



CATOLICA  
FACULDADE DE EDUCAÇÃO  
E PSICOLOGIA

---

PORTO

# OS EFEITOS TERAPÊUTICOS DA AYAHUASCA EM INDIVÍDUOS COM SINTOMAS DE DEPRESSÃO

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa  
para obtenção do grau de mestre em Psicologia

- Especialização em Psicologia da Justiça e do Comportamento Desviante -

*Mafalda Pinto Ribeiro Galhano Alves*

Porto, junho de 2018



CATOLICA  
FACULDADE DE EDUCAÇÃO  
E PSICOLOGIA

---

PORTO

# OS EFEITOS TERAPÊUTICOS DA AYAHUASCA EM INDIVÍDUOS COM SINTOMAS DE DEPRESSÃO

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa  
para obtenção do grau de mestre em Psicologia

- Especialização em Psicologia da Justiça e do Comportamento Desviante -

*Mafalda Pinto Ribeiro Galhano Alves*

Trabalho efetuado sob a orientação de

Maria Carmo Carvalho

Porto, junho de 2018

*“With ayahuasca we get to experience that core self and the beauty of the world, as it actually is, when we don’t see it through a screen of suffering and misinterpretation induced by our early experience. So, we get to see both, what we’ve been running from and trying to cope with and trying to manipulate, but we also get to that true connection, that true love. that true beauty, that true vision, that pure insight, that pure strength, that pure compassion. And when we do that, we realize we don’t have to cope anymore, we don’t have to run anymore. We can just be right where we are.”*

Gabor Maté

## **Agradecimentos**

Em primeiro lugar, à minha mãe, por todo o esforço, dedicação, presença, motivação, carinho, educação e apoio, que nunca deixou que me faltassem e que sempre me guiaram nos melhores e piores momentos. Sem ti, nada neste meu percurso teria o mesmo significado e valor, obrigada por me acreditares em mim e sempre me teres permitido seguir aquilo que gosto e em que acredito, sabendo que há sempre um bocadinho de tudo o que me transmitiste e ensinaste que me acompanha.

Aos meus avós, por partilharem comigo este percurso, por me ouvirem e por estarem sempre prontos para uma palavra de força, motivação e carinho também, por acreditarem em mim e nas minhas capacidades e fazerem questão de me fazer acreditar também.

Ao meu pai, por todas as chamadas e mensagens que me deram sempre mais força nos momentos em que estava mais cansada ou desmotivada. Obrigada pela tua presença e por me demonstrares tantas vezes todo o orgulho que tens em mim. E às minhas irmãs, por fazerem parte da minha vida, por serem as minhas companheiras e por, apesar de todo o meu stress e falta de tempo, arranjam sempre um bocadinho para me fazerem rir ou discutir, por me fazerem sentir que aconteça o que acontecer, estão lá para mim.

À professora Carmo, minha mentora, orientadora e, espero que futuramente, colega e amiga. Obrigada por me dar a conhecer uma das coisas que mais me fascina e me entusiasma na Psicologia, os efeitos terapêuticos das substâncias psicoativas. Obrigada por confiar em mim, por me permitir ter a oportunidade de pertencer ao Projeto Kosmicare, o qual levo no meu coração com todo o carinho e gratidão por tudo o que aprendi, conheci e cresci e que espero continuar a fazer parte. Finalmente, obrigada por toda a disponibilidade, ajuda e orientação durante este ano, sem si não teria a oportunidade de pertencer a um projeto como este e fazê-lo desta forma, que me deixa tão orgulhosa. Obrigada, é um exemplo para mim!

Não posso deixar de agradecer também a todos os professores da FEP-UCP que sempre nos acompanharam ao longo destes cinco anos, que sempre estiveram disponíveis para nos ajudar, para partilhar e para nos transmitir tudo o que sabem.

Aos meus colegas de turma, poder partilhar estes cinco anos com vocês, é o melhor que retiro do meu percurso universitário e que o tornou mais especial. À Betty, Carla, Carlota, Diogo, Frederico, Inês, Mafalda, Maria, Maria, Maria João, Mariana, Raquel e Tiago. espero ter-vos sempre comigo.

Finalmente aos meus amigos e amigas, obrigada por me fazerem crescer, ser aquilo que sou, ter sempre alguém com quem partilhar as minhas experiências, felicidades e frustrações. Obrigada pelas palavras de força, energia e paciência que sempre tiveram para mim. Vocês são o melhor de mim. Em especial à Carlota, que para além de amiga, partilha comigo a Psicologia, que nos é tão querida.

## Resumo

O presente estudo visa identificar os processos psicológicos que ocorrem durante a experiência com a ayahuasca e durante a integração dessa experiência, a fim de compreender o potencial terapêutico da experiência com a bebida psicoativa, em indivíduos com sintomatologia depressiva.

A presente investigação contou com seis participantes, de várias nacionalidades, que se deslocaram ao Templo, em procura de um tratamento alternativo para a sintomatologia. A investigação segue uma metodologia qualitativa, uma vez que se pretende caracterizar a experiência de forma aproximada à perspectiva dos participantes. Como tal, foram realizadas entrevistas semiestruturadas em profundidade. Procedeu-se a uma análise semi-indutiva dos dados recolhidos. E como estratégia específica de análise, foi realizada uma análise temática, com recurso ao programa N-Vivo® 11.

Assim, os resultados obtidos permitiram identificar diversos processos psicológicos que ocorrem durante a experiência e durante a integração da experiência com a ayahuasca, que se assumem como relevantes para a diminuição da sintomatologia depressiva, principalmente o Autoconhecimento, a Aceitação, a Conexão, o *Decentering*, a Reestruturação Cognitiva, a Autonomia, a Valorização do Eu e, finalmente, a Auto-atualização e Autorrealização, sendo que estes resultados foram suportados pela literatura. São apresentadas implicações dos resultados obtidos, bem como, limitações do estudo e sugestões para futuras investigações.

**Palavras-chave:** Ayahuasca; Depressão; Efeitos Terapêuticos; Processos Psicológicos.

## **Abstract**

The present study seeks to identify the psychological processes that occur during the experience with ayahuasca and during the integration of that same experience, to understand the therapeutic potential of the psychoactive beverage on individuals with depression symptoms.

There were six participants included in the investigation, of different nationalities, that went to the Temple in order to seek an alternative treatment for their symptomatology. The study design follows a qualitative methodology, since we aim to characterize the experience according to the participants' perspective. With that in mind, semi-structured in-depth interviews were carried out. This was followed by a semi-inductive analysis of the collected data and, a thematic analysis was conducted as a specific analysis strategy, with the support of N-Vivo® 11.

The obtained results allowed for identifying several psychological processes that occur during the experience and during the integration of the experience with ayahuasca, that are considered significant to the reduction of the depressive symptomatology, mainly Self-knowledge, Acceptance, Connection, Decentering, Cognitive Restructuring, Autonomy, Self-worth and, finally, Self-actualization and Self-realization, as literature was resorted to, in order to support these findings. Implications of the obtained results are presented, as well as limitations of the study and considerations for future investigations.

**Keywords:** Ayahuasca; Depression; Therapeutical Effects; Psychological processes.

## Índice

Os Efeitos Terapêuticos da Ayahuasca em Indivíduos com	9
Sintomas de Depressão	9
1. Enquadramento teórico	10
1.1. Ayahuasca: farmacologia, estatuto legal e potencial terapêutico.	10
1.2. Epidemiologia e Perspetivas da Depressão	14
1.3. A Ayahuasca e o potencial terapêutico no tratamento da Depressão	20
2. Método	23
2.1. Participantes:	24
2.2. Instrumento	25
2.2.1. Guião da Entrevista Semiestruturada em Profundidade	25
2.3. Procedimentos	26
2.3.1. Recolha de dados	26
2.3.2. Análise e Tratamento de dados	26
3. Apresentação e Discussão dos Resultados	27
4. Conclusões	41
5. Referências Bibliográficas	43
6. Anexos	49
Anexo 1 – Guião da Entrevista	49
Anexo 2 - Sistema de Categorias	51
Anexo 3 - Descrição Sistema Geral Categorias	54
Anexo 4. Quadro de Objetivos e Questões de Investigação	72
Anexo 5. Matrizes	75

## **Índice Tabelas**

Tabela 1: Descrição dos participantes.....	25
--	----

## **Os Efeitos Terapêuticos da Ayahuasca em Indivíduos com Sintomas de Depressão**

A presente investigação tem por objetivo contribuir para a compreensão dos processos psicológicos decorrentes da experiência com a ayahuasca e da fase da sua integração, que apresentam potencial terapêutico para o alívio de sintomatologia depressiva, em pessoas que apresentam sintomas de depressão com relevância clínica. Desde o final dos anos 60 que as substâncias psicadélicas começaram a ser utilizadas fora do domínio da investigação científica, sendo estas associadas a uma contracultura emergente, que levou à impugnação da investigação nesta área, à época em fase ascendente. No séc. XXI o interesse por estas substâncias volta a surgir de forma relevante na comunidade científica sendo, ultimamente, alvo de vários estudos promissores que validam estudos realizados no passado (Johnson & Griffiths, 2017).

A ayahuasca é uma bebida com efeitos psicoativos, consumida ancestralmente por populações Indígenas da América do Sul e que tem sido alvo de procura crescente por parte de população ocidental.

A depressão é uma perturbação que afeta milhões de pessoas e se assume como a quarta maior causa de incapacitação no mundo (OMS, 2017). A ayahuasca tem revelado um grande potencial terapêutico no tratamento da sintomatologia relacionada com a depressão, tendo já sido alvo de investigações anteriores com resultados promissores. Esses resultados parecem relacionar-se com os efeitos antidepressivos da bebida. Por esta razão é importante compreender que processos psicológicos emergem da experiência com a ayahuasca e qual o potencial terapêutico desta bebida.

Inicialmente serão abordados os temas da ayahuasca e da depressão. Posteriormente será explicado o método de investigação. O estudo em questão irá seguir uma metodologia qualitativa, que pretende contribuir para a compreensão dos processos psicológicos desencadeados pela experiência da toma da substância tal como estes são reportados por participantes de várias nacionalidades que voluntariamente ingressam num Centro na América Latina onde a planta é

administrada. Pretende-se com este estudo contribuir, assim, para aprofundar o conhecimento que está a ser recolhido sobre o potencial terapêutico da planta através de outro estudo longitudinal mais abrangente, que recorre a medidas standardizadas de autorrelato na avaliação da evolução da sintomatologia depressiva, antes, imediatamente após, e 6 e 12 meses após a experiência no referido Centro.

Finalmente serão apresentados os resultados, bem como uma discussão dos mesmos. Serão ainda feitas considerações que visam contribuir para futuras direções de investigação neste domínio.

## **1. Enquadramento teórico**

### **1.1. Ayahuasca: farmacologia, estatuto legal e potencial terapêutico.**

A ayahuasca é uma bebida com efeitos psicoativos constituída por duas plantas abundantes na floresta da Amazónia. A planta *Banisteriopsis caapi* contém betacarbolinas alcaloides, nomeadamente harmina, harmalina e tetrahidroarmina que agem como inibidores da monoamina-oxidase (MAO-O), principal princípio farmacológico ativo dos antidepressivos. Posteriormente, para a preparação do chá, esta planta é misturada com outras espécies. Uma das mais usadas são as folhas de *Psychotria Viridis*, que contém demiltriptamina (DMT), sendo o DMT um psicadélico com efeitos acentuados ao nível serotoninérgico (Riba & Barbanoj, 2005). O DMT não é ativo quando ingerido por via oral, pois é metabolizado no trato gastrointestinal e no fígado pela MAO-O. No entanto, as betacarbolinas presentes na *Banisteriopsis Caapi* atuam inibindo a MAO-O presente no trato gastrointestinal e permitindo que a forma molecular do DMT se mantenha, produzindo assim efeito no sistema nervoso central, mesmo numa ingestão por via oral. (Mckenna, Towers & Abott, 1984; Riba, Valle, Urbano, Yritia, Morte & Barbanoj, 2003 cit in. Santos, Bouso & Hallak, 2017).

Quando ativo, o DMT atua no sistema nervoso central sendo maioritariamente modificado pelo recetor serotoninérgico 5HT. Existe uma ativação acrescida das áreas frontais e límbicas, áreas estas que estão envolvidas no processamento de emoções, sensações e sentimentos internos, e ainda na perceção e consciência de si próprio (Santos et al., 2017). A ayahuasca provoca, então, modificações

transitórias nas emoções, no conteúdo do pensamento, na percepção e sensações somáticas, mas sem alterar a capacidade de o indivíduo interagir com o que o rodeia, mantendo-se preservada a capacidade de realizar testes de performance cognitiva (Bouso, González, Fondevila, Cutchet, Fernández, Barbosa & Riba, 2012). A ayahuasca tem vindo a ser consumida ancestralmente por povos indígenas, principalmente na América do Sul, com fins religiosos e culturais, nomeadamente no Perú, Amazônia e Equador (Luna, 2011).

Quanto ao estatuto legal da ayahuasca, o órgão internacional e independente encarregue de regular o estatuto de estupefacientes, de forma a monitorizar a implementação das Convenções Internacionais das Nações Unidas no controlo de substâncias, a INCB - Órgão Internacional de Fiscalização de Estupefacientes - não identifica a ayahuasca em nenhuma das listas de substâncias proibidas. Também a Organização Mundial de Saúde (OMS) não se pronuncia quanto a plantas que contenham como componente o DMT (Labate, 2010). Desta forma, a ayahuasca apenas é proibida em leis nacionais que o explicitem, não sendo do ponto de vista jurídico, possível considerá-la uma droga (ICEERS, 2012). A ayahuasca é ainda considerada património cultural do Perú, como garantia da continuidade cultural e dos usos tradicionais da ayahuasca praticados frequentemente pelas comunidades nativas da Amazônia. Adicionalmente, é de referir que o seu uso se encontra regulado no Brasil desde 1987, ao abrigo da lei de liberdade religiosa (Labate & Feeney, 2012).

O uso de ayahuasca no âmbito de rituais religiosos, no âmbito de práticas culturais, ou com finalidade terapêutica tem sido alvo, nos últimos tempos, de grande atenção. Existem, assim, cada vez mais pessoas à procura destas experiências e tem aumentado consideravelmente a investigação em redor da ayahuasca e do seu potencial terapêutico. A bebida também tem sido investigada pelo seu potencial de abuso e adição, uma vez que contém psicadélicos potentes como o DMT. Assim, tem sido estudada laboratorialmente, tendo apresentado efeitos benignos na fisiologia humana, com doses controladas, demonstrando-se segura e com baixos níveis de toxicidade (Bouso & Riba, 2011).

Um estudo de Bouso e colaboradores (2012) avaliou o impacto da ayahuasca na saúde mental a nível da personalidade, psicopatologia, neuropsicologia, competências sociais e atitudes, não tendo sido encontradas

evidências de que a ayahuasca impacte negativamente estas dimensões. Desta forma, não há evidências de que o consumo da ayahuasca seja inseguro.

Adicionalmente, a ayahuasca tem revelado um grande potencial terapêutico no tratamento de sintomatologia associada a diversas perturbações mentais, incluindo a dependência de substâncias. Neste caso em particular, a investigação tem colocado em evidência a capacidade da experiência com a ayahuasca em melhorar a dimensão do autoconceito, em diminuir a psicopatologia associada à dependência de substâncias, nomeadamente o *craving* e os sintomas associados à abstinência, e promovendo os índices de bem-estar em geral (Loizaga-Velder & Verres, 2014). De um ponto de vista psicológico, os estudos mostram que o potencial terapêutico da ayahuasca pode estar relacionado com o *decentering* (capacidade de observar pensamentos e emoções como eventos transitórios da mente sem ficar preso a eles), um efeito que pode provocar mudanças psicológicas acentuadas no indivíduo (Soler Elices, Franquesa, Barker, Friedlander, Feilding, Pascual & Riba, 2016).

Um estudo conduzido por González, Carvalho, Cantillo, Aixalá e Farré (2017) analisou o potencial terapêutico da ayahuasca no processo de luto, comparando um grupo de 30 pessoas que utilizaram ayahuasca para ultrapassar o luto com um segundo grupo de 30 pessoas que participaram em sessões de grupo para atingir o mesmo objetivo. Este estudo concluiu que os participantes que utilizaram a ayahuasca reportaram menores níveis de luto do que aqueles que recorreram a sessões de grupo, através da utilização do instrumento *Present Feelings Scale* (TRGI). Estes indivíduos reportaram também benefícios diretos em dimensões psicológicas e interpessoais relacionadas com os processos de luto, nomeadamente, confrontação emocional e aceitação da perda. A confrontação emocional e a aceitação da perda, provocam na pessoa um alívio da experiência traumática da morte de um ente querido, permitindo que a pessoa reavalie a relação com o falecido e experiencie a perda de outra perspetiva mais adaptativa (González et al, 2017).

