



CATÓLICA
FACULDADE DE EDUCAÇÃO
E PSICOLOGIA

PORTO

EFEITOS TERAPÊUTICOS DA AYAHUASCA EM INDIVÍDUOS COM SINTOMAS DE STRESS PÓS- TRAUMÁTICO

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

- Especialização em Psicologia da Justiça e Comportamento Desviante -

Juliana Valente Guimarães Silva

Porto, julho 2018



CATÓLICA
FACULDADE DE EDUCAÇÃO
E PSICOLOGIA

PORTO

EFEITOS TERAPÊUTICOS DA AYAHUASCA EM INDIVÍDUOS COM SINTOMAS DE STRESS PÓS- TRAUMÁTICO

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

- Especialização em Psicologia da Justiça e Comportamento Desviante -

Juliana Valente Guimarães Silva

Trabalho efetuado sob a orientação de

Professora Doutora Maria Carmo Carvalho e Professora Doutora Elisa Veiga

Porto, julho 2018

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, aos meus pais, por todos os esforços, pela motivação, pelo apoio, pelo amor e carinho e por todas as palavras de conforto mesmo a quilómetros de distância. Sem a vossa ajuda, o meu percurso académico e toda a minha vida não seria possível de se concretizar. Obrigada do fundo do meu coração por sempre me apoiarem nas minhas decisões. Esta dissertação também é vossa, amo-vos!

Ao meu maninho pela nossa relação, pela nossa amizade, amor e por todo o apoio. Apesar de estarmos longe um do outro, obrigada pela nossa cumplicidade e pelas conversas e telefonemas que tanto me fazem rir e ter a certeza de como é bom ter-te na minha vida.

Ao meu namorado pelo companheirismo, pelo amor, pelo apoio incondicional, pela paciência e por toda a ajuda. Obrigada por me fazeres sentir que aconteça o que acontecer, tu vais estar sempre presente mesmo nos dias em que discuto contigo sem motivo.

À professora Carmo, minha orientadora, obrigada por toda a ajuda, apoio, orientação e motivação durante este ano. Obrigada por sermos uma equipa de trabalho e não professora-aluna. Obrigada por me fazer sentir tão feliz e orgulhosa por fazer parte de um projeto como este.

À professora Elisa, minha co-orientadora, pela orientação, pela disponibilidade e ajuda.

Agradeço também, à Faculdade de Educação e Psicologia da Universidade Católica Portuguesa por me ter recebido e também, a todos os docentes que me acompanharam nestes dois anos de Mestrado que sempre estiveram disponíveis para me ajudar.

A todas as pessoas que tive oportunidade de conhecer durante estes dois anos na UCP. Foi um enorme prazer conhecer-vos e partilhar convosco esta etapa. Obrigada pelos momentos que vivemos juntos.

Às minhas eternas amigas, obrigada por toda ajuda, apoio, pelas palavras de força e paciência que têm sempre para mim. São realmente uma família e é muito bom ter-vos na minha vida e partilharmos as nossas experiências boas e más. Estamos a crescer miúdas, juntas!

À Ana pela sua disponibilidade e por todas as horas que perdeu do seu tempo para me poder ajudar. Muito obrigada.

RESUMO

Este estudo procura caracterizar os processos psicológicos que emergem da experiência com a Ayahuasca e que têm potencial terapêutico para o alívio da sintomatologia em indivíduos com perturbação de stress pós-traumático (PSPT).

A presente investigação contou com quatro participantes, de nacionalidades diferentes, que recorreram ao “*Temple of the Way of Light*” (TOWL) para procurar um tratamento alternativo para o alívio dos seus sintomas. No desenvolvimento do estudo, recorreremos a uma metodologia de investigação qualitativa uma vez que procura descrever fenómenos observados e compreender como os participantes vivenciam a experiência e o significado que lhes atribui. Os dados foram recolhidos através de entrevistas semiestruturadas em profundidade e a sua análise foi realizada com recurso ao *software Nvivo10*®.

Assim, os resultados obtidos permitiram identificar vários processos psicológicos que emergiram durante a experiência com ayahuasca e na fase da integração (uma vez passados os efeitos) que se revelaram como tendo impacto no alívio dos sintomas da PSPT. Destacam-se os seguintes processos: Exposição a Memórias Traumáticas, Emotional Release, Reencontro com o falecido, Dissociação, Autoconhecimento, Self-Compassion, Integração do Eu e Resiliência. No entanto, este estudo é um primeiro contributo para a exploração do potencial terapêutico da ayahuasca, pelo que necessita de um aprofundamento adicional pela comunidade de investigação científica.

Palavras-chave

Ayahuasca, Perturbação de Stress Pós-Traumático, Potencial Terapêutico, Processos Psicológicos.

ABSTRACT

This study aims to characterize the psychological processes that emerge from the experience with ayahuasca and that have therapeutic potential for symptom relief in individuals with posttraumatic stress disorder (PTSD).

The present investigation was attended by four participants from different nationalities who used the “Temple of the Way of Light” (TOWL) that seek an alternative treatment for the relief of their symptoms. In the development of the study, we used a qualitative research methodology that seeks to describe observed phenomena and understand how the participants went through the experience and the meaning attributed to them. The data was collected through in-depth semi-structured interviews and their analysis were carried out using *Nvivo10® software*.

Consequently, the results obtained allowed to identify several psychological processes that emerged during the experience with Ayahuasca and in the integration phase (once the effects have been achieved) that have been shown to have an impact on the relief of PTSD symptoms. The following processes stand out: Exposure to Traumatic Memories, Emotional Release, Reencounter with the deceased, Dissociation, Self-Knowledge, Self-Compassion, Self-Integration and Resilience. However, this study is a first contribution to the exploration of the therapeutic potential of ayahuasca and therefore needs further development by the scientific research community.

Key-words

Ayahuasca, Posttraumatic Stress Disorder, Therapeutic Potential, Psychological Processes

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	1
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	3
1.1. Perturbação de Stress Pós-Traumático	3
1.1.1. Processos Psicológicos subjacentes à Perturbação de Stress Pós-Traumático	6
1.1.2. Intervenção e estratégias para lidar com a Perturbação de Stress Pós-Traumático	8
1.2. Ayahuasca e o seu Potencial Terapêutico.....	10
1.2.1. Potencial Terapêutico da Ayahuasca para a Perturbação de Stress Pós-Traumático	12
2. MÉTODO.....	16
2.1. Participantes.....	16
2.2. Instrumentos.....	18
2.3. Procedimento de Recolha de Dados	18
2.4. Procedimento de Tratamentos de Dados	19
3. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	20
4. CONCLUSÕES.....	31
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	33
ANEXOS.....	41

INTRODUÇÃO

O presente estudo tem como objetivo geral caracterizar os processos psicológicos que emergem da experiência com a Ayahuasca e que têm potencial terapêutico para o alívio da sintomatologia em indivíduos com perturbação de stress pós-traumático (PSPT).

A Ayahuasca é uma combinação de duas plantas originais da região amazônica sendo que uma delas contém uma substância psicoativa psicadélica – a N-Dimetiltriptamina ou DMT. Durante séculos, as populações indígenas utilizaram esta mistura botânica nos seus rituais de cura e de adivinhação. Atualmente, a Ayahuasca tem vindo a globalizar-se significativamente, sendo cada vez mais integrada em vários contextos para fins terapêuticos, religiosos e de desenvolvimento pessoal. A toma faz-se através da preparação de um chá cuja ingestão provoca alterações no estado da consciência que incluem visões emocionalmente carregadas, assim como alterações nos outros sentidos. A experiência parece desencadear *catarses*, *insights* ou alterações no processo de pensamento, concentração e memória. Numa cerimónia, e na integração que idealmente lhe segue, os indivíduos podem tirar partido do conteúdo que emerge durante esta experiência, reestruturando pensamentos e emoções relacionados e integrando-os numa potencial percepção modificada sobre aspetos da sua biografia.

O tipo de efeitos que se descrevem são, aparentemente, comuns ao grupo de substâncias em que a ayahuasca se pode inserir – as substâncias psicadélicas – do qual fazem parte outros alucinogénios de uso mais frequente como a cannabis, o MDMA, a mescalina, o LSD ou a psilocibina (cogumelos mágicos) (Gil, Gimenez & De Saez, 2014). De acordo com Schneider (2010) estas substâncias induzem estados alterados de consciência e/ou percepção no indivíduo. O efeito é reconhecido como uma expansão da consciência e repetição de vários processos psicológicos como a percepção, atenção e memória. Quando estes estados mentais são invocados em ambientes propícios e adequados, os resultados das experiências podem ser interpretados como profundas revelações religiosas e espirituais significativas (Moró, Simon, Bárd & Rácz, 2011). Podem ocorrer alucinações, emoções fortes que variam desde o terror à admiração, encontros e comunicação com entidades autónomas, distorções espaciais e temporais e sentimentos de união e compreensão (Frecka 2007 cit. in Moró et al., 2011). Ainda de acordo com Scheneider e Antunes (2010), a experiência psicadélica intensifica a senso-percepção, nomeadamente a sensação das cores e efeitos visuais, levando à percepção de

detalhes mínimos. Também não se verifica alteração do raciocínio, mas pode ocorrer um afastamento dos outros, chegando a uma espécie de despersonalização como ocorre na PSPT muitas vezes. O uso de substâncias psicadélicas tem sido, deste modo, descrito por referência à sua capacidade de promover associações mentais remotas ou acessos ao inconsciente, permitindo ao indivíduo a reflexão sobre questões pessoais, o que pode potencialmente conduzir a uma resolução ou a uma maior consciência sobre um problema (Escobar & Razzi, 2010; Scheneider & Antunes, 2010).

Existem diversos estudos sobre o potencial terapêutico da Ayahuasca na doença. Osório, Macedo, Sousa, Pinto, Quevedo, Crippa e Hallak (2011) estudaram o potencial terapêutico da ayahuasca na depressão encontrando uma redução dos sintomas depressivos avaliados com a Escala de Depressão de Halmilton ao fim de 40 minutos e nos 14 dias seguintes. Um estudo recente de Palhano-Fontes e os seus colaboradores (Barreto, Onias, Andrade, Novaes, Pessoa, Mota-Rolim, ... e Araújo) (2018), demonstrou que com uma dose única de ayahuasca se produziu uma diminuição significativa de sintomas depressivos e ansiosos em pacientes com perturbação depressiva major. De acordo com a Iceers (2012), o uso prolongado da Ayahuasca (ao longo de um mínimo de 15 anos) não causa efeitos adversos na saúde mental. Contudo, são poucos os estudos que mostram evidência clínica da sua eficácia para tratar doenças médicas ou psicológicas. A investigação científica sobre a ayahuasca apenas tem encontrado um risco moderado na sua utilização, e tem demonstrado melhorias psicológicas após um uso prolongado (Bouso & Riba, 2011).

