



CATÓLICA PORTO
EDUCAÇÃO E PSICOLOGIA

*MENTAL STATE EXAM CHECKLIST:
CONTRIBUIÇÃO PARA A VALIDAÇÃO DE UM
INTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DO ESTADO
MENTAL*

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

- Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde

João Nuno Santos da Cunha Fernandes Fugas

Porto, Julho de 2012



CATÓLICA PORTO
EDUCAÇÃO E PSICOLOGIA

*MENTAL STATE EXAM CHECKLIST:
CONTRIBUIÇÃO PARA A VALIDAÇÃO DE UM
INTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DO ESTADO
MENTAL*

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

- Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde

João Nuno Santos da Cunha Fernandes Fugas

Trabalho efetuado sob a orientação de
Prof. Doutor Pedro Dias
E co-orientação de
Mestre Maria Carmo Carvalho

Porto, Julho de 2012

AGRADECIMENTOS

À professora Maria Carmo Carvalho pelo seu esforço incansável em fazer-me acreditar que este trabalho era possível ser feito com prazer e rigor.

Ao professor Pedro Dias, por toda a disponibilidade que sempre demonstrou em me ajudar com toda a parte metodológica, fundamental para a concretização desta investigação.

A todos os participantes do *Kosmicare*, terapeutas e membros da equipa, sem os quais este trabalho não poderia ter sido elaborado.

A todos os participantes do grupo da população geral, que prontamente se disponibilizaram em participar nesta investigação.

À professora Maria Raúl Lobo Xavier, por me ter ajudado no processo de recolha dos dados.

À Mariana Pinto de Sousa que para além da grande amiga que é, sempre me acompanhou e ajudou na execução deste trabalho.

Aos meus Pais e irmãos, por me terem dado sempre condições inacreditáveis, para que eu pudesse evoluir em todas as dimensões da minha vida.

A todos os meus amigos, por estarem sempre presentes, nos bons e menos bons momentos.

A todos os docentes da Faculdade de Educação e Psicologia da Universidade Católica do Porto, por me terem acompanhado em todo o meu percurso universitário.

RESUMO

Apesar de existirem instrumentos de avaliação do estado mental que avaliem estados alterados de consciência, derivados da utilização de substâncias psicoativas, estes são escassos, principalmente se considerarmos a sua aplicação num contexto naturalista.

O presente estudo tem como objetivo geral, o contributo para a validação de um instrumento de avaliação do estado mental (*Mental State Exam Checklist*), concebido para avaliar alterações do estado mental devido a uma experiência de crise, relacionada com o uso de substâncias psicoativas.

Para avaliar a consistência interna deste instrumento fizeram-se análises psicométricas, utilizando os valores de *Alpha de Cronbach*, obtidos em cada uma das dimensões que compõem este instrumento. A validade de constructo foi analisada através dos valores de validade discriminante. Para tal, compararam-se as avaliações do estado mental de um grupo de indivíduos que estava sobre o efeito de substâncias psicoativas, com um grupo de indivíduos que se encontrava num estado normativo. Recorreu-se também a um acordo inter-observadores, no sentido de contribuir para a validade de constructo.

Os valores de *Alpha de Cronbach*, indicaram níveis muito bons de consistência interna, na totalidade das dimensões que constituem o instrumento, sugerindo um elevado grau de fiabilidade. Este Instrumento revelou também a sua capacidade de avaliar aquilo a que se propõe avaliar.

De uma forma geral, o MSEC demonstrou ser um instrumento capaz de avaliar alterações do estado mental, induzidos por substâncias psicoativas. No entanto, é necessário um aumento da amostra e o recurso a métodos psicométricos mais precisos, para que se possa obter níveis mais elevados de validade.

ABSTRACT

Although there are mental states assessment tools that evaluate altered states of consciousness, arising out of the use of psychoactive substances, these are scarce, especially if we consider their application in a naturalistic context.

This study aims at General, the contribution to the validation of an instrument for assessing the mental state (Mental State Exam Checklist), designed to assess changes in mental states due to a crisis experience, related to the use of psychoactive substances.

To evaluate the internal consistency of this instrument we did psychometric analyses, using the values of Cronbach's Alpha, obtained in each of the dimensions that make up this instrument. Construct validity was analysed using the discriminant validity values. To do this, we compared the evaluations of the mental state of a group of individuals that were under the effect of psychoactive substances, with a group of individuals who were in a normal state. We appealed also to an inter-observers agreement, in order to contribute to the validity of the construct.

Cronbach's Alpha values indicated very good levels of internal consistency, in all the dimensions that constitute the instrument, suggesting a high degree of reliability. This instrument also revealed their ability to assess what proposes to evaluate.

In General, the Mental State Exam Checklist has proved to be an instrument to assess changes in mental status, induced by psychoactive substances. However, there is a need for an increase in the sample and the use of psychometric methods more precise, in order to obtain higher levels of validity.

ABREVIATURAS

APZ – *Abnormal Mental States*

AUA – *Auditory Alterations*

DED – *Dread of Ego Dissolution*

EMCDDA – *European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction*

EVA – *Escala Visual Analógica*

Kosmicare – *Kosmicare*

LSD – *Lysergic Acid Diethylamide*

MAPS – *Multidisciplinary Association for Psychedelic Studies*

MDMA – *Metilenodioximetanfetamina*

MSEC – *Mental State Exam Checklist*

OAV – *Altered States of Consciousness Rating Scale*

OBN – *Oceanic Boundlessness*

SPA – *Substâncias Psicoativas*

VIR – *Vigilance Reductions*

VRS – *Visionary Restructuralization*

5D-ASC – *Five Dimensions of Altered States of Consciousness Questionnaire*

ÍNDICE GERAL

AGRADECIMENTOS	III
RESUMO	IV
ABSTRACT	V
ABREVIATURAS	VI
INTRODUÇÃO	1
CAPÍTULO 1 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	3
1.1 A Avaliação do Estado Mental e as suas Dimensões.	3
1.2 A Crise Psicadélica	11
1.3 Da Perspectiva Transpessoal/Transcultural à Perspectiva Médica sobre os Efeito das Substâncias Psicoativas no Estado Mental.	12
1.4 Instrumentos de Avaliação de Estados Alterados de Consciência	16
CAPÍTULO 2 – METODOLOGIA	19
2.1 Amostra	20
2.2 Instrumentos	20
2.3 Procedimentos	21
2.3.1 Recolha de Dados	22
2.3.2 Análise e Tratamento de Dados	23
CAPÍTULO 3 – RESULTADOS	25
3.1 Estatística Descritiva	25
3.2 Consistência Interna	28

3.3 Diferenças entre o Grupo <i>Kosmicare</i> e o Grupo da População Geral	29
3.4 acordo inter-observadores na aplicação do instrumento ao grupo da população geral	31
CAPÍTULO 4 – DISCUSSÃO	32
CAPÍTULO 5 – CONCLUSÕES	37
BIBLIOGRAFIA	41
ANEXOS	45

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO 1 – MENTAL STATE EXAM CHECKLIST	45
ANEXO 2 – GUIÃO DE ENTREVISTA	55
ANEXO 3 – CONSENTIMENTO INFORMADO	58

ÍNDICE DE TABELAS

TABELA 1. VALORES DA MÉDIA E DESVIO PADRÃO DAS DIMENSÕES DO MSEC	26
TABELA 2. SINTOMAS MAIS FREQUENTES DAS DIMENSÕES DO MSEC	27
TABELA 3. SINTOMAS MENOS FREQUENTES DAS DIMENSÕES DO MSEC	28
TABELA 4. VALORES DE ALPHA DE CRONBACH DAS DIMENSÕES DO MSEC	29
TABELA 5. DIFERENÇAS ENTRE OS PARTICIPANTES DO GRUPO KOSMICARE E O GRUPO DA POPULAÇÃO GERAL AO NÍVEL DAS DIMENSÕES DO MSEC	31

INTRODUÇÃO

O presente estudo está inserido num projeto de investigação que tem como principal objetivo a avaliação de um modelo de intervenção, concebido para dar resposta a situações de emergência, derivadas da utilização de substâncias psicoativas (SPA), em ambientes recreativos. Especificamente este modelo de intervenção foi implementado num grande festival de música electrónica, que ocorre em Portugal a cada 2 anos, desde 1997 – *Boom Festival*.

De acordo com Carvalho (2007), a utilização de SPA em contextos recreativos e grandes festivais de música electrónica, como é também o caso do *Boom Festival*, é algo que acontece com frequência. Balsa, Vital, Urbano e Pasqueiro (2007), através do *II Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas* na população portuguesa, demonstraram que a utilização de SPA aumentou, tendência essa que também se encontra genericamente nas estatísticas disponíveis para a EU (EMCDDA, 2010). Apesar deste aumento, outros autores apresentaram dados que sugerem uma diminuição no número de consumidores problemáticos de drogas (Negreiros & Magalhães, 2005).

Segundo a literatura científica, o cenário festivo é um contexto frequente para o uso de SPA, sendo esta uma prática cada vez mais normalizada entre populações juvenis que frequentam estes cenários, contrariando associações passadas que relacionavam estas práticas a populações desviantes (EMCDDA, 2006. cit in EMCDDA, 2010; Parker, Aldridge & Measham, 1998; Parker, William & Aldridge, 2002). Apesar destas evidências, existe uma carência de modelos de intervenção que se ajustem a estas novas práticas de uso de SPA por parte de populações juvenis, em contextos recreativos (Carvalho, 2010).

Atendendo a esta realidade, e pelo facto de no contexto do *Boom Festival* ser expectável o consumo de SPA por parte dos seus participantes, surgiu a necessidade de se criar um espaço de intervenção, que prestasse um serviço de apoio a pessoas que estivessem a atravessar situações de experiência difícil com SPA (Carvalho, Pinto de Sousa, Frango, Carvalho, Dias & Veríssimo, 2011). O espaço físico destinado à implementação deste modelo de intervenção denominou-se de *Kosmicare (KC)*. Os principais objectivos do KC são os de diminuir o risco de desenvolvimento de doença mental associada ao uso de SPA, através de uma intervenção em crise. Esta intervenção procura também transformar um conjunto de experiências negativas e traumáticas, em positivas (Carvalho et al., 2011). O KC iniciou-se na edição de 2002, com uma parceria que os promotores do *Boom* fizeram com uma organização americana MAPS (*Multidisciplinary Association for Psychedelic Studies*), e que desde 2010 integra também como parceiros a autoridade governamental portuguesa de intervenção nas drogas (o IDT-IP, atualmente SICAD), e a Faculdade de Educação e Psicologia da Universidade Católica Portuguesa/Porto. Atualmente os serviços do KC são assegurados por uma equipa

multidisciplinar, constituída por membros especializados em intervenção relacionada com o uso de SPA.

No âmbito deste projeto, este estudo procura contribuir para a produção de instrumentos que auxiliem à monitorização da eficácia e rigor da intervenção, contribuindo assim para a sua evolução no sentido de um modelo de intervenção suportado em evidência científica. Neste sentido, o MSEC (*Mental State Exam Checklist*), foi criado com o objectivo de auxiliar a avaliação do estado mental de indivíduos que estão a experienciar uma situação de crise, muitas vezes relacionada com o uso de SPA. Cabe a esta investigação fazer as primeiras análises psicométricas que possibilitarão tirar as primeiras conclusões face à construção deste instrumento de avaliação do estado mental e dessa forma, contribuir para a validação do mesmo.

Em termos estruturais, este estudo está organizado em cinco momentos distintos. Em primeiro lugar fazemos a apresentação do enquadramento teórico, onde procuramos aprimorar os nossos conhecimentos científicos sobre métodos e formas de organizar a avaliação do estado mental, considerando também o contributo de diferentes perspetivas sobre os efeitos que o uso de SPA tem no estado mental. Pretende-se sustentar assim a construção deste instrumento de avaliação, neste contexto específico. Num segundo momento destacamos a metodologia utilizada neste estudo, apresentado a constituição da amostra, instrumentos e procedimentos de recolha e tratamento dos dados. Em seguida apresentamos os resultados obtidos através da análise dos dados. A quarta parte deste trabalho destina-se à discussão dos resultados que obtivemos. Por último, são elaboradas as principais conclusões desta investigação, limitações e sugestões para investigações futuras.

CAPÍTULO 1 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.1 A avaliação do estado mental e as suas dimensões.

No âmbito da psicologia clínica, a avaliação psicológica é um processo abrangente, continuado e interativo, que visa a compreensão refinada do problema, possibilitando ao terapeuta levantar as primeiras hipóteses sobre o problema da pessoa (Baños & Perpiña, 2004; Hunsley & Lee, 2006). Do ponto de vista cognitivo-comportamental, o processo de avaliação psicológica envolve a integração de diversas metodologias como entrevistas ao paciente e familiares, história do problema, provas psicológicas e físicas, com o intuito de recolher informação pertinente que irá ajudar o terapeuta na conceptualização de uma intervenção terapêutica (Baños & Perpiña, 2004; Gonçalves, 1994). De uma forma geral, a avaliação psicológica, mais precisamente a entrevista de avaliação cognitivo-comportamental, tem como objectivo perceber o funcionamento global do cliente, assim como analisar de uma forma detalhada os seus défices (Gonçalves, 1994).

Com esta visão mais geral de como é conceptualizada a avaliação psicológica, e de acordo com os objectivos da presente dissertação, tornou-se necessário compreender uma área mais específica da avaliação: a avaliação do estado mental. Neste sentido iniciamos o nosso trajeto, partindo do contributo que algumas correntes da psicopatologia tiveram na abordagem ao estado mental.

Do ponto de vista fenomenológico Husserl através do conceito que desenvolveu de intencionalidade, fez uma aproximação entre a consciência de um indivíduo e o mundo, considerando-os inseparáveis e que ao mesmo tempo interagem reciprocamente (cit. in Richard, 1998). Seguindo este raciocínio, para avaliar o estado psíquico de um indivíduo, o psicopatologista ou psicoterapeuta tem que compreender esta reciprocidade entre a consciência e o mundo, mas acima de tudo tem que penetrar na visão e na vivência do outro, mais do que discutir a sua veracidade (Pio de Abreu, 1997).

De acordo com Jaspers (1959), não basta colocarmo-nos no lugar da outra pessoa e contemplarmos a forma como esta percebe a realidade (cit. in Pio de Abreu, 1997). Quem faz uma avaliação à psique de um indivíduo tem que entender a complexidade e subtilidade da mente humana, isto é, compreender a intersubjetividade da vida interior que existe em cada um de nós (Pio de Abreu, 1997).

Deste modo, a psicopatologia fenomenológica e compreensiva procura essencialmente entender o que por vezes é incompreensível (Baños & Perpiña, 2004) ou de difícil explicação, privilegiando assim o estudo de patologias mais graves e fenómenos psicóticos (Pio de Abreu, 1997). Para ajudar o clínico a identificar sinais e sintomas de uma

determinada patologia, as funções psíquicas (atenção, percepção, pensamento, etc.) estão ordenadas de forma sistemática (Baños & Perpiña, 2004).