Quanto ao potencial terapêutico da ayahuasca no tratamento da Perturbação de Stress Pós-Traumático (PTSD), alguns estudos indicam que a ayahuasca replica os mecanismos utilizados nas terapias mais comuns de tratamento da PTSD (Mckenna, 2004 cit in Nielson & Megler, 2012). Uma das terapias mais usadas no tratamento da PTSD é a terapia de exposição direta ao estímulo. Ora, do ponto de

vista psicoterapêutico, a toma da ayahuasca parece provocar efeitos semelhantes, uma vez que induz a evocação de memórias e provoca, assim, a confrontação direta do indivíduo com as suas memórias traumáticas (Nielson & Megler, 2012). Alguns estudos indicam, ainda, que a amígdala e outras áreas cerebrais relacionadas com o processamento emocional são ativadas com a administração da bebida psicoativa (Riba, Romero, Grasa, Mena, Carrió & Barbanoj, 2006 cit. in Nielson & Megler, 2012). Neste sentido, Nielson e Megler (2012) salientam que a ativação da amígdala, estrutura responsável pelos sintomas de medo associados à PTSD, é observada tanto na abordagem terapêutica que utiliza a ayahuasca, como na abordagem terapêutica de exposição direta ao estímulo, um dado que reforça a evidência de replicação destes mecanismos.

No que diz respeito à ansiedade, alguns estudos sugerem que muitos dos psicofármacos ansiolíticos eficazes utilizam os mesmos mecanismos de ação que ocorrem com a toma da ayahuasca (Santos, Landeira-Fernandez, Strassman, Motta & Cruz, 2007). Outros estudos suportam esta evidência sugerindo que a ação do DMT nos recetores 5-HT modela o processamento emocional, reduz a ansiedade e aumenta o humor positivo. À semelhança do que acontece com o DMT, também os psicofármacos terapêuticos atuam sobre os recetores 5HT para produzir efeitos ansiolíticos, tanto em animais como em humanos (Nutt, 2005; Baumeister, Barnes, Giaroli & Tracy, 2014; Katzman, 2009 cit. in Santos, Osório, Crippa & Hallak, 2016).

Também alguns estudos de neuroimagem parecem corroborar estas evidências sugerindo que os estados alterados da consciência, induzidos pela bebida psicoativa, criam uma interrupção nos padrões rígidos, repetitivos e patológicos típicos das perturbações de ansiedade e humor, contribuindo assim para a flexibilidade mental e provocando mudanças positivas nas perspetivas, nos valores e nos comportamentos dos indivíduos com quadros ansiógenos (Carhart-Harris et al. 2012, 2014; Tagliazucchi et al. 2014; Palhano-Fontes et al. 2015; McKenna & Riba, 2016 cit. In Santos et al., 2016).

Para além da ayahuasca também outras substâncias psicadélicas se têm revelado eficazes para o tratamento da depressão, bem como de outras perturbações, que pode ser evidenciado por um estudo qualitativo conduzido por Watts, Day, Krzanowski, Nutt e Carhart-Harris (2017), que teve como objetivo identificar em 20 participantes qual a sua perceção valorativa da psilocibina enquanto tratamento da depressão, 6 meses após a sua participação num ensaio

clínico, no qual lhes foi administrada uma dose de psilocibina. Seis meses após a administração da psilocibina, os participantes foram convidados a participar numa entrevista qualitativa de seguimento, os quais, de 20, participaram 19 (Watts et al., 2017). Da análise temática realizada, aos dados obtidos pela instrumentalização da entrevista, salientaram-se dois temas principais relativamente à eficácia do tratamento, os participantes descreveram o tratamento como promotor de transformação, destacando a conetividade e a aceitação como elementos chave para a eficácia do ensaio, considerando o tratamento com recurso à psilocibina como uma alternativa valorizada perante os modelos de tratamento e intervenção já existentes (Watts et al., 2017).

## **1.2. Epidemiologia e Perspetivas da Depressão**

É estimado que a depressão afete cerca de 300 milhões de pessoas, de todas as faixas etárias, em todo o mundo. É assim, no presente, a maior causa de incapacitação a nível mundial. Estes valores justificam que a Depressão se tenha tornado uma preocupação mundial de saúde pública, tendo-se tornado um dos principais alvos de prevenção, intervenção e investigação da área da saúde (OMS, 2017).

Segundo o DSM-V, a depressão é uma perturbação que afeta 7% da população nos Estados Unidos. A prevalência em indivíduos entre os 18 e os 29 anos é três vezes maior do que em faixas etárias superiores. Também nas mulheres, esta prevalência sobe, uma vez que apresentam índices mais altos do que os homens, sendo na adolescência que o diagnóstico tem maior probabilidade de surgir nas mulheres (DSM-V; APA, 2014).

Várias perspetivas se têm vindo a debruçar, na Psicologia e em áreas congéneres, sobre o problema da Depressão, apresentando contributos para a compreensão e intervenção neste problema de saúde, desde a perspetiva psiquiátrica e psicopatológica, até à biológica e a diversos contributos da Psicologia.

O modelo biológico da Depressão pressupõe a existência de uma desregulação de neurotransmissores, nomeadamente da serotonina, da dopamina e da noradrenalina, mais especificamente nos recetores serotoninérgicos (Deakin,

Guimarães, Wang & Hensman, 1991 cit in Bahls, 1999). Segundo Deakin e colaboradores existe um défice de neuro-transmissão dos recetores 5HT (serotoninérgicos), recetores responsáveis pela modulação das emoções, funções cognitivas, maturação e diferenciação celular, questão que poderia explicar algumas características depressivas como o humor deprimido, a perda de interesse e a dificuldade de concentração. Neste modelo, a principal resposta de intervenção à depressão é a terapia farmacológica, com o recurso a psicofármacos antidepressivos.

Numa perspetiva psiquiátrica e psicopatológica, a Perturbação Depressiva Major caracteriza-se por ser um estado emocional de humor deprimido ou de perda de interesse e prazer no dia-a-dia. Este estado emocional pode levar à perda ou ganho significativos de peso, pode provocar insónias, agitação ou lentificação psicomotora e fadiga. É, adicionalmente, uma perturbação que se caracteriza pelo sentimento de inutilidade ou culpa excessiva, que confere à pessoa uma capacidade diminuída de concentração e até ideação suicida, resultantes de se sentir assim. Estes sintomas acabam por influenciar diretamente o funcionamento normal da pessoa e não são condições atribuídas a efeitos fisiológicos ou outras condições médicas (DSM-V; APA, 2014).

Para nos debruçarmos sob a visão psicanalítica da depressão, é necessário compreender os conceitos de melancolia e luto na psicanálise. Para Freud, o luto é uma reação de desânimo, cessação do interesse. Inibição motora e emocional face a uma perda, tal como a melancolia, que se caracteriza pelas mesmas questões (Freud, 1996 cit. in Carvalho & Assis, 2016). A grande diferença entre os dois conceitos é que o luto possui um carácter passageiro e a perda é consciente, pelo contrário, na melancolia, a persistência da mesma é imprevisível e a perda é inconsciente (Freud, 1996 cit. in Carvalho & Assis, 2016).

Como causa da melancolia, Freud salienta o narcisismo, na medida em que a melancolia é um tipo de escolha objetal que regride ao narcisismo primitivo. Desta forma, a melancolia assume-se como uma neurose narcísica, caracterizada pelo conflito entre o ego e o superego (Freud, 2006 cit. in Mendes, Vieira & Bara, 2014).

No que diz respeito à depressão, esta é a forma manifesta do sofrimento psíquico nos dias de hoje. Para a psicanálise a depressão é um estado que pode estar presente em diversas estruturas psíquicas, mas que também se pode assumir como uma condição originária do conflito entre o ego e o ego ideal (Moreira, 2008; Mendes, Vieira & Bara, 2014).

Segundo Carvalho e Assis (2016), enquanto que na melancolia o objeto perdido surge na fase oral e se confunde com o eu, na depressão o objeto perdido remonta à fase fálica do desenvolvimento do indivíduo, remetendo para um vazio e para ausência de um objeto (Carvalho & Assis, 2016; Kehl, 2009 cit. in Carvalho & Assis, 2016).

Para atingir objetivos de tratamento, a terapia psicodinâmica recorre a dois métodos, a associação livre e a interpretação dos sonhos. A associação livre consiste, de acordo com o descrito por Freud, num método em que o paciente é encorajado a verbalizar tudo aquilo que lhe ocorre, independentemente da sua perceção da relevância dessas verbalizações e despido de qualquer juízo de valor e desta forma, aceder ao seu inconsciente (Freud, 1900 cit. in Busch, 2015). Já a interpretação dos sonhos, segundo Freud é um método que pressupõe a interpretação e análise do conteúdo dos sonhos, tanto o conteúdo que é relatado e interpretado pelo paciente e como a análise e atribuição simbólica que o terapeuta faz desse mesmo conteúdo, sendo que este método é aplicado em simultâneo com o método de associação livre (Freud, 1966).

Relativamente à eficácia das terapias psicodinâmicas, uma revisão da literatura realizada por Batista, Berberian, Rueda e Mattos (2007), refere que os estudos avaliados indicam que os procedimentos psicoterapêuticos podem ser eficazes, independentemente da abordagem teórica de base e das características dos pacientes. No entanto, uma vez que a teoria freudiana da psicanálise foi elaborada antes da epidemia da depressão da atualidade, esta abordagem tem dificuldades em se assumir no meio científico, perdendo a sua visibilidade neste campo (Machado & Ferreira, 2014).

Numa outra perspectiva, o modelo cognitivo-comportamental vê a depressão como a perda de reforços positivos em consequência da diminuição de comportamentos positivos, alvos de reforço por parte dos outros e por parte do próprio indivíduo. Para além da diminuição de comportamentos e reforços positivos, há ainda a vertente cognitiva que, segundo Beck, Shaw, Rush e Emery (1979), aliena à teoria comportamental, três conceitos principais para explicar a depressão. O primeiro conceito é a tríade cognitiva, composta por 3 componentes, a visão negativa que o indivíduo tem de si mesmo, a tendência da pessoa depressiva de ver as suas experiências como negativas e a forma como o indivíduo percebe o futuro, (Beck, Shaw, Rush e Emery, 1987). O segundo conceito são os esquemas ou crenças nas quais o indivíduo se baseia para perceber e interpretar os diferentes estímulos com que é confrontado. Finalmente, o último conceito utilizado no modelo cognitivo é o processamento de informação distorcido. Se o processamento da informação for influenciado por esquemas e expectativas próprias disfuncionais, serão produzidas distorções cognitivas que representam uma incoerência entre aquilo que o indivíduo percebe e aquilo que é a realidade do estímulo (Clark, Beck & Alford, 1999; Beck et al., 1987).

As distorções cognitivas específicas da depressão podem apresentar-se de várias formas, através do pensamento dicotómico e condicional; da antecipação negativa do futuro; da personalização da sua condição depressiva; da formulação de conclusões antecipadas sem nada que evidencie essas conclusões; do foco no detalhe em detrimento do todo, e do contexto e conceptualização da experiência em torno desse detalhe; da constante generalização de um acontecimento isolado; da maximização de questões triviais e minimização de questões importantes; da desvalorização de experiências positivas; e da recorrente culpabilização através da utilização do verbo “dever” em muitos dos seus pensamentos. (Beck et al., 1987).

Aliada a este modelo, surge, naturalmente, a terapia cognitivo-comportamental (TCC) que tem como objetivo alterar essas distorções cognitivas e crenças disfuncionais em crenças e factos cognitivos adaptativos e corretos que permitam produzir comportamentos positivos através de diversas estratégias comportamentais e cognitivas - reestruturação cognitiva (Beck et al, 1987).

Este tipo de terapia apresenta uma eficácia bastante elevada no tratamento da depressão, tanto de forma isolada, como em combinação com o tratamento farmacológico e apresenta um efeito terapêutico mais duradouro do que o tratamento farmacológico (Powell, Abreu, Oliveira & Sudak, 2008).

Para além dos modelos já apresentados neste texto, é necessário salientar o modelo da terapia narrativa, muito influenciada pelos pressupostos dos modelos cognitivos, comportamentais e psicodinâmicos, sugere a narrativa como uma ferramenta para a psicoterapia.

Relativamente à eficácia da terapia narrativa, num estudo clínico e randomizado realizado por Lopes e colaboradores (2014), apesar da reduzida evidência empírica existente até à data em comparação com a terapia cognitivo-comportamental, considera que a terapia narrativa é eficaz na redução da sintomatologia associada aos quadros depressivos, uma vez completado o processo terapêutico. Este estudo contou com a participação de 63 pacientes que foram atribuídos de forma aleatória a terapias narrativas ou cognitivo-comportamentais e cujos resultados foram depois interpretados e comparados a fim de apurar a eficácia da terapia narrativa (Lopes et al., 2014). Para além disso, um estudo que analisou as diferenças nos sintomas e nas relações interpessoais após oito sessões de terapia narrativa em 47 participantes com Perturbação Depressiva Major, conclui que os resultados obtidos sustentam a evidência empírica de que a terapia narrativa é eficaz no tratamento da depressão grave em adultos (Vromans & Schweitzer, 2009).

Outra perspetiva a considerar é o modelo humanista, este modelo considera três pressupostos principais. O primeiro será a tendência do humano de constante atualização (Rogers, 1959 cit. in Mosher, Goldsmith, Stiles & Greenberg, 2008), na medida em que a pessoa procura constantemente uma evolução e auto-atualização do self de forma a tentar atingir o seu potencial. O segundo pressuposto diz respeito aos processos orgânicos de atribuição de valor (Rogers, 1951;1959 cit. in Mosher, Goldsmith, Stiles & Greenberg, 2008), o ser humano avalia e atribui valor a uma experiência de acordo com a possibilidade de melhorar o self. É a atribuição de valor e interpretação da experiência de forma correta que definem se a experiência é promotora de auto-atualização (Mosher, Goldsmith, Stiles & Greenberg, 2008). O terceiro pressuposto foca-se na avaliação seletiva ou condicional do valor (Rogers,

1951; 1954 cit. In Mosher, Goldsmith, Stiles & Greenberg, 2008), na medida em que as pessoas condicionam a sua atribuição de valor de acordo com os quadros de referência de pessoas que são significativas para a sua vida, impedindo o processo de auto-atualização (Mosher, Goldsmith, Stiles & Greenberg, 2008). Sendo que o objetivo final do processo de auto-atualização é a autorrealização (Souza, Callou & Moreira, 2003).

No que toca à psicopatologia, tendo em conta que o equilíbrio psicológico depende da capacidade interna de crescimento do indivíduo (Braz, Mesquita & Taboza, 2016), Rogers atribuiu-lhe o conceito de incongruência uma vez que considera que a incongruência é a discrepância entre aquilo que o indivíduo experiencia e a forma como ele interpreta e atribui um valor a essa experiência (Rogers, 1959 cit. In Mosher, Goldsmith, Stiles & Greenberg, 2008). Assim, sendo, a depressão surge, sob o modelo fenomenológico, como a incongruência entre aquilo que o self é e experiencia e o que o *self* percebe de si mesmo (Braz, Mesquita & Taboza, 2016).

De mãos dadas com o modelo humanista de Rogers, surge a Abordagem Centrada na Pessoa. No caso específico da incongruência da depressão, o sofrimento da pessoa, como esta o percebe e quais são as probabilidades que esta coloca para superar a incongruência são o foco da terapia (Braz, Mesquita & Taboza, 2016). Segundo Rogers, o estabelecimento de uma boa relação terapêutica e a execução de técnicas, como o parafraseamento e a escuta ativa, é o suficiente para erradicar a incongruência, e retomar o processo de auto-atualização do indivíduo e estabelecer novamente o equilíbrio entre o que a pessoa é e como se percebe ou atribui valor a uma experiência (Rogers, 1957; 1995 cit. In Souza, Callou e Moreira, 2003).

De acordo com o consenso geral, podemos então afirmar que a depressão é uma condição que assume como características principais o humor deprimido, a inércia face a atividades, o sentimento de culpa e a visão negativa do eu e do futuro.

Quanto aos processos psicológicos decorrentes dos quadros depressivos, a distorção cognitiva, a perpetuação dos sintomas através dos comportamentos e cognições do indivíduo, a falta de compreensão que o indivíduo tem do seu papel e

da sua interação nos diversos sistemas em que integra e ainda a visão negativa do self, assumem-se como os principais alvos de intervenção e mudança. Sendo que, os principais objetivos a atingir no tratamento da depressão, aliada ou não a psicofármacos, é a reestruturação cognitiva, o autoconhecimento e a aquisição de competências de autorregulação emocional e cognitiva.

