter pontual e objectivo (Baudrillard, 1976a). A morte é vista como o abandono do mundo dos vivos, da paragem dos processos bioenergéticos e das funções que os suportam, sendo este todo dirigido pelo nosso património genético (Ruffié, 1987). Uma abordagem mecanicista, da máquina e do seu funcionamento, em que a máquina funciona ou não, assim como, ou se está vivo ou se está morto (Baudrillard, 1976a). Ora, num mundo cada vez mais apelidado de pós-moderno, talvez esta visão seja um pouco parca de visibilidade para um assunto tão presente na condição humana! A ordem simbólica não reconhece esta objectividade tão abstracta e, mesmo a biologia reconhece, que começamos a morrer quando nascemos para viver (Baudrillard, 1976a). Nesse sentido, não parece haver pontualidade ou definição de morte possível (Oliveira, 1998).

Da Idade Medieval ao século XIX, a morte era celebrada, organizada e marcada por rituais públicos em que os moribundos morriam às claras nas suas casas, nas suas próprias camas, perante o olhar atento e próximo dos seus familiares e significativos chegados (Ariés, 1975). A Morte era um acontecimento comunitário e colectivo, pertencente a todas as condições humanas e faixas etárias, em que crianças e adultos participavam activamente (Morin, 1976).

Após a segunda metade do século XIX, entramos na crise contemporânea da morte (Morin, 1976). A morte transformou-se num assunto interdito e oculto que o Homem passou a olhar com desdém e vergonha, organizando o momento final do moribundo de forma dissimulada, escondendo a verdade do enfermo (Ariés, 1975; Hennezel & Leloup, 1998; Kubler-Ross, 2000). O hospital tornou-se o espaço moderno da morte substituindo as casas do moribundo, assim como, o médico e a sua equipa substituíram os familiares e significativos (Oliveira, 1998). Tudo pela esperança de que a vida consiga ser infinitamente estendida e esticada (Kastenbaum & Aisenberg, 1972; Leis, 2000). O preço que temos que pagar apenas inclui morrer cada vez mais sozinhos e, normalmente, amedrontados, com sustos de morte (Leis, 2000; Morin, 1976; Kubler-Ross, 2000). Passamos para a *privatização institucional da morte*, em que alguém do hospital informa os familiares por telefone e em que as agências mortuárias se incumbem das diligências necessárias na organização dos rituais funerários (Leis, 2000). Nesse caso, maquiha-se um pouco o cadáver, dando-lhe um pouco de vida, para que os vivos suportem um pouco mais o morto! Os funerais não são para os mortos, “funerals are for the living” (Kastembaum, 2004b, p.5).

A Morte transformou-se num tabu (Aries, 1975; Cabodevilla, 1999; Figueiredo, 1993; Hennezel & Leloup, 1998; Kastenbaum, 2004a; Kastenbaum & Aisenberg, 1972; Kubler-Ross, 2000; Leis, 2000; Morin, 1976; Oliveira, 1998; Oliveira, 2000; Oliveira, 2002). E, parece ter ocupado, nas últimas décadas, o lugar do sexo como tabu na sociedade (Ariés, 1975; Hennezel & Leloup, 1998; Leis, 2000; Morin, 1976).

ESQUIZOFRENIA

A Esquizofrenia é considerada uma das perturbações mais intrigantes da psicopatologia, devido à sua complexidade, vista, nos tempos modernos, como uma perturbação com fragmentações marcadas a vários níveis (Kay, 1991). O termo esquizofrenia faz referência a um grupo de psicoses de início precoce, de evolução crónica associado a uma grave deterioração das funções cognitivas e da adaptação psicossocial (Ferrer & Ruiloba, 2001).

Historicamente, a definição de esquizofrenia tem sido orientada por teses teóricas e discursivas focalizadas na sua génese psicopatológica, carácter evolutivo, análise clínica e formas iniciais do adoecer (Cardoso, 2002). Existem exemplos de esquizofrenia citados no Ayur-Veda (cerca de 1400 a.C.), no Antigo Testamento (exemplo de Ezequiel), na antiga Grécia e Roma (casos do homem de Argos e de Alexarcos) e entre Árabes, o que faz crer da universalidade e antiguidade da perturbação (Amaro, 2005). Segundo Rosen (1974; *cit. in* Amaro, 2005) existem mesmo casos de indivíduos com sintomatologia esquizofrénica durante a Idade Média e Renascença.

Segundo dados fornecidos pela Organização Mundial de Saúde (2001; *cit. in* Amaro, 2005) o tratamento da esquizofrenia deve ter por base: um tratamento medicamentoso de forma a atenuar os sintomas e prevenir recaídas; intervenções de carácter psicossocial e educativo que incidam nos pacientes e nas famílias; e, finalmente, a readaptação do paciente e a sua reinserção na sociedade de forma a recuperar as suas aptidões funcionais. Para Amaro (2005) urge a necessidade de interesse, de investigações e análises dos problemas da esquizofrenia onde as pesquisas de carácter sociológico e cultural deverão ter um papel cada vez mais importante e determinante que no passado.

A esquizofrenia é um transtorno mental cuja prevalência na população gira em torno de 1% (Knapp, 2004). A prevalência da esquizofrenia pode variar, mas a maioria dos estudos exibem uma taxa de quase um caso em cada 100 pessoas na população geral (APA, 1997). A esquizofrenia pode ser constatada por todo o mundo e as prevalências entre adultos estão situadas entre 0,5% e 1,5% (DSM-IV-TR, 2002). A incidência é consideravelmente inferior à prevalência, estando a incidência calculada em 0,0001 por ano, aproximadamente (DSM-IV, 1996).

A esquizofrenia está associada à mortalidade, especialmente por suicídio, que ocorre até 10% dos pacientes (APA, 1997). As perturbações psicóticas parecem apresentar uma taxa de morte por suicídio na esquizofrenia de 15% (Rich, Motooka, Fowler, & Young, 1988) e de 13% entre adolescentes (Mattunen, Aro, Henriksson, & Lonqvist, 1991).

Um estudo longitudinal dos últimos 20 anos, aponta para o facto de a esquizofrenia ser a que menos melhorias apresenta quando comparada com outros tipos de perturbações psicóticas. Este

estudo conclui igualmente que o uso da medicação antipsicótica e de tratamentos psicossociais reduz a morte de pacientes esquizofrénicos por doenças médicas múltiplas e cada vez menos pacientes esquizofrénicos se tornam crónicos e institucionalizados (Jobe & Harrow, 2005).

De acordo com Tate (2006), o modelo biomédico tradicional evita abordar ou discutir assuntos relacionados com a morte e o morrer com clientes de diagnóstico psiquiátrico grave, como é o caso da esquizofrenia. No entanto, afirma que o modelo psicossocial oferece essa oportunidade e pressupõe uma mudança de como os profissionais de saúde mental se devem dirigir ao tema da morte.

Um estudo sobre a mortalidade em pacientes com diagnóstico psicótico revela que a maioria das mortes (de causas naturais ou não naturais) nestes pacientes eram potencialmente capazes de serem prevenidas com um estudo mais aprofundado do tema da morte e/ou com um follow-up médico e psiquiátrico maior (Craig, 2006).

O aparecimento da esquizofrenia afecta homens e mulheres com a mesma frequência, sendo que a idade de maior incidência nos homens situa-se na faixa etária dos 20 anos e das mulheres por volta dos 30 anos (APA, 1997; DSM-IV, 1996; DSM-IV-TR, 2002). A maioria dos estudos aponta para uma evolução e prognóstico variável na esquizofrenia, em que alguns apresentam inclusive remissões (DSM-IV-TR, 2002). A taxa de recaída situa-se entre os 20 e os 40% no ano seguinte à hospitalização (Guillaud-Bataille e Terra, 1997).