Por outro lado, a corrente anglo-saxónica, muito menos influenciada pela fenomenológica, considera que a avaliação do estado mental é equiparável a um exame do estado físico (Baños & Perpiña, 2004).

Assim a avaliação do estado mental pode ser definida como *“a componente da avaliação psiquiátrica que inclui a observação do comportamento do doente e a sua descrição de forma objectiva e sem juízos de valor”* (Trzepacz & Baker, 2001, p. 14).

Quando se considera este tipo de avaliação, o foco de atenção recai na presença de sinais e sintomas, mais do que de síndromes. Neste sentido, a avaliação do estado mental tem um carácter mais operativo, pois pressupõe uma análise instantânea, num momento concreto, sobre o estado mental de um indivíduo (Baños & Perpiña, 2004).

Apesar de uma determinada psicopatologia se poder manter relativamente estável, o estado mental do indivíduo pode mudar de hora em hora. Segundo Trzepacz e Baker (2001), a avaliação do estado mental é feita pelo terapeuta em contexto de entrevista clínica. Estes autores dividem o exame do estado mental nas seguintes secções: Aspecto, atitude e atividade; Humor e emoções; Discurso e linguagem; Alterações formais do pensamento, conteúdo do pensamento e percepção; Cognição; Insight e juízo crítico.

Um exemplo de um instrumento de avaliação do estado mental é o *Mini-Mental State* (Folstein, Folstein, & McHugh, 1975), muito utilizado para fazer um despiste de défices cognitivos em pacientes com psicopatologia, nomeadamente demências, ou indivíduos que sofreram danos neuroanatómicos. .

O instrumento MSEC foi criado especificamente para avaliar o estado mental de indivíduos que estão a experienciar um estado de crise, por ingestão de SPA. As SPA provocam alterações no estado mental, nomeadamente na dimensão da linguagem (Blewett & Chwelos, 1959; Cohen, 1972, cit. in Llandrich, 2011). Paralelamente a experiência psicadélica tem um forte impacto nas emoções ou sentimentos, tornando difícil ao indivíduo objectivar e verbalizar a sua condição (Blewett & Chwelos, 1959), sendo por isso difícil realizar uma entrevista. Dadas estas evidências este instrumento foi concebido de forma a um técnico, por observação de um indivíduo que esteja a atravessar uma experiência de crise relacionada com o uso de SPA, possa registar a presença de alterações no estado mental, nas suas diferentes dimensões

De facto, existem diferentes formas de organizar as dimensões do estado mental, dependendo do modelo teórico que serviu de base conceptual. No entanto, a informação que cada uma das dimensões tem é similar. Para a construção do MSEC, a forma como foi

explorado o estado mental baseou-se a partir da organização que Baños e Perpiña (2004) propõem, por ser de fácil acesso e compreensão, mas também por ser bastante atual de acordo com as últimas investigações na área da psicopatologia. Os mesmos autores ao proporem esta organização, procuram distinguir os diversos processos psicológicos e atividades mentais, que podem estar alterados num indivíduo.

Chegando a este ponto faremos em seguida, uma exploração das diferentes dimensões que constituem o instrumento. O objectivo principal deste exercício é o de compreender quais os processos psicológicos que cada dimensão avalia, e qual a relação que estes têm com o estado mental. Para tal, debruçar-nos-emos no contributo que diferentes autores fazem na interpretação das dimensões do estado mental.

De acordo com Baños e Perpiña (2004) através da dimensão *aparência, atitude e consciência da condição pessoal*, o observador pode formular primeiras hipóteses e tirar algumas ilações sobre o estado de humor, estado físico geral e cognitivo do paciente. Esta informação pode ser adquirida através do contacto ocular, postura e posição, nível de consciência que o paciente tem da sua própria condição, entre outras.

Segundo Trzepacz e Baker (2001) a forma como um indivíduo mantém o contacto ocular pode ser indicativo de confiança, ou em outros casos, quando este não é mantido, pode sugerir algum desconforto, timidez, negação de alguma situação ou emoção. De acordo com estes autores, a postura (braços cruzados, inclinado para a frente, etc.) e posição (deitado, sentado, ajoelhado, etc.) constituem uma informação não-verbal sobre o humor do indivíduo, que deverá ser integrada na informação geral do estado mental.

A dimensão do *comportamento psicomotor* permite a obtenção de indicadores como o nível de energia, consciência e atitude do indivíduo (Trzepacz & Baker, 2001). O ser humano ao executar determinados movimentos, isolados ou combinados, está a exprimir o seu modo de ser, o seu estado de espírito, a sua inteligência, a sua vontade, etc (Scharfetter, 1997).

A atividade motora pode variar desde a imobilidade total, à hiperatividade. Vários autores consideram que a imobilidade total ou parcial de algum membro do corpo tem de seu nome acinésia (Baños & Perpiña, 2004; Carvalho Teixeira, 2010; Pio de Abreu, 1997; Scharfetter, 1997; Trzepacz & Baker, 2001). Outro exemplo de imobilidade poderá ser a presença de catalepsia, cuja manifestação se dá pela perda momentânea e involuntária do tónus muscular (Baños & Perpiña, 2004; Scharfetter, 1997).

A presença de movimentos estereotipados, sem reação a estímulos exteriores (estupor), é característico de uma alteração de consciência e segundo Carvalho Teixeira

(2010) pode estar associado a um conjunto de perturbações mentais como esquizofrenia catatónica, depressões ou perturbações histriónicas.

Por oposição, os movimentos estereotipados podem traduzir-se ao que Trzepacz e Baker (2001) denominaram de automatismos, isto é, movimentos involuntários, inconscientemente iniciados, que por norma não têm qualquer objetividade ou finalidade, e que por vezes podem ser acompanhados de alguma bizarria. Estes movimentos podem apresentar diferentes formas, umas mais simples como lamber, morder os lábios, mover os pés, etc, ou mais complexas como as sincinesias, em que um indivíduo pode andar de quarto em quarto ou puxar botões (Pio de Abreu, 1997; Trzepacz & Baker, 2001).

Carvalho Teixeira (2010) refere que as estereotipias podem estar relacionadas com psicoses esquizofrénicas, estados maníacos, psicoses tóxicas (consumo de SPA), entre outras.

De acordo com Baños e Perpiña (2004) a exploração da *consciência, alerta, atenção e orientação* constituem uma mesma dimensão, apesar de terem especificidades diferenciadas, todas são dependentes entre si. Quando há uma alteração da consciência uma pessoa pode apresentar uma desorganização das suas capacidades cognitivas nomeadamente a atenção, percepção, memória, pensamento, motricidade e afetividade, sendo muito difícil a auto-descrição da sua condição (Baños & Perpiña, 2004).

Neste sentido, um dos sistemas que poderá estar alterado é o responsável pela vigília. Quando há uma diminuição da vigília, considera-se que um indivíduo está a experienciar um estado de hipovigilidade. Pio de Abreu (1997) sugere que neste estado a turvação ocorre quando um indivíduo perde a clareza, correspondendo à obnubilação uma ligeira sonolência e confusão, marcada por uma diminuição do processamento de estímulos internos e externos (Baños & Perpiña, 2004). Num patamar a seguir está o estado de supor, caracterizado por uma sonolência excessiva (Carvalho Teixeira, 2010). Num estado de estupor um indivíduo pode permanecer imóvel e silencioso, não demonstrando também reação à dor (Baños & Perpiña, 2004). Um grau mais intenso está o estado de torpor, frequentemente pré-comatoso (Pio de Abreu, 1997). Numa situação de coma o indivíduo apresenta uma total perda de consciência, de capacidade de reação, sensibilidade e destreza motora (Baños & Perpiña, 2004). A letargia pressupõe um estado de apatia e de sonolência, onde a dificuldade de articular um discurso se torna bastante marcada (Baños & Perpiña, 2004).

No outro extremo do sistema de vigília encontra-se o estado de hipervigilidade, caracterizado pelo excesso de conteúdo da consciência. Esta experiência envolve uma facilidade em pensar, expressar-se, podendo também gerar sentimentos de inspiração e

clareza, que no entanto não são integrados num todo coerente (Carvalho Teixeira, 2010). Diferentes autores apontam que este estado poderá ser observado em indivíduos com crises de ansiedade agudas, estados maníacos, início de surtos psicóticos, ou influência de SPA como anfetaminas, LSD (*Lysergic Acid Diethylamide*) e cocaína (Carvalho Teixeira, 2010; Pio de Abreu, 1997).

Ainda no campo do conteúdo da consciência, um indivíduo pode experienciar um estado crepuscular. Então o estado crepuscular é caracterizado por uma consciência restrita, em que a consciência está completamente centrada no tema e ação em curso, ocorrendo normalmente na sequência de fortes emoções, e pode ser acompanhado por alucinações, delírios, atenção diminuída e pensamento confuso (Baños & Perpiña, 2004; Pio de Abreu, 1997). Ilusões e alucinações são também muitas vezes associadas a estes estados alterados (Baños & Perpiña, 2004).

No que respeita aos sistemas de atenção, alerta e orientação, estes poderão estar alterados consoante o estado do indivíduo. Quando um indivíduo se encontra delirante, do ponto de vista de Baños e Perpiña (2004) as características que o definem são a desorganização do pensamento, alterações da percepção, e dificuldades em manter a atenção. Segundo Pio de Abreu (1997), a confusão está frequentemente relacionada com a turvação da consciência, afetando assim a clareza e coerência do pensamento, e é normalmente acompanhado por uma lenta capacidade perceptiva, dificuldades na atenção, concentração e pode também estar relacionada com estados de desorientação.

Relativamente à desorientação temporal, os indivíduos com alterações da consciência apresentam dificuldades em identificar a hora, dia, dia do mês, estação do ano e ano (Baños & Perpiña, 2004). Carvalho Teixeira (2010), considera também que um indivíduo pode apresentar alterações no tempo vivido, isto é, pode experienciar situações em que o tempo parece que não passa (Bradicronia), ou então situações em que o tempo parece que passa muito rápido (Taquicronia).

Já em termos de desorientação espacial a dificuldade passa na identificação do local onde se encontra (Baños & Perpiña, 2004). Scharfetter (2005) faz uma distinção entre 2 tipos de orientação espacial: orientação prática e orientação teórica. A orientação prática dá-se quando, por exemplo, um indivíduo consegue deslocar-se na sua própria casa, no entanto, se for questionado sobre o local onde se encontra ou cidade, não consegue responder, estando por isso desorientado teoricamente. O mesmo autor considera que a desorientação prática torna-se mais grave para a vida da pessoa. Por vezes, indivíduos com estados de consciência alterados podem deambular durante longos períodos de tempo, sem destino aparente (Baños & Perpiña, 2004).

A desorientação pessoal remete para o problema de autoidentificação, dos familiares, amigos e pessoas que lhe são próximas (Baños & Perpiña, 2004). Os estados alterados de consciência têm também uma forte influência na concentração. Há situações em que um sujeito pode estar num estado de hiperatenção, focando a sua capacidade de concentração meramente para determinados objetos particulares, situações ou estímulos (Baños & Perpiña, 2004). Inversamente está a falta de concentração ou distractibilidade, onde o indivíduo não se consegue focar em algo específico (Carvalho Teixeira, 2010). Baños e Perpiña consideram ainda que a falta de concentração pode não ser total, mas sim parcial, tendo o sujeito apenas dificuldade em manter-se concentrado.

A *linguagem e a fala*, são consideradas por Scharfetter (1997) os veículos da expressão e processamento do pensamento. A alteração da linguagem mais comum são as afasias, que através da qual o indivíduo perde a capacidade de compreender e expressar-se (Baños & Perpiña, 2004). Trzepacz e Baker (2001) consideram que as afasias são perturbações primárias da linguagem que produzem erros na gramática e na escolha de palavras. De acordo com Carvalho Teixeira (2010), as afasias estão relacionadas com lesões orgânicas cerebrais em que a expressão está ligada quase sempre a uma lesão na área de Broca, e a compreensão ligada a uma lesão na área de Wernicke. No entanto, Trzepacz e Baker (2001) sugerem que esta incapacidade não surge apenas por lesões cerebrais, podendo ocorrer devido à evolução de uma perturbação psiquiátrica como esquizofrenia, *delirium*, demência, entre outras. Quando esta incapacidade não é total o seu nome é denominado de disfasia (Baños & Perpiña, 2004). As alterações na articulação do discurso, relativas à fonética são as disartrias (Baños & Perpiña, 2004). Esta incapacidade para articular corretamente as palavras tem uma especial incidência na articulação de consoantes labiais e dentais (Carvalho Teixeira, 2010). O discurso de um indivíduo com alterações no estado mental pode variar relativamente à sua velocidade, ritmo e acentuação, tendo esta variação o nome de prosódia do discurso (Trzepacz & Baker, 2001). O comprometimento dos mecanismos de linguagem e fala poderão ser indicadores de alterações de consciência (Baños & Perpiña, 2004), e o acesso à forma como o indivíduo organiza o seu pensamento é mais difícil (Scharfetter, 1997).

Com a dimensão dos *processos de pensamento* é possível perceber o modo como o indivíduo organiza a realidade de si mesmo, e do mundo que o envolve (Scharfetter, 1997). Pensar é tornar o mundo previsível, e assim antecipar as ocorrências (Pio de Abreu, 1997). Para avaliar os processos de pensamento é necessário explorar a taxa, ritmo, fluxo e quantidade de fala, o tipo de verbalizações que o indivíduo utiliza, como domina os conceitos, como se expressa, como relaciona as perguntas com as respostas, etc (Trzepacz

& Baker 2001). As alterações no processo de pensamento podem organizar-se quanto à forma e conteúdo.

Relativamente à forma, um indivíduo pode apresentar uma desagregação de pensamento e fazer saltos aleatórios entre ideias, sem que haja uma relação entre elas, dando-se um descarrilamento de pensamento. Por esse motivo, Pio de Abreu (1997) compara este tipo de pensamento ao salto em cavalo, num jogo de xadrez. Quando não há uma associação lógica entre palavras e o discurso se torna inteligível, estamos presentes ao que Carvalho Teixeira (2010) denominou de incoerência do pensamento. Por vezes, um indivíduo pode exibir um aumento da velocidade do curso do pensamento, associado a uma excitação extrema (Fuga de ideias), que leva a que o pensamento perca coerência, e se torne confuso (Carvalho Teixeira, 2010). Segundo Trzepacz e Baker 2001 um bloqueio do pensamento ocorre quando um indivíduo se perde no meio de uma conversa, levando a uma pausa de alguns segundos para voltar ao discurso.