Devido à escassez de estudos sobre o potencial terapêutico da ayahuasca para a intervenção junto de pessoas com perturbação de stress pós-traumático e sendo o presente estudo pioneiro nesta temática, torna-se pertinente esta investigação no contexto da evidência crescente sobre a relação entre o uso de substâncias psicadélicas e a possibilidade de melhorias significativas no tratamento de depressão, uso de substâncias e ansiedade, de forma mais eficaz, mais completa e num período mais curto do que parecem oferecer outras alternativas terapêuticas convencionais (Aixalà, Santos, Hallak & Bouso, 2018). Adicionalmente, e dada a possibilidade de se aceder a relatos da experiência com a ayahuasca partilhados por pessoas que integraram um estudo longitudinal de avaliação do impacto da ayahuasca nos sintomas de PSPT medidos por instrumentos de autorrelato, acreditamos ser esta uma oportunidade relevante para apoiar a identificação e a compreensão dos fatores da experiência que, na perspetiva dos utilizadores, mais influenciaram a sua sintomatologia.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.1. Perturbação de Stress Pós-Traumático

A Perturbação de Stress Pós-Traumático (PSPT) é uma perturbação que se caracteriza pelo desenvolvimento de sintomas a seguir à exposição a algum acontecimento extremamente traumático implicando uma experiência pessoal (APA, 2013). Pode envolver testemunhar uma morte ou viver uma ameaça de morte, sofrer um ferimento ou ameaça à integridade física, ou testemunhar acontecimentos que envolvem pessoas significativas como familiares ou amigos próximos (APA, 2013).

Tipicamente, a resposta da pessoa ao acontecimento envolve um medo intenso e uma experiência de horror acompanhado por um sentimento de incapacidade para ajudar (APA, 2013). Os acontecimentos traumáticos podem distinguir-se pela ameaça que representam para a vida da pessoa, pela sua gravidade e pelas consequências psicológicas que acarretam a longo prazo. Após a exposição extrema, a pessoa acaba por sentir que não apresenta recursos pessoais e/ou sociais para responder às exigências da situação, desenvolvendo a perceção de não ter controlo sobre os acontecimentos de vida (Vaz Serra, 2003). Assim e de acordo com a APA (2013), na PSPT o acontecimento traumático é reexperienciado de forma persistente através *flashbacks* recorrentes e intrusivos, lembranças, sonhos, mal-estar psicológico e reatividade fisiológica perante estímulos que simbolizem ou recordem o agente stressor. As pessoas acabam por desenvolver um comportamento evitante a estímulos associados ao evento traumático como tentativas para evitar recordações pensamentos ou sentimentos angustiantes. Também poderão exibir evitamentos externos relativos a pessoas, lugares, objetos, conversas que despertem as recordações. Podem também surgir sintomas de ativação que implicam dificuldade em adormecer ou permanecer a dormir, irritabilidade e acessos de cólera, dificuldade de concentração, hipervigilância e resposta de alarme exagerada. Pode-se também verificar a existência de alteração negativa das cognições ou do humor associados ao evento o que se traduz na incapacidade para recordar algum aspeto importante do acontecimento (amnésia dissociativa). Outro fator é a presença de expectativas negativas e exageradas de si mesmo, de outras pessoas e do futuro (APA, 2013).

A literatura tem colocado em evidência diversos efeitos cognitivos e emocionais associados à vivência de uma situação traumática tais como: padrões cognitivos distorcidos ou disfuncionais, ansiedade, comportamentos internalizados, hostilidade,

desconfiança e dificuldades na intimidade, dificuldade em perceber as reações emocionais dos outros, entre outras (Neller, Denney, Pietz & Thomlinson, 2005; Briere & Scott, 2015). Como consequências ao nível do comportamento, as pessoas que exibem PSPT podem apresentar baixos níveis de competência social, rejeição pelos pares e vulnerabilidade aumentada a envolvimento em comportamentos de risco (Neller et. al, 2005; Rosenbaum, Sherrington & Tiedmann, 2015). Além disso, estão também identificadas pela literatura implicações ao nível da perturbação da atenção e da orientação para o futuro (Rosenbaum, Sherrington & Tiedmann, 2015). Quanto às consequências afetivas pode haver dificuldade na regulação emocional (Waldinger, Schulz, Barsky & Ahern, 2006; Briere & Scott, 2015) e no controlo dos impulsos, dificuldade em reconhecer e exprimir estados emocionais; dificuldade em moderar a raiva/cólera; reação de percepção de perigo aumentada e sinais severos de depressão (Neller et. al., 2005; Taylor, 2006 cit. in Shaefer, Lobo & Kristensen, 2012). Acresce que nas mulheres podem ser internalizados estados como depressão, ansiedade e ideação suicida, enquanto os homens tendem a desenvolver comportamentos mais externalizados como delinquência, agressão e abuso de substâncias (O’Keefe, 1997b cit. in Neller et. al, 2005).

Importa compreender como se deu a evolução histórica do conceito desta perturbação até ser considerada como tal. A primeira vez que o termo “neurose traumática” surgiu foi através do alemão Herman Oppenheim (1889 cit. in Schestatsky, Shansis, Ceitlin, Abreu & Hauck, 2003) para explicar que esta perturbação provocava lesões no SNC através de mudanças moleculares.

De acordo com Schestatsky, Shansis, Ceitlin, Abreu e Hauck (2003), os primeiros estudos sobre a PSPT foram conduzidos pela escola francesa em 1887, pelo neurologista Jean Martin Charcôt. Dois dos seus colaboradores, Giles de la Tourette e Joseph Babinski, optaram por uma perspetiva mais orgânica/neurológica da histeria, enfatizando que o desenvolvimento da perturbação não se encontrava relacionado com nenhum facto traumático. Por outro lado, Pierre Janet e Freud influenciados por Charcôt direccionaram os seus estudos para o conceito de *insight* de forma a compreender a sua relação emocional com as situações traumáticas e com a histeria.

O termo “subconsciente” foi utilizado pela primeira vez por Janet para explicar que um conjunto de memórias formam determinados esquemas mentais que são responsáveis pela forma de como o indivíduo interpreta o mundo. Quando a pessoa experimenta uma situação traumática, não é capaz de integrar essa experiência nos seus

esquemas cognitivos. Seguindo a direção de Janet, após a Primeira Guerra Mundial, Freud afirmava que a experiência traumática acaba por estar forçosamente presente na mente do indivíduo, tornando-o incapaz de lidar com a intensa estimulação (Schestatsky et al., 2003).

A partir da segunda guerra mundial, Kardiner (1941) volta a retomar a investigação sobre a “neurose de guerra”, a partir da investigação sobre ex-combatentes que apresentavam respostas exageradas ao *stress* quando expostos a situações que os poderiam levar a evocar o tempo de guerra (Schestatsky et al., 2003). No entanto, só em 1964 após a Guerra do Vietname, esta perturbação passou a ser reconhecida cientificamente (Vaz Serra, 2003). Em 1980, a PSPT foi então, vista como entidade nosológica, sendo pela primeira vez descrita na 3ª Edição do Manual de Diagnóstico e Doenças Mentais da Associação de Psiquiatria Americana, bem como no CID 10 da Organização Mundial de Saúde (a partir de 1992). Os termos anteriormente utilizados para descrever as demonstrações psicológicas dos militares passaram a ser designados por Perturbação Pós-Stress Traumático (Adler-Nevo & Manassis, 2005; Vaz Serra, 2003).

Recorrendo ao DSM-V, esta perturbação afeta atualmente 8,7% da população nos Estados Unidos da América. Na Europa e nos países asiáticos, africanos e latino-americanos estima-se que apresente uma prevalência entre os 0.5%-1.0%. É reconhecido que a possibilidade de desenvolvimento de uma PSPT é mais frequente entre pessoas com certas atividades, tais como polícias, bombeiros, militares, entre outros. É também reconhecido que parece apresentar uma prevalência menor em população idosa (American Psychiatric Association, 2013).

Hoje em dia, a PSPT pode desenvolver-se em consequência de múltiplos traumas que vão surgindo ao longo da vida do indivíduo e não apenas num único incidente traumático (Vaz Serra, 2003). A PSPT não se desenvolve apenas nos militares de guerra. Mais recentemente, o surgimento dos ataques terroristas tem vindo a chamar a atenção para esta patologia, mas também os desastres naturais, danos provocados pelo homem como violência (assalto, maus tratos e intimidação), abuso sexual, luto, problemas de saúde (intervenções cirúrgicas, aborto, doença) podem levar a mudanças ao nível da cognição, comportamento e emoção (Adler-Nevo & Manassis, 2005).

Há também um facto relevante que tem vindo a ser posto em evidência pelos os estudos sobre vitimização secundária em que se tem vindo a demonstrar que não só as vítimas diretas do acontecimento traumático, mas também as testemunhas, amigos,

familiares ou outros profissionais que possam intervir no contexto e momento do trauma podem acabar por desenvolver PSPT (Center for Disease Control and Prevention, 2003).

1.1.1. Processos Psicológicos subjacentes à Perturbação de Stress Pós-Traumático

Uma vez que o presente estudo procura caracterizar os processos psicológicos que emergem da experiência com a ayahuasca em pessoas com PSPT, entendemos que é importante identificar que processos psicológicos têm vindo a ser descritos pela literatura como estando relacionados com a PSPT.

Na PSPT são identificadas várias mudanças no funcionamento da memória quando comparada com estudos de pacientes com depressão, por exemplo. Estas mudanças refletem-se por um padrão de evocação relacionado com o material traumático, traduzido em memórias que se tornam angustiantes e intrusivas (Nursey & Phelps, 2016). Outra característica são os “*flashbacks*” dominados por detalhes sensoriais, como imagens visuais e sonoras, que fazem com que o evento traumático pareça estar a repetir-se no presente e que levam a pessoa a funcionar como se o acontecimento ainda estivesse a decorrer, impedindo-o de reconhecer o mesmo como pertencente ao passado (Nursey & Phelps, 2016).

A dissociação é definida por uma rutura e fragmentação das funções integradas da consciência, memória, identidade, consciência corporal e perceção sobre si e o mundo (Steuwe, Lanius & Frewen, 2012). Os sintomas dissociativos mais comuns encontrados no trauma são desrealização, despersonalização e experiências de descorporalização/sentir-se “fora do corpo” (Morris, Kaysen, & Resick, 2000 cit. in Brewin & Holmes, 2003). Estudos confirmaram que a dissociação durante a exposição a um acontecimento traumático está associada ao aumento das memórias intrusivas posteriores ao acontecimento (Steuwe, Lanius & Frewen, 2012), por exemplo, a revivência do evento traumático em forma de *flashback* tem sido reconhecida como um elemento dissociativo (APA, 2013).

Para que se possa diagnosticar PSPT de acordo com o DSM-V é necessário que estejam presentes um conjunto de sintomas tais experimentar o medo intenso, desamparo ou horror no momento do trauma. Pode-se constatar que em vários estudos realizados, das vítimas que não desenvolveram PSPT 44% relataram pelo menos uma dessas reações num nível intenso em comparação com 89% daquelas que

desenvolveram PSPT (Grey, Holmes & Brewin, 2001). Existem grandes evidências de que os sentimentos de culpa, vergonha, tristeza, humilhação e raiva acompanham com frequência a PSPT (Rauch et al., 2006). Estudos demonstram que altos níveis de raiva e ira são influenciadores no atraso da recuperação do diagnóstico, por exemplo, nas vítimas de crimes violentos, a vergonha é um forte preditor de como os sintomas de PSPT se desenvolvem ao longo do tempo (Andrews, Brewin, Rose e Kirk, 2000 cit. in Brewin & Holmes, 2003).

O evento traumático pode, ainda, desafiar o sistema de crenças e gerar preocupações relacionadas com o significado do evento para a fé, para as expectativas sobre a própria vida e sobre a humanidade (Wilson, 2004). Em comparação com indivíduos que não sofrem de PSPT verificou-se que vítimas com esta perturbação têm crenças negativas sobre si e os outros. As interpretações negativas do próprio evento são mais frequentes em pessoas que desenvolvem PSPT depois de um assalto ou acidente de viação (Dunmore, Clark e Ehlers, 1999 cit. in Brewin & Holmes, 2003). Assim, verifica-se que as crenças negativas não necessitam de surgir durante o trauma em si, mas podem ser resultado de um processo de avaliação após o perigo ter passado (Grey, Young & Holmes, 2002). Os mecanismos de *coping* cognitivo também são importantes para a manutenção da PSPT, uma vez que as tentativas para eliminar os pensamentos indesejados são geralmente um fracasso, já que os pensamentos retornam ainda mais fortes e intrusivos, o que acaba por levar a uma recuperação mais lenta da PSPT (Dunmore et al., 2001).