Schultz (1979; *cit. in* Abdel-Khalek, 2005a) afirma que na pouca investigação da ansiedade perante a morte com pacientes psiquiátricos os resultados são considerados inconsistentes.

Abdel-Khalek (2005a) estudou a ansiedade perante a morte em grupos clínicos e não clínicos. Uma das sete amostras que compunham estes dois grupos era constituída por esquizofrénicos do sexo masculino. Esta amostra obteve os níveis mais baixos na ASDA (Arabic Scale of Death and Dying) comparativamente com as outras amostras, que incluíam uma amostra composta por sujeitos normais. Este facto pode ser visto, segundo este autor, como contraditório com a literatura clínica disponível, que considera os sujeitos com diagnóstico

de esquizofrenia como sendo problemática nos assuntos relacionados com a morte e o morrer.

Outra investigação desenvolvida por Abdel-Khalek (2002) revela que os sujeitos com diagnóstico de esquizofrenia obtiveram os níveis mais baixos na *DOS* (Death Obsession Scale) comparativamente com outras seis amostras, incluindo uma composta por sujeitos normais.

O simbolismo que se imiscui nos assuntos relacionados com a Morte tem sido negligenciado tanto pela psiquiatria como pela psicologia (Lifton, 1964, 1968, 1973, 1974, 1979, 1986, 1987, 1991; Lifton & Olson, 1974). Nesse sentido, é difícil encontrar estudos efectuados com a imortalidade simbólica e, ainda mais difícil, encontrar algum usando amostras de esquizofrénicos. No entanto, seria interessante referir algumas relações de tipo discursivo e teórico relativamente à relação deste assunto com a perturbação em questão.

Lifton (1974) argumenta que o falhanço da dominância sobre a morte, é o sentimento de que estamos isolados, de que não vamos a lado nenhum, de que estamos isolados do resto da comunidade, de que a nossa vida está desprovida de qualquer princípio organizador, e estes sentimentos estão na base de muitos distúrbios mentais. Oliveira (2000) acredita que o tema da morte pertence a todas as idades e a todas as condições e, nesse sentido, está na origem de muitos sintomas e perturbações psíquicas.

Das sociedades selvagens à sociedade moderna, a evolução da morte como conceito tem sido irreversível, traduzindo-se pelo facto de os mortos abandonarem os vivos de como quem é condenado ao degredo, sendo progressivamente rejeitados para fora da circulação simbólica dos grupos (Baudrillard, 1976a). Do mesmo modo, os «loucos» ou «malucos» seguem esse caminho para o desterro, sendo excluídos da base racional da nossa cultura (Baudrillard, 1976b). Seja como for, esta é no fundo a linha imaginária da morte, a da demarcação social entre vivos e mortos (Baudrillard, 1976a).

Ora, para Figueiredo (1993) a consciência da morte individual é um forte estímulo para a *identificação por delegação*, reforçando a necessidade psicológica que o ser humano tem para se rever nos outros, nos seus continuadores de vida, nos seus depositários de desejo de imortalidade. Feifel (1955; *cit in*. Moser, Neimeyer, & Wittkowski,

2004) refere que os assuntos relacionados com a morte e o morrer são considerados proeminentes no estudo da psicopatologia. Este autor, levou a cabo uma investigação com esquizofrénicos e concluiu que estes têm a percepção da morte como sendo um processo natural e de preparação para outra vida.

Por conseguinte, o conceito de imortalidade simbólica é um importante requisito para a saúde mental e para o bem-estar físico, psicológico e social, face à evidência da morte (Lifton, 1979).

IMORTALIDADE SIMBÓLICA

A imortalidade simbólica é um conceito que emergiu fruto do trabalho desenvolvido por Robert J. Lifton nas últimas décadas (1964, 1968, 1973, 1974, 1979, 1991, 1993, Lifton & Olson, 1974) e teve enorme repercussão na literatura e no estudo da temática em análise. Lifton confrontou a magnitude e a natureza deste assunto, raramente estudado nos círculos psicológicos (Figueiredo, 1993; Florian & Mikulincer, 1998; Santos, 1994, 2001). No entanto, os desenvolvimentos científicos com experiências de quase morte na década passada têm levado alguns cientistas a pôr de lado um pouco o seu cepticismo e a enveredarem pelo estudo mais aprofundado da temática (Dechesne, Pyszczynski, Arndt, Ransom, Knippenberg, & Janssenm, 2003).

Segundo Lifton e Olson (1974) a imortalidade simbólica permite ao ser humano encarar a sua mortalidade. Lifton (1979; *cit. in* Drolet, 1990) acredita que o ser humano tem a necessidade psicobiológica para simbolizar a morte e a continuidade da vida. Designa esta condição humana de *sentido para a imortalidade simbólica* argumentando que a vida é ameaçada sempre que a morte não é transcendida.

Figueiredo (1993) considera que “o desejo de imortalidade simbólica radica da ansiedade provocada pela perspectiva da morte” (p.44). Lifton (1979) teoriza que o desejo de imortalidade simbólica é uma necessidade básica do psiquismo humano, uma necessidade universal no ser humano, uma necessidade de continuidade com os vários elementos da vida, além do tempo e do espaço, relacionando-se com o desejo e o sentimento de continuar a viver após a morte. Bulhan (1985; *cit. in* Sch-

roder, 1986) aponta a imortalidade simbólica como sendo uma de seis necessidades básicas do ser humano a ser preenchidas ao longo da vida. Nesse sentido, “Descobrir a morte é descobrir a fome de imortalidade” (Unamuno, 2001, p. 55). E sentir a imortalidade simbólica é trazer significado à nossa existência (Lifton, 1979).

Lifton (1973) traduziu o desejo de imortalidade simbólica em cinco modos diferentes. São eles: o modo biológico; o modo natural; o modo religioso; o modo criativo; e o modo experiencial ou transcendental (Santos, 2001).

O modo biológico está patente na forma mais visível de se fazer história, pela reprodução, sabendo que vamos deixar uma marca, através dos nossos filhos, que se vai estender, pelo menos à priori, no tempo (Santos, 2001). Segundo Lifton (1979) este é o modo da imortalidade simbólica mais evidente, devido à visibilidade da procriação. Uma passagem de continuidade entre gerações através da reprodução celular e genética de pais para filhos (Lifton, 1979; Lifton & Olson, 1974).

Tudo tem a sua repercussão e efeito no futuro (Lifton & Olson, 1974). Por conseguinte, o modo criativo revela-se pela produção artística ou ocupacional (Santos, 2001). Criações de arte, escrever um livro ou desenvolver uma profissão como a de professor por exemplo, são boas formas de demonstrar o modo criativo (Wade-Benzoni, 2002). “We live psychologically on images and it is only our capacity to symbolize the self’s immortality that gives life meaning” (Strozier & Flynn, 1996, p.15).

Desde que se conhece, que o Homem sempre procurou responder a questões que concernem à imortalidade através da religião (Lifton & Olson, 1974). A Religião aparece aqui como a promessa da vida após a morte (Figueiredo, 1993; Santos, 2001). A crença na religião permite-nos transcender a morte (Shedd & Pieratt, 1992). Assim como, permite promover a saúde mental e reduzir a ansiedade perante a morte (Chambers, Cohen, Gorvine, Koenig, Meade, & Pierce, 2005).