### **1.3. A Ayahuasca e o potencial terapêutico no tratamento da Depressão**

Apesar de a investigação sobre o potencial terapêutico da ayahuasca na depressão ser bastante recente, a revisão da literatura coloca em evidência um conjunto promissor de primeiros estudos. Barbosa, Giglio e Dalgalarrodo (2005) conduziram um estudo qualitativo exploratório onde estudaram os efeitos psicoterapêuticos após a experiência com a ayahuasca em 19 indivíduos que experimentavam pela primeira vez a bebida. Foi observada uma redução da sintomatologia negativa e uma redução dos níveis de stress. Foram, ainda, reportados aumentos ao nível da assertividade, na energia, na capacidade de insight, na capacidade de relacionamento, relaxamento e ainda de satisfação em geral. Todos estes parâmetros foram reportados e comparados através de duas entrevistas semiestruturadas realizadas aos participantes do estudo, um a quatro dias antes da toma da ayahuasca e sete a 14 dias após a toma da bebida.

Também Osório e colaboradores (2011) conduziram um estudo exploratório junto de três mulheres com diagnóstico clínico de depressão. Às três participantes foi administrada uma dose de ayahuasca por via oral e o seu estado mental foi avaliado através da aplicação da Escala de Depressão de Hamilton, em diversos momentos. Foram realizadas avaliações 10 minutos antes da toma, 40, 140 e 180 minutos depois da toma e ainda 1, 2, 7, 14 e 28 dias após a toma. Os resultados encontrados demonstram uma descida significativa dos scores obtidos na Escala de Depressão de Hamilton ao longo do tempo, e sugerem uma redução acentuada dos sintomas depressivos nos primeiros 14 dias após a toma da ayahuasca (Osório et al., 2011).

Bouso e colaboradores (2012), na condução de um estudo longitudinal, encontraram diferenças significativas na depressão, avaliada através de uma escala de Psicopatologia – a SCL-90-R -, em dois momentos diferentes. O estudo contou com dois grupos experimentais e dois grupos de controlo. O primeiro grupo

experimental contou com uma amostra de 56 participantes, sendo estes consumidores habituais de ayahuasca e pertencentes a uma comunidade da floresta amazónica. O primeiro grupo de controlo, contava também com 56 participantes que apenas teriam tido menos de cinco experiências com ayahuasca e que apresentavam características sociodemográficas idênticas às do grupo experimental. O segundo grupo experimental contou com a participação de 71 indivíduos, consumidores habituais de ayahuasca em contexto urbano. Já, o segundo grupo de controlo contou com 59 participantes, com os mesmos critérios aplicados ao primeiro grupo de controlo. O instrumento utilizado foi aplicado a primeira vez no início do estudo e uma segunda vez 8 a 12 meses depois da primeira avaliação. Os resultados da primeira avaliação demonstraram que os consumidores habituais de ayahuasca apresentaram resultados inferiores nas nove dimensões que o instrumento avalia bem como nos índices gerais, em comparação com os grupos de controlo. Já na segunda avaliação, foram observados também resultados significativamente inferiores aos resultados dos grupos de controlo, em sete das nove dimensões. Nas restantes duas dimensões, os resultados observados eram inferiores, mas não de forma significativa (Bouso et al., 2012).

Numa perspetiva neurobiológica, Palhano-Fontes e colaboradores (2014) realizaram uma revisão da literatura sobre o uso da Ayahuasca como tratamento farmacológico da depressão. Concluíram que a ayahuasca provoca um aumento dos níveis de cortisol que, por sua vez, aumenta também a imunidade das células, bem como a função do sistema serotoninérgico. Esta questão pode ser o gatilho do mecanismo para os possíveis efeitos positivos em indivíduos depressivos, uma vez que a teoria mais consensual da etiologia da depressão aponta para uma alteração que inibe a libertação de serotonina no recetor 5HT, por sua vez o principal mediador do DMT. Para além disto, os mecanismos despoletados pela combinação do DMT e da MAO-O assumem-se como uma combinação promissora para o tratamento farmacológico da depressão, uma vez que estes são mecanismos já observados nos antidepressivos disponíveis para o tratamento farmacológico desta perturbação (Palhano-Fontes et al., 2014).

Ainda no campo da investigação neurobiológica, é conhecida a existência de uma rede neuronal - a *Default Mode Network* (DMN) - que está relacionada com processos mentais internos como a noção do “eu” e de imagens mentais produzidas durante estados de relaxamento, que regista elevados níveis de atividade em

diversas perturbações, incluindo a depressão. Num estudo recente de neuroimagem, conduzido por Palhano-Fontes e colaboradores, em 2015, foi revelado que o uso de ayahuasca desativa a atividade desta mesma rede neuronal, sugerindo uma melhoria dos sintomas depressivos. O estudo em questão contou com a participação de 9 indivíduos consumidores habituais de ayahuasca (grupo experimental) que foram comparados com outros 26 participantes (grupo de controlo). Todos os indivíduos foram sujeitos a dois momentos de avaliação - antes da toma da bebida psicoativa e 40 minutos após a ingestão – tendo sido avaliadas a atividade da DMN e a conectividade funcional da mesma rede neuronal (Palhano-Fontes et al., 2015).

Noutra perspetiva, a investigação com o modelo animal estudou a harmina (substância presente na ayahuasca que tem sido estudada pelas suas propriedades antidepressivas), através de um modelo animal conhecido por *Chronical Mild Stress*. Os resultados obtidos mostraram que esta substância reverteu todos os efeitos produzidos pelo stress (Fortunato et al., 2010). Estes resultados foram observados através de um grupo experimental de ratos sujeitos a um tratamento de administração de harmina de 40 dias, durante os quais foram expostos a diversos stressores, em comparação com um grupo de controlo. Desta forma, os resultados obtidos sugerem que esta substância, presente na ayahuasca, poderia ser um importante candidato como componente farmacológico para tratar a depressão (Fortunato et al., 2010).

A literatura disponível permite concluir, então, que a ayahuasca parece apresentar um grande potencial terapêutico no tratamento da depressão, que fica evidente no número e diversidade crescente de estudos e metodologias no domínio. Este campo de evidência apresenta ainda, porém, inúmeras lacunas sobretudo no que diz respeito à obtenção de respostas mais compreensivas sobre o papel da ayahuasca no desenvolvimento psicológico e no processamento interno que fazem da experiência as pessoas com sintomas de depressão que usam esta bebida psicoativa. Daí resulta a necessidade de mais estudos que evidenciem estes resultados em humanos, ao nível quantitativo, mas também ao nível qualitativo. Aqui parece ser necessária a realização de estudos que coloquem em evidência processos psicológicos envolvidos na diminuição de sintomatologia depressiva tal como esta é reportada pelos sujeitos, uma vez que a dimensão psicológica se afirma, no tratamento da depressão, como uma dimensão tão importante quanto a dimensão neurobiológica. É neste sentido que se configura a proposta desta

investigação, que recorre a metodologia qualitativa para promover um olhar compreensivo na perspetiva da psicologia, com a intenção de estudar os efeitos terapêuticos da ayahuasca nas pessoas com sintomas de depressão, contribuindo para identificar processos psicológicos que potencialmente se desenvolvem durante a experiência com ayahuasca e na integração da mesma, e que podem ser promotores do desenvolvimento e da transformação do self, e do alívio dessa sintomatologia.

## **2. Método**

O estudo desenvolvido faz parte de um grande estudo longitudinal, intitulado “Long-term effects of ayahuasca in well-being, spirituality and health” que está presentemente a ter lugar entre população internacional que procura a experiência com a ayahuasca num centro situado no Perú – o Temple of the Way of Light. Essa investigação, que está a ser realizada no âmbito de uma parceria entre o referido Templo, a organização não-governamental ICEERS e a Beckley Foundation, procura entre outros objetivos recolher evidência sobre o impacto da experiência com a ayahuasca sobre 4 grupos de diagnóstico – Depressão, PTSD, Ansiedade e Luto não-complicado – e sobre um grupo de bem-estar (sem sintomatologia). É no âmbito dessa investigação, que recolhe evidência a partir de instrumentos de autorrelato identificados para medir dimensões relevantes dos 4 diagnósticos, e de uma forma complementar, que se integra o presente estudo qualitativo. Os objetivos deste estudo são, em primeiro lugar, identificar os processos psicológicos, emergentes da experiência com a ayahuasca, que são percebidos pelos participantes com sintomatologia depressiva como exibindo potencial terapêutico para o alívio dessa sintomatologia. Também se pretende descrever os acontecimentos de vida que despoletaram essa sintomatologia; explorar as diferentes razões que levam os participantes a procurar uma nova experiência com um fim terapêutico; caracterizar a experiência com a ayahuasca; identificar os processos psicológicos, que emergem sob o efeito da ayahuasca durante a experiência no Templo; identificar os processos psicológicos que emergem durante a integração da experiência com ayahuasca, uma vez passados os efeitos; e, finalmente, identificar e explicar variações na perceção dos participantes quanto ao potencial terapêutico da experiência com a

ayahuasca no seu quadro depressivo. Os objetivos e as questões de investigação que orientaram o estudo podem ser consultados no quadro que consta do Anexo 4.

Assim sendo, a presente investigação optou por seguir uma metodologia qualitativa, que dá especial atenção a significados e perspetivas dos participantes, sendo que os dados são obtidos em função da perceção do participante em relação ao fenómeno, aproximando-se de uma abordagem fenomenológica que considera a experiência subjetiva como fonte de conhecimento, e procura perceber como os participantes interpretam a experiência (Smith, 2011), realçando que é uma abordagem centrada no aprofundamento das experiências individuais. O processo de análise dos dados adotou um carácter de análise semi-indutiva, orientado pelos princípios da *Grounded Theory*, que se centra na dimensão humana, nos significados que as pessoas atribuem aos diferentes aspetos subjetivos da sua vida (Layder 1993, cit. In Fernandes & Maia, 2001). Por um lado, a adoção deste processo permite a análise rigorosa e sistematizada dos dados, por outro autoriza também a criatividade e contributo do investigador para a interpretação e análise dos dados (Fernandes & Maia, 2001). Como tal, como estratégia específica de análise, foi adotada a análise temática como método que permite identificar, analisar e relatar padrões da informação disponível, de forma organizada e descritiva do conjunto de dados (Braun & Clarke, 2006).

## **2.1. Participantes:**

Os participantes do presente estudo são pessoas, de várias nacionalidades, que recorrem ao “Temple of The Way of Light” (TOWL), centro terapêutico localizado no Perú, para tomar Ayahuasca num retiro que dura aproximadamente 15 dias, na expectativa de aliviar a sintomatologia depressiva de que padecem.

Para a presente investigação, a amostra é intencional e representativa do fenómeno uma vez que apenas foram incluídos participantes que cumpriram todos os critérios de inclusão, nomeadamente: ter sido selecionado e deslocar-se, num período máximo de 1 ano, ao Templo, para um retiro de 15 dias; ter-se submetido a uma recolha de informação prévia à admissão no Templo, por um período de 2 meses anteriores a essa admissão; ter a idade mínima de 18 anos; compreender e falar fluentemente a língua inglesa; obter um score no Inventário de Depressão de Beck (BDI-II) que evidencie a presença sintomatologia depressiva; e, finalmente, aceitar os procedimentos do estudo e assinar o consentimento informado.

Para este estudo foram selecionados seis participantes (n=6) com as características descritas na tabela 1.

ID Caso	Sexo	Idade	Nacionalidade	Score <sup>1</sup>
PD1	Feminino	66	Oceânia	Severo
PD2	Feminino	27	América do Norte	Bordeline
PD3	Masculino	61	Europa Ocidental	Moderado
PD4	Feminino	39	Europa de Leste	Leve
PD5	Masculino	38	Europa Ocidental	Borderline
PD6	Masculino	30	Euro-ásia	Borderline

**Tabela 1: Descrição dos participantes**

## **2.2. Instrumento**

### **2.2.1. Guião da Entrevista Semiestruturada em Profundidade**

Na recolha de dados qualitativos foi utilizada a metodologia da entrevista semiestruturada em profundidade. Esta entrevista foi suportada por um guião, construído pela equipa de investigação responsável pelo estudo longitudinal e no qual este estudo qualitativo se integra, com o objetivo de gerar informação necessária para a condução da atual investigação (Anexo 1). O guião estava orientado para a exploração de três tópicos principais: o historial pessoal, que abrange as diversas dimensões da vida do indivíduo; a experiência com a Ayahuasca no Templo; e por último um tópico focado na integração dessa mesma experiência.

A primeira dimensão foca-se nas experiências significativas que ocorreram na trajetória de vida pessoal e que emergiram durante a experiência com a Ayahuasca.

A segunda dimensão dá atenção às experiências sentidas durante a toma da bebida psicoativa, focando-se nas dimensões afetivas, somáticas e cognitivas desta experiência. No âmbito desta dimensão, foram exploradas a evolução emocional e expressiva através da qual a pessoa reporta a vivência do início ao fim

<sup>1</sup> Inventário de Depressão de Beck (BDI-II)

e também a possível relação entre os eventos experienciados e as diferentes componentes do *setting* em que ocorre toda a experiência. Dá-se especial atenção, ainda, à exploração da percepção que a pessoa tem de tudo o que experienciou. É de salientar que nesta segunda dimensão, considerando que os participantes podem participar em várias tomas, foi pedido ao participante que se reportasse, para cada dimensão do guião de entrevista, às experiências mais significativas do conjunto das tomas.

Finalmente, a terceira dimensão do guião de entrevista tem como objetivo compreender de que forma a pessoa percebe como significativas as experiências que reportou, após o efeito psicoativo se ter desvanecido. Aqui o foco foi nos processos psicológicos que emergem durante a integração da experiência e qual a percepção do sujeito sobre o impacto da experiência com a Ayahuasca no seu quadro depressivo.

O guião de entrevista acima descrito pode ser consultado em anexo.

## **2.3. Procedimentos**

### **2.3.1. Recolha de dados**

Os dados recolhidos através do Guião de entrevista semiestruturada em profundidade foram obtidos durante o retiro, estando os participantes ainda no Templo, e imediatamente após a finalização do conjunto das cerimónias, o que permitiu recolher dados que vão de encontro aos objetivos que já foram descritos. As entrevistas foram recolhidas e realizadas por um elemento da equipa de investigação que estava simultaneamente envolvido no apoio aos participantes durante as cerimónias no Templo, e que estava especialmente preparado para a condução das entrevistas de acordo com a finalidade da presente investigação. As entrevistas foram áudio-gravadas e o seu conteúdo posteriormente transcrito por nós e sujeito a análise.

### **2.3.2. Análise e Tratamento de dados**

Como já foi referido, a presente investigação segue uma metodologia qualitativa, com o objetivo de compreender a experiência dos e das participantes com a ayahuasca e o impacto na sintomatologia depressiva de que padecem, aproximando-se, por isso de uma abordagem fenomenológica. Os dados foram

analisados através de uma análise semi-indutiva, na medida em que foi considerada previamente uma estrutura de análise e categorias que partiu do guião de entrevista e que se manteve aberto à emergência de novas categorias e códigos – Anexo 2. Como estratégia específica de análise foi adotada a análise temática. Este processo foi realizado em diversas etapas.

Em primeiro lugar as entrevistas foram transcritas, o que permitiu estabelecer um primeiro contacto com os dados e a identificação de algumas associações e códigos iniciais. Procedendo-se depois à codificação a papel e lápis e à codificação aberta, um processo de codificação inicial de análise dos dados que segmenta os dados e os divide em códigos que caracterizam a informação e que se mantêm livres de alterações durante todo o processo (Saldaña, 2009), permitindo a criação de uma estrutura que dá lugar a uma análise sistematizada. Procedemos à análise temática por forma a responder aos objetivos específicos propostos, nomeadamente identificar os processos psicológicos que emergiram e ocorreram mais frequentemente durante a experiência com a bebida e durante a integração dessa mesma experiência. Todo o processo de análise foi suportado através da utilização do software de análise qualitativa N-Vivo11®, que permite uma exploração do conteúdo mais aprofundada, com maior rigor científico, e uma sistematização de dados clara e organizada (Mozzato, Grzybovski, & Teixeira, 2016). Participaram no processo de análise dois investigadores que procuravam chegar a um consenso no surgimento de questões em casos de discordância no processo de codificação.

### 3. Apresentação e Discussão dos Resultados

A apresentação dos resultados será estruturada em função das questões de investigação geradas com base nos objetivos específicos descritos anteriormente. As respostas serão elaboradas considerando a informação contida no sistema de categorias. Para facilitar a leitura, as categorias de 1<sup>a</sup>, 2<sup>a</sup>, 3<sup>a</sup> e 4<sup>a</sup> geração serão respetivamente assinaladas a maiúsculas, **Bold**, *Itálico*, Sublinhado. As definições das categorias, são descritas no Anexo 3. Paralelamente à apresentação dos resultados serão apresentados exemplos que ajudem à compreensão dos mesmos e será realizada a discussão, recorrendo a referentes teóricos que se considerem relevantes para a investigação.

Para responder à primeira questão de investigação, “**Quais são os acontecimentos de vida que despoletaram a sintomatologia depressiva?**”, foi cruzada a subcategoria **Acontecimentos de Vida** com a categoria de 3ª geração, *Antecedentes de Doença Mental* (Anexo 5).