Noutro ponto de vista, a resiliência ao desenvolvimento de PSPT é caracterizada por uma adaptação positiva ou estabilidade em termos de saúde mental que parece persistir apesar das adversidades da vida (Rutter, 2012). Ora entre indivíduos que desenvolvem PSPT parece não existir capacidade adaptativa suficiente para lidar com eventos inesperados e traumáticos (Viola, Shiavon, Renner & Grassi-Oliveira, 2011).

A PSPT está associada a outras perturbações que também se manifestam pelos mesmos processos psicológicos. No entanto, aquilo que parece ser exclusivo desta perturbação são as memórias centradas no evento traumático, já que os restantes processos psicológicos apresentam muito em comum com outros diagnósticos como a depressão e as perturbações de ansiedade. É de destacar que as emoções envolvidas na PSPT não se restringem apenas ao medo, desamparo e horror ou ao que foi experimentado no momento do trauma; da mesma forma, também as crenças que se desenvolvem não dizem respeito apenas ao evento em si, mas podem envolver muitos

aspectos gerais da pessoa, do mundo social e da visão sobre o futuro (Brewin & Holmes, 2003).

1.1.2. Intervenção e estratégias para lidar com a Perturbação de Stress Pós-Traumático

Para conhecer e a ajudar a pessoa a lidar com a PSPT é importante compreender que intervenções e estratégias estão disponíveis, até porque é reconhecido o prejuízo significativo que a perturbação acarreta a nível emocional, social e laboral.

A terapia cognitivo-comportamental baseia-se nas teorias sobre o processamento patológico da informação nas perturbações psicológicas e tem como objetivo reduzir o sofrimento emocional e os comportamentos desajustados através da identificação e modificação das distorções cognitivas ou desadaptativas, promovendo o desenvolvimento de estratégias que produzam a mudança para pensamentos mais adaptativos (Badós, 2008; Wright, Basco & Thase, 2008). De acordo com Foa (1998 cit. in Gonçalves et al., 2010), as crenças disfuncionais desenvolvidas após o evento traumático ou pré-existentes ao acontecimento acabam por produzir emoções e comportamentos desadaptativos, acabando por facilitar o desenvolvimento de patologias. Esta terapia tem como papel central o processamento cognitivo da informação uma vez que o indivíduo realiza continuamente avaliações sobre os acontecimentos internos e sobre aquilo que o rodeia como os eventos stressantes, memórias de eventos passados, tarefas que tem a realizar, comentários dos outros ou ausência deles (Wright, Basco & Thase, 2008).

Na terapia cognitivo-comportamental podem ser utilizadas um conjunto de técnicas como a terapia de exposição e a reestruturação cognitiva. Assim, para o tratamento da PSPT por norma estão implicados os seguintes elementos básicos: exposição repetida e reiterada da informação referente ao trauma e a modificação dos pensamentos ou crenças desadaptativas sobre os sintomas ou determinadas condutas (Labrador, Crego & Rubio, 2003). A terapia de exposição procura reduzir a ansiedade do paciente através da confrontação com os estímulos associados ao evento traumático, pode incluir exposição *in vivo* ou imaginária. Na exposição *in vivo*, o indivíduo enfrenta os estímulos que lhe provocam ansiedade (por exemplo pessoas, lugares, objetos), enquanto na exposição imaginária, há um confronto com as lembranças do evento traumático, onde ouve várias vezes o seu relato até que a ansiedade diminua (Nursey & Phelps, 2016). Segundo Foa e Kozak (1986 cit. in Nursey & Phelps, 2016) para que a redução dos

sintomas ocorra, o indivíduo aprende que os estímulos associados ao trauma não lhe causam dano; recordar o trauma não implica reviver a ameaça; e o indivíduo acaba por se habituar à ansiedade à medida que experiencia o acontecimento. Por outro lado, a reestruturação cognitiva procura ajudar o indivíduo a identificar os pensamentos desadaptativos, avaliá-los e alterar informação e pensamentos angustiantes relacionados com crenças associados ao trauma, substituindo-os por pensamentos mais adaptativos (Puigcercer, 2001).

Uma outra intervenção que pode ser utilizada é a terapia focada nas emoções (TFE). Esta terapia foi desenvolvida por Leslie Greenberg e colaboradores na década de 1980 (Mendes, 2015) e tem-se revelado eficaz no tratamento de traumas (Paivio & Pascual-Leone, 2010 cit. in Mendes, 2015). A TFE baseia-se na reorganização do sistema de significados do paciente a partir do acesso às emoções (Greenberg, 2010). Deste modo, o objetivo da terapia prende-se com a alteração das emoções substituindo-as por outras emoções, ou seja, procura-se alterar e transformar emoções desadaptativas por outras mais adaptativas (Paivio, 2013). Segundo Greenberg (2010), as emoções são a chave determinante para o processamento da informação e para a promoção do bem-estar, podendo assim ajudar o paciente a mudar estados emocionais problemáticos ou experiências indesejadas (Pos & Greenberg, 2007). Nesta terapia, o cliente é ajudado a identificar, experimentar, compreender, transformar e a gerir as suas emoções para que possa adquirir maior competência no acesso às informações e significados importantes sobre si e sobre o mundo (Pos & Greenberg, 2007).

A TFE para acontecimentos traumáticos é uma terapia que envolve o acesso a sentimentos e a memórias traumáticas para produzir a mudança. Assim é necessário que seja desenvolvida uma relação terapêutica entre o terapeuta e o cliente de forma a reduzir o sofrimento e aumentar a consciencialização e aceitação dos sentimentos. (Bowlby, 1988 cit. in Paivio & Kunzle, 2007). Deste modo, com a ajuda do terapeuta, o cliente através de processos de dessensibilização, aprende a lidar e a tolerar a experiência traumática. Ainda, através da exploração e simbolização verbal dos acontecimentos traumáticos, o cliente constrói um novo significado e uma visão mais adaptativa de si mesmo (Paivio & Kunzle, 2007).

Uma outra abordagem psicoterapêutica são as terapias narrativas que se baseiam na noção de que as pessoas controem narrativas para se definirem e dar significado aos seus acontecimentos de vida. Quando existe sofrimento psicológico, as pessoas criam auto-narrativas que acabam por restringir as suas ações, pensamentos e sentimentos.

(White, 2007 cit. in Lopes, Gonçalves, Machado, Sinai, Bento & Salgado, 2014). Por isso, o propósito desta terapia passa por ajudar o cliente a narrar a sua história de vida de forma mais rica e gratificante. Ou seja, em indivíduos com PSPT, procura-se enfatizar que o cliente é visto como um sobrevivente da experiência traumática e não, como alguém que foi vítima desse mesmo acontecimento (Merscham, 2000).

1.2. Ayahuasca e o seu Potencial Terapêutico

Das mais variadas plantas psicotrópicas utilizadas pelo povo indígena na Amazônia, a ayahuasca é a mais interessante e complexa ao nível botânico, químico e etnográfico (Luna, 2011; Schultes, 1957, cit. in McKenna, 2004). O nome varia entre *ayahuasca*, *Caapi* ou *yagé* sendo mais conhecida como ayahuasca devido ao termo quechua que significa “videira das almas” que é aplicado tanto à própria bebida como a uma das espécies da planta, *malpighi* Liana da selva, *Banisteriopsis caapi*. No entanto, os grupos indígenas acabam por distinguir vários tipos de videiras, enquanto os ocidentais apenas se interessam por uma espécie (Luna, 2011; Schultes, 1957, cit. in McKenna, 2004).

O chá da ayahuasca é uma bebida com propriedades alucinogénias, obtida através da decocção da casca da raiz e por vezes, do córtex do caule da liana *Banisteriopsis caapi* (que contém harmina, harmalina e tetra-hidro-Harmina) e das folhas das plantas *Psychotria viridis* que contêm alucinogénios como N, N-dimetiltriptamina (DMT que são agonistas dos recetores da serotonina) (Ott, 1996; Shultes & Hofmann, 1979, cit. in Bouso et al., 2012). A ayahuasca exerce uma ação sobre o sistema nervoso central ao interferir com o neurotransmissor serotonina. Esta modificação neuro química constitui-se como a única base da experiência descrita pelos consumidores (Bouso & Riba, 2011). Desta forma, a ingestão do chá proporciona o aumento nas concentrações de serotonina e torna disponível a DMT por via oral, incitando a ação alucinogénia (Callaway & Grob, 1998).

Num tempo de aproximadamente 15-60 minutos, a ayahuasca provoca um estado transitório de consciência caracterizado por introspeção, visões com elevada carga emocional e memórias autobiográficas. Pode trazer consigo também recordações e imagens do passado que estejam reprimidas. A ingestão da ayahuasca pode provocar vômitos e diarreia o que é interpretado como uma *purga* ou limpeza corporal na linha das tradições ayahuasqueiras. A nível fisiológico pode desencadear um ligeiro aumento cardiovascular que não apresenta relevância clínica (ICEERS, 2012; Riba et al., 2001).

O uso da ayahuasca tem-se estendido a vários países da América do Sul como o Perú, Bolívia, Colômbia, Brasil, Venezuela e Equador. Recentemente, grupos de seguidores deste tipo de cerimônias da ayahuasca tem-se estabelecido nos Estados Unidos e em vários países europeus como a Alemanha, Holanda, Inglaterra e Espanha, países estes em que embora se tenha aprendido muito sobre o uso de substâncias psicotrópicas entre as populações indígenas ignoram, com a exceção do tabaco, as suas propriedades (Luna, 2011; Riba et al., 2003; Tupper, 2008).

A investigação clínica da ayahuasca iniciou-se através de estudos realizados nos anos 90 por Callaway, Grob, McKenna e os seus colaboradores (1999, cit. in Bouso & Riba, 2011) com objetivo de avaliar o impacto da administração da ayahuasca ao nível subjetivo e fisiológico em utilizadores regulares. Atualmente têm sido realizados vários estudos sobre a segurança da ayahuasca e o que se tem verificado em condições apropriadas e sem antecedentes de consumo de outras substâncias ou alimentos ou condições pré-existentes, é que a ayahuasca se tem demonstrado segura, não causando dependência. É em grande parte devido a estas conclusões que se tem estudado a possibilidade da sua utilização para fins terapêuticos incluindo no tratamento do abuso de substâncias (Gable, 2007). Barbosa, Giglio e Dalgalarondo (2005) realizaram um estudo para avaliar os efeitos terapêuticos da ayahuasca durante uma semana após a sua administração. Tratou-se de um primeiro estudo com variáveis relacionadas com estados alterados de consciência e o estado de saúde mental, tendo-se observado uma redução significativa de sintomatologia psicológica negativa, uma experimentação de um estado de serenidade em relação aos stresses diários, maior capacidade de assertividade, maior energia e vivacidade, maior capacidade de *insights*, bem como maior relaxamento e satisfação.