Quanto ao conteúdo, Carvalho Teixeira (2010) define ideias delirantes como *“falsos juízos que refletem fenómenos que aconteceram ou, então, deformações de acontecimentos que tiveram lugar”* (p. 108). Os delírios são experienciados como acontecimentos extraordinariamente reais (Pio de Abreu, 1997), que podem variar de muito bizarros a plausíveis e organizados (Trzepacz & Baker, 2001). As ideias obsessivas *“são pensamentos intrusivos, indesejados e desagradáveis, que não conseguem ser suprimidos pela vontade do doente”* (Trzepacz & Baker, 2001, p. 124). Em determinadas situações de extrema confusão e desorganização, pensamentos violentos poderão apoderar-se de um indivíduo, podendo constituir uma possível ameaça para o próprio ou para outros (Baños & Perpiña, 2004).

A *consciência do eu* é uma dimensão que retrata o modo como um sujeito se vê a si próprio, o mundo e a relação que tem com o mundo, num sistema que se vai construindo de uma forma relativamente estável, ao longo da vida (Baños & Perpiña, 2004). No entanto, a capacidade que um indivíduo tem em se ver, e compreender a relação que tem com os elementos exteriores a si, pode estar comprometida.

Baños e Perpiña (2004) sugerem que o indivíduo por vezes pode crer que as ações que desempenha não são iniciadas por si, mas sim por algo externo ao seu ser. Em outros casos, o indivíduo pode-se sentir fora de si, como se fosse irreal, experienciando um fenómeno de despersonalização, que frequentemente é acompanhado por uma experiência de desrealização, que ocorre quando um indivíduo interpreta a realidade exterior igualmente de forma irreal (Carvalho Teixeira, 2010). A desintegração acontece quando um sujeito não consegue emitir qualquer emoção face a um determinado acontecimento, já a dissociação

surge no momento em que o próprio se sente fora de si, como fosse capaz de observar-se na terceira pessoa (Baños & Perpiña, 2004). Por vezes, um indivíduo pode também experienciar uma sensação de que é outra pessoa, como se tivesse renascido (Baños & Perpiña, 2004). Outra situação que pode ocorrer é uma ligação muito forte com determinados objetos exteriores, como se fossem todos parte do mesmo ser, num determinado continuum (Baños & Perpiña, 2004). O modo como o indivíduo percebe o seu próprio corpo pode estar também comprometido (Baños & Perpiña, 2004).

A dimensão do *afecto e emoção* retrata o estado de humor, disposição, modo como um indivíduo se encontra, designando um conjunto de sentimentos, que podem variar na sua intensidade, expressividade e duração (Scharfetter, 1997). Estas variações podem gerar alterações nos estados emocionais e afetivos de uma pessoa.

Uma dessas alterações é a incontinência emocional, que segundo Carvalho Teixeira (2010) caracteriza-se pela perda de controlo na expressão emocional, em que o indivíduo não consegue parar de rir ou chorar. O mesmo autor sugere que em determinadas situações o estado emocional de um sujeito pode sofrer mudanças súbitas, havendo assim uma labilidade emocional. A rigidez afetiva ocorre quando um indivíduo demonstra uma inflexibilidade emocional, situação esta que é persistente independentemente da situação (Baños & Perpiña, 2004). Há momentos em que o indivíduo não consegue responder afetivamente e tem dificuldade em responder afetivamente às situações, como se fosse desprovido de sentimentos, demonstrando uma frieza afetiva (Baños & Perpiña, 2004; Carvalho Teixeira, 2010). Por outro lado, o indivíduo pode apresentar-se ansioso, deprimido, eufórico ou hostil/irritado (Baños & Perpiña, 2004).

As *funções fisiológicas* constituem uma dimensão que pode gerar alterações gerais no estado de um sujeito (Baños & Perpiña, 2004). Os padrões alterados de apetite e de ingestão de alimentos, de comportamento sexual, de energia e dor são indicadores importantes para o estado atual de um indivíduo (Baños & Perpiña, 2004).

As alterações do estado mental podem envolver qualquer uma destas dimensões. A manifestação sintomatológica depende do quadro clínico de um indivíduo, mas pode também estar relacionada com a vivência de uma determinada experiência.

Não cabe à presente dissertação explorar diferentes patologias, ou documentar as variadas experiências que podem gerar alterações no estado mental. O que será feito é uma análise particular de crise por uso de SPA que pode originar alterações no estado mental.

Neste sentido, será apresentado em seguida o conceito de crise centrado no uso de SPA, e alguns fatores que poderão desencadear este tipo de crise.

1.2 A crise psicadélica

De acordo com Kanel (2003) o conceito de crise apoia-se em três aspectos principais: (I) a existência de um evento precipitador; (II) dificuldade subjetiva causada pela percepção que um indivíduo tem do evento precipitador; (III) e o resultado de baixas capacidades de estratégias de *coping* para lidar com o problema. A mesma autora considera que a experiência de crise pode ocorrer a qualquer indivíduo e não tem que pressupor nenhum estado patológico por si só.

Quando a crise está associada ao uso de SPA podem-se assumir quatro dimensões: saúde, legal, psicológica e espiritual. Em termos de saúde, uma experiência de crise pode envolver situações de hospitalização, derivadas de ataques cardíacos, derrames cerebrais ou paragens do fígado (Kanel, 2003). A crise legal normalmente está relacionada com a posse, tráfico e consumo de SPA. A crise psicológica normalmente associa-se a estados intensos de depressão e ansiedade (Kanel, 2003), no entanto, em casos mais graves, pode originar psicoses crónicas (Grof, 1994). Relativamente à dimensão espiritual, a experiência de crise pode-se manifestar pela perda da consciência do eu, em que por exemplo, uma pessoa considera que já não é a mesma (Grof, 1994), ou então, pode traduzir-se pela sensação de contactar com entidades superiores (Carvalho, 2010).

O conhecimento que se tem acerca dos mecanismos que despoletam uma crise por uso de SPA são escassos. No entanto alguns autores apontam alguns factores que poderão estar associados a esta crise (Puente, 2009; Erowid.org, 2009; Ventura, 2008, cit. in Carvalho, 2010): condições ambientais (temperaturas elevadas durante o dia e baixas durante a noite, barulho continuado, padrões de sono desregulados, fracas condições para descansar, poeira, etc, ...); SPA adulteradas; falta de conhecimento na dosagem, efeitos, e interações com policonsumos; companhias inapropriadas durante a experiência psicadélica (perderem-se dos amigos, não terem ninguém com experiências prévias de uso de substâncias); variáveis pessoais (personalidade, experiências passadas problemáticas não resolvidas, diagnósticos psicopatológicos), entre outros.

Um tipo de crise por uso de SPA mais específico é a crise psicadélica. A crise psicadélica, mais conhecida como “*bad trip*”, acontece na maioria das vezes, devido à falta de controlo que o indivíduo tem da sua condição (Passie, Halpern, Stichtenoth, Emrich, Hintzen, 2008), podendo assumir diferentes formas e intensidades (Carvalho, 2010). Os sintomas mais comuns são a ansiedade, medo/pânico, disforia, paranoia, comportamentos psicóticos e/ou compulsivos, tristeza/depressão, comportamentos violentos, perda de controlo da mente, sensação de loucura, e de que tal evento não terá fim (Carvalho 2010; Johnson, Richards & Griffiths, 2008; Maps.org, 2008).

Como foi descrito, o uso de SPA em determinadas situações, resulta numa experiência de crise. Nestes casos, os efeitos da substância consumida podem levar a pessoa a sentir-se desconfortável, confusa, gerando uma sensação de desequilíbrio. No entanto, segundo Grof (1994), a utilização de SPA, nomeadamente LSD, em condições ideais tem um forte potencial e proporciona “*uma fantástica viagem à própria mente*” (p. 307).

Considerando estas diferentes interpretações, e tendo em conta que o objetivo principal deste instrumento é o de identificar alterações do estado mental devido ao efeito de SPA, tornou-se necessário para o presente estudo cruzar diferentes perspetivas que procuram dar o seu contributo a esta discussão. Neste sentido, passaremos a apresentar a perspectiva transpessoal/transcultural, para depois nos debruçarmos na perspectiva médica, sobre os efeitos das SPA no estado mental.

1.3 Da Perspectiva Transpessoal/Transcultural à Perspectiva Médica sobre os Efeito das Substâncias Psicoativas no Estado Mental.

Quando é introduzida a discussão sobre SPA, nomeadamente substâncias psicadélicas, normalmente estas são acompanhadas de argumentos controversos que geram alguma desconfiança nas comunidades científicas e não-científicas. Tal poderá ser explicado pela falta de conhecimento que as comunidades em geral têm sobre estes fenómenos, ou ao que Luís Fernandes designou de medo atávico sobre estes temas que acompanham os estilos de vida de muitas pessoas (cit. in, Carvalho, 2007).

Do ponto de vista de Grof (1994) a mudança drástica que houve na abordagem às SPA, iniciou-se a meio da década de 60, quando a utilização destas substâncias passaram das instituições psiquiátricas para a comunidade. Este movimento obrigou a um reajustamento no papel dos terapeutas, isto é, em vez destes continuarem as suas investigações e intervenções com o recurso SPA, passaram a ter de prestar cuidados às pessoas que utilizavam SPA de forma descontrolada, na comunidade (Grof, 1994). Neste sentido, o foco de atenção dos terapeutas recaiu nos perigos das SPA, e não nas suas potencialidades. Outro marco que veio “alimentar” o cepticismo que rodeia esta temática foi o movimento *hippie* que também caracterizou a década de 60. Durante este período, a utilização de SPA era característico dos seguidores deste movimento, estando associados os tais comportamentos de risco para a saúde dessa geração, assim como para as gerações futuras (Grof, 1994). Uma crítica que Grof (1994) faz aos investigadores dessa época, foi o facto destes terem permitido que a imagem das SPA fosse projetada pela comunicação social, em vez de ter sido destacada por investigações científicas, devidamente sustentadas. Por estas razões, anos de investigação em psicoterapia psicadélica foram descredibilizados

(Griffiths, Richards, McCann & Jesse, 2006; Grof, 1994), gerando um movimento de propaganda “*anti-droga*” (Grof, 1994), que veio contribuir para o surgimento de estereótipos, medos e mitos, sobre as SPA.

Independentemente dos avanços e recuos que esta discussão tem vindo a sofrer tanto na comunidade científica, como também na comunidade em geral, diferentes perspectivas continuam a dar o seu contributo, no sentido de proporcionar um maior conhecimento sobre os fenómenos de uso de SPA, e na compreensão dos efeitos que estas provocam no estado mental. As abordagens utilizadas como referência conceptual foram a transpessoal/transcultural e a médica.

A utilização de SPA em culturas indígenas com o propósito religioso, místico, transcendente, de ritual de passagem, ou mágico é difícil de precisar no tempo histórico, devido à sua antiguidade (Grof, 1994; Schultes, Hoffman & Rätsch, 2001, cit. in, Johnson et al., 2008). Diversas substâncias naturais ainda são utilizadas em diferentes locais no mundo, em cerimónias espirituais, que têm como objectivo a interação com entidades sobrenaturais (Llandrich, 2011), e a indução de estados alterados de consciência (Pahnke, 1963). Estas cerimónias são consideradas pelos seus participantes, como um meio de alcançar estados mais profundos de introspeção, sensibilização do consciente e produção de visões com grandes significados (Pahnke, 1963). Na América do Sul é utilizada a *ayahuasca*, no México são usados o *Peyote* (mescalina), as sementes *Morning Glory*, e os cogumelos mexicanos (psilocibina), em África a planta *iboga* (Grof, 1980). Estas substâncias alucinogénias são ingeridas em ambientes controlados (Schultes et al., 2001; Weil, 2004, cit. in, Johnson et al., 2008), e guiadas por líderes espirituais, denominados em muitas culturas como Xamãs (Llandrich, 2011). Os Xamãs, por norma, são figuras prestigiadas e estimadas de uma determinada população, responsáveis pela condução do ritual e de todos os preparativos necessários para o mesmo (Llandrich, 2011). Para o ritual ser apropriado é necessário que o indivíduo que vai ser submetido ao mesmo se encontre fisicamente limpo, espiritualmente puro, psicologicamente humilde, sincero, e esteja disposto a estar concentrado em alcançar estados de expansão da consciência (Slotkin, 1956, cit. in Pahnke, 1963).

Segundo Leary, Metzner e Alpert (1995) existem outras formas de expandir a consciência, para além destes rituais que implicam o uso de SPA, como o *yôga*, meditação e privação sensorial. Os mesmos autores defendem que as SPA apenas desencadeiam reações químicas que permitem uma abertura da mente, e libertam o sistema nervoso dos seus padrões normais de funcionamento. Zinberg (1986) defende que conceitos como *set* e *setting* são fundamentais para o desenvolvimento de uma experiência com SPA. O *set* refere-se ao conjunto de características psicológicas de um indivíduo que vão influenciar as

suas motivações, aspirações e atitudes face ao uso de SPA (Zinberg, 1986). Stolaroff (1993) considera que o *set* de um indivíduo é extremamente importante, pois este ao experienciar um estado alterado de consciência por indução de SPA, ao aceitar o seu estado poderá aprender com a emergência de conteúdos inconscientes, ou por outro lado, se resistir poderá sentir uma sensação de desconforto, e assim gerar uma *bad trip*, que num estado mais extremo poderá gerar episódios psicóticos. O *setting* refere-se ao ambiente físico e social em que ocorre a experiência com SPA, e inclui fatores como local, companhia e partilha de experiência (Zinberg, 1986). Este ambiente se for harmonioso, em contacto com a natureza, e acompanhado por alguém experimentado com o uso SPA que possa partilhar essa vivência, poderá constituir todas as bases para a obtenção de um estado transpessoal bastante enriquecedor (Stolaroff, 1993). Já a psicóloga transpessoal Vaughan (1983) defende que a utilização de SPA num ambiente desejável, em que estão reunidas as condições necessárias para uma boa experiência, permite que determinadas barreiras e resistências do consciente possam ser dissolvidas. Depois do seu contacto com SPA a percepção que tinha da realidade passou de um espectro de duas-dimensões, para um de três-dimensões (Vaughan, 1983). A sua atenção focou-se naquilo que desejava, tornando-a mais sensível na apreciação da música, arte, natureza e nas relações com os seres humanos, durante e depois da sua experiência psicadélica (Vaughan, 1983).

Reunidas as condições ideais para uma experiência psicadélica, os indivíduos podem alcançar estados de consciência vígil, ao que autores como Ludwig (1966) e mais tarde Dittrich (1996) chamaram de *“demarcação oceânica”, “caracterizada por uma dissolução de lógica, espaço, tempo, esquema corporal e limites, e que culmina numa vivência de fusão mística da dissolução e da unidade, acompanhada por sentimentos de felicidade e paz”* (cit. in Scharfetter, 1997, pp. 80-81).