Desta forma foi possível apurar que os acontecimentos de vida que despoletaram os quadros depressivos são as *Dinâmicas Familiares Disfuncionais* (n=3) – “*my parents wouldn’t listen to how unhappy I was [...], so I starved myself at school until I got anorexia around age 10, and was only then they finally put me out of the school, you know... I was basically trying to kill myself*” (PD5) -, e a *Vitimação* (n=3), nomeadamente episódios de Abuso Sexual, Ameaças, Corrupção, Perseguição, e Violência Psicológica – “and It happened again and about that stage I actually reported some police corruption and I was threatened and I ended up running and leaving everything [...].” (PD1).

Também a *Vulnerabilidade Económica* (n=1) – “*We lived in a low-income house when I was a kid, we were super poor [...]*” (PD2) – o *Divórcio ou Separação* (n=1) – “[...] *was my real first love and I was really madly in love [...]* she decided to move to another country [...] So, since then, basically, well... probably you can kind of describes what I felt as a depression.” (PD6), e ainda o *Consumo de Substâncias* (n=1) – “*it was great fun but I drank a lot and took a lot of drugs [...]* this horrible feeling of numbness and sort of running away from anything [...]” (PD5).

Uma revisão da literatura sobre o tema do impacto dos acontecimentos de vida na depressão conclui que os estudos revistos apontam para o facto de acontecimentos de vida exigentes poderem levar à depressão, sendo visto pelo menos como um dos fatores de causa (Kessler, 1997). Para além disso, essa relação pode ser recíproca, na medida em que podemos interpretar certos acontecimentos de forma exacerbada devido à depressão. Alguns estudos chamam à atenção para a variabilidade considerável da associação entre estes dois fatores, reforçando que o quadro depressivo depende também das características da pessoa e do meio onde está inserida (Kessler, 1997). Assim, apesar de não podemos afirmar uma causalidade direta entre estes fatores, podemos compreender que a coocorrência dos dois é frequente e concluir o seu impacto sobre a sintomatologia depressiva.

Relativamente à questão 2: “**Já existiram tentativas de tratamento anteriores?**” recorreremos à subcategoria **Terapias anteriores**, para obter resultados.

No âmbito das tentativas de tratamento anteriores, foram realçadas as Farmacológicas, referidas por um participante – “[...] *I was still on the anti-depressants, still on Cymbalta [...]*” (PD3) -, as terapias Psiquiátricas, foram mencionadas por dois participantes – “*I went to see the psychiatrist, he gave me Lexapro...*” (PD3). Foram ainda destacadas as terapias Holísticas ou Alternativas, referidas por três participantes – “[...] *energy healers, acupuncture [...]*” (PD5) -, e finalmente as psicoterapias, destacadas por três indivíduos – “*At that time, I was also, just started therapy with my current therapist, [...] after about 3 years of therapy.*” (PD3).

Estas terapias foram avaliadas, pela maioria dos participantes, como tendo Impacto Negativo (n=4), sendo aludidas como tal nove vezes – “*Eventually I conceded that, I went to a new psychiatrist and started on Wellbutrin and I’ve never felt so anxious in my entire life and it just made me feel like a maniac and it increased my night sweats to the next level, it increased my insomnia to the next level, it increased my feeling that I have just a foreign agent inside my entire body [...]*” (PD3). Pelo contrário, foram também consideradas Eficazes (n=2), por sete vezes – “*Oh the shift was immediate [...] after it started to take effect it was immediate, [...] it was just like a very powerful feeling [...]*” (PD3). Um participante mencionou as terapias como Sem Impacto – “*I tried everything [...] nothing worked*” (PD5) - e finalmente, duas referências foram consideradas como Sem Opinião (n=1) – “*I wasn’t really detecting it but she was [...] things I was telling her in the context of depression and it got to a certain point where [...] I didn’t know much about depression then.*” (PD3).

No que diz respeito à questão 3 “**Quais eram as expectativas que o indivíduo tinha antes de iniciar a experiência com a ayahuasca?**”, recorreremos à subcategoria **Dimensões para procurar o TOWL**, para encontrar as razões pelas quais os participantes procuram a experiência com a ayahuasca.

A *Depressão*, como razão para procurar a experiência com a ayahuasca, foi referida por todos os participantes do estudo – “*Well, I couldn’t get to it with the*

*depression, I started on, I went back there and I was researching on depression and I came across ayahuasca and depression [...] “That’s the place! I’m not looking any further, that’s where want to go!” (PD3).*

Também a *Procura de Conexão* (n=3) - *“I’ve been thinking about it through a really long time, just, mainly losing the connection with myself and my child [...] I just feel really disconnected out of a whole lot of memories as a kid, I don’t really feel like I know who I am, I don’t have a connection with myself [...]” (PD2) -, e o Autoconhecimento* (n=3) – *“[...] mainly to address what is going on inside myself. What is my authentic self? What is my soul? Some deeper, philosophical, spiritual things.” (PD4).*

Na caracterização da experiência com a ayahuasca, e buscando a resposta à questão **“Quais são os efeitos da ayahuasca?”**, recorreremos à subcategoria, **Dimensões da Experiência**, da qual descendem as categorias de 3ª geração *Pensamentos e Conteúdos cognitivos; Ações e Comportamentos; Emoções e Conteúdos Emocionais; Sensações Físicas e Espiritual.*

As experiências, de acordo com os resultados obtidos, surgem sob a forma de pensamentos, emoções, alterações visuais, ações e sensações corporais. Mais frequentemente, a experiência assume-se sob a forma de *Pensamentos e Conteúdos Cognitivos* (n=6 / 92) - *“It was a big blue light, like a tunnel of blue light [...] when I got closer to my vision [...] I kind of process that a little bit and thought about it and it felt like I had a lot of blockages and things like that, things that were getting in the way of me kind of coming back to myself [...]” (PD2) e Sensações Físicas* (n=6 / 66) *“I just felt it moving through my body, just like I knew, I had numb feet and difficult walking, [...] I felt this heat moving to my feet and moving around and just knew that my feet needed healing.” (PD1).*

Para além disso, também a dimensão Espiritual (n=6 / 48) - *“What is ayahuasca?... Well I think it’s just infused with God’s energy and the life force energy and the intelligence, something that humans don’t really understand and don’t need to but I think it does amazing things, I think it does have an effect on rewiring the brain, cleaning out this gland.” (PD1) -, se afirma como dimensão importante da experiência com a ayahuasca. Finalmente, as *Emoções e Conteúdos Emocionais* (n=6 / 39) – *“[...] so It felt really good, it was very therapeutic yeah... I cried for a**

*good half an hour, forty minutes [...] and I kind of felt calm after this sort of subsided.*” (PD2) - e as *Ações e Comportamentos* (n=6 / 37) - “[...] *was being pin down like a brat child every time the maestro or maestra came over, I would put my tongue, you know, trying to seal in my energy or whatever [...] I laid down to make sure he didn’t see up my face [...]*” (PD5) -, foram destacadas menos frequentemente.

Também no esforço de caracterizar a experiência com a ayahuasca na sua totalidade, respondemos à questão **“Que elementos presentes durante o retiro são relevantes para a experiência com a ayahuasca?”**.

O Templo recorre à prática médica indígena Shipibo e a uma variedade de abordagens psicoespirituais e integrativas, que regem as cerimônias (González, Andos & Carvalho, 2018). Para este efeito analisamos os **Elementos do Setting** que se revelam importantes para a experiência, para caracterizar toda a experiência. Fazem parte desses elementos, a *Maloca*, espaço onde são realizadas as cerimônias de toma da bebida; as atividades realizadas para além das cerimônias, como a prática de Yoga; os Ícaros, cânticos entoados pelos curandeiros Shipibo, são descritos como a mais importante ferramenta e habilidade, uma encarnação do poder e do remédio que o curador recebeu e adquiriu das diferentes plantas e através dos quais transmite, dirige e guia essa energia para o paciente (González, Andos & Carvalho, 2018); outros aspetos, como as condições alimentares e habitacionais; o Grupo que se encontra no momento no retiro; os Maestros, curandeiros Shipibo que utilizam técnicas e tradições ancestrais, ajudam a elucidar algumas das experiências descritas pelos próprios participantes, são os principais atores sociais que atendem às cerimônias e são responsáveis pelo espaço cerimonial onde emergem as experiências com a ayahuasca (González, Andos & Carvalho, 2018); e finalmente, os Facilitadores, elementos que ajudam na condução das cerimônias, bem como na integração das experiências.

Três elementos destacaram-se, nomeadamente, os *Facilitadores* (n= 6) referidos 22 vezes – *“Yeah, facilitators were great, were amazing [...] they are important, the way the space are created in this experience [...]*” (PD4) -, o *Grupo* (n=5), mencionado 16 vezes– *“It was amazing, felt very held by everyone, everyone was... it was an amazing group [...] different journeys but we were all together, the cycle was very powerful...”* (PD5) - e os *Maestros* (n=5), mencionados 21 vezes -

*“And the maestro’s, just adore them”* (PD1)-, concluindo-se, que estes elementos são parte fulcral da experiência.

Outros aspetos ( $n=5$ ), foram salientados 11 vezes – *“Was beautifully organized, everything [...] the food was great, the beauty.”* (PD5). Todos estes elementos se revelam importantes para a experiência, já os *ícaros* ( $n=4$ ), são referidos 10 vezes – *“[...] Wendy comes and sings personally, it was a very strong pole, energetic pole in that direction [...] when the ícaros would stop I would feel like the profound sense of being complete and calm. [...]”* (PD6). As diferentes *Atividades* ( $n=4$ ), foram referidas seis vezes - *“The yoga was awesome!”* (PD2) - e finalmente, a *Maloca* ( $n=3$ ) foi mencionada duas vezes,- *“the beauty of that roof in the Maloca being held by that space [...] a very loving space... very beautiful energy in that room.”* (PD5).

Quanto à questão **“Que processos psicológicos são identificados durante a experiência com a ayahuasca?”** foram identificados 13 processos psicológicos, através do cruzamento das subcategorias **Quais** e **Durante as experiências com a ayahuasca** (Anexo 5).

O *Autoconhecimento* ( $n=6$ ), conhecimento próprio de todas as dimensões do self, dimensão emocional, comportamental, relacional e cognitiva, foi o processo mais referido, 45 vezes no total – *“[...] I don’t ever expect to be depressed again... I really, seriously, don’t. I know it’s early days but I just know so much more about myself.”* (PD3). A *Aceitação* ( $n=6$ ), é a capacidade ativa e consciente de aceitar os eventos, experiências e sentimentos sem tentar alterá-los, nega-los ou ignorá-los, foi aludida 23 vezes (Hayes, Luoma, Bond, Masuda & Lillis, 2006) – *“and that made me think, accept and understand that I don’t need approval from everybody,.”* (PD1).

A *Conexão* ( $n=5$ ), caracterizada pela ligação ao self e ao meio – *“[...] Reassurance that I was part of something bigger than I ever believed I was part [...] That felt really good because I was so disconnected [...] it made me feel really connected to nature”* (PD3) -, o *Decentering* ( $n=5$ , capacidade de ver os pensamentos e sentimentos como temporários, focar nos eventos objetivos em mente ao invés de reflexões do self que são necessariamente verdade (Fresco et al., 2007) – *“[...] during all this years I was focusing specifically in my mind, was neglecting my body in a huge way, maybe the whole experience was physical for me*

*to realize that... I really love my body and I should take care of it.*" (PD6) -, e a *Reestruturação Cognitiva* (n=5), capacidade de identificar os pensamentos desadequados que antecedem os comportamentos bem como as crenças que despoletam esses pensamentos e assim, transformar distorções cognitivas e crenças disfuncionais em crenças e factos cognitivos adaptativos e corretos que permitam produzir comportamentos positivos, de forma realista (Beck et al., 1987) – “[...] *everything dropped away and it made absolute crystal-clear sense, everything! My feelings and sense of cult were because of fears and rejections and binding into the western-mind, anything...*” (PD5) -, foram todas referenciadas 12 vezes.

Já a *Auto-atualização e Autorrealização* (n=3), procura constante pela evolução e auto atualização do self de forma a atingir o seu potencial (Rogers, 1959 cit. in Mosher, Goldsmith, Stiles & Greenberg, 2008) - “[...] *the way the 4<sup>th</sup> ceremony has sort of wrapped around and sort of closed the circle for me and everything just felt really complete on that level.*” (PD3) – e a *Autonomia* (n=4), capacidade de compreender que o comportamento emana da pessoa e é conseqüentemente assumido e aprovado pelo próprio (Deci & Ryan, 1987) – “[...] *I’m still working on it, the limits that I create, that I am a full responsible for what I create in my life...*” (PD4) -, foram mencionadas 10 vezes.

O *Autocontrolo* (n=5), capacidade de antecipar, interromper e alterar as suas próprias respostas emocionais e comportamentais (Muraven, Tice & Baumeister, 1998) – “*Presence. Just being present [...] people will talk and after they finish talking I am like “what did they even say?”, I’m not paying attention [...]*” (PD2) -, e a *Valorização do Eu* (n=4, capacidade da pessoa compreender e se sentir bem com os sentimentos negativos e positivos que tem perante o próprio self (Robins, Hendin & Trzesniewski, 2001) – “*I really need to take care of myself first [...] I can’t take care of anybody unless I take care of myself first [...]*” (PD6) -, foram ambos mencionados nove vezes.

Finalmente, foram ainda identificados mais quatro processos, a *Catarse* (n=3), libertação das emoções reprimidas – “[...] *So, the first night I actually cried a lot, it was very thoughtful and actually [...]*” (PD2) -, e a *Diferenciação do Eu* (n=5), capacidade de manter o pensamento autónomo e alcançar um sentido coerente e claro do self num contexto de relações emocionais e nos diferentes contextos que a pessoa integra, capacidade de separar a dimensão interpessoal e a dimensão intrapessoal (Skowron & Friedlander, 1998) – “*I didn’t realize how scared I was with*

*him, always wanting to please and that occurred to me here, at TOWL...*” (PD1) -, foram referidos sete vezes. *Autorregulação Emocional* (n=2), conjunto de processos envolvidos na iniciação, manutenção e modulação das emoções e responsividade emocional, tanto negativas como positivas (Eisenberg, 2000) “[...] *it felt really good because I don't really cry, I keep a lot of things in [...]I don't talk to people about my personal stuff [...] it felt very therapeutic and I kind of went with it...*” (PD2) -, foi aludida três vezes e a *Autoconfiança* (n=1), confiança que a pessoa tem em si e nas suas capacidades – “[...] *I think it's okay for me to find someone special to me because there is something I can give them because, previously, for me was like "who the hell will be interested in me? I mean... c'mon" [...] it's gone now as well [...].*” (PD6) -, contou apenas com duas referências.

Seguindo o critério das categorias de 3ª geração que foram mais referenciadas ao longo de toda análise dos dados, sobressaíram cinco processos psicológicos, o que nos permitiu responder à questão 7, **“Que processos emergentes são destacados durante as experiências com a ayahuasca como relevantes para a diminuição da sintomatologia?”**.

O *Autoconhecimento* (n=6) – *“Everything makes sense... the number one struggle is to sort of quest the meaning of the spiritual world for me [...] So, that particular quest has evaporated because I see value in everything and everybody, every living thing! (PD5)”* -, foi referido 45 vezes. Relativamente ao realce do Autoconhecimento, a literatura vai de encontro aos resultados obtidos. Shedler (2010), refere que a abordagem da terapia psicodinâmica foca-se em sete níveis de intervenção, nomeadamente explorar a tendência do paciente a evitar certos temas como mecanismo de defesa; procura identificar padrões recorrentes de emoções, comportamentos e experiências; ainda compreender a influência do passado no presente; perceber as dinâmicas de experiências interpessoais e explorar os desejos, sonhos e fantasias do paciente de forma a promover o Autoconhecimento e assim contribuir para a diminuição do quadro depressivo. Desta forma, o Autoconhecimento é um processo psicológico importante na redução da sintomatologia depressiva, uma vez que é também um dos objetivos a atingir para o tratamento da depressão em diversas modalidades terapêuticas e, há semelhança da terapia psicodinâmica, também ocorre durante a experiência com a ayahuasca.

A Aceitação (n=6) – *“but I was really caring then, now I feel [...] I just had a great sense that I don’t need to do all these tours, I can actually sit and enjoy story tell with my grandchildren, love them and be involved in the partakes and enjoy that more and not feel just so much as a whole now.”* (PD1) -, mencionada 23 vezes. Uma vez que a depressão se perpetua pela paralisação do indivíduo que não reconhece e não identifica a perda objetal, as constantes queixas de mal-estar, características de um indivíduo deprimido, estão intimamente relacionadas com o constante confronto da pessoa com a discrepância existente entre o seu ego e o seu superego (Carvalho & Assis, 2016; Kehl, 2009 cit. in Carvalho & Assis, 2016), esta questão explica a importância da Aceitação, uma vez que o indivíduo não reconhece a perda, não é capaz de a aceitar e agir de acordo com a realidade do self, evidenciando a importância da aceitação como primeiro passo para a redução da sintomatologia.