O modo natural é caracterizado pela conquista da imortalidade simbólica através da extensão pela natureza (Lifton & Olson, 1974). Sabendo que o mundo, com as suas árvores, oceanos e montanhas continuaram a existir após a nossa morte (Lifton, 1979). Este modo transmite a ideia de que os humanos podem fazer parte da eternidade, pela identificação com a natureza, sendo, desse modo, igualmente imortais (Lifton & Olson, 1974).

Por fim, o modo transcendental e/ou experiencial é composto por momentos vividos intensamente como dançar, dar à luz ou experimentar drogas, que permite, de certo modo, parar o tempo no momento (Lifton & Olson, 1977, *cit. in*. Santos, 2001). No entanto, em alguns casos este modo pode por em riscos outros (Figueiredo, 1993).

ANSIEDADE PERANTE A MORTE

A ansiedade perante a morte é um tema em franca expansão no meio científico, assistindo-se, nos últimos 50 anos, a uma proliferação do interesse no seu estudo, a um aumento de livros, artigos e seminários na matéria (Abdel-Khalek, Abdalla, & Al-Arja, 2006; Abdel-Khalek e Al-Sabwah, 2006; Conte, Weiner, & Plutchic, 1982; Drolet, 1990; Fortner e Neimeyer, 1999; Lester, 1970; Lucas, 1974; Pyszczynski, 2004; Simões & Neto, 1994; Templer, Ruff, & Simpson, 1974).

Para Pollack (1979, *cit. in* Lubetzky & Gilat, 2002), a morte é vista como uma fonte da ansiedade, do stress e do medo na maioria das pessoas. Pyszczynski (2004) teoriza que o medo e a ansiedade são aspectos inerentes à condição humana. O medo da morte é considerado para a maioria dos autores como um medo universal (Becker, 1973; Kubler-Ross, 2000, Lonneto & Templer, 1988; Pollak, 1979; Ray & Najman, 1974).

Kastenbaum e Aisenberg (1972) acreditam que o medo da morte é algo adquirido na sequência do processo de socialização dos indivíduos, sendo que grande parte do comportamento humano pode ser movido por este medo da morte (Becker, 1973; Leff, 1999; Pyszcznski, Greenberg, & Solomon, 2000; Santos, 2001). O ser humano experiênciam a ansiedade perante a morte porque ao contrário dos outros animais têm consciência do fim da vida (Figueiredo, 1993; Harmon-Jones et al., 1997; Hennezel, 1997; Morin, 1976; Ruffié, 1987). Contudo, as investigações relativas ao estudo da ansiedade perante a morte têm obtido, geralmente, resultados inconclusivos (Conte, Weiner, & Plutchic, 1982). Talvez porque um dos problemas mais evidentes na literatura disponível se deprender com o facto de a morte ter como particularidade a não-aceitação, fruto da sua indesejabilidade social (Conte, Weiner, & Plutchic, 1982; Florian & Mikulincer, 1998; Oliveira, 1998).

Hayslip e Panek (1989; *cit. in* Simões & Neto, 1994), referem alguns estudos onde se encontraram relações entre o medo da morte e a institucionalização. No entanto, Simões e Neto (1994) alertam para a influência de tal variável não dispor de dados suficientes para ser considerada, precisando de mais estudos

Segundo Hoelter e Epley (1979; *cit. in* Simões & Neto, 1994), os estudos sobre a relação da ansiedade perante morte e a religiosidade apresentam resultados contraditórios, pois algumas investigações referem uma relação inversa entre as duas variáveis, apesar de a maioria não detectar nenhum tipo de associação. Rasmussen e Jonhson (1994), confirmam a correlação negativa da ansiedade perante a morte, desta vez, com a espiritualidade.

Alvarado et al. (1995) constataram que as fortes convicções religiosas, assim como, a crença na vida após a morte estão associadas com uma menor ansiedade perante a morte, afirmando, inclusive que as crenças religiosas se relacionam mais com a ansiedade perante a morte que com a prática religiosa em si mesma, que também se correlaciona negativamente com a ansiedade perante a morte. Rasmussen e Johnson (1994) após administração da DAS e da *Spiritual Well-Being Scale* em estudantes de psicologia concluíram a existência de uma correlação negativa entre ansiedade perante a morte e as crenças espirituais.

Um estudo recente levado a cabo por Abdel-Khalek e Al-Sabwah (2006) constatou haver uma relação entre a religiosidade e a ansiedade perante a morte, depressão perante a morte e a obsessão para a morte. Sendo que as correlações da religiosidade com a ansiedade perante a morte e com a depressão perante a morte seriam significativas e negativas.

Existe associação entre a idade e a ansiedade perante a morte (Abdel-Khalek, Lester, & Schaller, 2003). A maioria dos estudos sugere a correlação negativa entre estas duas variáveis (Cicirelli, 1998; Gesser et al., 1987; Oliveira & Barros, 1997; Rasmussen & Brems, 1996; Wu et al. 2002; Templer, Ruff, & Franks, 1971). Na literatura disponível, apenas Schumaker, Warren, e Groth-Marnat (1991) constataram uma correlação positiva.

No entanto, alguns estudos não encontraram relação entre a ansiedade perante a morte e a idade (Joubert, 1983; Lester & Templer, 1993; Lonneto & Templer, 1988; Wagner & Lorin, 1984).

No que diz respeito à relação entre a imoralidade simbólica e ansiedade perante a morte, a tendência é para a correlação negativa (Drolet, 1990, Florian & Mikulincer, 1998; Lifton, 1997; Lifton & Olson, 1974; Santos, 1994). No entanto, existem ainda poucos estudos no que concerne à investigação da relação entre estas duas dimensões (Drolet, 1990, Florian & Mikulincer, 1998; Loureiro, 2000; Santos, 1994).

MÉTODO

PARTICIPANTES

O objectivo principal deste estudo é analisar a relação entre a imortalidade simbólica e a ansiedade perante a morte na Esquizofrenia. Sendo que para cumprir este objectivo utilizamos uma amostra de sujeitos com diagnóstico de esquizofrenia e uma amostra de sujeitos sem perturbação psiquiátrica conhecida. Realizando, desse modo, um estudo comparativo entre amostras independentes. A razão pela qual optamos por desenhar um estudo com duas amostras contrastadas deve-se ao facto de alguns estudos encontrados, decorrentes da revisão da literatura disponível, gerarem resultados contraditórios e inconsistentes. Ora, não havendo consenso na literatura disponível no que concerne à temática em estudo, opta-se pelo estudo comparativo entre amostras independentes, permitindo, dessa forma, desenvolver um desenho de complexidade intermédia que incluísse não só um grupo clínico (esquizofrenia) mas também um grupo não clínico (sem perturbação), enriquecendo os valores de referência de modo a incluir não só os valores indicados na literatura como também os valores empíricos derivados da observação directa.

Os participantes que compõe as duas amostras foram seleccionados tendo em conta a sua área geográfica. Ambas as amostras são provenientes do concelho de Barcelos.

Este estudo empírico é constituído por um total de 100 sujeitos, 50 esquizofrénicos e 50 sem perturbação psiquiátrica conhecida, todos eles do sexo masculino. No que se refere à distribuição dos sujeitos em função da idade, a amostra de sujeitos sem perturbação psiquiátrica conhecida apresenta um valor mínimo de 18 anos e um valor

máximo de 74 anos, com uma média de 37.12 e um desvio padrão de 14.61. Por seu lado, a amostra de sujeitos esquizofrénicos possui como valor mínimo uma idade de 28 anos e um máximo de 64 anos apresentando uma média de 49.94 e um desvio padrão de 7.94. Com o intuito de se averiguar se a diferença de idades entre as duas amostras é estatisticamente significativa foi conduzido um teste *t* de Student para amostras independentes, o que revelou a existência de diferenças significativas sendo a amostra de esquizofrénicos mais velha do que a amostra de sujeitos sem perturbação psiquiátrica conhecida ($t_{(97)} = -5,438, p < 0.001$). Desta forma, todos os resultados apresentados que impliquem a comparação de idades irão ser lidos com algum cuidado.