Stanislav Grof (1994) considera ainda que a utilização de SPA tem uma forte influência na criatividade. De acordo com este autor, artistas que participaram em sessões de experimentação de LSD, experienciaram níveis de profunda inspiração, e alcançaram patamares elevados de originalidade e liberdade de expressão artística. Outro aspeto interessante de evidenciar é o impacto que estas substâncias podem ter no melhoramento da compreensão de determinadas doenças mentais, por parte dos técnicos de saúde. Stoll (1947) referiu que através da auto-experimentação de substâncias psicadélicas, os profissionais de saúde poderiam experienciar estados induzidos de psicoses, levando a que estes compreendessem melhor os seus pacientes psicóticos (cit. in Grof, 1994). Apesar destes estados induzidos não serem idênticos a episódios psicóticos, a experiência psicadélica por si só tem um determinado valor educacional (Grof, 1994).

A abordagem médica, ao contrário de outras, caracteriza o uso de substâncias psicotrópicas segundo os sintomas que estas geram no indivíduo. Estas substâncias provocam alterações no estado de consciência durante um período de tempo entre as 6 e 10h, consoante a dose administrada (Grof, 2009; Passie et al., 2008), via de administração, características individuais e grau de resistência psicológica (Grof, 2009). De uma forma geral, as alterações no estado mental podem ser organizadas em diferentes dimensões.

Relativamente ao comportamento psicomotor, os sintomas físicos mais comuns com o uso de SPA são a taquicardia, a midríase, taquipnéia, náuseas, salivação, bradicardia, tremores, sensação de garganta congestionada, dores de cabeça, aumento da pressão sanguínea, dilatação das pupilas, sudorese profusa ou diarreia (Blewett & Chwelos, 1959; Grof, 2009; Passie et al., 2008; Hollister, 1984, cit. in Llandrich, 2011;).

No que respeita a dimensão da consciência, alerta, atenção e orientação, as SPA podem provocar ilusões, percepções visuais intensificadas (Cohen, 1972, cit. in Llandrich, 2011), pseudo-alucinações visuais ou auditivas (Cohen, 1972, cit. in Llandrich, 2011; Passie et al., 2008; Blewett & Chwelos, 1959), alterações na percepção das cores e formas (Hollister, 1984, cit. in Llandrich, 2011), sinestésias (Passie et al., 2008; Hollister, 1984, cit. in Llandrich, 2011), sensação de paranóia (Blewett & Chwelos, 1959), o odor, textura, dor e sensação de equilíbrio podem também estar alterados (Blewett & Chwelos, 1959). A orientação temporal e espacial fica também comprometida (Passie et al., 2008; Cohen, 1972; Hollister, 1984; Ludwig, 1966, cit. in Llandrich, 2011, Grof, 2009). O tempo pode ser percebido como uma experiência que está a acontecer muito lentamente, no entanto o inverso também pode acontecer (Grof, 2009). Na dimensão espacial, os objetos podem ser percebidos como maiores ou mais pequenos, as distâncias distorcidas, levando a que o indivíduo se sinta perdido (Grof, 2009).

Em relação ao processo de pensamento, as substâncias psicotrópicas podem alterar a capacidade de raciocínio e juízo, afectando assim a tomada de decisão e resolução de problemas (Cohen, 1972, cit. in Llandrich, 2011), diminuem a distinção entre causa/efeito (Ludwig, 1966, cit. in Llandrich, 2011;). Experiências de desrealização e despersonalização podem acontecer (Cohen, 1972, cit. in Llandrich, 2011). Bloqueios e interrupções na linguagem são comuns (Cohen, 1972, cit. in Llandrich, 2011; Blewett & Chwelos, 1959; Grof, 2009).

Na dimensão emocional, o indivíduo pode sofrer algumas oscilações durante a sua experiência com SPA. Por um lado uma pessoa pode experienciar estados de euforia, caracterizados por risos involuntários, alegria exuberante, sensação de paz e serenidade, ou prazer (Grof, 2009). Por outro, um indivíduo pode atingir estados de ansiedade, levando a

uma sensação de pânico, tristeza, choro, melancolia, apatia, e por vezes, alguma agressividade (Grof, 2009).

1.4 Instrumentos de Avaliação de Estados Alterados de Consciência

Poucos são os instrumentos que têm como objetivo avaliar estados alterados de consciência induzidos por SPA. No entanto, existem alguns que procuram avaliar esses estados alterados de consciência, derivados de experiências subjetivas. Essas experiências subjetivas incluem a utilização de SPA, mas também estados de privação sensorial e influência de sons monocórdicos. Dittrich (1975) desenvolveu um questionário de auto-administração APZ (*Abnormal Mental States*), com o intuito de testar a hipótese de que independentemente do meio para alcançar estados alterados de consciência, é possível agrupar essas alterações em dimensões gerais relativamente estáveis (cit. in Studerus, Gamma & Vollenweider, 2010). Para testar esta hipótese Dittrich (1985, 1996) utilizou como grupo experimental um conjunto de indivíduos saudáveis, que voluntariamente foram submetidos a diferentes métodos de indução de estados alterados de consciência, num contexto controlado (cit. in Studerus et al., 2010). Após uma análise fatorial exploratória, o APZ passou a ser constituído por 158 itens dicotómicos distribuídos em três dimensões primárias e por uma dimensão secundária formada por 72 itens. As três primeiras dimensões denominaram-se de: OBN (*oceanic boundlessness*) que corresponde ao conjunto de experiências místicas; DED (*dread of ego dissolution*) que agrupa um conjunto de experiências negativas como desrealização, despersonalização, perda de controlo do pensamento e do corpo; VRS (*visionary restructuralization*), constituído por itens que procuram medir pseudo-alucinações visuais e mudanças na percepção. A dimensão secundária era constituída por itens gerais de alteração do estado mental (cit. in Studerus et al., 2010).

Bodmer, Dittrich, e Lamparter (1994) desenvolveram uma versão melhorada da APZ chamada OAV (*Altered States of Consciousness Rating Scale*). As grandes alterações contempladas nesta nova versão do instrumento deram-se ao nível da forma e conteúdo. Os modos de resposta passaram de uma escala binária para uma EVA (Escala Visual Analógica), os itens foram melhor organizados nas diferentes dimensões, e novos itens foram também introduzidos. Apesar de tanto o APZ como o OAV revelarem três dimensões primárias que agrupam sintomas de estados alterados de consciência, novas descobertas sugeriram a criação de mais duas dimensões, nomeadamente a AUA (*auditory alterations*) e a VIR (*vigilance reductions*). Devido a estas novas descobertas Dittrich, Lamparter e Maurer (2010) criaram um novo instrumento de seu nome 5D-ASC (*Five Dimensions of Altered States of Consciousness Questionnaire*) (cit. in Studerus et al., 2010).

De facto estes instrumentos de avaliação de alterações da consciência construídos e aperfeiçoados por Dittrich e colaboradores, permitem-nos perceber quais os efeitos que determinadas experiências subjetivas (particularmente experiências com o uso de SPA), têm na alteração do estado mental. No entanto, e tendo em conta os objetivos e contexto em que este projeto se enquadra, achamos que estes instrumentos não satisfaziam plenamente as necessidades do contexto em questão, como poderemos demonstrar em seguida.

Os indivíduos que solicitam apoio do KC estão a experienciar um estado de crise, normalmente relacionado com a utilização de SPA. Tendo em conta esta situação o método que tanto o OAV como o 5D-ASC utilizam, na nossa opinião não se adapta a esta realidade em que a avaliação de alterações no estado mental é efetuada. Tal deve-se ao facto destes instrumentos serem questionários de autoadministração, situação essa que poderá criar um constrangimento para quem está a experienciar um estado de crise, condicionando assim os resultados da avaliação do estado mental, fundamentais para uma intervenção em crise. Outra razão que nos levou a não utilizar estes instrumentos está relacionada com número extenso de itens que constituem cada um destes questionários (nº itens $\approx$ 230). O preenchimento de cada instrumento iria demorar muito tempo, e atendendo ao estado de crise do utente, dificilmente seria terminado. De facto estes instrumentos ao apresentarem uma escala visual analógica, permitem uma descrição mais minuciosa da vivência de um determinado sintoma. No entanto, a cotação dos resultados pela medição dos 100 milímetros, em instrumentos tão extensos como estes, iria levar algum tempo, e dessa forma condicionar uma intervenção em crise. O facto de não ter sido utilizado o *Mini-Mental State*, deveu-se a este apenas avaliar algumas dimensões do estado mental. Atendendo ao contexto específico em que este projeto se insere, era necessário um instrumento que permitisse a avaliação de uma maior variabilidade de dimensões que compõem o estado mental.

Recolhidas todas estas evidências, deparamo-nos com a escassez de instrumentos de avaliação do estado mental, que fossem capazes de detectar alterações do estado mental derivados de uma experiência de crise, e que ao mesmo tempo fossem capazes de garantir uma rigorosa e fácil aplicabilidade. No âmbito deste projeto foi criado de raiz um instrumento, com o qual nesta investigação se procuram fazer as primeiras análises psicométricas, baseadas na interpretação que a psicopatologia faz do estado mental, considerando também a noção de crise, mais particularmente a experiência de crise por utilização de SPA, que caracteriza o contexto em que o instrumento é aplicado, e diferentes perspetivas que procuram dar o seu contributo na interpretação dos efeitos que as SPA provocam no estado mental.

Com o recurso a uma metodologia quantitativa é expectável que os resultados alcançados com este estudo psicométrico demonstrem níveis significativos de consistência interna, e que o recurso a um grupo contrastante venha contribuir para a credibilização da construção deste instrumento de avaliação.

Passaremos então ao capítulo correspondente à metodologia utilizada nesta investigação.

CAPÍTULO 2 – METODOLOGIA

Neste capítulo pretendemos apresentar as opções metodológicas e os resultados resultantes desta investigação. Num primeiro momento faremos uma descrição dos objectivos, questões de investigação e hipóteses a que nos propusemos. Em seguida procedemos à caracterização da amostra, terminando com os procedimentos adoptados nesta investigação,

A presente investigação está inserida num conjunto de projetos que procuram contribuir para a avaliação da edição de 2010 do projeto KC. Neste sentido, faz sentido referir a existência de outros estudos, que embora tenham objetivos específicos distintos, partilham o mesmo objetivo geral: (I) o relatório KC, divulgado em 2011, cujos dados apresentam já um conjunto de indicadores da avaliação de processo (Carvalho et al, 2011); (II) a avaliação de um modelo de intervenção em crise, que apresenta indicadores sobre a eficácia de intervenção (Pinto de Sousa, 2012); (III) a avaliação de resultados do programa KC através de uma *checklist* do exame do estado mental¹, que apresentará resultados através da análise dos indicadores resultantes da avaliação do exame do estado mental dos utentes à chegada e à saída da intervenção.

Tendo em conta o contributo que este estudo procura dar ao projeto KC, passaremos à apresentação dos objetivos a que nos propomos. O objetivo geral desta investigação é o de contribuir para a validação de um instrumento de avaliação do estado mental – *Mental State Exam Checklist*. A partir do objetivo geral foram formulados quatro objetivos específicos que procuram alcançar a validação deste instrumento. Esses objetivos são: avaliar a consistência interna dos itens, distribuídos nas diferentes dimensões que compõem o instrumento; aplicar o instrumento a um grupo de indivíduos da população geral; avaliar a validade discriminante do instrumento, através da análise de diferenças entre o grupo KC e o grupo da população geral; examinar acordo inter-observadores durante a aplicação do instrumento ao grupo de indivíduos da população geral. Para auxiliar a concretização desses objetivos foram elaboradas as seguintes questões de investigação: Será que o instrumento avalia alterações do estado mental, de indivíduos que estão sobre o efeito de SPA? Será que existe coerência entre as respostas dos indivíduos a cada item que

¹ Este projeto está a ser desenvolvido no âmbito de uma Dissertação de Mestrado em Psicologia da Universidade Católica do Porto (UCP) pela mestranda Marta Rodrigues com a orientação da Prof. Doutora Raquel Matos e co-orientação da Mestre Maria Carvalho.

compõem o instrumento? A avaliação do estado mental no grupo da população geral assume os mesmos valores entre diferentes observadores?

As hipóteses que formulamos foram as seguintes: Os participantes do grupo *KC* apresentam mais alterações no estado mental, derivado a uma experiência de crise, do que os participantes do grupo da população geral; Não existem diferenças inter-observadores na aplicação do instrumento aos participantes do grupo da população geral.

2.1 Amostra

O grupo *KC* foi constituído por 60 homens e 25 mulheres, perfazendo assim um total de 85 participantes. A idade dos indivíduos que constituíram este grupo esteve compreendida entre os 18 e os 40 anos, sendo a idade média de 26.50 anos ($DP = 5.35$).

O grupo da população geral foi constituído por 34 homens e 47 mulheres, perfazendo assim um total de 81 participantes. A idade dos indivíduos que constituíram este grupo esteve compreendida entre os 18 e os 36 anos, sendo a idade média de 23.43 anos ($DP = 3.74$). Dos 81 participantes deste grupo 2 ainda frequentam o ensino secundário (2.5%), 59 têm uma licenciatura (72.8%) e 20 possuem o grau de Mestre (24.7%). No que respeita à ocupação 29 dos participantes deste grupo encontram-se empregados (35.8%), 3 estão desempregados (3.7%), 44 são estudantes (54.3%) e 5 são trabalhadores/estudantes (6.2%).

Os critérios de inclusão definidos para este grupo foram os seguintes (i) idades compreendidas entre os 18 e os 40 anos, (ii) os participantes não podiam estar sob o efeito de substâncias psicoativas (e.g. álcool, cannabis, cocaína, alucinogénios, etc), (iii) os participantes não podiam apresentar nenhum quadro psicopatológico ou condição médica que interfira com estado mental. Para averiguar se os participantes reuniam as condições necessárias para poderem fazer parte do grupo, apenas foi perguntado se estes se encontravam sob o efeito de alguma SPA, na altura da avaliação, ou se possuíam algum quadro clínico que pudesse interferir com o estado mental. É importante referir, que houve dois participantes que tiveram que ser excluídos, por estarem sob o efeito de álcool.

2.2 Instrumentos

Os instrumentos de avaliação utilizados neste estudo foram o Mental State Exam Checklist (MSEC) (Carvalho, Carvalho, Frango, Dias, Veríssimo & Llandrich, 2010) (Anexo1), e um guião de entrevista construído para ser aplicado ao grupo de controlo.

O MSEC foi concebido para avaliar o estado mental de indivíduos que estão sobre o efeito de SPAs. Neste instrumento o estado mental está organizado em 73 itens, distribuídos por 8 dimensões: (I) *aparência, atitude e consciência da condição pessoal*, (II) *comportamento psicomotor*, (III) *consciência, alerta, atenção e orientação*, (IV) *linguagem e discurso*, (V) *processo de pensamento*, (VI) *consciência do eu*, (VII) *emoção e afecto*, (VIII) *funções fisiológicas*, num total de 73 itens (Anexo). Estas dimensões foram inspiradas na organização que Baños e Perpiña (2004) fazem do estado mental.