Tanto as pessoas que utilizam a ayahuasca de forma pontual como consumidores regulares descreveram a experiência como positiva e importante e alguns indivíduos apresentaram melhorias na saúde devido à ingestão da ayahuasca (Barbosa et al., 2009). Loizaga-Velder e Verres (2014) realizaram um estudo na qual foram avaliados os efeitos terapêuticos da ayahuasca para o tratamento do uso de drogas. Pôde verificar-se que a ayahuasca apresenta um elevado potencial uma vez que foram encontradas melhorias em diferentes variáveis relacionadas com o autoconceito, psicopatologia e bem-estar. Outras aplicações da ayahuasca sugerida por vários estudos é a sua utilidade no tratamento da doença de Parkinson. Por exemplo, um estudo de Serrano-Duenãs (2001 cit. in Winkelman, 2014) examinou os efeitos de uma única dose de

Banisteriopsis caapi na função motora dos doentes com Parkinson usando a Escala de Classificação da Doença de Parkinson, encontrando benefícios no comportamento.

Com isto pode-se constatar que a ayahuasca traz consigo bastantes benefícios no tratamento do uso de substâncias bem como potencialmente de outras condições psicológicas (Dominguez-Clavé et al., 2016), o que indica que pode existir potencial na possibilidade da sua administração clínica ou em ambientes naturalistas de uso de alucinogénios (Barbosa et al., 2009).

1.2.1. Potencial Terapêutico da Ayahuasca para a Perturbação de Stress Pós-Traumático

Tivemos já oportunidade de explicar que a PSPT é uma perturbação que causa um medo extremo e incapacitante como resultado de uma experiência profundamente traumática. Por vezes torna-se difícil realizar um diagnóstico de PSPT, porque os sintomas falham muitas vezes em ser detetados em condições co-mórbidas como o abuso de substâncias, a perturbação depressiva major e outras perturbações de ansiedade (Johnson, 2009 cit. in Nielson & Megler, 2014). Os tratamentos para a PSPT que têm vindo a ser utilizados são tratamentos psicofarmacológicos que recorrem, nomeadamente, aos antidepressivos serotoninérgicos. Nesta sequência, as opções terapêuticas atuais parecem ser insuficientes devido à elevada resistência ao tratamento entre os indivíduos afetados pela perturbação. É por esse motivo que existe uma necessidade emergente de novas abordagens de tratamento focadas nas emoções, uma vez que o núcleo da reação traumática é emocional (Nielson & Megler, 2014).

Atualmente, o modelo biopsicossocial de Engel (1977) diz-nos que a saúde e a doença são o resultado de uma interação entre as dimensões biológica, psicológica e social. A esta definição pode, porém, ser apontada a ausência da referência à dimensão da espiritualidade. A religião e a espiritualidade têm um grande impacto nos comportamentos de saúde, nos sintomas físicos e emocionais, e na qualidade de vida. A ayahuasca traz consigo um potencial terapêutico neste contexto uma vez que a sua implementação se dirige as todas as dimensões da saúde: psicofarmacológica, psicoterapêutica, psicossocial, da reabilitação e espiritual (Nielson & Megler, 2014). A experiência da ayahuasca é diferente de uma terapia que requer comunicação com um profissional, já que nesta abordagem, as pessoas podem experimentar todos os elementos emocionais e sensoriais dos seus padrões traumáticos, permitindo que

encontrem a sua resolução (Nielson & Megler, 2014). No entanto, os indivíduos com PSPT enfrentam várias barreiras para receber o melhor tratamento - uma delas é o estigma associado com uma doença mental como o PSPT; outro entrave é colocado pela investigação científica, que só agora começa a identificar substâncias psicadélicas com potencial terapêutico (Mithoefer, Wagner, Mithoefer, Jerome & Doblin, 2011).

A presença do DMT na composição da ayahuasca tem motivado a sua investigação na perspectiva da exploração do seu potencial para a medicina moderna, através de uma abordagem laboratorial, clínica e medicinal (Nielson & Megler, 2014). Contudo, a informação sobre a ayahuasca e a PSPT são escassas, não exibindo estudos que relacionem especificamente os dois fenómenos. Em contrapartida, existe uma vasta literatura que tem posto em evidência o potencial terapêutico de diversas substâncias psicadélicas na sintomatologia de PSPT.

A MDMA e a marijuana, por exemplo, têm sido amplamente investigadas enquanto alternativas psicoterapêuticas a tratamentos mais convencionais para o trauma (Campos, Ferreira & Guimarães, 2012). Com estas abordagens biológicas e psicoterapêuticas, facilita-se o processamento do trauma, diminuindo ou eliminando reações crónicas ao stress e não tentando anular de imediato os sintomas resultantes dessas reações (Mithoefer, 2016).

Aparentemente, no caso da terapia assistida por MDMA percebeu-se que o estado induzido pelo efeito da substância é um estado cognitivo-emocional positivo, em que emerge uma sensação de autoaceitação, e em que se experienciam sentimentos de medo reduzido que acompanham a evocação das memórias traumáticas. A literatura explica que a exposição terapêutica para a lembrança da história traumática deve ser mantida numa zona de “excitação ótima”, evitando assim, provocar uma ansiedade esmagadora e outras emoções dolorosas. A MDMA acaba por ter esse efeito, aumentando a tolerância às memórias traumáticas e a redução do embotamento (Ogden and Pain, 2005 cit. in Oehen et al., 2013). Com a utilização da MDMA a aliança terapêutica é melhorada, o que facilita a deteção de expressões positivas, ao mesmo tempo que reduz a possibilidade de reatividade excessiva, expressões fugazes ou involuntárias de raiva ou desaprovação (Rauch et al., 2006). Esses efeitos combinam-se para aumentar a eficácia da psicoterapia promovendo a confiança interpessoal com os terapeutas e catalisando o processamento do material emocionalmente angustiante como acontece em pessoas com PSPT (Bouso, 2001 cit. in Bouso et al., 2008; Mithoefer et al., 2011). Estas pessoas assinalam frequentemente sentimentos de embotamento emocional com dificuldade nos

contactos sociais. De acordo com Hysek e os seus colaboradores (2013) a utilização de MDMA parece trazer melhorias nas interações sociais e aumento da empatia pelo outro, percebidos através deteção de rostos mais felizes e redução de expressões faciais negativas.

A par do MDMA, a ayahuasca induz a um estado modificado da consciência que pode atuar como catalisador para diversos processos emocionais que podem variar entre a tristeza profunda, medo e raiva e a calma profunda, bem-estar e a satisfação plena (Loizaga-Velder & Pazzi, 2014). Estudos demonstraram que os benefícios da ayahuasca estão relacionados com a mudança de como o indivíduo se relaciona consigo próprio, desenvolvendo uma maior “autoaceitação”, sentindo-se mais amoroso nos seus relacionamentos e ganhando uma nova perspetiva de vida (Kavenská & Simonová, 2015; Prayag, Mura, Hall, & Fontaine, 2016). A ayahuasca reduz o limiar para o controlo do consciente permitindo que o material subconsciente possa surgir, tornando-os conscientes para desencadear a expressão ou catarse de emoções bloqueadas (Loizaga-Velder & Pazzi, 2014).

As imagens visuais que normalmente surgem na experiência com ayahuasca são comparadas aos sonhos; por vezes, são mais complexas, envolvendo lugares e pessoas conhecidos do indivíduo ou recordação de eventos passados. Estas imagens são descritas como vívidas, coloridas e por vezes, incluindo extrema beleza, acabando por facilitar o acesso à evocação das memórias, no caso da PSPT. As perceções auditivas raramente envolvem uma audição gerada internamente como ouvir vozes, mas sim a modificação de estímulos como a música ser mais intensa, mais sentida. Um efeito que se verifica na experiência com ayahuasca é a dissociação do corpo, como se houvesse um desprendimento (Riba et al., 2001). No caso da experiência com MDMA, esta parece ser bastante idêntica uma vez que também pode fornecer o acesso a experiências espirituais significativas e a outros conteúdos transpessoais¹. Trata-se de uma experiência profunda que traz consigo sentimentos de empatia, amor e muitas vezes surge no indivíduo uma perspetiva clara sobre o trauma, apresentando-o como um evento passado e uma maior conscientização sobre o problema (Mithoefer, 2016).

Com a utilização da ayahuasca consegue-se uma aproximação às experiências vivenciadas pelo indivíduo, facilitando o acesso à compreensão do fenómeno. Embora a

¹ Acesso a conteúdos que ultrapassam a esfera biográfica; experiências que transcendem os limites temporais e espaciais do indivíduo (Grof, 2000 cit. in Collins, 2008).

evidência seja escassa, alguns estudos parecem apontar no sentido terapêutico específico no trauma, como os estudos realizados com vários veteranos de guerra com PSPT que participaram em várias cerimônias de ayahuasca num centro do Perú, e que demonstraram que poderia ser um tratamento benéfico para os sintomas de PSPT (Feinberg, 2013) são uma demonstração do seu potencial terapêutico.

A PSPT está associada a um ou vários acontecimentos traumáticos que desencadeiam processos internos e externos que contribuem para o desenvolvimento do diagnóstico, que estão associados a considerável sofrimento pessoal, familiar e social, a longo prazo (Albuquerque, Soares, Martins de Jesus & Alves, 2003). Ao apostar-se na investigação sobre uma abordagem que recorre à utilização de uma substância psicoativa psicadélica não se pretende de forma alguma menosprezar os benefícios que podem ser atingidos através da psicoterapia convencional. Os estudos clássicos de Donald Winnicott (1896-1971), ocorrem-nos como referência fundamental no tratamento psicoterapêutico do trauma. No entanto, com Winnicott os pacientes só acederam a uma perceção mais reparadora sobre o trauma ao fim de 10 anos. Embora muitas outras abordagens psicoterapêuticas e farmacológicas tenham conseguido diminuir o tempo necessário para a obtenção de resultados terapêuticos, os benefícios da psicoterapia e da farmacologia convencionais para o trauma e para outras perturbações mentais continuam a ser amplamente insuficientes (Axailà, Santos, Hallack & Bouso, 2018). Nesta linha, estudos como o que desenvolvemos podem contribuir para começar a delinear evidência sobre propostas que possam contribuir de forma significativa para o bem-estar de pessoas com PSPT que lidam diariamente com um grau considerável de sofrimento. Assim, o presente estudo espera contribuir para o aumento do conhecimento sobre as possibilidades de inovação em novas abordagens psicoterapêuticas. Tratando-se de uma primeira abordagem, procura também contribuir para o conhecimento sobre o potencial terapêutico da Ayahuasca no alívio dos sintomas de PSPT numa perspetiva qualitativa e compreensiva.

2. MÉTODO

O presente estudo tem como objetivo geral caracterizar os processos psicológicos que emergem da ingestão da ayahuasca, no contexto de um retiro que envolve várias cerimônias, e o seu potencial terapêutico para o alívio da sintomatologia em indivíduos com perturbação de stress pós-traumático (PSPT). Este estudo é parte integrante de um projeto de investigação internacional em curso, de carácter longitudinal, intitulado de “*Long-term effects of ayahuasca in well-being, spirituality and health*”, que se encontra a decorrer no *Temple of the Way of Light* (TOWL) no Perú, e que é promovido pelo *International Center for Ethnobotanical Education, Research and Service* (ICEERS) (Barcelona – Espanha) e pela *Beckley Foundation* (Reino Unido).