A forma como as duas amostras se distribuem em função do seu posicionamento face à questão “Acredita em algum tipo de religiosidade / espiritualidade independentemente de ser ou não praticante?”. A distribuição é apresentada no Quadro 1.

QUADRO 1. Distribuição das respostas relativamente à questão “Acredita em algum tipo de religiosidade / espiritualidade independentemente de ser ou não praticante?” para ambas as amostras.

Acredita	Amostra	Amostra
	Não Clínica	Clínica
Sim	45	42
Não	5	8

O resultado do teste de Qui-quadrado indica que esta distribuição não apresenta diferenças estatisticamente significativas ($\chi^2_{(1)} = 0.796, p = 0.372$).

Relativamente à questão de ser praticante de uma religião, o modo como as duas amostras se distribui é estatisticamente diferente ($\chi^2_{(1)} = 4.105, p = 0.043$). A distribuição apresenta-se no Quadro 2.

QUADRO 2. Distribuição dos participantes em função do ser ou não praticante de uma religião para ambas as amostras.

Praticante	Amostra	
	Não Clínica	Clínica
Sim	24	34
Não	26	16

Pode-se pressupor, desde já, uma relação de afinidade/dependência entre as variáveis estado mental e prática religiosa, ou seja, constata-se uma afinidade entre ser esquizofrénico e ser praticante de uma religião, assim como, entre não ter uma perturbação psiquiátrica e não ser praticante de uma religião.

Por fim, a variável tempo de internamento/institucionalização, só aplicável à amostra de sujeitos esquizofrénicos, apresenta um valor mínimo de 1 ano e um valor máximo de 38 anos, com um valor médio de 23 anos e com um desvio padrão de 10.164.

ESCALAS

A Revised Death Anxiety Scale (RDAS); (Thorson & Powell, 1992) e a Symbolic Immortality Scale (SIS); (Mathews & Mister, 1987) são as escalas utilizadas neste estudo e foram adaptadas para a população portuguesa por Santos (1994). A RDAS é constituída por 20 afirmações (Santos, 1994). A resposta a cada item/afirmação está compreendida numa escala tipo Likert de 5 pontos de intensidade ancorada entre 1 (discordo plenamente) e 5 (concordo plenamente), menos nos itens 4, 10, 11, 13, 16 e 17 em que são cotados de forma inversa. Quanto mais alta a pontuação nessa escala maior a ansiedade perante a morte. Apresentou um nível de consistência interna bom, com um α de Cronbach de .825128017 na sua adaptação à população portuguesa (Santos, 1994).

A SIS é composta por 30 itens (Santos, 1994). A resposta a cada item/afirmação está compreendida numa escala tipo Likert de 5 pontos de intensidade ancorada entre 1 (discordo plenamente) e 5

(concordo plenamente). Cada item é cotado positivamente, em que quanto mais alta a pontuação nessa escala maior a imortalidade simbólica. Apresentou um nível de consistência interna bom, com um α de Cronbach de .877456064 na sua adaptação à população portuguesa (Santos, 1994).

No entanto, no sentido de averiguar as características psicométricas dos instrumentos utilizados para as amostras neste estudo, foi calculada a consistência interna das escalas, tendo sido utilizado o *alpha* de Cronbach.

QUADRO 3. Consistência interna das escalas utilizadas no estudo

Escala	Nº de itens	Alpha de Cronbach
Escala de imortalidade simbólica	30	.7387
- Religioso	6	.9502
- Natural	6	.8570
- Criativo	6	.8637
- Biológico	6	.6627
- Experimental	6	.7425
Escala de ansiedade perante a morte	20	.8856

Apresenta níveis de consistência compreendidos entre as classificações razoável e muito bom (Pestana & Gageiro, 2003). No entanto, embora não seja o objectivo deste estudo alterar as escalas adaptadas, no que concerne ao modo biológico da imortalidade simbólica este apresenta um nível de consistência interna fraco, o que pressupõe a necessidade de mais estudos com este tipo de amostras e/ou a necessidade de reformular ou retirar alguns itens nesta sub-escala.

PROCEDIMENTO

Ambas as escalas foram administradas a cada participante em sessões individuais. Quando cada participante acabou o preenchimento das escalas, estas foram conferidas cuidadosamente e, em alguns casos, foi pedido para que preenchessem alguns itens omitidos. Após a administração das escalas o investigador dispôs-se a responder a algumas

questões colocadas pelos participantes. A amostra clínica foi seleccionada tendo em conta os ficheiros clínicos de cada participante, disponibilizados pela Casa de Saúde de S. José em Areias de Vilar (Ordem S. João de Deus) de onde são provenientes. Os sujeitos sem perturbação psiquiátrica conhecida foram seleccionados aleatoriamente em frente à Câmara Municipal de Barcelos.

RESULTADOS

Os resultados foram analisados através do *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 12.0.

No sentido de averiguar a relação entre os resultados dos participantes nas duas escalas e a idade, de cada amostra separadamente, realizou-se uma correlação de *Pearson*. Para a amostra clínica, entre a idade e a *Escala de ansiedade perante a morte*, apesar de se encontrar uma correlação positiva esta não foi significativa ($r = .266, p > .05$). Em relação à *Escala de Imortalidade Simbólica* verificamos uma correlação negativa não significativa com a idade ($r = -.146, p > .05$). Na amostra não clínica, entre a idade e a *Escala de ansiedade perante a morte*, apesar de se encontrar uma correlação positiva esta não foi significativa ($r = .010, p > .05$). Em relação à *Escala de Imortalidade Simbólica* verificamos uma correlação negativa com a idade, apesar de igualmente não significativa ($r = -.087, p > .05$).

No sentido de averiguar a relação entre o desejo de imortalidade simbólica e a ansiedade perante a morte realizou-se uma correlação de *Pearson* entre os resultados totais das duas escalas. No caso da amostra clínica, apesar de se encontrar uma correlação positiva esta não foi significativa ($r = .118, p > .05$). Para a amostra não clínica, os resultados demonstraram haver uma correlação negativa, mas não significativa, entre as pontuações totais das escalas ($r = -.178, p > .05$).

No Quadro 4 podemos verificar igualmente uma correlação positiva entre a RDAS e a maioria dos cinco modos de imortalidade simbólica na amostra clínica, embora sejam não significativas e uma correlação negativa entre a RDAS e a maioria dos cinco modos de imortalidade simbólica na amostra não clínica, embora sejam igualmente não significativas.

QUADRO 4. Correlação de Pearson entre a Escala de ansiedade perante a morte e os 5 modos de imortalidade simbólica em ambas as amostras.

	Modos de imortalidade simbólica				
	Religioso	Natural	Criativo	Biológico	Experimental
Amostra não clínica	.063	-.081	-.139	-.257	-.138
Escala de ansiedade perante a morte					
Amostra clínica	.279	-.009	-.203	.029	.079
Escala de ansiedade perante a morte					

No sentido de averiguar a existência de diferenças na ansiedade perante a morte e o desejo de imortalidade simbólica, em ambas as amostras do nosso estudo, foi realizado um teste *t* para amostras independentes. As médias (e os respectivos desvios padrão) dos resultados das escalas para ambas as amostras são apresentadas no Quadro 5.