Também se destacaram a *Reestruturação Cognitiva* (n=5)– *“So my sense is that, possibly because I helped this dualistic thinking that “okay, I’m trapped in this finance job or I’m trapped kind of like this not feeling joy, that it’s very difficult to get out”, I felt like a mental construct that I have this box which is difficult to get out and now I am getting a new perspective that you don’t live inside a box, this totally different reality, [...].”* (PD4), mencionada 12 vezes. Também podemos encontrar na literatura, referências à importância da Reestruturação Cognitiva em quadros depressivos. Em indivíduos com sintomas de depressão, a interpretação é distorcida de forma a enquadrar-se nos esquemas disfuncionais do indivíduo, levando-o a lidar e interpretar de forma errada certas situações (Beck et al., 1987), para inverter este processo de processamento, recorre-se à reestruturação cognitiva que permite ao indivíduo reconstruir ter uma nova perspectiva dos eventos e das suas interpretações (Angus, 2012). À semelhança, foi observado que este processo ocorre sob o efeito da ayahuasca, reforçando o potencial terapêutico desta experiência e suportando o destaque, na perspectiva dos participantes, deste processo psicológico.

No processo de reestruturação cognitiva, uma estratégia muito utilizada é o questionamento socrático que, segundo Powell, Abreu, Oliveira e Sudak (2008) pretende ajudar o paciente a desenvolver um questionamento autónomo que permita identificar as crenças que potencializam os seus pensamentos disfuncionais e que permita também desenvolver um raciocínio autónomo que tenha como prioridade evidências e factos que promovam a descoberta de crenças e pensamentos

alternativos e adequados, baseados na realidade. Esta é uma estratégia muito útil para a compreensão e identificação dos esquemas que perpetuam os sintomas depressivos (Powell, Abreu, Oliveira e Sudak, 2008), o que acontece sob a forma de Decentering (n=5) - “[...] *I would go back to the situations that happened in my life previously, for example, at work, when I felt that I needed to be more aggressive and relived them kind of, in you, in your approach and I also remembered being humiliated in public station, like, I also relived it in a new light [...] and put myself in the situations and say that I should’ve behave this way...*” (PD6) -, processo que foi realçado 12 vezes e que ocupa um lugar importante na redução de sintomatologia depressiva e na ocorrência do processo de reestruturação cognitiva.

Finalmente, a *Conexão* (n=5) – “*I feel like I have a little bit of the old me*” (PD1) -, referida 12 vezes. Para Grof (1980, cit in. Watts, Day, Krzanowski, Nutt & Carhart-Harris, 2017), a conexão diz respeito à ligação ao self que é recuperada através da experiência psicadélica, que o mesmo caracteriza como “renascer”. À semelhança, neste estudo, a conexão é destacada como um processo importante na redução da sintomatologia, que ocorre através da experiência com a ayahuasca, também com propriedades psicadélicas. Para além disso, também Yalom & Leszcz (2005, cit in Watts et al., 2017) salientam a conexão ao self facilitada pela complementaridade da terapia de grupo e o recurso aos psicadélicos, o que suporta a ocorrência deste processo psicológico, uma vez que a experiência com a ayahuasca decorre em grupo. Assim, a conexão, para além de uma ligação ao self, é também perpetrada pela ligação com os outros e o que nos rodeia. Tendo em conta que, para Freud (1966), a depressão se mantém pela dificuldade do indivíduo em lidar com as exigências que lhe são apresentadas pelo conflito entre o ego e o superego, que o leva a ativar mecanismos de defesa (negação, regressão, racionalização, entre outros), que desviam a sua atenção do self, podemos aqui realçar a importância da conexão que devolve à pessoa a sua conexão ao self e uma visão clara de si e dos outros, contribuindo para a redução dos sintomas de depressão – “*I really wanted to connect with my pre-self [...] also it was maybe why depression was developing, because I was kind of losing a part of me*” (PD4).

Para efeitos de resposta da questão 8, “**Que processos psicológicos são identificados durante a integração da experiência com a ayahuasca?**”, recorreremos ao cruzamento das subcategorias **Quais** e **Imediatamente após as**

**experiências com a ayahuasca** (Anexo 5), que nos permitiu identificar 12 processos psicológicos.

O *Autoconhecimento* (n=6) – “*it showed me that I do have this love to put it all back and it wasn't for my own child or my grandchild...*” (PD2) -, foi referenciado 33. A *Aceitação* (n=6) foi referida 21 vezes – “[...] *I have been in love with Joanne the whole time and I have been not able to accept that, I've been in denial and she has helped me with [...] you know, I'm really clear about that [...]*” (PD3).

A *Valorização do Eu* (n=5) – “[...] *I thought I was relatively strong. I think I am again...*” (PD1) -, e a *Reestruturação Cognitiva* (n=5) – “*and I know there are places that scare us and I am totally on board with that now and understand how you can, like, train yourself and so I'm going to spend the next two weeks training myself in love and kindness, compassion and building that in my heart so*” (PD3) -, foram ambas referenciadas 15 vezes

A *Auto-atualização e Autorrealização* (n=5) – “*So, I've just been in this connective space where I sort things and manifest them and I've just been in a beautiful space.*” (PD1) – foi mencionada 12 vezes.

A *Autonomia* (n=6) – “[...] *have the tools to accept it and I know I will still feel sad, obviously, and have weeks of depression [...] I feel like I'll be able to see them as a gift, you know, treating it objectively.*” (PD5) -, foi referenciada 11 vezes. A *Autoconfiança* (n=5) – “*I'm now feeling brave enough to go out*” (PD1) -, *Autocontrole* (n=4) – “*Yeah... It feels great, it feels awesome doing it, to have control*” (PD6) -, e *Conexão* (n=4) – “*I just felt little moments of joy and beautiful connectiveness this morning*” (PD1) -, foram referidos 10 vezes.

Finalmente, foram ainda identificados mais três processos, o *Decentering* (n=5) – “[...] *that is the interesting thing for me because I thought that that was really the root of what happened, that defined my depression in my life... what happened actually is that I went only briefly in this situation, spent like maybe 10 seconds at it and I just discovered that is unimportant...*” (PD6) -, foi mencionado oito vezes, já a *Diferenciação do Eu* (n=6) – “*In terms of family relations, I had profound experiences because I felt I kind of let my family down before, especially my mother [...] I kind of want to help her right now [...]*” (PD6) -, foi aludida seis vezes e a *Autorregulação Emocional* (n=3) – “[...] *will see how I deal with things when I actually get home but even today, things that would normally set me off, that I would be freaking out [...]*” (PD6) -, foi mencionada três vezes.

*feel a lot more calm, I feel like better equipped to kind of deal with things [...].*“ (PD2) -, contou com quatro referências.

Relativamente à questão 9, **“Que processos emergentes são destacados como relevantes, durante a integração da experiência, para a diminuição da sintomatologia?”** seguiu-se o critério das categorias de 3ª geração que foram mais referenciadas pelos participantes. Sobressaíram seis processos psicológicos, que ocorreram e que foram considerados como tendo mais impacto para a diminuição da sintomatologia **imediatamente após as experiências com ayahuasca.**

O *Autoconhecimento* (n=6) – *“Yeah, like I said, after the third ceremony I had a breakdown and I talked to her and [...] It came to my realization that I was just totally disconnected, I was... from everything”* (PD2) -, foi referido 33 vezes. Mais uma vez, podemos recorrer à literatura para suportar os resultados obtidos. Segundo Shedler (2010), através da promoção do autoconhecimento, a psicanálise pretende alcançar três objetivos, o acesso ao inconsciente para alcançar a libertação dos conflitos recalçados, a redução dos sintomas e, como fim último, dotar e promover no indivíduo dos seus recursos e capacidades psicológicas, salientando o facto da importância do Autoconhecimento na diminuição da sintomatologia. Seguindo a ideia de que a pessoa ao se conhecer é também capaz de autogerir de forma mais ajustada, é importante que, sob o olhar dos participantes, este processo ocorra para atingir a redução dos sintomas de depressão, uma vez que os dota de ferramentas para lidarem de forma adequada com os seus sintomas, ações, pensamentos e reações do dia-a-dia.

A *Aceitação* (n=6) – *“[...] just being present with them and face the emotions and things that make me feel uncomfortable and not trying to resist them [...] I don't want to deal with them... Just sitting with that emotion, be with it and deal with it and think about how it makes you feel.”* (PD2) -, mencionada 21 vezes, assume-se como uma parte importante do tratamento da depressão, uma vez que, de acordo com Mendes, Vieira & Bara (2014), o conflito surge do facto do indivíduo não ser capaz de responder às exigências do outro e daquilo que percebe como ego ideal, este não é capaz de lidar com a perda objetal e com a perda do desejo, perdendo também grande parte da sua simbolização e significado das experiências que o constituíram, uma vez que não é capaz de reconhecer o seu quadro depressivo.

Também foi ressaltada a *Valorização do Eu* (n=5) - “[...] *work is very important to me and I need to be able to, I need this work to allow me to express myself to be who I am.*” (PD4) -, mencionada 15 vezes. Recorrendo ao modelo psicoterapêutico da narrativa, que tem por base os pressupostos teóricos cognitivos relativamente à depressão, a terapia narrativa tenta, através de uma nova interpretação das emoções, cognições e eventos por parte do indivíduo, dotar o paciente de uma nova forma de olhar para si e para o que o rodeia de forma a reduzir os sintomas e lhe conferir estratégias que permitam a interpretação, processamento e integração adequada da informação no futuro (Angus, 2012), promovendo assim a valorização própria do indivíduo. À semelhança da terapia narrativa, que valoriza a narrativa como ferramenta importante para a terapia, com o objetivo de identificar os processos subjacentes à criação de explicações e interpretações dos eventos quotidianos e assim permitir organizar essas mesmas experiências e interpretações numa visão holística e coerente do self (Angus, 2012), também os participantes o fazem de uma forma similar, ao relatar toda a sua experiência durante a entrevista, o que coloca em evidência a ocorrência deste processo psicológico, bem como, a sua importância para atingir a redução sintomatológica.

Relativamente à *Reestruturação Cognitiva* (n=6) – “[...] *before there was also this kind of feeling that I shouldn't get better, let this deep feeling... I mean, mentally I realized that I need to get better, need to get my house in order but inside I was feeling that I really kind of shouldn't, I kind of deserve to get worse and eventually die... yeah, now I don't have that [...]*” (PD6) -, mencionadas 15 vezes, demonstra-se essencial no tratamento da depressão. Ressalvando a importância da reestruturação cognitiva como processo psicológico relevante na diminuição da sintomatologia depressiva, recorreremos à Terapia Centrada na Pessoa. O foco inicial desta intervenção psicoterapêutica é aliviar os sintomas, sendo que com a evolução do processo terapêutico o foco desloca-se para a reestruturação cognitiva (Powell, Abreu, Oliveira & Sudak, 2008). Para atingir a reestruturação cognitiva, a terapia cognitivo-comportamental utiliza diversas estratégias, permitindo que o paciente seja capaz de identificar os pensamentos desadequados que antecedem os seus comportamentos, bem como as crenças que despoletam esses pensamentos e desta forma, de um ponto de vista realista, seja capaz de gerar crenças e pensamentos alternativos. Uma vez que a interpretação distorcida, é muitas vezes, uma agravante da sintomatologia, a reestruturação cognitiva é essencial para a

redução da sintomatologia, dotando o indivíduo de autocontrole, autoconsciência e autoconhecimento. O facto de ser destacada pelos participantes e a sua ocorrência suportada, realça o potencial terapêutico da ayahuasca em indivíduos com sintomas de depressão.

A *Auto-atualização e Autorrealização* (n=5) – “*I feel like I’ve got the tools now. [...] I’m probably going to come back next year and I got more things that I want to work on but I feel rock solid now, rock solid and I’m just eager to explore, I’m just so full of life right now [...]*” (PD3) -, ressaltada 12 vezes. Também a literatura nos dá informação que corrobora a importância deste processo na redução dos quadros depressivos. Mantendo um foco na abordagem humanista, o quadro depressivo é mantido quando a pessoa, para tentar diminuir a discrepância entre o *self* percebido e o *self* real, ativa mecanismos de defesa, para poder continuar o processo de auto-atualização. Uma vez que a incongruência permanece, o processo de auto-atualização é interrompido e as tentativas de o continuar tornam o processo para atingir a autorrealização num processo desadaptativo para o indivíduo (Rogers, 1959 cit. In Mosher, Golsmith, Stiles & Greenberg, 2008). Desta forma, este processo assume-se como importante para a redução da sintomatologia, uma vez que ocorre quando a congruência do *self* é atingida. Ao serem confrontados, durante a experiência com a ayahuasca, com conteúdos cognitivos e emocionais e iniciando o processo de reestruturação cognitiva, a discrepância entre o *self* percebido e o *self* real diminui, promovendo a auto-atualização e autorrealização.

A *Autonomia* (n=6) – “*I suppose, I have the tools to accept it [...] treating it objectively and not lean on what is bad [...]*” (PD5) -, foi destacada cerca de 11 vezes. Segundo, Luyten e Blatt (2012), enquanto se encontra neste estado deprimido, o indivíduo carrega uma preocupação extrema com a definição do eu e com a busca pela autonomia. Desta forma, a autonomia é importante na redução da sintomatologia. Segundo os participantes, este processo foi referido por todos e visto como positivo, uma vez que os dota de ferramentas e autocontrole sobre as suas ações e pensamentos, sentindo que estão preparados para gerir o seu quotidiano de forma apropriada.

Quanto à questão 10, “**O impacto é percebido de forma homogénea ou variada entre os participantes?**” recorreremos às categorias de 3ª geração, *Positiva*

e *Nula* para obter resultados. O impacto foi mencionado como positivo (n=6), 60 vezes – “*and I think I’m cured of depression*” (PD1) - e como nulo (n=6), na medida em que existe uma ausência de avaliação do impacto, 23 vezes – “*Like freedom, like challenge, like going into the depths of whatever you are unaware you have inside so...*” (PD4). Desta forma conclui-se que o impacto é percebido pelos participantes, de forma homogênea, uma vez que a referência ao impacto como positivo conta com 60 referências, de 83 totais.

Por último, com o objetivo de responder à questão 11, “**O impacto é avaliado como positivo, neutro ou negativo?**” recorreremos mais uma vez à subcategoria de 3ª geração **Avaliação**. Foram obtidas 60 referências que avaliaram como *Positiva* (n=6) a experiência – “[...] *It has definitely helped me in certain things and now I know for sure*” (PD2) - e 24 foram aludidas como *Nula* n=6) – “[...] *I went briefly through it, less than a minute and it was gone.*” (PD6). Assim sendo, podemos afirmar que o impacto é avaliado como positivo, na sua maioria, por todos participantes.

#### **4. Conclusões**

De acordo com os resultados obtidos, podemos afirmar que, na percepção dos participantes, a ayahuasca é uma mais valia na diminuição da sintomatologia depressiva. Os participantes reportam ganhos ao nível do Autoconhecimento, Aceitação, Autonomia, Auto-Atualização e Autorrealização, Conexão, Decentering, Reestruturação Cognitiva e Valorização do Eu. Os ganhos reportados assumem-se como importantes na redução da sintomatologia, na medida em que dotam os participantes de competências para aceitarem e, conseqüentemente, lidarem de forma ajustada com as suas emoções, ações e reações, bem como com a sua sintomatologia. Para além disso, como já foi referido anteriormente, estes processos são também os processos desenvolvidos e objetivos a atingir noutras modalidades terapêuticas como a Terapia Cognitivo Comportamental e Terapia Psicodinâmica, suportando a importância e percepção da ocorrência destes.

A reduzida literatura disponível com enfoque específico na compreensão do potencial terapêutico da ayahuasca obrigou a que nos focássemos em abordagens teóricas muito distintas com a intenção de interpretar os fenómenos partilhados

pelos participantes e refletidos nos dados. Essa opção dificulta a compreensão coerente e rigorosa do fenômeno, dos dados recolhidos, e também dos resultados obtidos. Para além disso, apesar da amostra ser pertinente e gerar informação suficiente para responder aos objetivos do estudo, é também bastante reduzida, contando com apenas seis participantes.

É, deste modo, necessária a produção de mais investigação. Acreditamos que, a avaliar pela investigação que está neste momento em curso no âmbito do projeto em que nos inserimos, assim como a todo o movimento de “renascença psicadélica” (Sessa, 2018) a que se assiste na comunidade científica, estará muito brevemente disponível um corpo de sólida evidência científica que dará suporte aos benefícios terapêuticos que rodeiam estas ferramentas milenares. No entanto, é necessária investigação de natureza qualitativa complementar focada na experiência com a ayahuasca, que invista na caracterização da experiência e na compreensão das interpretações e processos reportados pelos participantes, já que só deste modo poderá desenvolver-se uma metodologia de intervenção com recurso à ayahuasca suportada por maior evidência teórica e empírica. Propõe-se, ainda, a realização de estudos qualitativos longitudinais que permitam acompanhar todo o impacto da experiência na sintomatologia depressiva do participante, uma vez regressado ao seu contexto natural. É importante, garantir uma amostra significativa em futuras investigações, que permitirá uma melhor caracterização da experiência e conferir maior visibilidade a todas as potencialidades da ayahuasca. A realização de mais investigação nesta área permitirá também evidenciar o potencial terapêutico da bebida na depressão e outras perturbações.