De acordo com o referencial teórico e o objetivo geral do estudo, formularam-se os seguintes objetivos específicos: a) explorar a história de vida e/ou de acontecimentos relevantes para o aparecimento da PSPT; b) descrever as expectativas dos/das participantes relativamente à experiência com a ayahuasca antes da chegada ao TOWL; c) caracterizar a experiência com ayahuasca; d) caracterizar a perceção do indivíduo acerca da relação entre a experiência com a ayahuasca e os sintomas de PSPT; d) caracterizar os processos psicológicos uma vez passados os efeitos do produto – fase da integração. O quadro de objetivos e questões de investigação que orientam o estudo podem ser consultados no anexo II. Optou-se pela utilização de uma metodologia qualitativa uma vez que procura compreender e interpretar como os indivíduos vivenciam e significam os fenómenos decorrentes das suas experiências de vida (Richie & Lewis, 2003), o que nos conduz a uma abordagem fenomenológica que se centra no aprofundamento da experiência individual, procurando compreender que interpretação fazem os participantes das suas experiências (Smith, 2011). O processo de análise dos dados adotou uma abordagem semi-indutiva, orientada pela análise temática que nos permitiu identificar, organizar e refletir sobre os significados presentes nos dados (Braun & Clarke, 2012).

2.1. Participantes

Os participantes do estudo são indivíduos que se deslocaram ao “*Temple of the Way of Light*” em Iquitos no Perú para realizar a toma da Ayahuasca num retiro de aproximadamente 15 dias, na expectativa de aliviar os sintomas de PSPT.

Os quatro participantes que integram a nossa amostra foram identificados a partir da totalidade dos participantes do estudo longitudinal principal, que apresentavam sintomatologia coincidente com PSPT, e que manifestaram disponibilidade para uma entrevista em profundidade na sequência da sua experiência no TOWL. A amostra foi assim constituída intencionalmente, uma vez que só foram incluídos participantes com sintomatologia congruente com PSPT, avaliados através da Escala de Trauma de Davidson.

Relativamente à caracterização dos participantes, a maioria são do sexo feminino. O participante 1 é uma mulher de 32 anos, de nacionalidade americana, solteira com uma história de vida marcada por consumos de álcool, conflitos familiares, pai alcoólico, abusivo físico e emocionalmente. Foi vítima de abuso sexual na adolescência pelo padrasto. Nunca se sentiu amada, protegida e cuidada pela sua família.

O participante 2 é uma mulher de 43 anos, de nacionalidade africana, solteira com história de luto pela morte do pai na adolescência, mãe indisponível para cuidar dela, com vários relacionamentos amorosos. A existência de muitas mudanças entre o seu país natal e os Estados Unidos tiveram um impacto negativo para a sua vida. Outro fator negativo foram as traições dos seus companheiros e um aborto na sequência de uma de estas relações.

O participante 3 é também uma mulher de 32 anos, de nacionalidade americana, solteira com história de consumos de heroína endovenosa e gravidez na adolescência. Referiu a existência de uma infância difícil com pai alcoólico e história de violência doméstica e vitimação indirecta. Foi vítima de uma violação, que considera ser o acontecimento que mais contribuiu para o desenvolvimento dos seus sintomas de PSPT. Nunca se sentiu merecedora de amor.

O último participante 4 é do sexo masculino, tem 52 anos, residente nos EUA, casado, e com uma experiência de guerra no conflito do Afeganistão ao serviço do seu país natal, período que descreveu como sendo marcado por escravidão e humilhação. A sua infância foi marcada por conflitos entre os pais, pai alcoólico e abusivo emocionalmente. Perdeu recentemente o seu único filho num acidente e a sua mulher tem um cancro em fase terminal.

Código de Identificação	Sexo	Idade	Nacionalidade	Score ²	
				Pré	Pós
P1	Feminino	32	América do Norte	87.7	24
P2	Feminino	38	América do Norte	32	13
P3	Feminino	43	África do Norte	52	<i>missing value</i>
P4	Masculino	52	América do Norte	90.5	16.5

Tabela 1. Caracterização dos Participantes

2.2. Instrumentos

O instrumento utilizado no estudo foi um guião de entrevista, construído pela equipa de investigação (ver anexo I). O guião de entrevista visava identificar os processos psicológicos que surgiram durante a experiência da ayahuasca e após o seu término, numa fase de integração, e que eram percebidos pelos participantes como apresentando potencial terapêutico para o alívio dos sintomas de PSPT.

O guião apresentava três momentos: antecedentes pessoais, isto é, a partir das experiências significativas da pessoa que surgiram no decorrer da toma da ayahuasca, a pessoa deveria enquadrar esses momentos na sua trajetória de vida; procurou-se falar da experiência da ayahuasca no templo na qual foi pedido ao participante que explorasse dois eventos significativos durante a totalidade das cerimónias realizadas. Neste momento procurou-se explorar dimensões afetivas, cognitivas ou somáticas da experiência, focando na expressão e tonalidade emocional que utilizaram para relatar esses eventos. Também se pretendeu explorar a perceção da pessoa em relação à experiência e à PSPT. O último momento da entrevista destinou-se à integração, ou seja, aquando do término dos efeitos da ayahuasca foi importante incidir na forma como as pessoas perceberam as experiências significativas que relataram; centrar nos processos psicológicos emergentes durante a integração; focar na perceção que a pessoa teve sobre o impacto da planta na sintomatologia de PSPT.

2.3. Procedimento de Recolha de Dados

A recolha de dados iniciou-se proximamente em outubro de 2017 durante o retiro, estando os participantes ainda no TOWL, através de uma entrevista semiestruturada em

² Escala de Trauma de Davidson

profundidade. Foram realizadas quatro entrevistas: duas entrevistas foram conduzidas por um elemento da equipa de investigação do estudo longitudinal principal, presente no TOWL. As outras duas entrevistas foram realizadas via *Skype* pela equipa de investigação em Portugal. Todas as entrevistas foram audiogravadas e com uma duração de 30 minutos a uma hora.

2.4. Procedimento de Tratamentos de Dados

Os dados foram analisados através de uma abordagem semi-indutiva uma vez que algumas das categorias de análise partiram do guião de entrevista e outras emergiram dos conteúdos reportados pelos participantes nas entrevistas.

Inicialmente procedemos à transcrição e análise das entrevistas com o objetivo de interpretar, compreender e familiarizar com os dados, o que permitiu a identificação de códigos iniciais temáticos que iam surgindo de forma aproximada com o discurso dos participantes (Creswell, 2007). Posteriormente, foi realizada uma leitura flutuante dos dados e por se recorrer a uma análise semi-indutiva dos dados, utilizamos como unidade de registo, a “ideia completa” por se considerar o mais adequado mediante o discurso dos participantes.

Assim, iniciamos o processo de categorização através da codificação aberta, um processo de codificação que segmenta os dados e que estão suscetíveis de alteração durante todo o processo de análise (Saldanã, 2009), permitindo assim reduzir os dados para um conjunto de categorias que incluíam todo o discurso dos participantes pertinente para estudo. No anexo III podem ver, o sistema de categorias que engloba todas as categorias e códigos criados de forma exaustiva.

Depois com a utilização da análise temática conseguimos obter respostas para os objetivos específicos de modo a identificar os processos psicológicos que emergiram durante a experiência com a ayahuasca e na fase de integração. A análise dos dados foi realizada com recurso ao *software Nvivo11*® uma vez que se constituiu como uma ferramenta útil para a organização dos dados, bem como para a diminuição da perda de material importante provenientes das entrevistas (Mozzato, Grzybovski & Teixeira, 2016).

3. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Nesta análise dos dados optou-se por uma apresentação dos resultados organizada de forma a dar resposta às questões de investigação formuladas, identificando os dados emergentes das principais categorias. O sistema integral das categorias encontra-se no Anexo III. Procurou-se discutir os dados de forma integrada com a literatura existente o que permitiu uma reflexão aprofundada do fenómeno e estão ainda, apresentados exemplos para facilitar a compreensão dos resultados. De forma a simplificar a leitura dos dados, as categorias de 1^a, 2^a, 3^a e 4^a geração serão respetivamente assinadas a maiúscula, **Bold**, *Itálico* e Sublinhado.

De forma a responder à primeira questão de investigação “**A que experiências especificamente relacionadas com PSPT se reportam os/as participantes?**” percebemos que os participantes se reportam a uma série de **acontecimentos de vida** como história de *consumos de substâncias* (n=3) de álcool, heroína endovenosa e marijuana “*I began to use drugs on a daily basis. I began you use heroin, I began to use heroin like IV heroin. My son, I sent him to live with his dad, when I noticed that I was kind of losing control*” (P1). Também outro acontecimento de vida tem a haver com presença de *doença mental* como ansiedade, perturbações de comportamento alimentar, depressão (n=3) “*and I knew that I had anxiety, and depression and I always internalized it because my family was always telling me that it was me, I need to be on medication*” (P2).

Ainda nos acontecimentos de vida emergem os problemas de *vitimização* uma vez que todos os participantes experimentaram de alguma forma um acontecimento potenciador dos sintomas de PSPT. Como processos de vitimização destacaram-se abuso emocional, abuso sexual, violação e violência indireta “*I just remember being like really afraid she's coming home today she's going to be calm and she's going to be violent and that was roughing for most of my young childhood and like young adulthood and then my parents were fighting all the time because when I was, so let me think, it was either I was ten..*”(P4). A maioris destes acontecimentos foram na fase da adolescência e na idade adulta, sendo que as principais figuras envolvidas nestes eventos foram o pai ou a mãe (n=4). Aquilo que se verificou foi que o desenvolvimento de sintomas de PSPT, não se remete apenas para um único acontecimento traumático, mas que podem ser uma consequência de múltiplos acontecimentos de vida com carácter traumático (Vaz Serra, 2003).

Para responder à segunda questão **“Existiram tratamentos anteriores com a intenção de obter resolução para os sintomas de PSPT?”**, como tentativas de tratamentos anteriores – **terapias anteriores** - os participantes apostaram em *terapias psicoterapêuticas* (n=3) como *“Talk therapy”* (P3). Destacam-se ainda, as *terapias holísticas ou alternativas*, mencionadas por três participantes *“It was, yeah! Definitely, I tried healing with other psychedelics like mushrooms, which is very helpful too, but it wasn’t like nearly as helpful like this experience, as any of them”* (P1). Outro destaque são as *terapias farmacológicas* referidas por três participantes *“I went to the doctor and they gave me it's Klonopin a Benzodiazepine”* (P3). Como uma forma de aliviar os sintomas de PSPT, dois participantes referiam que começaram a adotar um estilo de vida saudável *“And I started changing my habits, started exercising, I started eating healthy, I started reading about different behaviour patterns”* (P2).

Três participantes indicaram estas terapias como tendo um *impacto negativo*, sendo mencionadas onze referências *“it was so difficult and I was getting migraines and nauseous all the time and my body was hurting me but I was determined to get off it so it took me sometime maybe 6 months and I traded down slowly and every time I drop the dose I was feeling sick and nauseous and somewhat incapacitated and so I finally got off the medication and I thought okay”* (P3). Contudo, também foram identificados por três participantes como *eficazes*, terapias psicoterapêuticas e holísticas *“I think through therapy I learned like coping skills you know like... you know socializing and eating well and you know just learning to take care of myself, not so much isolating and withdrawing and things like that”* (P3).

Para a resposta à questão de investigação 3 **“Que expectativas têm os participantes para fundamentar a decisão de submeter-se à experiência no TOWL?”** Percebemos que todos participantes apresentam como fundamento uma tentativa de tratamento para os sintomas de PSPT *“And so, I started reading more about it and I came across an article about Ayahuasca and how it can improve or, kind of reprogram your brain but it can create new neural pathways within the brain.”* (P2).