QUADRO 5. Médias, desvios-padrão, teste *t* e significância dos resultados da Escala de ansiedade perante a morte (RDAS) e da Escala de imortalidade simbólica (SIS) para ambas as amostras.

<i>Escalas</i>	AMOSTRA NAO CLINICA (n = 50)		AMOSTRA CLINICA (n = 50)		T	p
	M	SD	M	SD		
	RDAS	58,6522	11,78364	57,9362		
SIS	74,4375	8,35109	86,1200	11,26787	-5.812	.000*
- Religioso	16,4898	5,97607	24,6200	7,77461	-5.825	.000*
- Natural	23,1800	3,94187	26,8400	4,72665	-4.205	.000*
- Criativo	12,5200	3,06554	11,4400	6,08162	1.121	.265
- Biológico	11,0600	2,93056	13,0400	3,98446	-2.831	.006*
- Experimental	10,8980	2,96679	10,1800	4,58787	.923	.359

* $p < 0.01$

No que se refere à análise dos resultados obtidos, podemos dizer que se verificaram diferenças significativas entre as amostras apenas para a escala de imortalidade simbólica, sendo que quer a nível da escala global, quer a nível das subescalas religioso, natural e biológico, são os sujeitos esquizofrénicos que apresentam valores mais elevados de imortalidade simbólica.

No sentido de se averiguar se a religiosidade/espiritualidade originava diferenças nas dimensões em estudo, conduziram-se para as duas amostras testes t de Student para amostras independentes. Os dados referentes à amostra clínica apresentam-se no Quadro 6.

Constatam-se quatro diferenças significativas: na imortalidade simbólica global e na sub-escala religioso da imortalidade simbólica, em que os sujeitos que acreditam nalgum tipo de religiosidade/espiritualidade apresentam médias superiores aos que não acreditam; e nas subescalas criativo e biológico da imortalidade simbólica, em que são os sujeitos que não acreditam nalgum tipo de religiosidade/espiritualidade que possuem médias superiores.

QUADRO 6. Médias, desvios padrão, teste t e significância dos resultados da Escala de ansiedade perante a morte (RDAS) e da Escala de imortalidade simbólica (SIS) para a Religião/Espiritualidade na amostra clínica.

Escala	Acredita em algum tipo de religiosidade / espiritualidade independentemente, de ser ou não praticante?				T	p
	Sim (n = 42)		Não (n = 8)			
	M	SD	M	SD		
RDAS	59,7750	19,66708	47,4286	10,06408	1.614	.114
SIS	87,7857	9,73436	77,3750	15,15574	2.523	.015**
- Religioso	27,4762	3,81421	9,6250	5,65528	11.194	.000*
- Natural	27,3810	4,20773	24,0000	6,45866	1.424	.191
- Criativo	10,1429	5,10175	18,2500	6,58461	-3.933	.000*
- Biológico	12,4286	3,84545	16,2500	3,24037	-2.632	.011**
- Experimental	10,3571	4,46024	9,2500	5,44453	.622	.537

* p < 0.01

** p < 0.05

Os dados referentes à amostra não clínica apresentam-se no Quadro 7.

QUADRO 7. Médias, desvios-padrão, teste t e significância dos resultados da Escala de ansiedade perante a morte (RDAS) e da Escala de imortalidade simbólica (SIS) para a Religião/Espiritualidade na amostra de sujeitos sem perturbação psiquiátrica conhecida.

Escala	Acredita em algum tipo de religiosidade / espiritualidade independentemente, de ser ou não praticante?				T	p
	Sim (n = 45)		Não (n = 5)			
	M	SD	M	SD		
RDAS	60,1220	11,30530	46,6000	8,96103	2.569	.014**
SIS	75,0000	8,26640	69,6000	8,32466	1.382	.174
- Religioso	17,3864	5,57493	8,6000	2,79285	3.451	.001*
- Natural	23,4444	3,65908	20,8000	5,93296	1.439	.157
- Criativo	12,2000	2,99697	15,4000	2,19089	-2.310	.025**
- Biológico	10,8222	2,95642	13,2000	1,64317	-1.757	.085
- Experimental	10,8182	2,95920	11,6000	3,28634	-.554	.582

* $p < 0.01$

** $p < 0.05$

Obtiveram-se três diferenças significativas: na ansiedade perante a morte e na sub-escala religioso da imortalidade simbólica, os sujeitos que acreditam em algum tipo de religiosidade/espiritualidade apresentam médias superiores aos que não acreditam. Na sub-escala criativo da imortalidade simbólica os que não acreditam apresentam médias superiores aos que acreditam.

No que diz respeito à influência da variável ser ou não praticante de uma religião nas dimensões em estudo, foram também conduzidos teste t de Student para amostras independentes. Os dados referentes à amostra clínica apresentam-se no Quadro 8.

QUADRO 8. Médias, desvios-padrão, teste t e significância dos resultados da Escala de ansiedade perante a morte (RDAS) e da Escala de imortalidade simbólica (SIS) para o ser ou não praticante de uma Religião/Espiritualidade na amostra clínica.

Escala	Praticante de alguma religião?				T	p
	Sim (n = 34)		Não (n = 16)			
	M	SD	M	SD		
RDAS	57,2424	19,41976	59,5714	18,56264	-.381	.705
SIS	88,0882	7,70819	81,9375	16,01861	1.458	.162
- Religioso	27,8824	3,65782	17,6875	9,62440	4.100	.001*
- Natural	27,8529	3,61924	24,6875	6,07419	1.930	.068
- Criativo	10,2059	5,06790	14,0625	7,31636	-1.904	.070
- Biológico	12,2059	4,14714	14,8125	3,01593	-2.515	.016**
- Experimental	9,9412	4,39656	10,6875	5,08224	-.533	.597

* $p < 0.01$

** $p < 0.05$

Obtivemos duas diferenças significativas: no modo religioso da escala de imortalidade simbólica são os sujeitos praticantes de uma religião que apresentam médias mais elevadas; na sub-escala biológico, são os sujeitos que não praticam a religião que apresentam médias mais elevadas.

Os dados referentes à amostra não clínica apresentam-se no Quadro 9.

QUADRO 9. Médias, desvios-padrão, teste t e significância dos resultados da Escala de ansiedade perante a morte (RDAS) e da Escala de imortalidade simbólica (SIS) para o ser ou não praticante de uma Religião/Espiritualidade na amostra não clínica.

Escala	Praticante de alguma religião?				T	p
	Sim (n = 24)		Não (n = 26)			
	M	SD	M	SD		
RDAS	59,7727	7,60909	57,6250	14,71412	.613	.543
SIS	78,0417	7,02467	70,8333	8,12761	3.287	.002*
- Religioso	20,2083	5,09884	12,9200	4,40568	5.361	.000*

- Natural	23,7083	3,49508	22,6923	4,32453	.909	.368
- Criativo	12,3333	2,82330	12,6923	3,31987	-.410	.684
- Biológico	10,1667	2,49637	11,8846	3,10260	-2.146	.037**
- Experimental	11,6250	3,47428	10,2000	2,23607	1.714	.093

* $p < 0.01$

** $p < 0.05$

Obtivemos três diferenças significativas: na escala de imortalidade simbólica global e no modo religioso são os sujeitos praticantes de uma religião que apresentam médias mais elevadas; na sub-escala biológico, são os sujeitos que não praticam a religião que apresentam médias mais elevadas.