A aplicação deste instrumento foi feita por observação do comportamento da pessoa avaliada, em que o avaliador apenas registou a presença ou não de alterações do estado mental. A sua duração dependeu do estado do indivíduo, no momento da avaliação. O instrumento, como foi construído em formato de *checklist* (sim ou não), a sua cotação assume apenas um carácter de verificação de possíveis alterações no estado mental.

O guião de entrevista foi criado com o objectivo de auxiliar a aplicação do MSEC ao grupo indivíduos da população geral (Anexo 2).

A entrevista foi organizada de forma a que o observador consiga avaliar diferentes dimensões do estado mental. Num primeiro momento, foram recolhidas informações sociodemográficas, nomeadamente a idade, habilitações literárias e profissão do entrevistado. De seguida, foi pedido ao entrevistado que dissesse a data e estação do ano correspondente ao momento da entrevista, para a avaliar a sua orientação temporal (item 29). A orientação espacial (item 30) foi medida através das questões *Em que cidade estamos* e *Em que andar deste edifício nos encontramos*. Para avaliar as dimensões *linguagem e discurso* (IV) e *processo de pensamento* (V) foram utilizadas as questões *pode-me descrever o que fez ontem desde que acordou até se ir deitar*, *descreva duas características positivas/negativas que o/a caracterizem*, *o que é que se imagina a fazer daqui a 2 anos*, e *tem algum sonho que gostaria de concretizar*.

As restantes dimensões (*aparência, atitude, consciência da condição pessoal* (I), *comportamento psicomotor* (II), *consciência do eu* (VI), *emoção e afecto* (VII) *funções fisiológicas* (VIII)), foram avaliadas ao longo da entrevista por observação do comportamento do entrevistado. A entrevista teve uma duração de aproximadamente 5 minutos.

2.3 Procedimentos

No presente estudo optámos por adoptar uma metodologia de cariz quantitativo, com o intuito de alcançar os objectivos a que nos propusemos.

De acordo com Almeida e Freire (2007), numa investigação experimental por vezes torna-se necessário recorrer a um grupo que nos sirva de comparação, quando pretendemos averiguar o impacto da variável independente. Neste sentido foram utilizados 2 grupos contrastantes: Um *grupo experimental* em que os indivíduos têm em comum o facto de estarem sobre o efeito de substâncias psicoativas; e um grupo de controlo, em que os indivíduos, por oposição, não estão sobre o efeito de substâncias psicoativas. Com a criação destes grupos é suposto que estes “*se situem nos extremos da distribuição dos resultados na variável a tomar*” (Almeida & Freire, 2007, p. 125).

A análise dos resultados destes grupos, irá determinar em que medida o instrumento avalia as dimensões pretendidas, contribuindo assim para a validade de constructo (Moreira, 2004). Um dos objectivos da ciência é o de, através da investigação, gerar conhecimento sobre uma determinada temática. Assim, quando se seleciona uma amostra, espera-se que esta seja representativa de uma população, e que os resultados obtidos sejam generalizáveis para a mesma (Moreira, 2004). No entanto, para um instrumento com um número elevado de itens é aconselhável uma amostra de 300 indivíduos, e um número mínimo de 10 sujeitos por item, para que seja representativa da população (Almeida & Freire, 2007). Neste estudo, tais condições não se reúnem, pois o *n* é inferior ao recomendado (*n* total é de 85). Por este motivo, esta investigação assume apenas um carácter contributivo para a validação deste instrumento de avaliação.

2.3.1 Recolha de Dados

A recolha de dados para a presente investigação teve dois momentos distintos.

A primeira parte ocorreu entre 18 e 25 de Agosto de 2010, durante um grande festival de música electrónica, de seu nome *Boom Festival*, no âmbito do projeto de investigação *KC*. Os intervenientes do grupo *KC* foram os participantes do festival que solicitaram os serviços da equipa de intervenção do próprio *KC*. Quando o utente chegava ao *KC*, era abordado por um terapeuta que o reencaminhava para um *dorm*². O terapeuta tinha o auxílio de um secretário que pertencia à equipa do *KC*, e conjuntamente faziam a recolha dos dados. As primeiras informações recolhidas foram as correspondentes ao instrumento VRFA. Em seguida, foi preenchido o MSEC. Após esta primeira fase de recolha, o terapeuta preencheu o instrumento IF, ao longo de toda a intervenção. No momento de

² Dentro do recinto do *KC* foram construídos cerca de 12 *dorms* de forma a assegurar privacidade ao processo de intervenção de cada caso. Procurou-se ao máximo que este espaço fosse um ambiente confortável que promovesse o descanso e desprovido de estímulos sensoriais que pudessem dificultar o processo.

saída do KC, foi pedido ao utentes que respondesse ao instrumento VFF, contudo houve situações em que tal não foi possível, pois o utente abandonou o KC, sem que tivesse havido oportunidade de apresentar este instrumento. Após o utente ter abandonado o KC foi pedido ao terapeuta que preenchesse de novo o MSEC, e o VRFD. No entanto essa recolha nem sempre foi possível, devido à afluência dos utentes ao programa, situação essa que fez com que os terapeutas não tivessem tempo para completar os instrumentos.

A segunda parte da recolha de dados teve início no mês de Março e fim em Maio de 2012. Num primeiro momento foi efectuada uma entrevista com duas voluntárias, com o objectivo de testar o guião. Esta entrevista foi filmada e apresentada aos orientadores, que o aprovaram. Depois da aprovação estabeleceram-se os contactos com os participantes. O método de amostragem adoptado foi o de conveniência. Apesar deste tipo de amostragem não garantir possíveis generalizações para a população, tem a vantagem de ser rápido e fácil (Almeida & Freire, 2007). Neste sentido a amostra da população geral é constituída por indivíduos que pertencem à rede social do investigador. Tendo em conta esta realidade foram efectuados telefonemas aos participantes, onde foram apresentados e explicados os objectivos, a metodologia, os critérios de inclusão e exclusão, solicitando assim a sua participação nesta investigação. Após a apresentação procedeu-se à marcação da data e local da entrevista, consoante a disponibilidade de ambas as partes.

No momento de recolha dos dados, foram recordados os conteúdos apresentados no primeiro contacto e foi também preenchida a ficha de consentimento informado (Anexo 3), assegurando a confidencialidade e anonimato por parte do participante. É ainda importante referir que foi solicitada a autorização para a gravação da entrevista em formato de vídeo, e explicado o seu motivo. Os locais onde se efetuaram as entrevistas variaram consoante a disponibilidade do participante, assim como a do investigador. No entanto todas as entrevistas foram feitas em ambientes calmos e pelo investigador deste estudo.

2.3.2 Análise e Tratamento de Dados

Os dados recolhidos nas amostras foram analisados segundo uma abordagem metodológica de cariz quantitativo. O programa utilizado para a análise e tratamento dos dados foi o IBM® SPSS® Statistics versão 20.0.

Para avaliar a *consistência interna* deste instrumento o procedimento estatístico adoptado foi o cálculo dos valores *Alpha de Cronbach* em cada dimensão do instrumento, como também na sua totalidade. Segundo Pestana e Gageiro (2005), o *Alpha de Cronbach* é uma das medidas mais utilizadas para calcular a *consistência interna*. Os valores de α variam entre 0-1, e quanto mais estes se aproximam de 1, maior é a *consistência interna*.

A validade de constructo deste instrumento foi avaliada através da comparação entre os resultados obtidos nas duas amostras. Para tal foi utilizado um teste de diferenças, mais especificamente o Teste t para Amostras Independentes.

Outro método utilizado para contribuir para a validação deste instrumento foi o recurso a um segundo observador, tendo em vista analisar os níveis de acordo inter-juízes, que constitui um indicador relevante da fidelidade do instrumento (Almeida & Freire, 2007). Através da gravação da sessão um segundo observador fez o preenchimento do instrumento. Tendo em conta que total de vídeos foi de 81, o segundo observador apenas visualizou 20% desses, o que corresponde a um total de 16 vídeos. A seleção dos vídeos foi feita de modo aleatório. Posteriormente foram comparados os resultados obtidos, por parte dos 2 observadores, com a finalidade de calcular o nível de concordância entre ambos.

CAPÍTULO 3 – RESULTADOS

No presente capítulo faremos a apresentação dos resultados alcançados pelo recurso a diferentes instrumentos de análise estatística. A forma como estruturamos a apresentação dos resultados segue a ordem dos objetivos propostos para esta investigação. Num primeiro momento iremos apresentar os valores das médias e desvio padrão dos sintomas que constituem cada dimensão, e depois debruçar-nos-emos nos itens do estado mental mais e menos frequentes no grupo *KC*. Seguidamente apresentaremos os valores de *alpha de Cronbach* obtidos, que nos permitem averiguar a consistência interna dos itens, distribuídos nas diferentes dimensões do instrumento. Ainda nesta parte inicial destacaremos os itens do estado mental mais e menos frequentes no grupo *KC*. Em seguida, faremos a apresentação dos resultados relativos ao Teste T para amostras independentes, utilizado para averiguar as diferenças entre o grupo *KC* e o grupo da população geral, contribuindo assim para a validade discriminante do instrumento. Por último enunciaremos os resultados do acordo inter-observadores.

É importante referir que toda a análise estatística apenas contempla a informação recolhida com cada participante. Por esse motivo a amostra do grupo *KC* varia no seu *n* devido à existência de não respostas (*missing values*).

3.1 Estatística Descritiva

Passaremos a relatar os resultados médios de sintomas e desvio padrão, dos participantes do grupo *KC*, obtidos em cada uma das dimensões, e os valores totais das dimensões que constituem este instrumento (Tabela 1).

As dimensões em que os participantes do grupo *KC* apresentaram em média um maior número de sintomas foram: *Consciência, Alerta, Atenção e Orientação; Processo de Pensamento; Emoção e Afecto; Aparência, Atitude e Consciência da Condição Pessoal; Comportamento Psicomotor.*

Relativamente às dimensões em que os participantes do grupo *KC* manifestaram em média um menor número de sintomas foram: *Linguagem e Discurso; Consciência do Eu; Funções Fisiológicas.*

Tabela 1. Valores da Média e Desvio Padrão das dimensões do MSEC

Dimensões	Média	Desvio Padrão
Aparência, Atitude e Consciência da Condição Pessoal	1.04	1.27
Comportamento Psicomotor	1.00	1.64
Consciência, Alerta, Atenção e Orientação	2.49	3.23
Linguagem e Discurso	0.71	0.86
Processo de Pensamento	1.53	2.29
Consciência do Eu	0.53	0.90
Emoção e Afecto	1.50	1.38
Funções Fisiológicas	0.42	0,60
Total	8,78	9,17

Considerando todos os itens que se distribuem nas 8 dimensões do instrumento, destacaremos os sintomas que foram mais frequentes na população do grupo KC. Estes sintomas são apresentados com mais detalhe na tabela 2.

Dos 76 participantes em que foi registada a informação face ao item *Ansiedade* (M1_P7_67), 44 apresentaram este sintoma, correspondendo a uma percentagem de 57.9%. Relativamente ao sintoma *Perturbado/Aterrorizado* (M1_P1_5), dos 81 indivíduos em que foi registada a informação deste item, 28 manifestaram este sintoma, equivalendo a uma percentagem de 34.1%. No que respeita ao sintoma *Alteração do Pensamento/Percepção/ Desorientação/Atenção/Concentração* (M1_P3_24), dos 78 indivíduos em que foi recolhida a informação sobre este item, 25 apresentaram este sintoma, correspondendo a uma percentagem de 32.1%. Dos 76 participantes em que foi registada a informação sobre o item *Sonolência/Confusão* (M1_P2_20), 19 apresentaram este sintoma, equivalendo a uma percentagem de 25%. Em relação ao sintoma presença de *Ideias Persistentes/Intrusivas/Impulsivas*, dos 76 indivíduos em que foi registada informação sobre este item, 18 manifestaram este sintoma, correspondendo a uma percentagem de 24%. Dos 75 participantes em que foi registada a informação sobre o item *Falador*

(M1_P4_43), 18 apresentaram este sintoma, equivalendo a uma percentagem de 24%. Relativamente ao sintoma *Hiperatividade/Agitação* (M1_P2_12), dos 81 indivíduos em que foi registada a informação sobre este item, 19 manifestaram este sintoma, correspondendo a uma percentagem de 23.5%.

Tabela 2. Sintomas mais frequentes das dimensões do MSEC

Sintomas (código)	Frequência	Percentagem Válida
Ansiedade (M1_P7_67):		
Sim	44	57.9
N	76	100
Perturbado/Aterrorizada (M1_P1_5):		
Sim	28	34.1
N	81	100
Alteração do Pensamento/Percepção /Desorientação/Atenção/Concentração (M1_P3_24):		
Sim	25	32.1
N	78	100
Sonolência/Confusão (M1_P2_20):		
Sim	19	25
N	76	100
Ideias Persistentes/Intrusivas/Impulsivas (M1_P5_52):		
Sim	18	24
N	75	100
Falador (M1_P4_43):		
Sim	18	24
N	75	100
Hiperatividade/Agitação Física (M1_P2_12):		
Sim	19	23.5
N	81	100

Tendo em conta os 73 itens que constituem este instrumento, apresentaremos os sintomas menos frequentes na população do grupo KC (Tabela 3).

Em relação ao sintoma *Comportamento Sexual Alterado* (M1_P8_72), dos 72 participantes em que foi registada a informação sobre este item, apenas 1 indivíduo apresentou este sintoma, correspondendo a 1.40%. No que diz respeito ao sintoma *Pensamentos Violentos com os Outros* (M1_P5_52), dos 75 indivíduos em que foi registada a informação sobre este item, apenas 1 participante manifestou este sintoma, equivalendo a uma percentagem de 1.30%. Dos 76 participantes em que foi registada a informação sobre o item *Amnésia* (M1_P3_26), apenas 1 indivíduo apresentou este sintoma, correspondendo a 1.30%. Relativamente ao sintoma *Imobilidade* (M1_P2_9), dos 80 participantes em que foi

registada a informação sobre este item, apenas 1 indivíduo apresentou este sintoma, correspondendo a 1.30%.

Tabela 3. Sintomas menos frequentes das dimensões do MSEC

Sintomas (código)	Frequência	Percentagem Válida
Comportamento Sexual Alterado (M1_P8_72)		
Sim	1	1.4
N	72	100
Pensamentos Violentos com os Outros (M1_P5_52)		
Sim	1	1.3
N	75	100
Amnésia (M1_P3_36)		
Sim	1	1.3
N	76	100
Imobilidade (M1_P2_9)		
Sim	1	1.3
N	80	100

3.2 Consistência Interna

Em seguida faremos a apresentação dos resultados relativos aos valores obtidos de *Alpha de Cronbach*, em cada uma das dimensões do MSEC, assim como os valores do total das dimensões que constituem este instrumento (Tabela 4).