Na caracterização da experiência com a ayahuasca e procurando, obter respostas para as questões **“Quais os efeitos da toma da ayahuasca?”** e **“Como são descritos os efeitos físicos, emocionais e cognitivos?”** recorreremos à subcategoria *Dimensões da Experiência*, na qual surgem as subcategorias de 3º geração Pensamentos e conteúdos cognitivos, Ações e comportamentos, Emoções e conteúdos emocionais e ainda, Sensações físicas. Os efeitos emocionais foram os mais relevantes e mencionados pelos

participantes (n=4/34), isto é, todos os participantes referiram a existência de efeitos emocionais, mencionado 34 vezes *“But right when the lights; not the lights, when the candles are out and stuff, I felt so relaxed, I just felt like this overwhelming sense of, like, peace in the room too and that really helped, I guess, calm me down, and I (...) telling you, my nervousness is a good thing, because it mean you are approaching the situation with respect”* (P1). Quatro participantes referem-se ainda a pensamentos e conteúdos cognitivos (n=4/32) *“I felt like I real going through something energetic surgery and then there was a couple of other things that I can’t really recall the details but they were very similar in that sense but you’re probably interested in the transition that I experienced”* (P4). As sensações físicas descritas por quatro participantes referem-se mais a conteúdos visuais da experiência com a ayahuasca (n=4/27) *“because that’s how I understand, and I did have visuals, like I had visions of snakes and animals, and like animals that I never really liked in my life, right?”* (P4). Apenas dois participantes se reportam a ações e comportamentos (n=2/5) *“I was focused a lot on the trauma that I was dealing with and when the male healer came in and thanked me, I just was completely overwhelmed, and I started crying”* (P2).

Ainda de forma a caracterizar a experiência com ayahuasca, procuramos responder à questão **“Como é que o/a participante descreve o *setting* da experiência?”** de forma a compreender que impacto têm estes elementos na sua experiência. O elemento que é mais destacado pelos participantes são os Ícaros, mencionados oito vezes. Os Ícaros são cânticos entoados pelos curandeiros Shipibo e são percebidos como uma ferramenta muito importante para transmitir as suas energias ao participante (González, Andos & Carvalho, 2018) *“Yeah, just really is a very warm comforting feeling and Damien saying is Icarus for me he was powerful and very powerful you know Lila was powerful but just in a very different way”* (P3). Os Maestros também foram mencionados por três participantes, estes são os curandeiros Shipibo que utilizam técnicas e tradições ancestrais, são os responsáveis pelo espaço onde decorrem as experiências com ayahuasca (González, Andos & Carvalho, 2018), *“The Maestro was amazing too, like for several (...) it really came up to me, that I always kind of been afraid of femininity and I felt like she really focused on that with me, and what else can I tell you about that.”* (P1).

Um outro elemento importante mencionado setes vezes pelos participantes foi o Grupo. O Grupo refere-se aos participantes que se encontram no retiro no momento da experiência *“I think the group, you know, the power of the group, you know, I felt like*

community.” (P3). Dois dos participantes referenciaram a importância dos facilitadores como “*And I was speaking loud. So the facilitators, they were trying to bring me back to reality and woken me and trying to tell me.*” (P4). Estes são os elementos que ajudam na condução das cerimónias, bem como os participantes no decorrer da experiência.

De forma a responder às questões “**Como é que o/a participante descreve os efeitos da ayahuasca sobre os seus sintomas? Que processos psicológicos daí emergem?**” quatro processos psicológicos salientam-se como de maior relevância para a PSPT. Estes processos decorreram *durante a experiência com ayahuasca*.

Reencontro com o falecido

O desenvolvimento de uma PSPT como já referimos pode envolver testemunhar uma morte ou testemunhar acontecimentos que envolvem pessoas significativas (APA, 2013) como no nosso estudo apresentamos um participante que procurou a ayahuasca para se reencontrar com o seu ente querido – filho. O luto de um familiar pode levar a mudanças ao nível da emoção, da cognição e do comportamento, acabando por se desenvolver uma PSPT (Adler-Nevo & Manassis, 2005).

Segundo Freud (1924 cit. in González, Andros & Carvalho, 2018), o processo de luto implica um distanciamento do falecido, um ato de deixar ir e dizer adeus. Contudo, a manutenção dos vínculos com o falecido tornou-se um dos principais objetivos para vários modelos clínicos e abordagens para o tratamento de luto complicado (Neimeyer, Baldwin, & Gillies, 2006). Pesquisas científicas recentes têm vindo a demonstrar os benefícios associados ao facto de se permanecer apegado aos entes queridos, apesar da ausência física (Klass & Steffen, 2017 cit. in González, Andros & Carvalho, 2018).

No nosso estudo um participante descreveu uma experiência de contacto com o ente querido. O reencontro com o falecido pode incluir um potencial terapêutico significativo, pois permite que surjam conteúdos psicológicos (González, Andros & Carvalho, 2018). No caso do participante, o contacto com o falecido ocorreu de forma espontânea, sem relação com as expectativas do mesmo o que acabou por ser uma experiência muito intensa do ponto de vista emocional. O paciente descreveu: “*There was a seat and it was me or my son seat and that seat, I saw the left hand and it was see through. I kind of see the black streams going to the arm and oldest kind of stuff and then everything star spinning, everything was spinning and this was the night when I saw that room in my childhood and I felt like I felt sorry for not able to save my son*”

(P4). Este reencontro com o falecido pareceu transformar a representação interna que o participante tinha acerca do seu filho desencadeando no participante uma diminuição do sentimento de culpa uma vez que referiu não ter sido capaz de o salvar: *"It was after of this first level of whatever how we call this period, hayed or whatever it was already inside and you remain under the influence but you already kind of make out with what surround you were at you are but at the same time this blue glow was appearing and I took my arm and it took my arm and lay down and he entered into my heart and that's the moment when I felt peace."* (P4).

Exposição a memórias traumáticas

Como já foi referido, a exposição às memórias traumáticas está relacionada com o material traumático que é refletido em memórias angustiantes e intrusivas (Nursey & Phelps, 2016). Os processos psicológicos na PSPT estão também associados a outras perturbações de ansiedade, no entanto, as memórias centradas no evento traumático são exclusivas desta perturbação (Brewin & Holmes, 2003).

O discurso dos participantes que a seguir apresentamos revela contudo, que as evocações de memórias traumáticas não parecem ter, nestas circunstâncias, um impacto negativo nem intrusivo.

Os participantes descrevem o confronto com memórias traumáticas durante a experiência com a ayahuasca: *"I was like this mother and I'm not going to use the Divine mother but I was just this mother figure and it was though I was crying because was like my children like... they were dying, I don't know they're sick, they're heal, they were with disease."* (P3). A citação desta participante, em particular, refere-se ao feto que perdeu e que provocou em si, um sentimento de culpa. Contudo, o confronto com esta memória traumática, nestas circunstâncias, foi fundamental para a Integração do Eu.

Apesar da revivência da experiência traumática do momento da morte, a experiência com ayahuasca através de imagens visuais permite que estas imagens sejam vívidas, belas e apaziguadoras do sofrimento, acabando por facilitar o acesso à evocação destas memórias (Riba et al., 2001). Este é o caso de um participante que nos descreve o momento de reencontro com o filho durante a experiência: *"I saw the front of the ship from inside and everything was calligraphic I mean as far the instruments, all the controls and stuff like that. There was a seat and it was me or my son seat and that seat, I saw the left hand and it was see through. I kind of see the black streams going to the arm and oldest kind of stuff and then everything star spinning, everything was spinning*

and this was the night when I saw that room in my childhood and I felt like I felt sorry for not able to save my son.”; “So, when they took me back, up, because I spend some time on the bathroom like seeing those visions and talk to my son and ask forgiveness.”(P4).

O relato de um participante revela que através da experiência com a ayahuasca, acabou por dar sentido ao medo que tinha relacionado com gatos devido à associação destes com algum acontecimento de vida que não específica: *“Like I really never liked cats, and now I have 3 cats, I volunteer with Toronto cats’ rescue. I actually hated cats my all life, but because of things that happened, and experienced, like I had visions of cats, and I learned about like what as an animal guide, what a cat stands for, and I realized the reason I disliked them so much it was because it was something that I was afraid of, you know? Like femininity, independent and now my cats are my life. And I am single at 32, so why not buy cats, right?”* (P1). Neste sentido a possibilidade de os participantes poderem recordar memórias ou experimentar revisões autobiográficas pode permitir a compreensão de episódios específicos dos seus acontecimentos de vida (González et. al, 2017).

Estes testemunhos salientam o potencial terapêutico implícito na oportunidade de identificar e reconstruir novos significados para os eventos traumáticos experimentados ao longo da vida dos participantes através da experiência com a ayahuasca.

Emotional Release

As pessoas que passam por acontecimentos de vida traumáticos podem transportar consigo sentimentos de solidão, tristeza profunda e ausência de cuidado ou de amor como mencionado por vários participantes do estudo. O choro provocado por esses sentimentos podem ter uma função adaptativa, acabando por eliminá-los do corpo, diminuindo assim o sofrimento (Frey & Langseth, 1985 cit. in González, Andros & Carvalho, 2018). Contudo, a tonalidades das dimensões emocionais pode variar, e em alguns casos, pode ser uma emoção positiva, como de extrema felicidade ou de alegria e em outros casos, uma emoção mais negativa como medo, tristeza e sofrimento (González et. al, 2017). Um participante descreveu que foi confrontada com as suas emoções negativas durante a experiência com ayahuasca: *“This is still on the second ceremony, then I started crying because then I felt this like... the best way I can describe it is like this deep sort of existential sorrow because I felt like, like, things dying like, I just felt like the plants are dying, the trees are dying, like the atmosphere is*

being affected the planet, the Earth, the land, animals like human beings and I mean this is going to sound whatever it just sounds when it sounds.” (P3).

Os outros participantes relataram que esta libertação emocional diminuiu a carga associada aos conteúdos cognitivos que se encontravam implicitamente ligados aos eventos traumáticos, mesmo após a dissipação dos efeitos da ayahuasca: *“when the male healer came in and thanked me, I just was completely overwhelmed, and I started crying because, since both of the male role models on my life were so abusive, I never heard that caring from another man that cared and I was just like “wow, I’ve never felt that before”.” (P2).* No caso desta participante, o choro funcionou como uma libertação emocional positiva devido ao facto de se sentir estimada.

Dissociação

A dissociação refere-se a um processo de rutura e fragmentação das funções integradas da memória, consciência corporal e perceção sobre si (Steuwe, Lanius & Frewen, 2012), podendo incluir experiências de descorporalização/ sentir “fora do corpo” (Nursey & Phelps, 2016). Mediante os relatos dos participantes também se verifica uma experiência de descorporalização decorrentes da experiência com ayahuasca: *“So I, I wasn’t like looking at myself the way that I look at myself. I know it sounds kind of crazy, I was looking at myself the way I would look at a separate person.” (P1).*

Para responder às questões **“Que processos psicológicos emergem imediatamente após a experiência com a ayahuasca?”** e **“Quais os aspetos que o indivíduo considera que possam contribuir para a diminuição da sintomatologia de PSPT?”**, Procurámos identificar o que os participantes reportam recorremos *Imediatamente após as experiências com ayahuasca*, e constatamos que se evidenciaram quatro processos psicológicos de maior relevância como tendo impacto na diminuição e alívio dos sintomas de PSPT.

Autoconhecimento

As consequências dos acontecimentos traumáticos podem ter um grande impacto psicológico no *self*, influenciando no desenvolvimento de si mesmo, de relacionamentos íntimos, de amor, de vinculação e de relações interpessoais (Sbardelloto, Schaefer, Lobo, Caminha & Kristensen, 2012). O autoconhecimento é descrito neste estudo como

uma descoberta de todas as dimensões do *self*, dimensão cognitiva, emocional, relacional e comportamental.