Para a amostra composta por esquizofrênicos (amostra clínica), no sentido de averiguar a relação entre o tempo de internamento/institucionalização e o desejo de imortalidade simbólica e ansiedade perante a morte realizou-se uma correlação de Pearson. Apesar de se encontrar uma correlação positiva entre o tempo de internamento e a ansiedade perante a morte, esta não foi significativa ($r = .257, p > .05$). Do mesmo modo, também não é significativa a correlação negativa obtida entre o tempo de internamento e a imortalidade simbólica ($r = -.183, p > .05$).

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Segundo a teoria de Lifton (1979) o ser humano parece desenvolver, perante a inevitabilidade da morte, um mecanismo de defesa usando os mecanismos simbólicos de forma a proteger-se, e a reduzir a ansiedade perante a morte. Tendo em conta a literatura disponível, podemos constatar que há a confirmação de uma correlação negativa entre a imortalidade simbólica e a ansiedade perante a morte na maioria dos estudos (Conn, 1996; Drolet, 1990; Florian & Mikulincer, 1998; Lifton & Olson, 1974; Loureiro, 2000; Santos, 1994). No entanto, neste estudo não foram encontradas correlações estatisticamente significativas em ambas as amostras que o compõe, gerando resultados inconclusivos. O número reduzido de estudos no que concerne ao estudo da relação entre estas duas dimensões é algo apontado por

alguns autores (Drolet, 1990, Florian & Mikulincer, 1998; Loureiro, 2000; Santos, 1994). E, nesse sentido, achamos que seria interessante continuar este tipo de estudos com amostras ainda maiores que a do presente estudo, pois podem gerar resultados significativos no futuro, confirmando ou não a tendência dos resultados das investigações explanadas acima e as do presente estudo. Por conseguinte, é de salientar a tendência para as correlações positivas na amostra clínica, entre a imortalidade simbólica e ansiedade perante a morte e entre a RDAS e a maioria dos modos de imortalidade simbólica contrariando, de certa forma, os estudos apresentados.

No entanto, constata-se a existência de diferenças significativas no que concerne à imortalidade simbólica entre a amostra clínica e a não clínica, sendo que a primeira apresenta níveis superiores quer ao nível global, quer a nível das subescalas religioso, natural e biológico. Nesse sentido, constata-se que a amostra composta por sujeitos com diagnóstico de esquizofrenia apresenta níveis superiores de imortalidade simbólica, e pode considerar-se com mais sentido religioso, natural e biológico que pessoas sem perturbação psiquiátrica conhecida. Porém, não se confirmam os resultados obtidos no estudo de Abdel-Khalek (2005a), em que a amostra de sujeitos do sexo masculino com diagnóstico de esquizofrenia obteve os níveis de ansiedade perante a morte mais baixos comparativamente com outros 6 grupos incluindo um com uma amostra de sujeitos normais do sexo masculino, pois, neste estudo, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas no que concerne à RDAS entre as duas amostras.

A maioria das investigações decorrentes da literatura disponível confirma a correlação negativa da ansiedade perante a morte com a idade (Cicirelli, 1998; Oliveira & Barros, 1997; Tange et al., 2002; Templer, Ruff, & Franks, 1971; Wu et al., 2002) e Drolet (1990) constatou a correlação positiva da imortalidade simbólica com a idade. Existem alguns estudos referenciados na literatura que não encontraram relação entre as variáveis ansiedade perante a morte e idade (Lonneto & Templer, 1988; Lester & Templer, 1993; Wagner & Lorin, 1984; Joubert, 1983). Neste estudo, os resultados gerados são inconclusivos relativamente a este assunto, pois não apresenta correlações estatisticamente significativas, quer entre a ansiedade perante a morte

e a idade, quer entre a imortalidade simbólica com a idade. Necessitando de mais investigação no futuro com amostras maiores.

A amostra não clínica apresentou diferenças significativas relativamente à ansiedade perante a morte, em que os que acreditam em algum tipo de religião/espiritualidade apresentam índices superiores aos que não acreditam, contrariando a maioria dos estudos decorrentes da literatura disponível em que sucede o oposto (Alvarado et al., 1995; Lifton, 1979; Powell & Thorson, 1991; Rasmussen & Jonhson, 1994; Roff e tal., 2002; Templer, 1972; Young & Daniels, 1998). Na amostra clínica apesar de se verificar igualmente esta tendência, os resultados não apresentam diferenças estatisticamente significativas entre os que acreditam e os que não acreditam numa religião/espiritualidade relativamente à ansiedade perante a morte.

No entanto, os resultados apresentados relativamente à relação entre a imortalidade simbólica e a religiosidade/espiritualidade na amostra clínica confirmam os estudos decorrentes da literatura disponível (Abdel-Khalek, 2004b; Drolet, 1990; Shedd & Pieratt, 1992), na medida em que os sujeitos que acreditam em alguma religião/espiritualidade apresentam médias significativamente superiores aqueles que não acreditam, no que concerne à imortalidade simbólica global. Os que acreditam apresentam inclusive níveis significativamente superiores na sub-escala da religiosidade. Por outro lado, nesta amostra (clínica), verifica-se que nas sub-escalas criativo e biológico da imortalidade simbólica, existem diferenças significativas, em que os que não acreditam obtiveram níveis superiores aos que acreditam, o que parece pressupor a possibilidade de funcionarem como opção/alternativa à religiosidade/espiritualidade nesta perturbação. Na amostra não clínica verifica-se a tendência para essa assumpção pois os que acreditam apresentam igualmente níveis significativamente superiores na sub-escala religioso e os que não acreditam apresentam níveis superiores significativos na sub-escala criativo da imortalidade simbólica.

Alvarado et al., (1995) constatou que os sujeitos praticantes de uma religião apresentam menor ansiedade perante a morte. No entanto, neste estudo os resultados são inconclusivos no que concerne a esta relação. Na amostra composta por sujeitos com diagnóstico de esquizofrenia os que são praticantes apresentam médias significativamente superiores no que concerne à sub-escala religioso da imortalidade

simbólica e os que não são praticantes níveis significativamente superiores na sub-escala biológico, o que parece ser consentâneo com os fundamentos da prática religiosa. Na amostra composta por sujeitos sem perturbação psiquiátrica conhecida confirma-se as mesmas diferenças significativas e acrescenta-se ainda o facto de os praticantes obterem também níveis superiores de imortalidade simbólica global.

Hayslip e Panek (1989; *cit. in* Simões & Neto, 1994), referem alguns estudos onde se encontraram relações entre o medo da morte e a institucionalização. Nesse caso, tal como Simões e Neto (1994), este estudo parece não dispor de dados conclusivos, pois não se encontraram correlações estatisticamente significativas na amostra clínica, apenas a tendência da institucionalização se correlacionar negativamente com a imortalidade simbólica e positivamente com a ansiedade perante a morte.

As investigações que concernem o estudo da ansiedade perante a morte apresentam, geralmente, resultados inconclusivos (Conte, Weiner, & Plutchic, 1982). Talvez fruto da particularidade de a morte ser pouco aceite e indesejável socialmente (Conte, Weiner, & Plutchic, 1982; Florian & Mikulincer, 1998; Oliveira, 1998).