Em tom de conclusão, considera-se que os resultados obtidos são importantes contributos para a discussão que ocorre na atualidade neste domínio científico, bem como, para toda a comunidade científica que se dedica à investigação sobre a saúde mental, uma vez que é um tema ainda pouco explorado e com necessidade de divulgação e validação científica.

## 5. Referências Bibliográficas

- APA (2014). *DSM 5. Manual de Diagnóstico e Estatístico das Perturbações Mentais, 5ª Edição*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Angus, L. (2012). Toward an integrative understanding of narrative and emotion processes in emotion-focused therapy of depression: Implications for theory, research and practice. *Psychotherapy Research*, 22(4), 367-380.
- Bahls, S. (1999). Depressão: uma breve revisão dos fundamentos biológicos e cognitivos. *Interação em Psicologia*, 3(1), 49-60. Doi: <http://dx.doi.org/10.5380/psi.v3i1.7660>.
- Batista, M. N., Berberian, A. D. A., Rueda, M. F. J. & Mattos, R. M. D. C. B. (2007). Eficácia das intervenções psicoterápicas no tratamento da depressão. *Psic: revista de psicologia da Velor Editora*, 8(1), 77-88.
- Barbosa, P. C. R., Giglio, J. S., & Dalgalarondo, P. (2005). Altered states of consciousness and short-term psychological after-effects induced by the first-time ritual use of ayahuasca in an urban context in Brazil. *Journal of Psychoactive Drugs*, 37(2), 193-201.
- Bardin, L. (1977). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70 Lda.
- Beck, A.T., Steer, R.A., Brown, G.K. (1996). *Manual for The Beck Depression Inventory Second Edition (BDI-II)*. San Antonio: Psychological Corporation.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. & Emery, G. (1987). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press
- Bouso, J. C., & Riba, J. (2011). An overview of the literature on the pharmacology and neuropsychiatric long-term effects of ayahuasca. *The ethnopharmacology of ayahuasca*. Kerala, India: Transworld Research Network. 55-63.
- Bouso, J. C., González, D., Fondevila, S., Cutchet, M., Fernández, X., Barbosa, P. C. R., ... & Riba, J. (2012). Personality, psychopathology, life attitudes and neuropsychological performance among ritual users of ayahuasca: a longitudinal study. *PloS one*, 7(8), e42421
- Braun, V. and Clarke, V. (2006) Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3 (2), 77-101.
- Braz, A. L. S., Mesquita, E. A. & Taboza, S. L. (2016) O Fenómeno Depressivo na Perspetiva Humanista-Fenomenológica. Disponível em

WebArtigos: <https://www.webartigos.com/artigos/o-fenomeno-depressivo-na-perspectiva-humanista-fenomenologica/146941>

- Busch, F. (1994). Some ambiguities in the method of free association and their implications for technique. *Journal of American Psychoanalytic Association*, 42(2), 363-384.
- Carvalho, D. C. P. & Assis, M. D. F. P. (2016). A Depressão na Clínica Psicanalítica: Ressonâncias da Atualidade. *Perspectivas em Psicologia*, 20(2), 153-171.
- Clark, D. A., Beck, A. T., & Alford, B. A. (1999). Scientific foundations of cognitive theory and therapy of depression. Hoboken, New Jersey: John Wiley.
- Costa P.T, & Mc Rae, R.R. (1989). NEO-PI/FFI *manual supplement*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (1987). The support of autonomy and the control of behavior. *Journal of personality and social psychology*, 53(6), 10-24.
- Iceers (2012) *Información básica sobre ayahuasca: estatus legal*. Retirado de: [http://iceers.org/Documents\\_ICEERS\\_site/Letters/INCB/INCB\\_Response\\_Inquir\\_y\\_ICEERS\\_Ayahuasca\\_2010.pdf](http://iceers.org/Documents_ICEERS_site/Letters/INCB/INCB_Response_Inquir_y_ICEERS_Ayahuasca_2010.pdf).
- Eisenberg, N. (2000). Emotion, regulation, and moral development. *Annual review of psychology*, 51(1), 665-697.
- Fernandes, E. M. & Maia, A. (2001). Grounded theory. *Métodos e técnicas de avaliação: Contributos para a prática e investigação psicológicas*. Braga: Universidade do Minho. Centro de estudos em educação e psicologia, 49-76.
- Fortunato, J. J., Réus, G. Z., Kirsch, T. R., Stringari, R. B., Fries, G. R., Kapczinski, F. & Quevedo, J. (2010). Effects of  $\beta$ -carboline harmine on behavioral and physiological parameters observed in the chronic mild stress model: Further evidence of antidepressant properties. *Brain research bulletin*, 81(4), 491-496.
- Fresco, D. M., Moore, M. T., van Dulmen, M. H., Segal, Z. V., Ma, S. H., Teasdale, J. D., & Williams, J. M. G. (2007). Initial psychometric properties of the experiences questionnaire: validation of a self-report measure of decentering. *Behavior therapy*, 38(3), 234-246.
- Freud, A. (1992). The Mechanisms of Defense In A. Freud, *The Ego and The Mechanisms of Defense* (37-45). United Kingdom: Karmac Books.

- Freud, A. (1992). The Application of Analytic Technique to the Study of the Psychic Institutions In A. Freud, *The Ego and The Mechanisms of Defense* (17;18). United Kingdom: Karmac Books.
- González, D., Andros, A. & Carvalho, M. (2018) The Therapeutic use of Ayahuasca in Grief. Submitted. Obra colectiva coordinada por Bia Labate.
- González, D., Carvalho, M., Cantillo, J, Aixalá, M., & Farré, M. (2017). Potencial Use of Ayahuasca in Grief Therapy. *OMEGA – Journal of Death and Dying*, 0(0), 1-26. <https://doi.org/10.1177/0030222817710879>.
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour research and therapy*, 44(1), 1-25.
- Johnson, M. W., & Griffiths, R. R. (2017). Potential Therapeutic Effects of Psilocybin. *Neurotherapeutics*, 14(3), 734-740.
- Kessler, R. C. (1997). The effects of stressful life events on depression. *Annual review of psychology*, 48(1), 191-214.
- Labate, B.C (2010). *Statement from the World Health Organization (WHO) regarding the health status of ayahuasca*. Retirado de: [http://www.bialabate.net/wpcontent/uploads/2008/08/Email\\_Scholten\\_WHO\\_Labate\\_Status\\_Ayahuasca\\_2010.pdf](http://www.bialabate.net/wpcontent/uploads/2008/08/Email_Scholten_WHO_Labate_Status_Ayahuasca_2010.pdf)
- Labate, B. C. & Feeney, K. (2012). Ayahuasca and the process of regulation in Brazil and internationally: Implications and challenges. *International Journal of Drug Policy*, 23(2), 154-161. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2011.06.006>
- Loizaga-Velder, A. & Verres, R. (2014). Therapeutic effects of ritual ayahuasca use in the treatment of substance dependence. *Journal of Psychoactive Drugs*. 46 (1), 63-72.
- Lopes, R. T., Gonçalves, M. M., Machado, P. P., Sinai, D., Bento, T. & Salgado, J. (2014). Narrative Therapy vs. Cognitive-behavioral Therapy for moderate depression: Empirical evidence from a controlled clinical trial. *Psychotherapy Research*, 24(6), 662-674.
- Luna, L. E. (2011). Indigenous and mestizo use of ayahuasca: an overview. *The ethnopharmacology of ayahuasca*, 1-21.
- Luyten, P. & Blatt, S. J. (2012) Psychodynamic treatment of depression. *Psychiatric Clinics*, 35(1), 111-129.

- Machado, L. V. & Ferreira, R. R. (2014). A Indústria Farmacêutica e Psicanálise diante da “Epidemia de Depressão”: Respostas Possíveis. *Psicologia em Estudo*, 19(1), 135-144.
- Mendes, E. D., Viana, T. Clopes. & Bara, O. (2015). Melancolia e Depressão: Um Estudo Psicanalítico. *Psicologia: teoria e pesquisa*, 30(4), 423-431.
- Moreira, J. O. (2008). Da melancolia dos dias cinzentos à depressão das noites sem fim. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 60(3), 32-39.
- Mosher, J. K., Goldsmith, J. Z., Stiles, W. B., & Greenberg, L. S. (2008). Speaking with the Client's Voices: How a person-centered therapist used reflections to facilitate assimilation. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 7(3), 155-172.
- Mozzato, A. R., Grzybovski, D., & Teixeira, A. N. (2016). Análises Qualitativas nos estudos organizacionais: As vantagens no Uso do Software NVivo®. *Revista Alcance (Online)*, 23(4), 578-587.
- Muraven, M., Tice, D. M., & Baumeister, R. F. (1998). Self-control as a limited resource: Regulatory depletion patterns. *Journal of personality and social psychology*, 74(3), 774-789.
- Nielson, J. L. & Megler, J. D. (2012). Consideration of Ayahuasca for the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder. *MAPS Bulletin Annual Report*, 29-31.
- *Organização Mundial da Saúde* (2017). Depression, Fact Sheet. Retirado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/>
- Osório, F. L., de Macedo, L. R. H., de Sousa, J. P. M., Pinto, J. P., Quevedo, J., de Souza Crippa, J. A., & Hallak, J. E. C. (2011). The therapeutic potential of harmine and ayahuasca in depression: Evidence from exploratory animal and human studies. *The ethnopharmacology of ayahuasca*, 75-85.
- Palhano-Fontes, F., Alchieri, J. C., Oliveira, J. P. M., Soares, B. L., Hallak, J. E. C., Galvão-Coelho, N., & Araújo, D. B. (2014). The Therapeutic Potentials of Ayahuasca in the Treatment of Depression. In Labate, B., *The Therapeutic Effects of Ayahuasca* (pp. 23-40). San Francisco: Springer.
- Palhano-Fontes, F.; Andrade, K.C.; Tofoli, L.F.; Santos, A.C.; Crippa, J.A.; Hallak, J.E.; Ribeiro, S. & de Araújo, D.B. (2015). The psychedelic state induced by ayahuasca modulates the activity and connectivity of the default mode network. *PLoS One*. 10(2): e011814

- Powell, V. B., Abreu, N., Oliveira, I. R., & Sudak, D. (2008). Terapia cognitivo-comportamental da depressão. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 30(2), 73-80. <https://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462008000600004>
- Riba, J. & Barbanoj, M. J. (2005). Bringing ayahuasca to the clinical research laboratory. *Journal of Psychoactive Drugs*, 37(2), 219-230.
- Robins, R. W., Hendin, H. M., & Trzesniewski, K. H. (2001). Measuring global self-esteem: Construct validation of a single-item measure and the Rosenberg Self-Esteem Scale. *Personality and social psychology bulletin*, 27(2), 151-161.
- Saldaña, J. (2015). *The coding manual for qualitative researchers*. Sage.
- Santos, R. G., Landeira-Fernandez, J., Strassman, R.J., Motta, V. & Cruz, A. P. M. (2007). Effects of ayahuasca on psychometric measures of anxiety, panic-like and hopelessness in Santo Daime members. *Journal of Ethnopharmacology*, 112, 507-513. doi: 10.1016/j.jep.2007.04.012.
- Santos, R. G., Osório, F. L., Crippa, J. A. S., Riba, J., Zuardi, A. W. & Hallak, J. E. C. (2016). Antidepressive, anxiolytic, and antiaddictive effects of ayahuasca, psilocybin and lysergic acid diethylamide (LSD): a systematic review of clinical trials published in the last 25 years. *Therapeutic Advances in Psychopharmacology*, 6(3), 193-213. doi: 10.1177/2045125316638008
- Santos, R. G., Osório, F. L., Crippa, J. A. S. & Hallak, J. E. C. (2016). Antidepressive and anxiolytic effects of ayahuasca: a systematic literature review of animal and human studies. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 38(1), 65-72. doi:10.1590/1516-4446-2015-1701
- Santos, R. G., Bouso, J. C & Hallak, J. E. C. (2017). Ayahuasca: What mental health professionals need to know. *The Hillside journal of clinical psychiatry*, 44(4), 103-9. doi: 10.1590/0101-60830000000130.
- Sessa, B. (2018). The 21st century psychedelic renaissance: heroic steps forward on the back of an elephant. *Psychopharmacology*, 235(2), 551-560.
- Shedler, J. (2010). The Efficacy of Psychodynamic Psychotherapy. *American Psychologist*, 65(2), 98-109.
- Skowron, E. A., & Friedlander, M. L. (1998). The Differentiation of Self Inventory: Development and initial validation. *Journal of counseling psychology*, 45(3), 235-246.
- Smith, J. A. (2011). Evaluating the contribution of interpretative phenomenological analysis. *Health psychology review*, 5(1), 9-27.

- Soler, J.; Elices, M.; Franquesa, A.; Barker, S.; Friedlander, P.; Feilding, A.; Pascual, J.C.; Riba, J. (2016). Exploring the therapeutic potential of Ayahuasca: acute intake increases mindfulness-related capacities. *Psychopharmacology (Berl)*. 233(5):823-9.
- Souza, C. P., Callou, V. T. & Moreira, V. (2013). A questão da psicopatologia na perspectiva da abordagem centrada na pessoa: diálogos com Arthur Tatossian. *Revista da Abordagem Gestáltica*, 19(2), 189-197.
- Vromans, L. P. & Schweitzer, R. D. (2011). Narrative Therapy for adults with major depressive disorder: Improved symptoms and interpersonal outcomes. *Psychotherapy Research*, 21(1), 4-15.
- Watts, R., Day, C., Krzanowski, J., Nutt, D., & Carhart-Harris, R. (2017). Patients' accounts of increased "connectedness" and "acceptance" after psilocybin for treatment-resistant depression. *Journal of Humanistic Psychology*, 57(5), 520-564.

## 6. Anexos

### Anexo 1 – Guião da Entrevista

#### Interview Protocol

##### **A) Personal Background**

(Starting from participant's meaningful experiences that have emerged in the course of the ayahuasca experience, ask the person to frame those events in their life trajectory. It is not necessary to gather information about the person's total life history or the person's history of past trauma/mental illness. Focus on the background to the events that have emerged during the ceremonies.)

*When have those events happened?*

*What happened?*

*Who were the people involved?*

*In which context did those events took place?*

##### **B) The Ayahuasca Experience at the TOWL**

(Considering the person may submit to a varying number of 7-12 ceremonies during the stay at the TOWL, ask the person to choose the one/two more significant events that arose from the totality of the ceremonies. Focus on obtaining a thorough description of those experiences exploring possible affective, cognitive or somatic dimensions of the experience. Focus on the evolution of the emotional expression/tonality that they use to report those events. Focus on different stages of the experience, from start to finish. Explore possible relation of the experience with setting components. Explore the person's perception regarding the relation between the experience and the depression/anxiety/grief/PTSD.)

*How did the experience start?*

*When and how did it peak?*

*How did it end?*

*What were you feeling initially/ in the peak/ towards the end?*

*What were you thinking initially/ in the peak/ towards the end?*

*How did you feel physically initially/ in the peak/ towards the end?*

*How were the elements of the context relating with your experience? (The Shipibos/ the maloca/ the singing/...)?*

*How would you describe ayahuasca's effect on your depression/anxiety/grief/PTSD?  
How would you describe that impact?*

### **C) Integration**

(Focus on how does the person perceive the meaningful experiences they have reported, once the plant's effects have passed. Focus on psychological processes emerging during integration. Focus on the perception the person has about the plant's impact on their depression/anxiety/grief/PTSD that emerges during integration.)