O valor de *alpha* na dimensão *Aparência, Atitude e Consciência da Condição Pessoal* é de 0.60, num total de 6 itens. Relativamente à dimensão *Comportamento Psicomotor* o *Alpha* assume um valor de 0.76, num total de 13 itens. No que diz respeito à dimensão *Consciência, Alerta, Atenção e Concentração* o valor de *Alpha* é de 0.79, num total de 20 itens. Já na dimensão *Linguagem e Discurso* o valor de *Alpha* é de 0.17 num total de 5 itens. Na dimensão *Processo de Pensamento* o *Alpha* assume um valor de 0.83, num total de 10 itens. O valor de *Alpha* na dimensão *Consciência do eu* é de 0.45, num total de 8 itens. Relativamente à dimensão *Emoção e Afecto* o *Alpha* é de 0.50, num total de 8 itens. Na dimensão *Funções Fisiológicas* o valor de *alpha* é de 0.14, num total de 3 itens. A avaliação da consistência interna global, com inclusão dos 73 itens que constituem este instrumento aponta para um nível de *alpha* de 0.92.

Tabela 4. Valores de Alpha de Cronbach das dimensões do MSEC

Dimensões	Alpha de Cronbach	N de Itens
Aparência, Atitude e Consciência da Condição Pessoal	0.60	6
Comportamento Psicomotor	0.76	13
Consciência, Alerta, Atenção e Orientação	0.79	20
Linguagem e Discurso	0.17	5
Processo de Pensamento	0.83	10
Consciência do Eu	0.45	8
Emoção e Afecto	0.50	8
Funções Fisiológicas	0.14	3
Total	0.92	73

3.3 Diferenças entre o Grupo *Kosmicare* e o Grupo da População Geral

Neste momento faremos a apresentação dos resultados relativos ao Teste *t* para amostras independentes (Tabela 5).

Relativamente à dimensão *Aparência, Atitude e Consciência Pessoal*, existem diferenças significativas entre os participantes do grupo *KC* e o grupo da população, $t(81) = 7.38$, $p = 0.00$. Os indivíduos do grupo *KC* relatam um maior número de sintomas face à dimensão *Aparência, Atitude e Consciência da Condição Pessoal*, do que os do grupo da população geral. No que respeita a dimensão *Comportamento Psicomotor*, existem diferenças significativas entre o grupo *KC* e o grupo da população geral, $t(80) = 5.50$, e $p = 0.00$. Os indivíduos do grupo *KC* relatam um maior número de sintomas face à dimensão *Comportamento Psicomotor*, do que os do grupo da população geral. Na dimensão *Consciência, Alerta, Atenção e Orientação*, existem diferenças significativas entre o grupo *KC* e o grupo da população geral, $t(78) = 6.85$, e $p = 0.00$. Os indivíduos do grupo *KC* relatam um maior número de sintomas face à dimensão *Consciência, alerta, atenção e orientação*, do que os do grupo da população geral. Na dimensão *Linguagem e Discurso*, existem diferenças significativas entre o grupo *KC* e o grupo da população geral, $t(76) =$

7.32, e $p = 0.00$. Os indivíduos do grupo *KC* relatam um maior número de sintomas face à dimensão *Linguagem e Discurso*, do que os do grupo da população geral. Em relação à dimensão *Processo de Pensamento*, existem diferenças significativas entre o grupo *KC* e o grupo da população geral, $t(76) = 5.87$, e $p = 0.00$. Os indivíduos do grupo *Kosmicare* relatam um maior número de sintomas face à dimensão *Processo de Pensamento*, do que os do grupo da população geral. Relativamente à dimensão *Consciência do Eu*, existem diferenças significativas entre o grupo *KC* e o grupo da população geral, $t(75) = 5.09$, e $p = 0.00$. Os indivíduos do grupo *KC* relatam um maior número de sintomas face à dimensão *Consciência do Eu*, do que os do grupo da população geral. Na dimensão *Emoção e Afecto*, existem diferenças significativas entre o grupo *KC* e o grupo da população geral, $t(75) = 9.47$, e $p = 0.00$. Os indivíduos do grupo *KC* relatam um maior número de sintomas face à dimensão *Emoção e Afecto*, do que os do grupo da população geral. No que respeita à dimensão *Funções Fisiológicas*, existem diferenças significativas entre o grupo *KC* e o grupo da população geral, $t(71) = 5.70$, e $p = 0.00$. Os indivíduos do grupo *KC* relatam um maior número de sintomas face à dimensão *Funções Fisiológicas*, do que os do grupo da população geral. Relativamente ao total de todas as dimensões, existem diferenças significativas entre o grupo *KC* e o grupo da população geral, $t(81) = 8.67$, e $p = 0.00$. Os indivíduos do grupo *KC* relatam um maior número de sintomas face ao total de todas as dimensões, do que os do grupo da população geral.

Tabela 5. Diferenças entre os participantes do grupo Kosmicare e o grupo da População Geral ao nível das dimensões do MSEC

Dimensões	Kosmicare Média (DP) (n)	População Geral Média (DP) (n)	t (df)
Aparência, atitude e			
consciência da	1.04 (1.27) (82)	0(0) (81)	7.38* (81)
condição pessoal			
Comportamento			
psicomotor	1.00 (1.64) (81)	0(0) (81)	5.50* (80)
Consciência, alerta,			
atenção e orientação	2.49 (3.23) (79)	0(0) (81)	6.85* (78)
Linguagem e			
discurso	0.71 (0.86) (77)	0(0) (81)	7.32* (76)
Processo de			
pensamento	1.53 (2.29) (77)	0(0) (81)	5.87* (76)
Consciência do eu	0.53 (0.90) (80)	0(0) (81)	5.09* (75)
Emoção e afecto	1.50 (1.38) (76)	0(0) (81)	9.47* (75)
Funções fisiológicas	0.42 (0.60) (76)	0(0) (81)	5.70* (71)
Total	8.78 (9.17) (82)	0(0) (81)	8.67* (81)

*p< .05

3.4 Acordo Inter-observadores na Aplicação do Instrumento ao Grupo da População Geral

No que diz respeito aos valores do acordo inter-observadores da aplicação do instrumento ao grupo da população geral, este é de 100%. Seleccionando 20% dos vídeos dos participantes do grupo da população geral de forma aleatória, de um total de 81, verificou-se que a avaliação do estado mental por parte do observador 1 e por parte do observador 2 coincidia na sua totalidade. Ambos os observadores constataram que no grupo da população geral não se registaram alterações do estado mental, em nenhuma das dimensões que constituem este instrumento de avaliação.

CAPÍTULO 4 – DISCUSSÃO

Para averiguar se os objetivos a que nos propusemos foram alcançados, faremos em seguida uma análise detalhada dos resultados alcançados neste estudo.

Iniciaremos esta discussão analisando os sintomas que foram mais frequentes nos nossos participantes do grupo *KC*. Este exercício é importante para o presente estudo, pois através do mesmo poderemos obter informações relevantes, que nos façam ponderar uma diferente organização dos itens, tornando o instrumento mais consistente.

O item correspondente ao sintoma de *Ansiedade* foi aquele em que verificámos um valor mais expressivo do ponto de vista percentual. Vários estudos vêm demonstrar que a ansiedade está muito associada ao uso de SPA. Um estudo desenvolvido por Hasler, Grimberg, Benz, Huber e Vollenweider (2003) sobre os efeitos psicológicos e físicos da psilocibina em humanos saudáveis, veio mostrar que doses elevadas e médias desta substância levam a acentuados níveis de ansiedade. Ricaurt e McCann (2005) num estudo de revisão que fizeram sobre a utilização de novas SPA em contexto recreativo, evidenciou que substâncias como o MDMA e a *Ketamina* provocam sintomas de taquicardia e aumento de temperatura corporal, levando a uma experiência de ansiedade. O estudo sobre a avaliação de um modelo de intervenção em crise no uso de SPA (Pinto de Sousa 2012), que se insere no âmbito do projeto que enquadra a presente investigação, demonstrou que a ansiedade é o sintoma transversal à utilização de todas as SPA. Outra questão que nos faz refletir sobre estes elevados valores de ansiedade está relacionada com o próprio contexto de um grande festival internacional de música electrónica. Neste sentido, ocorreram situações geradoras de ansiedade em que foi pedida a colaboração dos serviços do *KC*, e que não tinham necessariamente que estar relacionadas com o consumo de SPA, tais como a perda de bens valiosos (dinheiro, documentos), roubos, testes de gravidez, entre outros.

O item que se seguiu em termos percentuais de frequência foi o *Perturbado/Aterrorizado*. O mesmo estudo proposto por Ricaurt e McCann (2005) sugere que elevadas quantidades de *Ketamina* poderão originar sensações desagradáveis, e um medo muito grande de morte. Apesar deste item estar incluído numa dimensão do instrumento distinta do item ansiedade, acreditamos que existe uma relação muito significativa entre ambos. Tal deve-se ao facto de sintomas de terror e sensação desagradável serem sintomas característicos de uma experiência de ansiedade.

No que diz respeito ao item *Alteração do Pensamento/Percepção/Desorientação/Atenção/Concentração*, um estudo desenvolvido por Umbricht et. al (2003), veio comprovar que o consumo de psilocibina tem interferência na capacidade de um indivíduo focar a sua atenção num determinado objeto durante algum

tempo, e que a atenção espacial fica também comprometida. Heiman (1994) através de uma revisão de estudos fenomenológicos e psicológicos, demonstrou que substâncias alucinogénias provocam uma alteração na percepção do tempo (cit. in Wittman et al., 2006).

Em relação ao item *Sonolência/Confusão* a interpretação que fazemos deste resultado específico está relacionada com a duração do festival em que este estudo foi feito. Tendo em conta que a sua duração é de uma semana, acreditamos que estes sintomas poderão manifestar-se devido à exposição que um indivíduo tem, a fatores como o consumo de SPA e poucas horas de descanso. Segundo Safer (1970), a privação de sono derivada do consumo de *LSD*, leva a intensas reações psicológicas. Por estes motivos, o aparecimento de sintomas como sonolência e confusão no momento de avaliação do estado mental são espectáveis.

Relativamente ao item referente a *Ideias Persistentes/Intrusivas/Impulsivas*, de acordo com Cohen (1972) o consumo de *LSD* e outras substâncias alucinogénias, pode originar um conjunto de ideias persistentes, em que o sujeito tem dificuldade em transmiti-las e fundamentá-las (cit. in Llandrich, 2011).

No que respeita ao item *Falador*, acreditamos que a sua presença poderá estar relacionada com sensação de euforia, e pelo facto de o indivíduo querer relatar a experiência que está a vivenciar. Segundo o estudo de Hasler et al., (2003) a experimentação de substâncias como a psilocibina poderá gerar um estado de euforia, derivado de uma sensação de experiência única transcendente, como se o indivíduo tivesse alcançado uma revelação divina (Ludwig 1966, cit. in Llandrich, 2011).

Relativamente ao item *Hiperatividade/Agitação Física*, substâncias como o MDMA, e *Ketamina* consumidas em doses elevadas podem gerar níveis elevados de agitação motora, e Hiperexcitabilidade (Ricaurt e McCann 2005).

Passaremos agora para a discussão dos sintomas que apresentaram os valores mais baixos de frequência referentes aos participantes do grupo KC. Para o presente estudo esta análise faz sentido, pois permite-nos averiguar a possibilidade de excluir determinados itens, pelo facto de estes se manifestarem apenas por um número reduzido de participantes que estão a experienciar uma situação de crise. No entanto, optámos somente por sinalizar esses itens, devido à nossa amostra ser reduzida, o que nos impossibilita de tirar conclusões definitivas a esse respeito. Então, os itens a que nos referimos são o *Comportamento Sexual Alterado*, *Pensamentos Violentos com os Outros*, *Amnésia* e a *Imobilidade*. Com o aumento da nossa amostra, que pretendemos conseguir com recolhas de dados futuras, poder-se-á ponderar a eliminação destes itens, caso se venha a confirmar os resultados obtidos neste estudo. Esta nova reestruturação, possibilitará a obtenção de

um instrumento mais acessível em termos da sua aplicabilidade, mantendo o seu rigor e fiabilidade.

Neste momento faremos a análise dos valores de *Alpha de Cronbach* obtidos em cada dimensão do instrumento e na sua totalidade. Estes valores vão permitir-nos averiguar a consistência interna, isto é, a coerência existente entre as respostas dos sujeitos a cada um dos itens que constituem esta prova (Almeida & Freire, 2007).

Relativamente à dimensão *Aparência, Atitude e Consciência da Condição Pessoal*, o valor de *Alpha de Cronbach* é de 0.60. Segundo Devellis (1991) índices de consistência interna que se situem entre um intervalo de 0.60 e 0.65, são indesejáveis (cit. in Almeida & Freire, 2007). Ao analisarmos outras dimensões do instrumento encontramos 4 delas que apresentam valores abaixo de 0.60. São estas a dimensão *Linguagem e Discurso* em que o *Alpha* é de 0.17, a *Consciência do Eu* em que o valor de *Alpha* é de 0.45, a dimensão *Emoção e Afecto* em que o *Alpha* é de 0.50, e a dimensão *Funções Fisiológicas* em que o *Alpha* assume um valor 0.14. Índices de consistência que se encontrem abaixo dos 0.60 são inaceitáveis (Devellis, 1991, cit. in Almeida & Freire, 2007). Várias são as razões que podem justificar estes baixos valores de consistência interna nas dimensões anteriormente referidas. Uma das hipóteses que colocamos que pode explicar estes valores está relacionada com a construção do próprio instrumento, mais especificamente na distribuição dos itens nas diferentes dimensões. Este instrumento teve como base conceptual a interpretação que a psicopatologia faz do estado mental. Neste sentido, os itens organizam-se segundo dimensões do estado mental. Em cada uma destas dimensões existem itens que se podem considerar opostos, como por exemplo, na dimensão *Emoção e Afecto* em que um dos itens corresponde ao sintoma de depressão e outro ao de euforia. Assim, no momento da avaliação do estado mental, o indivíduo ou apresenta sintomas de depressão ou de euforia. Por este motivo, o grau de uniformidade existente entre as respostas dos sujeitos a cada item destas dimensões tenderá a ser reduzido, contribuindo dessa forma para valores de consistência interna abaixo dos desejados.

De acordo com Almeida e Freire (2007), os valores altos de índice de consistência interna dependem do número de itens que constituem uma determinada prova. Quanto maior for o número de itens, maior será a probabilidade de se obter bons valores de consistência interna. O facto de nas dimensões em que se registaram baixos valores de *Alpha* o número de itens ser baixo, poderá ser um indicador a ter em conta nesta justificação. Outro dado que poderá ser considerado para a interpretação destes valores insatisfatórios de consistência interna nestas dimensões são os baixos valores de desvio padrão que estas apresentam. Segundo Coaley (2010), quanto maiores forem os valores de desvio padrão menores serão as discrepâncias nas respostas aos itens, por parte dos

sujeitos. Almeida e Freire (2007) evidenciam mais dois fatores que interferem na fidelidade destes resultados. Estes valores estão relacionados com quem faz a avaliação, sendo que neste estudo em concreto se trate de uma hetero-avaliação. Um dos fatores é o chamado *efeito de halo*, em que o avaliador externo faz uma avaliação dos itens de forma muito semelhante, ou as respostas aos primeiros itens servem de referência para as respostas que se seguem. O fator que se segue é o *erro de contrastação*, que ocorre quando o avaliador faz uma avaliação por oposição a si próprio.