Este estudo pretende contribuir para o aumento da discussão dos assuntos relacionados com a morte e o morrer em pacientes com diagnóstico de esquizofrenia, contribuindo para o aumento de informação na investigação das duas dimensões em estudo (imortalidade simbólica e ansiedade perante a morte), permitindo a prevenção na doença mental e a promoção da saúde mental (Craig, 2006). Os resultados gerados neste estudo podem inclusive ser úteis em futuras formas de intervenção na área da esquizofrenia.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABDEL – Khalek, A. M. (2002). Death obsession in Egyptian samples: differences among people with anxiety disorders, schizophrenia, addictions, and normals. *Death Studies*, 26, 413-421.
- ABDEL – Khalek, A. M. (2004b). Neither altruistic Suicide, nor Terrorism but Martyrdom: A Muslim perspective. *Archives of Suicide Research*, 8 (1), 99-113.
- ABDEL – Khalek, A. M. (2005a). Death anxiety in clinical and non-clinical groups. *Death Studies*, 29, 251-259.
- ABDEL – Khalek, A. M., Abdalla, T., & Al-Arja N. S. (2006). Death Obsession in Palestinians. *Death Studies*, 30, 203-215.
- ABDEL – Khalek, A. M., Al-Sabwah, M. N. (2006). Religiosity and Death Distress in Arabic College Students. *Death Studies*, 30, 365-375.
- ABDEL – Khalek, A. M., Bader, M. A. (2004). Gender differences in anxiety among undergraduates from ten Arab countries. *Social Behaviour and Personality*, 32 (7), 649-656.
- ABDEL – Khalek, A. M., Lester, D. I., & Schaller, S. (2003). Attitudes toward physician-assisted suicide and death anxiety. *Psychological Reports*, 93 (1), 641-642.
- AMARO, F. (2005). *Factores Sociais e Culturais da Esquizofrenia*. Lisboa : Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.
- ALVARADO, K., Templer, D., Bresler, C., & Thomas-Dobson, S. (1995). The relationship of religious variables to death depression and death anxiety. *Journal of Clinical Psychology*, 51 (2), 202-204.
- AMERICAN Psychiatric Association (1996). *DSM-IV : Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais*. 4ª Edição, João Cabral Fernandes (Ed.), Lisboa: Climepsi Editores.
- AMERICAN Psychiatric Association (1997). *Directrizes no Tratamento da Esquizofrenia*. São Paulo: Artmed Editora.
- AMERICAN Psychiatric Association (2002). *DSM-IV-TR : Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais*. (5ª ed., J. Ramos, Trad.). Lisboa: Climepsi Editores (original publicado em 2000).
- ARIÉS, P. (1975). Sobre a história da morte no ocidente desde a idade média. Lisboa: Teorema.

- BAUDRILLARD, J. (1976a). *A Troca Simbólica e a Morte I*. Lisboa: Edições 70.
- BAUDRILLARD, J. (1976b). *A Troca Simbólica e a Morte II*. Lisboa: Edições 70.
- BECKER, E. (1973). *The denial of death*. New York: Free Press.
- Cabodevilla, I. (1999). *Vivir y morir conscientemente*. Bilbao : Deselée de Brouwer.
- CARDOSO, M. (2002). *Os Caminhos da Esquizofrenia*. Lisboa : Climepsi Editores.
- CHAMBERS, J., Cohen, A., Gorvine, B., Koenig, H., Meade, R., & Pierce, D. (2005). Intrinsic and extrinsic religiosity, belief in the after-life, death anxiety, and life satisfaction in young Catholics and Protestants. *Journal of Research in Personality*, 39, 307-324.
- CICIRELLI, V. G. (2002). Fear of death in older adults: Predictions from terror management theory. *Journals of Gerontology*, 57 (4), 358-366.
- CONN, R. (1996). Reduction of anxiety about death: need for beliefs about immortality. *Psychological Reports*, 79 (3), 1315-1318.
- CONTE, H., Weiner, M., & Plutchic, R. (1982). Measuring death anxiety: conceptual, psychometric and factor-analytic aspects. *Journal of Personality and Social Psychology*, 43 (4), 775-785.
- CRAIG, T. J. (2006). Mortality among first-admission patients with psychosis. *Compr Psychiatry*, 47 (4), 246-251.
- DECHESNE, M., Pyszczynski, T., Arndt, J., Ransom, S., Knippenberg, A., & Janssenm J. (2003). Literal and Symbolic Immortality: The effect of Evidence of Literal Immortality on self-esteem striving in response to mortality salience. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84 (4), 722-737.
- DROLET, J. L. (1990). Transcending death during early adulthood: Symbolic immortality, death anxiety, and purpose in life. *Journal os Clinical Psychology*, 46 (2), 148-160.
- FERRER, G. C., & Ruiloba, V. J. (2001). *Manual de Diagnóstico Diferencial y Tratamiento en Psiquiatría*. (2ª Ed.). Barcelona: Masson.
- FLORIAN, V., & Mikulincer, M. (1998). Symbolic immortality and the management of the terror of death: The moderating role of attachment style. *Journal of Personality & Social Psychology*, 74 (3), 725-734.
- FIGUEIREDO, E. (1993) *Angústia ecológica e o futuro: Trajectos portugueses*. Lisboa: Gradiva.

- FORTNER, B. V., & Neimeyer, R. A. (1999). Death anxiety in older adults: A quantitative review. *Death Studies*, 23(5), 387-411.
- GESSER, G., Wong, P. T., & Reker, G. T. (1987). Death attitudes across the life span: The development and validation of the Death Attitude Profile (DAP). *Omega: The Journal of Death and Dying*, 18 (2), 113-128.
- GUILLAUD-BATAILLE, J. M., Terra, J. L. (1997) Épidémiologie de la schizophrénie. In Scotto, J.C., Bougerol, T. (Eds.), *Les Schizophrénies*, Paris: Médecine-Sciences-Flammarion.
- HARMON-JONES, E., Simon, L., Greenberg, J., Pyszczynski, T., Solomon, S., & McGregor, H. (1997). Terror management theory and self-esteem: Evidence that increased self-esteem reduces morality salience effects. *Journal of Personality and Social Psychology*, 72 (3), 24-36.
- HENNEZEL, M. (1997). *Diálogo com a morte*. Lisboa: Editorial Notícias.
- HENNEZEL, M., & Leloup, J. Y. (1998). *A arte de morrer*. Lisboa: Editorial Notícias.
- JOBE, T. H., & Harrow, M. (2005). Long-term outcome of patients with schizophrenia. A review. *Can J Psychiatry*, 50 (14). 892-900.
- JOUBERT, C. E. (1983). Subjective acceleration of time: Death anxiety and sex differences. *Perceptual Motor Skills*, 57 (1), 498-50.
- KASTENBAUM, R. (2004a). Death writ Large. *Death Studies*, 28, 375-392.
- KASTENBAUM, R. (2004b). Why Funerals. *Generations – Summer*, 5-10.
- KASTENBAUM, R., & Aisenberg, R. (1972). *Psicologia da morte*. São Paulo: Novos Ubrais.
- KAY, S. R. (1991) *Positive and Negative Syndromes in Schizophrenia: Assessment and Research*. Monograph Series of the Department of Psychiatry - Albert Einstein College of Medicine of Yeshiva University – Montefiore Medical Center, Bronx, N.Y.: Bruner/Mazel Publishers.
- KNAPP, P. (2004). *Terapia Cognitivo-Comportamental na prática Psiquiátrica*. São Paulo: Artmed Editora.
- KUBLER-ROSS, E. (2000). *Sobre a morte e o morrer*. São Paulo: Martins Fontes.
- LEFF, L. D. (1999). Sentimento de imortalidade simbólica e ansiedade perante a morte entre gerações. *Aletheia*, 9, 93-98.
- LEIS, H. R. (2000). *A sociedade dos vivos*. Porto Alegre: Editora Teorias sobre a modernidade.
- LESTER, D. (1970). Preference for method of suicide and attitudes toward death in normal people. *Psychological Reports*, 45 (2), 638.