*You have experienced these events with ayahuasca. Why do you consider these events have an impact on your diagnosis/mental illness at this moment?*

## **Anexo 2 - Sistema de Categorias**

### **1. Sujeito**

#### **1.1. Acontecimentos de Vida**

##### **1.1.1. Antecedentes Doença Mental**

- 1.1.1.1. Ansiedade
- 1.1.1.2. Depressão Pós-Parto
- 1.1.1.3. Desmotivação e Falta de Prazer
- 1.1.1.4. Desconexão
- 1.1.1.5. Episódio Depressivo
- 1.1.1.6. Instabilidade Emocional
- 1.1.1.7. Comportamento suicidário (ideação e tentativa)
- 1.1.1.8. Perturbação do Comportamento Alimentar
- 1.1.1.9. Isolamento

##### **1.1.2. Consumo Substâncias**

###### **1.1.2.1. Ilícitas**

- 1.1.2.1.1. Cannabis
- 1.1.2.1.2. Cocaína
- 1.1.2.1.3. Alucinogénios
- 1.1.2.1.4. LSD
- 1.1.2.1.5. MDMA
- 1.1.2.1.6. Psilocibina

###### **1.1.2.2. Lícitas**

- 1.1.2.2.1. Álcool
- 1.1.2.2.2. Tabaco

##### **1.1.3. Desemprego**

##### **1.1.4. Dinâmicas Familiares Disfuncionais**

##### **1.1.5. Divórcio ou Separação**

##### **1.1.6. Emigração**

##### **1.1.7. Vitimação**

- 1.1.7.1. Abandono
- 1.1.7.2. Abuso Sexual
- 1.1.7.3. Ameaças
- 1.1.7.4. Corrupção

- 1.1.7.5. Perseguição
- 1.1.7.6. Refúgio
- 1.1.7.7. Roubo
- 1.1.7.8. Violência Psicológica
- 1.1.8. Vulnerabilidade Económica
- 1.2. Quando
  - 1.2.1. Primeira Infância
  - 1.2.2. Infância
  - 1.2.3. Adolescência
  - 1.2.4. Idade Adulta
- 1.3. Quem
  - 1.3.1. Irmãos
  - 1.3.2. Figura de Vinculação Primária
  - 1.3.3. Outras Figuras
- 1.4. Terapias anteriores
- 1.5. Quais
  - 1.5.1. Farmacológicas
  - 1.5.2. Holísticas ou Alternativas
  - 1.5.3. Psicoterapias
  - 1.5.4. Psiquiátricas
- 1.6. Como avalia
  - 1.6.1. Eficazes
  - 1.6.2. Impacto Negativo
  - 1.6.3. Sem Impacto
  - 1.6.4. Sem Opinião
- 2. *Expectativas*
  - 2.1. Dimensões para procurar o TOWL
    - 2.1.1. Depressão
    - 2.1.2. Procura de conexão
    - 2.1.3. Procura de Autoconhecimento
  - 2.2. Outros Aspetos
- 3. *Experiência*
  - 3.1. Dimensões da Experiência
    - 3.1.1. Ações e Comportamentos

- 3.1.2. Emoções e Conteúdos Emocionais
- 3.1.3. Espiritual
- 3.1.4. Pensamentos e Conteúdos Cognitivos
- 3.1.5. Sensações Físicas
- 3.2. Elementos do Setting
  - 3.2.1. Atividades
  - 3.2.2. Facilitadores
  - 3.2.3. Ícaros
  - 3.2.4. Grupo
  - 3.2.5. Maloca
  - 3.2.6. Maestros
  - 3.2.7. Outros
- 4. *Processos Psicológicos*
  - 4.1. Quando
    - 4.1.1. Antes da experiência no TOWL
    - 4.1.2. Durante as experiências com a ayahuasca
    - 4.1.3. Imediatamente após as cerimónias
  - 4.2. Avaliação
    - 4.2.1. Nula
    - 4.2.2. Positiva
  - 4.3. Quais
    - 4.3.1. Aceitação
    - 4.3.2. Auto-atualização e Autorrealização
    - 4.3.3. Autoconhecimento
    - 4.3.4. Autocontrolo
    - 4.3.5. Autonomia
    - 4.3.6. Autorregulação Emocional
    - 4.3.7. Catarse
    - 4.3.8. Conexão
    - 4.3.9. Decentering
    - 4.3.10. Diferenciação do Eu
    - 4.3.11. Autoconfiança
    - 4.3.12. Reestruturação Cognitiva
    - 4.3.13. Valorização do Eu

## Anexo 3 - Descrição Sistema Geral Categorias

### 1. Sujeito

*Categorias que oferecem contexto sobre o/a participante e o seu contexto de vida*

Código	Descrição	Fonte Referências	/ Exemplos
1.1. Acontecimentos de Vida	acontecimentos de vida significativos a que se reportam os participantes. Tipificação desses acontecimentos de vida.		
1.1.1. Antecedentes Doença Mental	Sintomas e percussores da depressão		
1.1.1.1. Ansiedade	Sintomatologia ansiosa	5/11	<i>"(...) we were in the hospital and it like 6 floors up from where we were and I could see way down and I couldn't hold her and walk pass that because I, the visuals of her falling over were constant just like... so overwhelming, just things like that and it's not like you going to act on those thoughts but the thoughts were there and you have to deal with the fact that the thoughts are there and like... why am I feeling like this? (...)" (PD2)</i>
1.1.1.2. Depressão Pós-Parto	Episódios de depressão pós-parto	1/7	<i>"My depression started when I had my daughter, as port-partum depression" (PD2)</i>
1.1.1.3. Desmotivação e Falta de Prazer	Perda de prazer e motivação em	3/10	<i>"(...) I just felt this pack on my soul,</i>

atividades que antes  
os participantes  
experienciavam  
como positivas

*couldn't progress  
really in my studio  
practice, in my  
work... art work I  
thought I was doing  
decent stuff, decent,  
I think, compelling  
material that I  
couldn't force myself  
out there and get it  
out there, there was  
just this block...  
constantly.” (PD5)*

1.1.1.4. Desconexão	Perda de ligação ao self e ao meio	5/15	<i>“I felt totally distant from source, from spirit, from energy, from other, from life, just a walking-dead, I really felt like a walking-dead....” (PD1)</i>
1.1.1.5. Episódio Depressivo	Episódios depressivos anteriores	6/23	<i>“I was living in my mom's studio in a nice part of London in this tortuous position where I didn't have to work because I had my family's money to support me but I didn't have any problems or any sort of reason for being sort of collapsed into a pretty brutal depression, 2 years...” (PD5)</i>
1.1.1.6. Instabilidade Emocional	Dificuldade em regular emoções, mudanças de humor	6/22	<i>“I was not dealing with my difficult feelings with Linda, in the beginning I was not feeling the love, I was feeling the resentment, was</i>

*not able to express it, I was dealing with it in an emotional unintelligent way and I didn't really understand love.” (PD3)*

1.1.1.7. Comportamento suicidário (ideação e tentativa)	Tentativas de suicídio e Ideação Suicida	2/5	<i>“and in the end, in two cases, I wanted to take my life” (PD1)</i>
1.1.1.8. Perturbação do Comportamento Alimentar	Episódios de Perturbação do Comportamento Alimentar anteriores	1/2	<i>“my parents wouldn't listen to how unhappy I was, they simply wouldn't hear it so I thought, okay I basically have to go on a hunger strike, so I starved myself at school until I got anorexia (...)” (PD5)</i>
1.1.1.9. Isolamento	Isolamento do meio e do contacto com os outros.	4/9	<i>“(...) it's like enough to have money so I didn't have to work but that meant that I didn't get out of the house, because I basically developed agoraphobia, I was living in my mom's studio in a nice part of London in this tortuous position (...)” (PD5)</i>
1.1.1. Consumo Substâncias	Episódios de consumo anteriores de substancias, aditivas, estimulantes e depressores do SNC		
1.1.2.1. Ilícitas	Consumo de substâncias psicoativas, consideradas ilegais		

1.1.2.1.1. Cannabis	Consumo de Marijuana	4/7	<i>"(...) about the age of 15 we started smoking cannabis (...)" (PD3)</i>
1.1.2.1.2. Cocaína	Consumo de Cocaína	1/2	<i>"(...) I was never an addict but came very close to cocaine addiction in London, well cocaine reliance maybe (...)" (PD5)</i>
1.1.2.1.3. Alucinogénios	Consumo de Alucinogénios (não especificados)	2/3	<i>"had one hallucinogenic experience" (PD1)</i>
1.1.2.1.4. LSD	Consumo de LSD	2/5	<i>"We had, we were really fortunate to have an absolutely amazing pure source of LSD (...)" (PD3)</i>
1.1.2.1.5. MDMA	Consumo de MDMA	2/4	<i>"I don't need to go into the details but you know, I also done like peyote and a bunch of MDMA as well." (PD3)</i>
1.1.2.1.6. Psilocibina	Consumo de Psilocibina	2/6	<i>"(...) with the help of micro dosing with Psilocybin, Mushrooms (...)" (PD3)</i>
1.1.2.2. Lícitas	Consumo de substâncias legais		
1.1.2.2.1. Álcool	Consumo de bebidas alcoólicas	2/5	<i>"(...) it was great fun but I drank a lot and took a lot of drugs. (...)" (PD5)</i>
1.1.2.2.3. Tabaco	Consumo de Tabaco	1/2	<i>"(...) I smoked a lot of cigarettes and drank (...)" (PD5)</i>
1.1.3. Desemprego	Perda do emprego	2/2	<i>"because I lost a first bussiness that I had" (PD1)</i>
1.1.4. Dinâmicas Familiares	Contextos familiares problemáticos,	4/17	<i>"I suppose...I grew up feeling my mother</i>

Disfuncionais

prejudiciais e impactantes no desenvolvimento do indivíduo

*didn't want me, she got pregnant with me while her and my father were going through a very difficult time, she pretty much left him, she had little affairs before I was born and after it and so I always grown up feeling I wasn't wanted and abandoned" (PD5)*

1.1.5.	Divórcio ou Separação	Episódios de divórcio ou ruptura amorosa	2/6	<i>"Just before I came here, if we haven't got divorced, it would be our 20<sup>th</sup> anniversary and we were 5 years together before that (...) (PD3)</i>
1.1.6.	Emigração	Episódios de emigração, impacto da emigração no sujeito	2/2	<i>"and, of course, there are challenges related to changing culture, changing everything. I kind of started from the ground zero in the United States and my life in Ukraine (...) (PD4)</i>
1.1.7.	Vitimação	Episódios e acontecimentos em que os participantes são vítimas, ainda que, esse sofrimento ou dano seja, inconsciente		
1.1.7.2.	Abandono	Abandono materno ou paterno	1/1	<i>"(...) I grew up feeling my mother didn't want me (...) she pretty much left</i>

				<i>him (...) I always grown up feeling I wasn't wanted and abandoned" (PD5)</i>
1.1.7.3.	Abuso Sexual	Episódios de abuso sexual, vivências físicas, emocionais e cognitivas advindas de violência sexual	2/4	<i>"and then, very gently this image of a room, my nanny's room came through and the intuition was I had been abused by her, sexual" (PD5)</i>
1.1.7.4.	Ameaças	Episódios em que os participantes sofrem de ameaças por parte de terceiros	1/3	<i>"and I was threatened" (PD1)</i>
1.1.7.5.	Corrupção	Episódios em que os participantes são vítimas de corrupção	1/6	<i>"The police were corrupt, the lawyers representing me were corrupt, all they wanted was money" (PD1)</i>
1.1.7.6.	Perseguição	Episódios em que os participantes são vítimas de perseguição ou pressão invasiva	1/10	<i>"and bash on your doors at night to scare you off and things" (PD1)</i>
1.1.7.7.	Refúgio	Episódios em que os participantes recorrem à fuga ou necessitam de refúgio	2/8	<i>"and I ended up having to flee and leave absolutely everything in 1966" (PD1)</i>
1.1.7.8.	Roubo	Episódios em que os participantes são vítimas de roubo	1/1	<i>"sending locals down to steal (...)" (PD1)</i>
1.1.7.9.	Violência Psicológica	Episódios de vitimação devido à vivência de violência psicológica. (Humilhação, pressão social, etc.)	3/4	<i>"but I was also terrified of him. I didn't realize how scared I was with him, always wanting to please" (PD1)</i>

1.1.8.	Vulnerabilidade Económica	Perda de estabilidade financeira, perda de recursos e bens, dificuldades financeiras	4/9	<i>"We lived in a low-income house when I was a kid, we were super poor " (PD2)</i>
1.2.	Quando	Período desenvolvimental em que ocorreram os acontecimentos de vida		
1.2.2.	Primeira Infância	Acontecimentos de vida que ocorreram entre o nascimento e os 3 anos	3/6	<i>"(...) she had little affairs before I was born and after it and so I always grown up feeling I wasn't wanted and abandoned, (...)" (PD5)</i>
1.2.3.	Infância	Acontecimentos de vida que ocorreram entre os 3 e 12 anos	4/16	<i>"there was an incident that happened when I was 7 (...)" (PD2)</i>
1.2.4.	Adolescência	Acontecimentos de vida que ocorreram entre os 12 e os 18 anos	5/18	<i>"(...) from about the age of 15 we started smoking cannabis and from the age of 16 we started experimenting psychedelics..." (PD3)</i>
1.2.5.	Idade Adulta	Acontecimentos de vida que ocorreram após os 18 anos	5/63	<i>"(...) So now, we are up to 24, then went to London for 2 years and that's when really knocked into a full-on depression (...)" (PD5)</i>
1.3.	Quem	Acontecimentos de vida despoletados ou		

		protagonizados por outros elementos		
1.3.2.	Irmãos	Acontecimentos de vida gerados ou protagonizados pelos irmãos	2/4	<i>"(...) we were raised, with my twin sister, together from birth to late teens and in terms of character she is a more dominant person and she kind of has this, it's kind of in her DNA to manipulate people and psychologically get her way (...)I just stopped trying because, for what point, right? So that was the beginning of, kind of, downfall..." (PD6)</i>
1.3.3.	Figura de Vinculação Primária	Acontecimentos de vida gerados ou protagonizados pelo pai ou mãe	2/5	<i>"(...) I grew up feeling my mother didn't want me (...)" (PD5)</i>
1.3.4.	Outras Figuras	Figuras reconhecidas pelos participantes, mas não identificadas	3/13	<i>"but I really was trying to put something back, I think I was trying to win the approval of the gut in this guy, somehow, of being a really good person and giving something back to the poor and the needy but I was totally betrayed" (PD1)</i>
1.4.	Terapias anteriores	Tentativas de tratamento anteriores à chegada ao TOWL		
1.4.1.	Quais	Modalidades de tratamento experienciadas pelos participantes		
1.4.1.1.	Farmacológicas	Terapias que recorrem a fármacos	1/9	<i>"he gave me Lexapro (...)" (PD3)</i>
1.4.1.2.	Holísticas ou Alternativas	Terapias pouco tradicionais,	3/4	<i>"I tried everything, my god... energy</i>

	espirituais, energéticas tais como: Acupuntura, Reiki, medicina tradicional chinesa		<i>healers, acupuncture...” (PD5)</i>
1.4.1.3. Psicoterapias	Terapias que seguem modelos de intervenção psicológicos	3/6	<i>“(...) just started therapy with my current therapist, who is a therapist in the internal family system (...)” (PD3)</i>
1.4.1.4. Psiquiátricas	Terapias que seguem modelos de intervenção médico- psiquiátricos	2/5	<i>“I went to see the psychiatrist, he gave me Lexapro...” (PD3)</i>
1.4.2. Como avalia	Avaliação do impacto das terapias na sintomatologia depressiva, na perspetiva do participante		
1.4.2.1. Eficazes	Avaliação da terapia como positiva e eficaz	2/7	<i>“(...) absolutely brilliant (...), to be practical for someone like me, but it’s ripping a lot of rewards for me now, after about 3 years of therapy” (PD3).</i>
1.4.2.2. Impacto Negativo	Avaliação da terapia como negativa ou agravante da sintomatologia existente	4/9	<i>“(...) I went to a new psychiatrist and started on Wellbutrin and I’ve never felt so anxious in my entire life and it just made me feel like a maniac and it increased my night sweats to the next level, it increased my</i>

*insomnia to the next level, it increased my feeling that I have just a foreign agent inside my entire body (...) I was only able to last about 6 weeks on that. “ (PD3)*

1.4.2.3. Sem Impacto	Avaliação da terapia como ineficaz, sem impacto na sintomatologia	1/1	<i>“I tried everything (...) nothing worked” (PD5)</i>
1.4.2.4. Sem Opinião	Ausência de avaliação do impacto	1/1	<i>“I wasn’t really detecting it but she was, you know, and started talking to me about all the kinds of things I was telling her in the context of depression (...) you know, I didn’t know much about depression then.” (PD3)</i>

## 2. Expectativas

*Dimensões que são evocadas para procurar a experiência no TOWL e que antecedem a ida*

<b>Código</b>	<b>Descrição</b>	<b>Fontes/ Referências</b>	<b>Exemplos</b>
2.1. Dimensões para procurar o TOWL	Dimensões que são evocadas como razão para procurar o Templo		
2.1.1. Depressão	Procura por tentativa de tratamento ou alívio da sintomatologia depressiva	6/11	<i>“Well, I couldn’t get to it with the depression (...) I was researching on depression and I came across ayahuasca and</i>

*depression (...) just found the Temple of the Way of Light (...) “that’s where want to go!” (PD3)*

2.1.2.	Procura de conexão		Procura de reconexão ao self e ao meio	3/5	<i>“I wanted to kind of like get more clarity (...) feel like more connected” (PD4)</i>
2.1.3.	Procura Autoconhecimento	por	Procura por um autoconhecimento profundo do self e de todas as dimensões do sujeito	3/3	<i>“partial because I felt it can be addressed and maybe resolved but mainly to address what is going on inside myself. What is my authentic self? What is my soul? Some deeper, philosophical, spiritual things.” (PD4)</i>
2.2.	Outros Aspetos		Outros aspetos que surgem na fase antes da ida para o TOWL, tais como conhecimentos e informações; experiências prévias; iniciativas para se preparar, etc.	5/12	<i>“(…) I don’t believe in therapy, I don’t believe in drugs, I don’t think they help so I was kind of looking for alternative things and I watched a documentary on it and definitely sparked my interest and then I just started doing research (...)” (PD2)</i>

### 3. Experiência

A experiência com a ayahuasca, diferentes dimensões da experiência com a ayahuasca no TOWL que emergem retrospectivamente. Inclui referência a diferentes etapas da experiência acompanhadas dos aspetos que os participantes consideram mais significativos, a sua percepção sobre a relação dessas dimensões com os seus sintomas, e os sentimentos/cognições/comportamentos/sensações físicas associadas à experiência com a ayahuasca.