Analisando as restantes dimensões os resultados obtidos revelaram níveis de consistência interna mais favoráveis. São os casos das dimensões *Comportamento Psicomotor* em que o valor de *Alpha* é de 0.76, *Consciência, Alerta, Atenção e Orientação*, em que *Alpha* é de 0.79, e *Processo de Pensamento* em que o valor de *Alpha* é de 0.83. Segundo Anastasi (1988) e Bartram (1995), o valor de *Alpha* mínimo para que uma dimensão seja considerada aceitável do ponto de vista da sua consistência interna é de 0.70 (cit. in Coaley, 2010). Devellis (1991), por sua vez, considera que os valores de *Alpha* compreendidos no intervalo entre 0.70 e 0.80 são respeitáveis, e os compreendidos entre 0.80 e 0.90 são muito bons (cit. in Almeida & Freire, 2007).

Ao analisarmos os valores dos desvios padrões destas três dimensões (*Comportamento Psicomotor*; *Consciência, Alerta, Atenção e Orientação*; *Processo de Pensamento*) constatamos que são as que apresentam resultados mais elevados (1.64; 3.23; 2.29), havendo assim menos discrepâncias nas respostas aos itens, por parte dos sujeitos. Seguindo esta mesma lógica comparativa, concluímos que estas três dimensões são também as que têm um maior número de itens (13; 20; 10, respetivamente).

No total de todas as dimensões que compõem este instrumento o valor de *Alpha de Cronbach* de 0.92 constitui um indicativo de uma excelente consistência interna, na globalidade de todos os itens. Estes valores demonstram que existe uma coerência a nível dos sintomas apresentados por parte dos indivíduos que constituem o grupo KC. Apesar de em determinadas dimensões os valores de *Alpha* serem baixos, o facto de em termos globais os valores de consistência interna serem elevados, o que sugere que os itens se apresentam como um todo homogéneo, leva-nos a acreditar que o instrumento é bastante fidedigno. Por estes motivos, a utilização do MSEC para o contexto em que o instrumento foi construído, dá-nos garantias de que a avaliação do estado mental de indivíduos que estão a experienciar uma situação de crise, na maioria dos casos derivada do uso de SPA, é coerente.

Agora faremos a análise dos resultados obtidos com a realização do teste *t* para amostras independentes. Para tal, retomaremos a primeira hipótese que colocamos para o

presente estudo, em que afirmamos que os participantes do grupo *KC* apresentam mais alterações no estado mental, derivado a uma experiência de crise, do que os participantes do grupo da população geral. De facto, através dos resultados que obtivemos, confirmamos a hipótese que tínhamos formulado. Estas diferenças significativas que ocorreram entre os dois grupos, deram-se em todas as dimensões que constituem este instrumento de avaliação. Estes valores contribuem para confirmar a validade de constructo do MSEC. De acordo com Coaley (2010), através da validade de constructo consegue-se perceber se o instrumento avalia aquilo a que se propôs a avaliar. Neste sentido, com os resultados que alcançamos, comprovamos que não existem correlações entre o grupo *KC* e o grupo da população geral, quando se efectuou a avaliação do estado mental dos seus participantes. O motivo pelo qual a inexistência de correlação entre os dois grupos foi total, deveu-se ao facto de os participantes do grupo da população geral não demonstrarem alterações no estado mental que fossem extremamente evidentes, no momento em que a avaliação foi efectuada.

Reunidas todas estas evidências, podemos afirmar que o MSEC é capaz de identificar alterações no estado mental de indivíduos que estão em crise, por utilização de SPA.

Neste momento faremos a análise do acordo inter-observadores, na avaliação do estado mental dos participantes do grupo da população geral. Considerando a segunda hipótese que formulamos para este estudo, em que afirmamos não existirem diferenças inter-observadores na aplicação do instrumento aos participantes do grupo da população geral, tal pode-se verificar pela avaliação do estado mental que um segundo observador fez de 20% dos participantes desse mesmo grupo. Comparando as avaliações entre os dois avaliadores, constatou-se que existiu uma concordância de 100%, na avaliação que ambos efectuaram. Estes valores concordantes inter-observadores vêm contribuir para uma avaliação positiva da fidelidade do instrumento de avaliação do estado mental.

CAPÍTULO 5 – CONCLUSÕES

Neste capítulo iremos apresentar os resultados que consideremos serem os que têm um maior relevo para esta investigação. Em seguida iremos salientar algumas limitações que na nossa perspectiva poderão ter influenciado os resultados obtidos neste estudo. Por último faremos algumas sugestões para novas investigações, que poderão assim contribuir para um instrumento mais fiável do ponto de vista da sua construção e organização, mas também na sua aplicabilidade, por parte dos avaliadores.

Relativamente aos sintomas mais frequentes presentes nos participantes do grupo KC, destacam-se a *Ansiedade*, *Perturbado/Aterrorizado*, *Alteração do Pensamento/Desorientação*, *Sonolência/Confusão*, *Ideias Persistentes*, *Falador*, e *Hiperatividade/Agitação Física*. Os sintomas menos frequentes presentes neste mesmo grupo são o *Comportamento Sexual Alterado*, *Pensamentos Violentos com os Outros*, *Amnésia* e a *Imobilidade*. Com o aumento da nossa amostra, que procuraremos obter com recolhas de dados futuras, poderemos obter resultados mais interessantes e relevantes. Esses resultados permitir-nos-ão, considerar a possibilidade de organizar o instrumento de uma forma distinta. Por um lado, se encontrarmos correlações entre os itens mais frequentes, poderemos ponderar uma reorganização das dimensões que avaliam o estado mental, no sentido de incluir itens que se assemelhem na sua manifestação sintomática. Desta forma, acreditamos que a aplicação e interpretação dos resultados do MSEC, poderá ser mais acessível e rápida. Por outro lado, se confirmarmos a hipótese de que há determinados itens que não avaliam alterações do estado mental, derivados de uma experiência de crise pela utilização de SPA, poderemos considerar a exclusão dos mesmos. Assim, acreditamos que o instrumento ficará mais adaptado ao fenómeno que pretende avaliar.

No que respeita aos resultados de *Alpha de Cronbach* que nos permitiu averiguar o grau de consistência interna das dimensões que compõe este instrumento podemos concluir que 5 dimensões apresentaram valores que estão compreendidos no intervalo entre 0.1 e 0.6, correspondendo assim a índices de baixa consistência interna, e 3 dimensões que demonstraram valores que estão compreendidos no intervalo entre 0.70 e 0.80, sendo por isso considerados valores de alta consistência interna. No total de todas as dimensões, isto é, avaliando o instrumento como um todo, concluímos que os valores de *Alpha de Cronbach* são bastante elevados, contribuindo assim para uma óptima consistência interna. Sucintamente, os altos valores de consistência interna que o instrumento no seu todo apresenta, revelam que existe uma coerência elevada nos sintomas manifestados pelos participantes que constituem o grupo KC, no momento em que foi efetuada a avaliação do estado mental. Assim, concluímos que o MSEC é um instrumento fiável e preciso, na

avaliação de alterações do estado mental derivadas uma experiência de crise pelo uso de SPA.

Ao compararmos a avaliação do estado mental entre os participantes do grupo *KC* que estão na sua maioria sobre o efeito de SPA, e os participantes do grupo da população geral foi-nos possível compreender que há diferenças significativas entre ambos. Neste sentido, concluímos que o instrumento é dotado de excelentes valores de validade de constructo, sendo capaz de discriminar alterações no estado mental de indivíduos que estão a experienciar um estado de crise induzido por SPA, de indivíduos que se encontram num estado normativo. Outros dados que vieram contribuir para a fidelidade do MSEC foram os resultados concordantes, resultantes do acordo inter-observadores.

Na presente investigação, consideramos que existem algumas limitações que tiveram interferência nos resultados obtidos.

Em primeiro lugar, faltaram alguns dados referentes ao preenchimento do MSEC no grupo *KC*. Esta situação ocorreu pois a forma como o instrumento estava organizado, dificultou a sua aplicação por parte dos avaliadores. Outra questão prendeu-se com o facto de o instrumento ser um pouco extenso, o que dificultou a sua administração, uma vez que os terapeutas tinham como prioridade prestar apoio aos utentes. Apesar destes constrangimentos toda a equipa de terapeutas procurou ser o mais rigorosa possível na obtenção destes dados.

Relativamente à recolha de dados no grupo da população geral as limitações relacionaram-se com as opções metodológicas adoptadas. O facto do tipo de amostragem adoptado ser de conveniência, à partida torna os dados recolhidos pouco credíveis, condicionando assim os resultados alcançados. Outra questão está relacionada com a construção do guião de entrevista, utilizado para avaliar o estado mental da população geral. Como o MSEC foi construído em formato de *Checklist*, sendo os itens dicotómicos, a presença de alterações do estado mental só era registada, se o sintoma fosse bastante evidente. No grupo da população geral, como os participantes não experienciavam uma situação de crise, as questões do guião deveriam ter sido mais sensíveis à identificação de possíveis oscilações em determinados itens.

O facto de haver uma discrepância significativa tanto na média de idades entre os dois grupos, mas sobretudo nos valores da variável género, torna estes dados demasiado heterogéneos, podendo dessa forma ter uma influência quando se faz a comparação entre estes grupos.

O próprio tamanho da nossa amostra ($n = 85$) limitou a possibilidade de podermos fazer uma possível generalização dos nossos resultados para a população geral, pois

segundo Almeida e Freire (2007) o valor ideal para alcançar esse objetivo é de 300 participantes.

Antes de concluirmos a apresentação deste estudo, achamos importante destacar algumas sugestões para novas investigações, relacionada com este instrumento de avaliação do estado mental.

No que respeita a análises estatística futuras, aconselhamos o procedimento a uma análise factorial exploratória. Através desta técnica estatística poder-se-á averiguar a possível existência de correlações entre variáveis, e assim simplificando os dados pela redução de itens necessários para descrever um mesmo fenómeno (Pestana & Gageiro, 2005). Para que seja possível utilizar este procedimento estatístico necessita-se de uma amostra maior. Neste sentido, é importante referir que esta investigação será complementada com dados da edição do projeto KC 2012 com vista a melhorar a robustez da amostra, para efeitos de avaliação da consistência interna.

Tendo em conta que a escala de avaliação utilizada no MSEC é dicotómica, o registo de uma determinada sintomatologia apenas acontece quando a sua manifestação é evidente. Neste sentido, se incluíssemos uma escala que contemplasse mais níveis de medida, possíveis oscilações poderiam ser registadas, sendo a avaliação mais rigorosa. Sendo este um instrumento de avaliação do estado mental, a sua utilização poderá ser feita em outros contextos. Para tal, é necessário elaborar novas investigações que envolvam populações distintas às utilizadas nesta investigação, no sentido de averiguar a pertinência na aplicação deste instrumento.

Relativamente ao guião de entrevista utilizado para avaliar o estado mental dos participantes do grupo geral, este poderá ser melhorado. Ao incluirmos questões mais específicas e fechadas, como por exemplo, “*Tem-se sentido triste, ultimamente*”, “*Como é que tem sido o seu padrão de sono*”, talvez conseguíssemos obter alguma informação sobre possíveis alterações no estado mental. O processo de amostragem do grupo da população geral deverá ser aleatório, evitando assim possíveis condicionamentos, proporcionando uma maior representatividade de toda a população, e tornando os nossos resultados mais credíveis do ponto de vista metodológico.

Em relação à forma do próprio instrumento alguns aspetos poderão ser melhorados. Considerando o facto de neste projeto do KC este instrumento ser aplicado antes e depois de uma intervenção, seria pertinente incluir estes dois momentos na mesma grelha, facilitando assim a análise dos resultados obtidos, por parte dos terapeutas. Outra questão que se prende com a forma deste instrumento é o elevado número de páginas que este tem. A sugestão aqui dada passa por uma condensação da informação num número mais

reduzido de páginas, facilitando assim a sua aplicação. Apesar de na prática poder ser difícil aplicar esta sugestão, seria pertinente no momento de avaliação inicial do estado mental dos utentes do *KC*, criar condições para que dois terapeutas fizessem de forma independente, a avaliação do estado mental. Com este procedimento seria possível avaliar níveis de acordo inter-juízes, e assim contribuir para melhores valores de validade de constructo. Para este fim, seria suficiente a avaliação do estado mental de 20% dos casos.

No fundo, acreditamos que a utilização do MSEC, como instrumento de avaliação do estado mental de indivíduos que estão a experienciar uma situação de crise por indução de SPA, demonstrou ser uma ferramenta muito importante para uma intervenção em crise eficaz e rigorosa. Estes estudos que se inserem no projeto *KC* vêm contribuir para que o trabalho que se tem vindo a realizar em contextos desta natureza, seja cada vez mais eficiente, minimizando assim os riscos que estas experiências poderão constituir para a saúde dos seus intervenientes.

BIBLIOGRAFIA

- Almeida, S. L., & Freire, T. (2007). *Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação*. Braga: Psiquilibrios Edições.
- Balsa, C., Vital, C., Urbano, C. & Pascueiro, L. (2007). *II Inquérito nacional ao consumo de substâncias psicoactivas na população portuguesa*. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa.
[Em linha] Disponível em:
<http://www.idt.pt/PT/Investigação/Paginas/EstudosConcluidos.aspx> [Consultado a 23/06/2012].
- Baños, M.R., & Perpiña, C. (2004). *Exploración psicopatológica*. Madrid: Editorial Sintesis.
- Blewett, B. D., & Chwelos. N. (1959). *Handbook for the Therapeutic use of Lysergic Acid Diethylamide – 25: Individual and Group Procedures*. California: Multidisciplinary Association for Psychedelic Studies (Maps).
- Carvalho, C. M. (2007). *Culturas Juvenis e Novos Usos de Drogas em Meio Festivo: O Trance Psicadélico como Analisador*. Porto: Campo das Letras.
- Carvalho, C. M. (2010). Psychedelic Emergency Intervention: Evaluating the Kosmicare Intervention Model. *Boom/Kosmicare 2010 Research Project*. Porto: Faculty of Education and Psychology – Catholic University of Portugal.
- Carvalho, C. M., Pinto de Sousa, M., Frango, P., Carvalho, J., Dias, P., & Veríssimo, L. (2011). *Kosmicare Research Project: Process Evaluating Report – 2010 Edition. Boom/Kosmicare 2010 Research Project*. Porto: Faculty of Education and Psychology – Catholic University of Portugal.
- Carvalho Teixeira, J. A. (2010). *Introdução à psicopatologia geral*. Lisboa: ISPA, Estudos.
- Coaley, K. (2010). *An introduction to psychological assessment and psychometrics*. Londres: SAGE Publications Ltd.
- Duff. C. (2003). Drugs and Youth Cultures: Is Australia Experiencing the “Normalization” of Drug Use? *Journal of Youth Studies*, 6 (4), 433-446.
- EMCDD (2009). *Polydrug use: Patterns and responses – annual report – 2009*. Luxemburgo: Publications Office of the European Union. [Em linha] Disponível em:

<http://www.emcdda.europa.eu> [Consultado a 20/05/2012].