Neste estudo verificamos que o autoconhecimento foi promovido pela experiência com a ayahuasca sendo reportado por quatro participantes (n=4/34). Mediante o estudo realizado por Winkelman (2005), a experiência com a ayahuasca traz benefícios principalmente em termos de aumento da autoconsciência e de desenvolvimento pessoal, provocando no indivíduo a realização de *insights* sobre a vida e fortalecimento do Eu. Um dos participantes descreve como a ayahuasca lhe promoveu insights sobre si de modo a evoluir no seu autoconhecimento: “*do I think I'm cured? No, do I think ... What I think that I have is like Insight now to begin doing work towards so I mean I don't love the word healing so much but towards like holness like integrating these parts.*” (P3).

Estudos revelam que o benefício frequentemente mencionado sobre o uso da ayahuasca são as mudanças gerais em relação a si mesmo, incluindo o autoconhecimento e o autodesenvolvimento, equilíbrio mental, independência e responsabilidade sobre a sua própria vida (Barbosa, Giglio, & Dalgalarondo, 2005; Winkelman, 2005; Barbosa et al., 2009). Um participante refere como aumentou o seu sentido de responsabilidade sobre a vida: “*I would say is something that, like... I contemplated but I contemplated it more like on the political round, where now I'm contemplating it more on like the individual round yeah. But I have a deeper sense of responsibility I would say yeah, like I feel yeah I mean obligations is the word that keeps coming to me like it's my obligation.*” (P3). Outro participante descreve como a ayahuasca lhe demonstrou a existência de qualidades sobre si: “*And I saw qualities I did never acknowledge that I had, that were positive things. I felt like a lot self luck, because I have always been that kind of person that would do a lot of things for the others, but myself... and really helped me with that. It helps me see myself like a separate person... like it took myself out of the equation, and I don't know (...) to explain.*” (P2).

Um outro aspecto que podemos destacar do estudo de Winkelman (2005) é que os indivíduos se reportam à ayahuasca como um “atalho” para a resolução de problemas familiares e determinados vícios. No nosso estudo verificamos que no discurso de uma participante, a ayahuasca a ajudou a reconhecer os malefícios dos consumos de heroína “*what heroin did for me was it made me feel it was really just connected, and I like that. That's what I liked about it. But with ayahuasca it connected me and then being*

disconnected was like a bad thing and it wasn't fun anymore" (P1); "And it doesn't come up a lot, at all, like really doesn't come up to me a lot at all. I very rarely go back there. Like I really consider like something part of the past. That's like... and I attribute that so much to ayahuasca." (P1).

Desta forma, a ayahuasca oferece aos indivíduos a oportunidade de transformar e compreender o Self e melhorar as suas relações pessoais para que possam facilitar a integração do Eu na comunidade quando voltam para as suas casas (Prayag et al., 2016). A abordagem em relação a si mesmo em termos de autoconhecimento foi um processo avaliado positivamente, uma vez que permitiu ao indivíduo um melhor relacionamento consigo mesmo e mais autoconfiança (Kavenská & Simonová, 2015). Os quatro participantes do nosso estudo referiram como a experiência com a ayahuasca foi enriquecedora a nível pessoal. Um participante relata a satisfação plena e a sensação de bem-estar gerada pela experiência com ayahuasca: *"I felt a little kind of... it was too much, it's kind of how can I deserve this. What did I do to deserve this type of gift that somebody tells me that my heart is made of gold? I didn't feel not ashamed but it wasn't all not modest. You know like I never thought myself to have a heart of gold."* (P4).

Self-Compassion

"Self-Compassion", de acordo com Neff (2003) envolve "o ser tocado" e estar aberta ao sofrimento, não o evitando ou desconectando-se dele, mas procurar gerar o alívio do sofrimento por meio da bondade. "Self-compassion" também envolve compreensão sem julgamentos, de modo a que pessoa seja vista como parte da experiência. No nosso estudo todos os participantes identificaram sentimentos de autocompaixão, um sentimento de paz, de segurança, amor e bondade após o término dos seus efeitos: *"But I felt like it was just a sense of peace and kindness and love and safety, that's a big, I never really felt safe before that. Specially, (...) like something that would normally terrify me, it was like I felt such a sense of being like loved and held and nurtured."* (P1).

Também no que diz respeito ao "self-compassion" pode-se verificar que não só traz benefícios ao indivíduo como também às relações interpessoais. A pessoa tende a ser mais empática, apresenta maior capacidade de perdoar e dar resposta ao sofrimento dos outros (Neff, 2017). Uma das nossas participantes através da experiência com a ayahuasca tomou consciência da uma necessidade de ser autocompassiva com os seus familiares: *"Mostly, my relationships with my family and my friends. I want to be more*

present, I want to be more supportive, I want to be more compassionate. Now that I'm not so self-absorbed into my trauma, I feel like I can have the energy to do that and just be a better friend and daughter and sister” (P2). Assim, a experiência com a ayahuasca permitiu aos participantes atingir um conjunto de estratégias referidas por Greenberg (2010) como relaxamento, autocompaixão e autoconhecimento positivo.

Integração do Eu

Este processo psicológico refere-se à forma de como determinados acontecimentos de vida acabam por ter influência na construção das histórias de vida. Verifica-se no caso de uma participante do nosso estudo, a existência de narrativas que demonstram o impacto da experiência com a ayahuasca na reconstrução e a integração do EU (a propósito da sua experiência de vida, na relação com a sua mãe): *“feel this way and sometimes I feel like, I don't know, I just know this experience and I think of course you don't know like how can you... that's not rational and so all of a sudden these parts of me were appearing and they were all crying but they were all really ... they were all crying and they were all like very, very sad and they were telling me like, the same but you abandoned us and you rejected us”* (P3).

De acordo com Baerger e McAdams (1999 cit. in González, Andros & Carvalho, 2018), a forma como as pessoas reconstróem as suas histórias de vida particularmente através de memórias pessoais, estão intimamente ligadas à forma como se vêm e como projetam o seu futuro. A mesma participante descreve como a ayahuasca a ajudou a alcançar episódios biográficos significativos que afetaram a sua capacidade de se aceitar e amar a si mesma: *“There was a lot of sadness attached to it but it was really beautiful for me and was like a lot of crying but then I was also, like there's a lot of joy to it because then I realize like ... you know these parts of me exist like they're not dead, not dead and you know I have work to do, like I have some work to do it like to reintegrate or integrate actually, you know...”* (P3).

Resiliência

Neste estudo consideramos a resiliência como uma capacidade de adaptação positiva ou uma forma de manter a estabilidade psicológica mediante os acontecimentos de vida, de acordo com Rutter (2012). Os participantes descrevem que após a experiência com ayahuasca acabaram por desenvolver recursos para lidar com os seus acontecimentos: *“I wouldn't say that. I don't think I have, I don't relate to this*

symptoms, the same way that I did before like I still have anxiety, I am not gonna say I don't, but I am able to face what happened to me, without feeling like I have to like panic and cut myself, and shoot heroin." (P1); *"Like I am able to face what happened to me. I am able to, like I don't want to say experience, but like it doesn't control me anymore."* (P2). A resiliência surge como uma forma adaptativa e uma maior percepção de controlo para enfrentar os eventos exigentes que necessitam de mais recursos pessoais.

Também de acordo com a literatura verifica-se que as pessoas que procuram a ayahuasca pelo desejo de autodesenvolvimento numa tentativa de superar problemas psicológicos que incluem a ansiedade, depressão, traumas da vida ou revelar material inconsciente com a possibilidade de processá-lo (Kavenská & Simonová, 2015). Um participante descreve como a ayahuasca provocou melhorias nos seus sintomas de ansiedade e que desta forma, adquiriu estratégias para lidar de forma mais adaptativa aos seus acontecimentos de vida: *"I wouldn't say that. I don't think I have, I don't relate to this symptoms, the same way that I did before like I still have anxiety, I am not gonna say I don't, but I am able to face what happened to me, without feeling like I have to like panic and cut myself, and shoot heroin."* (P1).

A última questão de investigação do nosso estudo visa compreender como é que os participantes avaliam o impacto dos processos psicológicos emergidos da experiência com a ayahuasca uma vez passados os efeitos, para alívio dos sintomas de PSPT: **"Como avalia o indivíduo o impacto desses processos psicológicos no alívio dos sintomas após a experiência?"** Os participantes descrevem a experiência como: *"it's just been a huge transformational positive experience and I never experienced anything like it."* (P2). Outro relato acerca da experiência com a ayahuasca e de como esta experiência se mantém como significativa para o seu autoconhecimento: *"Definitely! I think everyone can benefit from it. It really puts a mirror right on everything and you can really see what's going on. Even though I thought I knew, I felt like I'm pretty in touch with myself, but I learned a lot, that I wasn't so in touch with myself as I thought I was."* (P3).

Assim, pretendemos ressaltar que a oportunidade de rever episódios biográficos sob os efeitos da ayahuasca aumenta, de acordo com os participantes, a empatia em relação a si e aos outros. O aumento da empatia e da autocompaixão e também da compaixão pelos outros são descritos como sinais de crescimento pessoal (González, Andros & Carvalho, 2018).

4. CONCLUSÕES

Neste estudo tivemos a oportunidade de aceder aos discursos dos participantes sobre a experiência com ayahuasca. Os participantes referem ter sido desencadeados processos psicológicos ao nível do Autoconhecimento, Integração do Eu, Self-Compassion e Resiliência. Todos os participantes se referiram à experiência com a ayahuasca como tendo um efeito positivo, indicando uma sensação de bem-estar, de amor e de paz. De acordo, com os resultados obtidos podemos afirmar que de facto, na perspetiva dos participantes, a experiência com a ayahuasca provocou uma diminuição dos sintomas de PSPT.

Este estudo procurou ampliar a compreensão acerca do potencial terapêutico da ayahuasca na PSPT e de forma, a aumentar o conhecimento científico, procuramos combinar os relatos dos nossos participantes com teorias disponíveis no campo da psicologia como a Terapia Cognitivo-Comportamental, Terapia Focada nas Emoções e Terapias Narrativas. No entanto, temos de reconhecer as limitações do nosso estudo; esta é uma primeira abordagem sobre o potencial terapêutico da ayahuasca na PSPT e por isso, ainda estamos longe de uma compreensão completa dos aspetos pessoais, culturais e transcendentais (Kohn, 2013 cit. in González, Andros & Carvalho 2018), permanecendo ainda por explicar como e porquê que os processos ocorrem. Este estudo oferece algumas descrições sobre o que pode acontecer durante uma experiência da ayahuasca e que efetivamente, é visto como uma experiência positiva. Muito embora a ayahuasca esteja a globalizar-se internacionalmente, pouca pesquisa foi realizada na tentativa de compreender os processos psicológicos que explicam os seus benefícios (Franquesa, Sainz-Cort, Gandy, Soler, Alcázar-Córcoles & Bouso, 2018). Uma outra limitação é o facto de a amostra ser bastante reduzida, apesar de todos os esforços para recrutar mais participantes, acreditamos que ainda assim, foi possível produzir informação e conhecimento acerca do potencial terapêutico da ayahuasca.