<b>Código</b>	<b>Descrição</b>	<b>Fontes / Referências</b>	<b>Exemplos</b>
3.1.	Dimensões da Experiência	Durante a experiência, dimensões que o	

participante partilha como o que é que está a fazer, sentir, pensar ou sentir no seu corpo.

3.1.1. Ações e Comportamentos	Ações e comportamentos realizadas pela pessoa sob o efeito da ayahuasca como purga, yoga, posições corporais ou atitudes adotadas pelo participante	6/36	<i>"(...) enough to get me to have visions, I turned my back like I a brat child the whole ceremony, I had my back against the side while my face was out and again the lotus position." (PD5)</i>
3.1.2. Emoções e Conteúdos Emocionais	Emoções, sentimentos e conteúdos emocionais sentidos e reconhecidos pelo participante, sob o efeito da ayahuasca	6/39	<i>"I wasn't really feeling anything and then I cried for like... it just came out of nowhere, it was just like this ugly sobbing, crying" (PD2)</i>
3.1.3. Espiritual	Perceção de que a experiência é regulada por uma entidade divida ou transcendente à pessoa	6/48	<i>"The totality of joy message to me was "there is no such thing as anger and pain, if you are in joy, that's it! You're in a totality of joy", so I started getting this powerful kind of spiritual messages from that beginning (...)" (PD4)</i>
3.1.4. Pensamentos e Conteúdos Cognitivos	Pensamentos, processamento de informação que ocorrem e surgem sob o efeito da ayahuasca	6/92	<i>"I had a few insights about not taking on so much as far as worrying about my daughter's situation" (PD1)</i>  <i>"(...) in the second ceremony I kind of process that a little bit and thought about it and it felt like I had a lot of blockages (...)" (PD2)</i>
3.1.5. Sensações Físicas	Sensações visuais,	6/66	<i>"(...) just felt it moving through my</i>

	auditivas ou corporais que ocorrem sob o efeito da ayahuasca		<i>body, just like I knew, I had numb feet and difficult walking (...)" (PD1)</i>
3.2. Elementos do Setting	Aspetos relacionais e socio-ambientais ou fisico-ambientais que estão a ser percebidos como mais significativos e porquê.		
3.2.1. Atividades	Atividades que ocorrem no templo, durante o retiro de 15 dias como as aulas de yoga, partilha de experiências, etc.	4/6	<i>"The yoga was awesome! (...)" (PD2)</i>
3.2.2. Facilitadores	elementos que ajudam na condução das cerimónias, bem como na integração das experiências	6/22	<i>"Yeah, facilitators were great, were amazing (...) they are important, the way the space are created in this experience, facilitators were amazing." (PD4)</i>
3.2.3. Ícaros	Cânticos entoados pelos curandeiros Shipibo. Ferramenta e habilidade, encarnação do poder que o curador recebeu e adquiriu das diferentes plantas e através dos quais transmite, dirige e guia essa energia para o paciente	4/10	<i>"(...) is a song but it's a song beyond itself, it's a song that the integration changes for each person that seems to have been learned and dissolved (...) it's a healing song from the natural world (...)" (PD5)</i>
3.2.4. Grupo	Grupo que participa no retiro no TOWL,	5/16	<i>"I felt like the group (...)" they were all</i>

	no qual o participante está incluído		<i>willing to work on it and open up and be more connected and more supportive.” (PD4)</i>
3.2.5. Maloca	Espaço onde são realizadas as cerimónias de toma da ayahuasca	2/3	<i>“the beauty of that roof in the Maloca being held by that space (...) a very loving space... very beautiful energy in that room.” (PD5)</i>
3.2.6. Maestros	Curandeiros Shipibo que utilizam práticas milenares. Principais atores sociais que atendem às cerimónias e são responsáveis pelo espaço cerimonial	5/22	<i>“(...) And the healers were beautiful souls as well” (PD4)</i>
3.2.7. Outros	Outros aspetos do setting ou específicos do contexto do templo como a dieta, abstenção sexual, etc.	5/11	<i>“I started the diet early, I didn’t wait 2 weeks, it was like, 4 weeks, you know... I quit the dairy, I quit coffee, I quit alcohol... of all of the things” (PD3)</i>

#### 4. Processos Psicológicos

*A codificação do discurso dos participantes coloca em evidência a presença de processos psicológicos cuja delimitação é inspirada por diversos modelos teóricos de referência.*

<b>Código</b>	<b>Descrição</b>	<b>Fontes / Referências</b>	<b>Exemplos</b>
4.1. Quando	Momentos em que os processos psicológicos ocorrem		
4.1.1. Antes da experiência no	Processos	1/3	<i>“On the plane, behind me between</i>

TOWL	psicológicos que ocorrem antes da chegada ao TOWL e que são percebidos pelo participante como estando relacionados com a experiência com a ayahuasca		<i>Santiago and Lima, there's a young man that I feel comfortable with, I feel it behind me (...) I just feel good about him (...) coming to this place at the same time has me and you know... it just can't be a coincidence, it's more than a coincidence, it's from divine intervention that this old mama needed to." (PD1)</i>
4.1.2. Durante as experiências com a ayahuasca	Processos psicológicos que ocorrem durante as cerimônias, sob o efeito da ayahuasca	6/60	<i>"in the second ceremony I kind of process that a little bit and thought about it and it felt like I had a lot blockages and things like that, things that were getting in the way of me kind of coming back to myself." (PD2)</i>
4.1.3. Imediatamente após as cerimônias	Processos psicológicos que ocorrem uma vez passado o efeito da ayahuasca, durante a integração da experiência	6/43	<i>"But now it's coming to my awareness. I just have to take that home, it isn't going to happen overnight but at least I know now, right? I can start to work on it." (PD2)</i>
4.2. Avaliação	Avaliação do impacto dos processos psicológicos identificados, na sintomatologia depressiva		
4.2.1. Nula	Ausência de avaliação	6/24	<i>"Yeah, the first ceremony was intense, I don't know... I didn't get a lot of... I didn't feel it very much, I don't know but just going in there was intense (...)" (PD2)</i>

4.2.2. Positiva	Avaliação do impacto na sintomatologia como positivo	6/60	<i>"it showed me that I do have this love to put it all back and it wasn't for my own child or my grandchild... And I've been there before, I've been so connected before, healing was flowing through my hands, remarkable things, incredible things"</i> (PD2)
4.3. Quais	Processos psicológicos que ocorrem durante a estadia no TOWL		
4.3.1. Aceitação	Em oposição à negação e evitação, a aceitação é a capacidade ativa e consciente de aceitar os eventos, experiências e sentimentos sem tentar alterá-los, negá-los ou ignorá-los	6/35	<i>"(...) the feelings of depression and now I won't be able to push away anymore because, I suppose, I have the tools to accept it (...)"</i> (PD5)
4.3.2. Auto-atualização Autorrealização	e Procura constante pela evolução e auto-atualização do self de forma a atingir o seu potencial	5/19	<i>"That is going to be a challenge because work is very important to me and I need to be able to, I need this work to allow me to express myself to be who I am."</i> (PD4)
4.3.3. Autoconhecimento	Conhecimento próprio de todas as dimensões do self, dimensão emocional, comportamental, relacional e cognitiva.	6/61	<i>"The confidence, a part of it comes from knowing now what I did to get depressed, that... you know, I was not dealing with my difficult feelings"</i> (PD3)
4.3.4. Autocontrolo	Capacidade de antecipar, interromper e alterar	6/16	<i>"Yeah... It feels great, it feels awesome doing it, to have control!"</i> (PD6)

as suas próprias  
respostas  
emocionais e  
comportamentais

4.3.5. Autonomia	Capacidade de compreender que o comportamento emana da pessoa e é conseqüentemente assumido e aprovado pelo próprio	6/17	<i>“I feel a lot more calm, I feel like better equipped to kind of deal with things” (PD2)</i>
4.3.6. Autorregulação Emocional	conjunto de processos envolvidos na iniciação, manutenção e modulação das emoções e responsividade emocional, tanto negativas como positivas	3/7	<i>“That was very healing as well because I’ve not been able to feel anything (...) I had this realization what I’ve done was, by pushing down my feelings of love and denying and walking away (...) avoiding this really strong and difficult feelings I was having and not find a way to talk about it... and when I did (...) there’s only love” (PD3)</i>
4.3.7. Catarse	Liberatação emocional da emoção reprimida	3/7	<i>“(...) so It felt really good, it was very therapeutic yeah... I cried for a good half an hour, forty minutes probably, something like that.” (PD2)</i>
4.3.8. Conexão	Sensação interna de ligação pessoal e ligação ao meio, visão holística das diversas dimensões da vida da pessoa e da sua interação no meio, ligação universal	5/18	<i>“So, I’ve just been in this connective space where I sort things and manifest them and I’ve just been in a beautiful space.” (PD1)</i>  <i>“(...) That felt really good because I was so disconnected to nature, just feeling Disconnected and it made me feel really connected to</i>

4.3.9. Decentering	Capacidade de ver os pensamentos e sentimentos como temporários, focar nos eventos objetivos em mente ao invés de reflexões do self que não são necessariamente verdade	6/15	<i>nature...” (PD3)</i> <i>“but I was really caring then, now I feel and during the first two takes... anyway, I just had a great sense that I don’t need to do all these tours, I can actually sit and enjoy story tell with my grandchildren, love them and be involved in the partakes and enjoy that more and not feel just so much as a whole now.” (PD1)</i>
4.3.10. Diferenciação do Eu	A diferenciação do self é a capacidade de manter o pensamento autónomo e alcançar um sentido coerente e claro do self num contexto de relações emocionais e nos diferentes contextos que a pessoa integra, capacidade de separar a dimensão interpessoal e a dimensão intrapessoal	6/11	<i>“The conclusion is that I’m going back to California, I have to tell, with the help of my therapist, I have to tell Linda that I am in love with Joanne, that I have been in love with Joanne the whole time and I have been not able to accept that, I’ve been in denial and she has helped me with that (...) And somehow, you know, it was convenient for me to not push back against them (...) I’m really clear about that, I’m really clear that I want to go back to Costa Rica, is where I do want to live. I’m clear about different parts” (PD3)</i>
4.3.11. Autoconfiança	Confiança que a pessoa tem em si e nas suas capacidades	5/11	<i>“I’m now feeling brave enough to go out” (PD1)</i>
4.3.12. Reestruturação Cognitiva	capacidade de identificar os pensamentos desadequados que	6/20	<i>“I’m feeling okay getting better because before there was also this kind of feeling that I shouldn’t get better,</i>

antecedem os comportamentos bem como as crenças que despoletam esses pensamentos e assim, transformar distorções cognitivas e crenças disfuncionais em crenças e factos cognitivos adaptativos e corretos que permitam produzir comportamentos

*let this deep feeling... I mean, mentally I realized that I need to get better, need to get my house in order but inside I was feeling that I really kind of shouldn't, I kind of deserve to get worse and eventually die... yeah, now I don't have that but I'm okay getting better..." (PD6)*

4.3.13. Valorização do Eu	É a capacidade de a pessoa compreender e se sentir bem com os sentimentos negativos e positivos que tem perante o próprio self	5/21	<i>"I really need to take care of myself first so that I can take care of my family because I can't take care of anybody unless I take care of myself first, that is the first profound lesson (...) The second one is that I think it's okay for me to find someone special to me (...) previously, for me was like "who the hell will be interested in me? I mean... c'mon"."</i> (PD6)
---------------------------	--	------	---

#### Anexo 4. Quadro de Objetivos e Questões de Investigação

<b>Objetivo Geral:</b> identificar os processos psicológicos, emergentes a partir da experiência com a ayahuasca, que têm potencial terapêutico em participantes com sintomatologia depressiva.		
<b>Objetivos Específicos</b>	<b>Questões de Investigação</b>	<b>Indicadores</b>

1. Explorar acontecimentos de vida que despoletaram nos participantes a sua sintomatologia depressiva.	1.1. Quais são os acontecimentos de vida que despoletaram a sintomatologia depressiva?	1. Sujeito 1.1. Acontecimentos de Vida X 1.1.1. Antecedentes de Doença Mental
	1.2. Já existiram tentativas de tratamento anteriores?	1.5. Terapias Anteriores 1.5.1. Quais 1.5.2. Como Avalia
2. Explorar as diferentes razões que levam os participantes a procurar uma nova experiência e alternativa, na tentativa de melhorar a sintomatologia depressiva.	2.1. Quais eram as expectativas que o indivíduo tinha antes de iniciar a experiência com a ayahuasca?	2.1. Dimensões para procurar o TOWL
3. Caracterizar a experiência com a ayahuasca.	3.1. Quais são os efeitos da ayahuasca? (físicos, cognitivos, emocionais).	3.1. Dimensões da Experiência
	3.2. Quais os elementos presentes durante o retiro são relevantes para a experiência com a ayahuasca?	3.2. Elementos do Setting
4. Identificar os processos psicológicos, que emergem sob o efeito da ayahuasca.	4.1. Que processos psicológicos são identificados durante a experiência com a ayahuasca?	4. Processos Psicológicos 4.1.2. Durante as experiências com a ayahuasca X 4.3. Quais
	4.2. Que processos emergentes são destacados como relevantes para a diminuição da sintomatologia?	Processos que foram referenciados em maior número de vezes, ou por todos os participantes. Estes resultados foram obtidos através do cruzamento dos dados realizado para

		responder à questão 4.1.
	5.1. Que processos psicológicos são identificados durante a integração da experiência com a ayahuasca?	4. Processos Psicológicos 4.1.3. Imediatamente após as cerimónias X 4.3. Quais
5. Identificar os processos psicológicos, que emergem durante a integração da experiência com ayahuasca, uma vez passados os efeitos.	5.2. Que processos emergentes são destacados como relevantes para a diminuição da sintomatologia?	Processos que foram referenciados em maior número de vezes, ou por todos os participantes. Estes resultados foram obtidos através do cruzamento dos dados realizado para responder à questão 5.1.
6. Identificar e explicar variações na percepção dos participantes, quanto ao potencial terapêutico da experiência com a ayahuasca no seu quadro depressivo.	6.1. O impacto é percebido de forma homogénea ou variada entre os participantes?	4. Processos Psicológicos 4.2. Avaliação
	6.2. O impacto é avaliado como positivo, neutro ou negativo?	4. Processos Psicológicos 4.2. Avaliação

## Anexo 5. Matrizes

<b>Acontecimentos de Vida</b>	<b>Antecedentes de Doença Mental</b> (Fontes / Referências)
<i>Vulnerabilidade Económica</i>	1/4
<i>Vitimação</i>	3/3
<i>Emigração</i>	0
<i>Divórcio ou Separação</i>	1/1
<i>Dinâmicas Familiares Disfuncionais</i>	3/3
<i>Desemprego</i>	0
<i>Consumo de Substâncias</i>	1/2

### Matriz 1.

<b>Quais</b>	<b>Durante as experiências com a ayahuasca</b> (Fontes / Referências)
<i>Aceitação</i>	6/23
<i>Autoatualização e Autorrealização</i>	3/10
<i>Autoconfiança</i>	1/2
<i>Autoconhecimento</i>	6/45
<i>Autocontrolo</i>	5/9
<i>Autonomia</i>	4/10
<i>Autorregulação Emocional</i>	2/3
<i>Catarse</i>	3/7
<i>Conexão</i>	5/12
<i>Decentering</i>	5/12
<i>Diferenciação do Eu</i>	5/7
<i>Reestruturação Cognitiva</i>	5/12
<i>Valorização do Eu</i>	4/9

### Matriz 2.

<b>Quais</b>	<b>Imediatamente após as cerimónias</b> (Fontes / Referências)
<i>Aceitação</i>	6/21
<i>Autoatualização e Autorrealização</i>	5/12
<i>Autoconfiança</i>	5/10
<i>Autoconhecimento</i>	6/33
<i>Autocontrolo</i>	4/10
<i>Autonomia</i>	6/11
<i>Autorregulação Emocional</i>	3/4
<i>Catarse</i>	0/0
<i>Conexão</i>	4/10
<i>Decentering</i>	5/8
<i>Diferenciação do Eu</i>	4/6
<i>Reestruturação Cognitiva</i>	6/15
<i>Valorização do Eu</i>	5/15

### Matriz 3.