- EMCDDA (2006). *Developments in recreational drug use in recreational settings*. Lisbon: EMCDDA. [Em linha] Disponível em: <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index34883EN.html> [Consultado a 20/05/2012].
- Erowid Home Page. [Em linha] Disponível em: <http://www.erowid.org> [Consultado em 15/06/2012].
- Folstein M. F., Folstein S. E., & McHugh P. R. (1975). "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 2 (3), 189-198.
- Griffiths, R. R., Richards, W. A., McCann, U., & Jesse, R. (2006). Psilocybin can Occasion Mystical-Type Experiences Having Substantial and Sustained Personal Meaning and Spiritual Significance. *Psychopharmacology*. 187, 268-283.
- Grof, S. (2009). *LSD: Doorway to Numinous: The Groundbreaking Psychedelic Research into Realms of the Human Unconscious*. Rochester: Park Street Press.
- Grof, S. (2008). *LSD Psychotherapy*. California: Multidisciplinary Association for Psychedelic Studies (MAPS).
- Gonçalves, O. (1994). *Terapias Cognitivas: Teorias e Práticas*. Porto: Edições Afrontamento
- Hasler, F., Grimberg, V., Benz, M.A., Huber, T., & Vollenweider, F. X. (2004). Acute psychological and physiological effects of psilocybin in healthy humans: a double-blind, placebo-controlled dose-effect study. *Psychopharmacology*, 172, 145-156.
- Hunsley, J., & Lee, C. M. (2006). *Introduction to Clinical Psychology*. Ontario: John Wiley & Sons Canada, Ltd.
- Johnson, M. W., Richards, W. A., & Griffiths, R. R. (2008). Human Hallucinogen Research: Guidelines for Safety. *Journal of Psychopharmacology*. 22 (6), 603-620.
- Kanel, K. (2003). *A guide to crisis intervention*. USA: Wadsworth Group.
- Leary, T., Metzner, R., & Alpert, R. (2008). *The psychedelic experience: a manual based on the tibetan book of the dead*. Erowid online books. [Em linha] Disponível em: http://de1.erowid.org/library/books_online/psychedelic_experience/psychedelic_experience.html [Consultado em 17/06/2012].

- Llandrich, J. O. (2011). Seminario Alucinógenos Aproximación Biomédica y Transcultural. [Consultado a 15/04/2012].
- Moreira, M. J. (2004). *Questionários: Teoria e Prática*. Coimbra: Almedina.
- Negreiros, J & Magalhães, A. (2005). *Estimativas da Prevalência do Consumo Problemático de Drogas*. Instituto da Droga e da Toxicodependência. Lisboa.
- Pahnke, M. W. (1963). *Drugs & Mysticism: An Analysis of the Relationship Between Psychedelic Drugs and Mystical Consciousness* (Doctoral Dissertation). Harvard University, Boston, United States of America.
- Passie, T., Halpern, J. H., Stichtenoth, D. O., Emrich, H. M., & Hintzen, A. (2008). The Pharmacology of Lysergic Acid Diethylamide: A Review. *CNS Neuroscience & Therapeutics*. 295-314.
- Parker, H., Williams, L., & Aldridge, J. (2002). The Normalization of “Sensible” Recreational Drug Use: Further Evidence from the North West England Longitudinal Study. *Sociology*, 36 (4), 941-964.
- Parker, H.; Aldridge, J. & Measham, F. (1998). *Illegal leisure: the normalization of adolescent recreational drug use*. London: Routledge.
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2005). *Análise de dados para ciências sociais: complementariedade do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Pinto de Sousa, M (2012). *Avaliação de um modelo de intervenção em crise no uso de substâncias psicoativas*. Dissertação de Mestrado em Psicologia da Justiça e do Comportamento Desviante, Faculdade de Educação e Psicologia da Universidade Católica do Porto.
- Pio de Abreu, J. L. (1997). *Introdução à Psicopatologia Compreensiva*. (2ª Ed.). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Puente, I. (2009). Kosmicare y Boom Festival 2008: Atendiendo emergências psiquedélicas en la línea de frente. *Revista de Viajes Interiores*, 11, 94-103.
- Ricaurte, G. A., & McCann, U. D. (2005). Recognition and management of complications of new recreational drug use. *The Lancet*, 365, 2137-2145.

- Richard, M. (1998). *As correntes da Psicologia*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Safer, D. J. (1970). The effect of LSD on sleep-deprived men. *Psychopharmacol*, 17, 414-424.
- Scharfetter, C. (2005). *Introdução à Psicopatologia*. Lisboa: Climepsi Editores
- Stolaroff, J. M. (1993). Use of Psychedelic Wisely: A Veteran Researcher Explains How Psychedelics Can be Used to Give Beneficial Results. *Gnosis*, 23. [Em linha] Disponível em: <http://www.psychedelic-library.org/stolarof.htm>. [Consultado em 21/04/2012].
- Studerus, E., Gamma, A., & Vollenweider, F. X. (2010). Psychometric Evaluation of the Altered States of Consciousness Rating Scale (OAV). *American Journal Experts*. PLoS ONE 5(8): e12412.doi:10.1371/journal.pone.0012412.
- Trzepacz, P. T., & Baker, R. W. (2001). *Exame Psiquiátrico de Estado Mental*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Umbricht, D., Vollenweider, F. X., Schmid, L., Grubel, C., Skrabo, A., Huber, T., & Koller, R. (2003). Effects of the 5-HT_{2A} agonist psilocybin on mismatch negativity generation and AX-continuous performance task: implications for the neuropharmacology of cognitive deficits in schizophrenia. *Neuropsychopharmacology*, 28, 170–181.
- Vaughan, E. F. (1983). Perception and Knowledge: Reflections on Psychological and Spiritual Learning in the Psychedelic Experience. Human Science Press. [Em linha] Disponível em: <http://www.psychedelic-library.org/vaughan.htm>. [Consultado em 27/03/2012].
- Ventura, M. (2008). Energy Control: harm reduction with drug analysis at BoomFestival. *MAPS Bulletin*, 3, 43-45.
- Wittman, M., Carter, O., Hasler, F., Cahn, B. R., Grimberg, U., Spring, P., Hell, D., Flohr, H., & Vollenweider, F. X. (2006). Effects of psilocybin on time perception and temporal control of behavior in humans. *Journal of Psychopharmacology*, 21(1), 50-64.
- Zinberg, N. E. (1986). *Drug, set, and setting: the basis for controlled intoxication use*. Londres: Yale University Press.

Anexo 1

Mental State Exam Checklist

Appearance, attitude and awareness of personal condition	Yes	No	N.O.
1.Person is inappropriately clothed for context			
2.Person presents poor personal care with hygiene.			
3.Person has distinctive personal traits (such as impairments, body modifications or others)			
4.Person is uncooperative with observation and intervention			
5.Person presents inadequate posture (only stands with help, is laying down or is retracted)			
6.Person presents inadequate eye contact (is avoidant, looking down, stares at inexistent object or stares at people)			
7.Person presents inadequate voice tone (speaks too loud, too low or is speechless)			
8.Person is physically agitated or aggressive.			
9.Person is disturbed or terrified			
10.Person is unaware of his/her condition and related severity			
11.Person is unaware of reality surrounding him/her			
Describe any further relevant details concerning person's <u>appearance, attitude and awareness of personal condition:</u>			
(mark 0:__; 1:__; or 2:__)			

Part 2 Psychomotor Behavior	Assessment		
	Yes	No	N.O.
12. Person has difficulty moving a specific limb or body part.			
13. Person has absence of movement in a specific limb or body part.			
14. Person is totally immobile, has a stereotyped posture and no reaction to external stimuli.			
15. Person presents incontinence (urinary and/or fecal)			
16. Person presents diminished/slow motor activity.			
17. Person presents slow motor activity in the beginning of movement.			
18. Person presents constant movement, hyperactivity and physical agitation			
19. Person imitates the facial expression of the person interacting with him/her.			
20. Person presents rhythmical oscillatory movements in distal areas of body.			
21. Person presents continuous, rhythmic and slow movements to face, tongue or extremities.			
22. Person presents quick, sudden and unexpected movements.			
23. Person presents long contractions or circulatory movements to back, neck or eyes (acute dystonia).			
24. Person presents tics.			
25. Person presents vocal tics.			
26. Person presents spontaneous, repetitive, persistent movements with no apparent motive, and is incapable of controlling them (stereotypy).			
27. Person presents non-voluntary movements while in an altered consciousness state (while sleeping included).			
28. Person presents expressive voluntary movements that lack spontaneity or seem forced (mannerisms).			
29. Person presents compulsion to execute a sequence of repetitive stereotyped movements with no apparent relation to the purpose of action (compulsions).			
30. Person engages in ritualistic behaviours (confirmatory or safety rituals)			
31. Person presents "still-face"/reduced expression (hypomimic)			

31. Person presents "still-face"/reduced expression (hypomimic)			
32. Person presents exaggerated gestures and facial expressions (hypermimic)			
33. Person's facial expression and underlying emotional expression lack accordance (dysmimic)			
34. Person presents inadequate behaviour ("gross" behaviour).			
Describe any further relevant details concerning person's motor activity and intentional behavior :			
(mark 0: __; 1: __; or 2: __)			
Part 3 Conscience, Alertness, Attention and Orientation			
	Assessment		
	Yes	No	N.O.
35. Person is sleepy, confused, has trouble recognizing where he/she is and has difficulty processing stimuli; but is spatially oriented and behaves coherently. (slightly diminished conscience)			
36. Person presents apathy, sleepiness - might fall asleep in the absence of stimuli), has trouble articulating speech but conserves reflexes (lethargic)			
37. Person has total loss of conscience, voluntary motor activity, muscle tonicity and reflexive behaviour. (comatose)			
38. Person is disoriented, presents unorganized thought, incomprehensible speech and perceptive alterations (delirious).			
39. Person presents altered thought, diminished perception, disorientation, and attention and concentration problems (confusion).			

Part 3 Conscience, Alertness, Attention and Orientation (continued)	Assessment		
	Yes	No	N.O.
40. Person's conscience is restricted to a focus in a number of internal experiences, with hallucinations, delirium, attention deficit and confused thought. (crepuscular state)			
41. Person has wondered around for hours with no clear destiny.			
42. Person is completely unresponsive, immobile and silent (stupor)			
43. Person has no response to painful stimuli. (stupor)			
44. Person is unable to identify day, day of week, month, year, season, etc. (temporally disoriented)			
45. Person is unable to say where he/she is at (spatially disoriented)			
46. Person has trouble recalling who he/she is, which persons are their friends, their names, relations between people, or how others relate to him/her (personally disoriented).			
47. Person over-concentrates in a particular object, situation or stimulus (hyper concentration).			
48. Person is unable to focus attention (lack of concentration).			
49. Person has difficulty focusing attention and separating different stimuli (easily distracted).			
50. Person is hyper-vigilant.			
51. Person is amnesic.			
52. Person reports an experience where two distinct places seem to exist in two different but parallel spaces (duplicative paramnesia)			
53. Person recognizes people he/she has never seen before. (false recognition).			
54. Person has trouble expressing familiarity to people and situations he/she is supposed to be familiar with.			
55. Person has trouble recognizing and naming familiar objects (agnosia).			
56. Person perceives objects in an illusory way (illusions).			
57. Person presents perceptions about objects that aren't physically present at the moment. (pseudo-perceptions)			
58. Person presents perceptions in the absence of correspondent stimulus. (hallucinations)			

Describe any further relevant details concerning person's conscience, alertness, attention and orientation:

(mark 0: __; 1: __; or 2: __)

Part 4

Assessment

Language and Speech

	Yes	No	N.O.
59. Person has difficulty expressing ideas through language. (dysphasia)			
60. Person has difficulty articulating speech. (dysarthria)			
61. Person has trouble modulating speech.			
62. Person is speechless.			
63. Person is verbose and talkative.			
64. Person slurs, mumbles.			
65. Person has a stutter.			

Describe any further relevant details concerning person's language and speech:

(mark 0: __; 1: __; or 2: __)

Anexo 2

Guião de Entrevista

Guião de entrevista

Ao longo de toda a entrevista a observação do comportamento do entrevistado, por parte do investigador, será fundamental para avaliação do estado mental. No entanto, serão também efectuadas questões que irão permitir ao investigador avaliar determinadas dimensões do estado mental.

Antes de iniciar a entrevista propriamente dita é necessário que o entrevistador efetue uma breve apresentação e descrição do propósito da entrevista. Para além da apresentação o entrevistado deverá ser informado de que algumas das questões que lhe serão colocadas poderão parecer um pouco desapropriadas. No entanto, essas questões têm um papel de grande relevo para a presente investigação.

Para avaliar as dimensões (I), (II) do estado mental, a observação por parte do investigador será suficiente.

As restantes dimensões serão avaliadas através das seguintes questões:

Orientação temporal:

- Em que ano estamos?
- Em que mês estamos?
- Estação do ano?

Orientação espacial:

- Em que cidade estamos?
- Em que local estamos?

Processamento do pensamento:

- Pode-me descrever brevemente o que fez ontem?
 - Ontem o que é que almoçou?
 - O que é que fez da parte da tarde?

Consciência do self:

- Gostaria que me descrevesse duas características positivas e negativas, que o caracterizem.
- Quais são as suas perspectivas futuras para daqui a 2 anos?
 - Tem algum sonho que gostaria de concretizar?

A entrevista deverá ter uma duração de aproximadamente 5 a 10 minutos.

Anexo 3

Consentimento Informado

CONSENTIMENTO INFORMADO

TÍTULO DO PROJECTO DE INVESTIGAÇÃO: Mental State Exam Checklist:
Contributo para a validação de um instrumento de avaliação do estado mental

Eu, abaixo-assinado _____ compreendi a explicação que me foi fornecida acerca da investigação que se pretende realizar, bem como em que consiste a minha participação.

Foi-me dada oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias, e de todas obtive resposta satisfatória.

Fui informado que a entrevista será filmada.

Foi-me assegurado que os dados decorrentes da entrevista e da aplicação dos instrumentos são totalmente anónimos e confidenciais.

Além disso, foi-me afirmado que tenho direito de recusar a todo o tempo a participação no estudo, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo na assistência prestada.

Por isso, consinto participar na investigação

Porto, ____ de _____, 2012