- LESTER, D., & Templer, D.I. (1993). Death anxiety scales: a dialogue. *Omega: The Journal of Death and Dying*, 26 (4), 239-353.
- LIFTON, R. J. (1964). On Death and Symbolism: The Hiroshima Disaster. *Psychiatry: J. Stud Interper Proc*, 27, 191-210.
- LIFTON, R. J. (1968). *Death in life: Survivors of Hiroshima*. New York: Random House.
- LIFTON, R. J. (1973). The sense of immortality: on death and the continuity of life. *American Journal of Psychoanalysis*, 33, 3-15.
- LIFTON, R. J. (1974). On death and the continuity of life: A "new" paradigm. *History of Childhood Quarterly*, 1 (4), 681-696.
- LIFTON, R. J. (1979). *The broken connection: On death and the continuity of life*. New York: Simon & Schuster.
- LIFTON, R. J. (1986). Reflections on Genocide. *Psychohistory Review*, 14 (3), 39-55.
- LIFTON, R. J. (1987). *The future of immortality and other essays for a nuclear age*. New York: Basic Books.
- LIFTON, R. J. (1991). *The Nazi doctors: Medical Killing and the psychology of genocide*. New York: Basic Books.
- LIFTON, R. J. (1993). *The Protean Self*. New York: HarperCollins Publishers.
- LIFTON, R. J., & Olson, E. (1974). *Living and dying*. New York: Praeger Publisher.
- LONETTO, R., & Templer, D. (1988). *La Ansiedade ante la muert*. Barcelona: Ediciones Temis.
- LOUREIRO, L. M. (2000). Sentimento de imortalidade simbólica e ansiedade perante a morte em toxicodependentes. *Revista Referência*, 5, 17-23.
- LUBETZKY, O, & Gilat, I. (2002). The impact of premature birth on fear of Personal Death and attachment styles in adolescence. *Death Studies*, 26, 523-543.
- LUCAS, R. (1974). A comparative study of measure of general anxiety and death anxiety among three medical groups including patient and wife. *Omega: The Journal of Death and Dying*, 5 (3), 233-234.
- MATHEWS, R. C., & Mister, R. D. (1987). Measuring an individual's investment in the future: Symbolic sensation seeking, and psychic numbness. *Omega: The Journal of Death and Dying*, 18 (3), 161-173.

- MATTUNEN, M. J., Aro, H. M., Henriksson, M. M., Lonqvist, J. L. (1991) Mental disorders in adolescent suicide. *Archives of General Psychiatry*, 48: 834-839.
- MORIN, E. (1976). *O homem e a morte*. Lisboa: Europa América.
- MOSER, R., Neimeyer, R., & Wittkowski, J. (2004). Psychological research on death attitudes: an overview and evaluation. *Death Studies*, 28, 309-340.
- OLIVEIRA, J. H. B. (1998). *Viver a morte*. Coimbra: Almedina.
- OLIVEIRA, J. H. B. (2000). *Psicologia da religião*. Coimbra: Livraria Almedina.
- OLIVEIRA, J. H. B. (2002). Ansiedade face à morte: Uma abordagem diferencial. *Psicologica*, 2, 161-176.
- OLIVEIRA, J. H. B., & Barros, A. (1997). Definições e representações da morte: Resultados em jovens estudantes caboverdianos e portugueses. *Revista Portuguesa de Educação*, 10 (1), 15-23.
- PESTANA, M.; Gageiro, J. (2003). Análise de dados para ciências sociais – A complementaridade do SPSS. Lisboa: Edições Sílabo.
- POLLAK, J. M. (1979). Correlates of death anxiety: A review of empirical studies. *Omega: The Journal of Death and Dying*, 10 (2), 97-121.
- POWELL, F., & Thorson, J. (1991). Construction of death among those high in intrinsic religious motivation: a factor analytic study. *Death Studies*, 15 (2), 131-138.
- PYSZCZNSKI, T. (2004). What are we so afraid of? A Terror management theory perspective on the politics of fear. *Social Research*, 71 (4), 827-848.
- PYSZCZNSKI, T., Greeberg, J., & Solomon, S. (2000). Proximal and distal defence: a new perspective on unconscious motivation. *Psychological Science*, 9 (5), 156-160.
- RASMUSSEN, C. A., & Brems, C. (1996). The relationship of death anxiety with age and psychosocial maturity. *Journal of Psychology*, 130 (2), 141-144.
- RASMUSSEN, C., & Johnson, M. (1994). Spirituality and religiosity: Relative relationships to death anxiety. *Omega: The Journal of Death and Dying*, 29 (4), 313-318.

- RAY, J. J., & Najman, J. (1974). Death Anxiety and death acceptance: a preliminary approach. *Omega: The Journal of Death and Dying*, 5 (4), 311-315.
- RICH, C. H., Motooka, M. S., Fowler, R. C., Young, D. (1988) Suicide by psychotics. *Biological Psychiatry*, 23, 595-601.
- ROFF, L.L., Butkeviciene, R., & Klemmack, D.L. (2002). Death anxiety and religiosity among Lithuanian health and social service professionals. *Death Studies*, 26 (9), 731-742.
- RUFFIÉ, J. (1987). *O sexo e a morte*. Lisboa: Publicações Dom Quixote.
- SANTOS, P. I. (1994). *Ansiedade perante a morte e imortalidade simbólica: Outro dialogo com os deficientes motores*: Lisboa: Tese de Mestrado, não publicada, Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa.
- SANTOS, P. I. (2001). *Ninguém morre*. Lisboa: Editorial Minerva.
- SCHRODER, B. S. (1986). Assessing the psychological impact of sociocultural change: A life-history methodology. *Southwestern Psychological Association*, 32, 17-29.
- SHEDD, R. P., & Pieratt, A. (1992). *Imortalidade*. São Paulo: Edições Vida Nova.
- SIMÕES, A., & Neto, F. (1994). Ansiedade Face á morte. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 28 (1), 79-96.
- STROZIER, C. B., & Flynn, M. (Eds.). (1996). *Trauma and self*. London: Rowman & Littlefield Publishers.
- TANG, C. S., Wu, A. M., & Yan, E. C. (2002). Psychosocial correlates of death anxiety among Chinese college students. *Death Studies*, 26 (6), 419-499.
- TATE F. (2006). Death and dying : implications for inpatient, psychiatric care. *Palliat Support Care*, 3 (3), 239-243.
- TEMPLER, D. (1972). Death anxiety and religiously involved person. *Psychological Reports*, 31(6), 361-362.
- TEMPLER, D., Ruff, C., & Franks, C. (1971). Death anxiety: Age, sex, and parental resemblance in diverse population. *Developmental Psychology*, 4, 108.
- TEMPLER, D., Ruff, C., & Simpson, M. (1974). Alleviation of high death anxiety with symptomatic treatment of depression. *Psychological Reports*, 35 (2), 216.

- THORSON, J. A., & Powell, F.C. (1992). A revised Death Anxiety Scale. *Death Studies, 16* (2), 507-521.
- UNAMUNO, M. (2001). *Do sentimento trágico da vida*. Coimbra: Quarteto.
- WADE-BENZONI, K. A. (2002). Too though to die: September 11, mortality salience and intergeneration behaviour. *Journal of Management Inquiry, 11* (39), 235-239.
- WAGNER, K. D., & Lorin, R. P. (1984). Correlates of death anxiety in elderly persons. *Journal of Clinical Psychology, 40* (5), 1235-1241.
- WU, A. M., Tang, C.S., & Kwok, T. C. (2002). Death anxiety among Chinese elderly people in Hong Kong. *Journal of Aging and Health, 14* (1), 42-56.
- YOUNG, M., & Daniels, S. (1980). Born again status as a factor in death anxiety. *Psychological Reports, 47* (3), 367-370.