Deste modo é necessária mais investigação direcionada para os benefícios das terapias assistidas por psicadélicos em complementariedade com a terapia convencional uma vez que cada vez mais se tem vindo a demonstrar que o uso de agentes psicoativos como MDMA e outros psicadélicos têm um impacto positivo no tratamento de PSPT, depressão, ansiedade e uso de substâncias (Feduccia, Holland & Mithoefer, 2017). E por isso, é fundamental mais investigação de natureza qualitativa focada na experiência com a ayahuasca, que inclua uma compreensão acerca dos

processos psicológicos descritos pelos participantes. Sendo assim, propomos mais investigação no sentido de compreender como e porquê que determinados processos ocorrem através da experiência com a ayahuasca. Outra proposta remete para estudos sobre os impactos pessoais e sociais a longo prazo dos efeitos da ayahuasca na PSPT e também para outras perturbações mentais no contexto natural dos indivíduos. É por isso, importante garantir uma amostra significativa em futuras investigações de forma a demonstrar as potencialidades da ayahuasca na sua totalidade.

Para concluir consideramos que os resultados apresentados neste estudo oferecem um contributo para a comunidade científica, além disso estudos sobre o potencial terapêutico da ayahuasca na saúde mental ainda se encontram em expansão, tornando-se um tema que merece toda atenção.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adler-Nevo, G. & Manassis, K. (2005). Psychosocial Treatment of Pediatric Posttraumatic Stress Disorder: the neglected field of single-incident trauma. *Depression and Anxiety*, 22, 177-189.
- Aixalà, M., Santos, R., Hallack, J. & Bouso, J. (2018). Psychedelics and Personality. *ACS Chemical Neuroscience*. doi: 10.1021/acschemneuro.8b00237
- Albuquerque, A., Soares, C., Martins de Jesus, P. & Alves, C. (2003). Perturbação Pós-Traumática do Stress (PTSD): Avaliação da taxa de ocorrência na população adulta portuguesa. *Ata Médica Portuguesa*, 16, 309-320.
- American Psychiatric Association. (2013). *The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM 5*. United States of America: New School Library.
- Badós, A. (2008). Terapia Cognitiva de Beck. In F. Encinas (Ed.), *Técnicas de Modificación de Conducta* 1ªed. (pp. 517-533). Madrid: Ediciones Pirámide.
- Barbosa, P., Giglio, J. & Dalgalarrodo, P. (2005). Altered States of Consciousness and Short-Term Psychological After-Effects Induced by the First Time Ritual Use of Ayahuasca in an Urban Context in Brazil. *Journal of Psychoactive Drugs*, 37(2), 193-201.
- Barbosa, P., Cazorla, I., Giglio, J. & Strassman, R. (2009). A Six-Month Prospective Evaluation of Personality Traits, Psychiatric Symptoms and Quality of Life in Ayahuasca-Naïve Subjects. *Journal of Psychoactive Drugs*, 41(3), 205-212.
- Brewin, C., & Holmes, E. (2003). Psychological theories of traumatic stress disorder. *Clinical Psychology Review*, 23, 339-376.
- Bouso, J., Doblin, R., Farré, M., Alcázar M. & Gómez-Jarabo, G. (2008). MDMA-Assisted Psychotherapy using low doses in a small sample of women with chronic Posttraumatic Stress Disorder. *Journal Psychoactive Drugs*, 40(3), 225-236.
- Bouso, J. & Riba, J. (2011). An overview of the literature on the pharmacology and neuropsychiatric long term effects of ayahuasca. *The Ethnopharmacology of Ayahuasca*, pp. 55-63.
- Bouso, J.C., González, D., Fondevila, S., Cutchet, M., Fernández, X., Barbosa, P. ...Riba, J. (2012). Personality, Psychopathology, Life Attitudes and Neuropsychological Performance among Ritual Users of Ayahuasca: A Longitudinal Study. *Plos One*, 7(8), 1-13. doi: 10.1371/journal.pone.0042421

- Briere, J. & Scott, C. (2015). Complex trauma in adolescents and adults: Effects and treatment. *Psychiatric Clinics of North America*, 38(3), pp.515-527. doi: 10.1016/j.psc.2015.05.004
- Braun, V. & Clarke, V. (2012). Thematic Analysis. In H., Cooper, P., Camic, D., Long, A., Panter, D., Rindskof & K., Sher (Eds.), *APA Handbook of Research Methods in Psychology*, 2, pp. 57-71. Washington, DC: American Psychological Association.
- Callaway, J. & Grob, C. (1998). Ayahuasca Preparations and Serotonin Reuptake Inhibitors: a potential combination for severe adverse interactions. *Journal of Psychoactive Drugs*, 30(4), 367-369. doi: 10.1080/02791072.1998.10399712
- Campos, A., Ferreira, F. & Guimarães, F. (2012). Cannabidiol blocks long-lasting behavioral consequences of predator threat stress: Possible involvement of 5HT1A receptors. *Journal Psychiatric Research*, 46, 1501-1510.
- Center for Disease Control and Prevention (2003). *Coping with a traumatic event*. Disponível em <http://www.bt.cdc.gov/masscasualties/copingpub.asp>
- Collins, M. (2008). Spiritual Emergency: Transpersonal, Personal, and Political Dimensions. *Psychotherapy and Politics Internacional*, 6(1), pp. 3-16.
- Creswell, J. (2007). Designing a Qualitative Study. In J. Creswell (Ed.), *Qualitative Inquiry & Research Design. Choosing Among Five Approaches* (pp. 35-41). Califórnia: Sage Publications.
- Dominguez-Clavé, E., Soler, J., Elices, M., Pascual, J., Álvarez, E., Revenga, M.,...Riba, J. (2016). Ayahuasca: Pharmacology, neuroscience and therapeutic potencial. *Brain Research Bulletin*, 126, 89-101.
- Dunmore, E., Clark, D. & Ehlers, A. (2001). A prospective investigation of the role of cognitive factors in persistent Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) after physical or sexual assault. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 1063-1084.
- Escobar, J. & Roazzi, A. (2010). Panorama Contemporâneo do uso terapêutico de substâncias psicodélicas: ayahuasca e psilocibina. *Neurobiologia*, 73(3), 159-172.
- Feinberg, J. (2013). *Wordle*. Disponível em <http://www.wordle.net/> [Consultado a 12/12/2017].
- Feduccia, A., Holland, J. & Mithoefer, M. (2017). Progress and promise for the MDMA drug development program. *Psychopharmacology*. doi: <https://doi.org/10.1007/s00213-017-4779-2>
- Franquesa, A., Sainz-Cort, A., Gandy, S., Soler, J., Alcázer-Córcoles, M. & Bouso, J. (2018). Psychological variables implied in the therapeutic effect of ayahuasca: a

- contextual approach. *Psychiatry Research*, pp.1-26. doi: 10.1016/j.psychres.2018.04.012
- Gable, R. (2007). Risk assessment of ritual use of oral dimethyltryptamine (DMT) and harmala alkaloids. *Addiction*, *102*, 24-35. doi:10.1111/j.1360-0443.2006.01652.x
- Gil, G., Gimenez, J., & De Sauez, C. (2014). Drogas Alucinógenas e sua detecção laboratorial. *Atas de Ciências da Saúde*, *2*(3), 1-15.
- Gonçalves, R., Porto, P., Araújo, N., Luz, M., Figueira, I. & Ventura, P. (2010). Impacto da co-terapia no tratamento do TEPT com Terapia cognitivo-comportamental. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, *6*(1), 32-41.
- González, D., Carvalho, M., Cantillo, J., Aixalá, M. & Farré, M. (2017). Potencial Use of Ayahuasca in Grief Therapy. *Omega – Journal of Death and Dying*, *0*(0), pp. 1-26.
- González, D., Andros, A. & Carvalho, M. (2018) The Therapeutic use of Ayahuasca in Grief. Submitted. Obra coletiva coordenada por Bia Labate.
- Greenberg, L. (2010). Emotion-Focused Therapy: a clinical synthesis. *The journal of lifelong learning in psychiatry*, *8*(1), pp. 32-42.
- Grey, N., Holmes, E., & Brewin, C. R. (2001). Peri-traumatic emotional ‘hotspots’ in traumatic memory: a case series of patients with posttraumatic stress disorder. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, *29*, 367–372.
- Grey, N., Young, K. & Holmes, E. (2002). Cognitive restructuring within reliving: a treatment for peritraumatic emotional “hotspots” in posttraumatic stress disorder. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, *30*, 37–56.
- Hysek, C., Schmid, Y., Simmler, L., Domes, G., Heinrichs, M., Eisenegger, C., ... Liechti, M. (2013). MDMA enhances emotional empathy and prosocial behavior. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 1-8.
- Iceers (2012). *Informação básica sobre a ayahuasca*. Disponível em <http://www.iceers.org/docs/downloads/ICEERS-info-basica-ayahuasca.pdf> [Consultado em 22/11/2017].
- Kavenská, V. & Simonová, H. (2015). Ayahuasca Tourism: Participants in Shamanic Rituals and their Personality Styles, Motivation, Benefits and Risks. *Journal of Psychoactive Drugs*, pp. 1-9.
- Labrador, F., Crego, A. & Rubio, G. (2003). Metodología clínica experimental aplicada al estrés posttraumático: formulación y tratamiento de un caso. *Acción Psicológica*, *2*(3), 253-268.

- Loizaga-Velder, A. & Pazzi, A. (2014). Therapist and Patient Perspectives on Ayahuasca-Assisted Treatment for Substance Dependence. In B., Labate (Ed.), *The Therapeutic Use of Ayahuasca* (pp. 133-152). São Francisco: Clancy Cavnar Editors.
- Loizaga-Velder, A. & Verres, R. (2014). Therapeutic Effects of Ritual Ayahuasca Use in the Treatment of Substance Dependence – Qualitative Results. *Journal of Psychoactive Drugs*, 46(1), 63-72. doi: 10.1080/02791072.2013.873157
- Lopes, R., Gonçalves, M., Machado, P., Sinai, D., Bento, T. & Salgado, J. (2014). Narrative Therapy vs. Cognitive-behavioral Therapy for moderate depression: Empirical evidence from a controlled clinical trial. *Psychotherapy Research*, 24(6), 662-674.
- Luna, L. (2011). Indigenous and mestizo use of ayahuasca: an overview. *The Ethnopharmacology of Ayahuasca*, 1-21.
- Merscham, C. (2000). Restorying Trauma with Narrative Therapy: using the Phantom Family. *The Family Journal*, 8(3), pp. 282-286.
- Mendes, M. (2015). Terapia focada nas emoções e processos de mudança em psicoterapia. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 11(2), pp. 96-104.
- Mithoefer, M. C., Wagner, M. T., Mithoefer, A. T., Jerome, L., & Doblin, R. (2011). The safety and efficacy of \pm 3,4-methylenedioxymethamphetamine-assisted psychotherapy in subjects with chronic, treatment-resistant post-traumatic stress disorder: The first randomized controlled pilot study. *Journal of Psychopharmacology*, 25(4), 439–452.
- Mithoefer, M. (2016). A Manual for MDMA-Assisted Psychotherapy in the Treatment for Posttraumatic Stress Disorder. MAPS. Disponível em https://s3-us-west-1.amazonaws.com/mapscontent/researcharchive/mdma/MDMAAssistedPsychotherapyTreatmentManualVersion+8_25May16_Formatted.pdf [Consultado em 23/11/2017].
- Móró, L., Simon, K., Bárd, I. & Rácz, J. (2011). Voice of the Psychonauts: Coping, Purpose and Spirituality in Psychedelic Drug Users. *Journal of Psychoactive Drugs*, 43(3), 188-198.
- Mozzato, A., Grzybovski, D. & Teixeira, A. (2016). Análises qualitativas nos estudos organizacionais: as vantagens no uso do software NVIVO®. *Revista Alcance – Eletrônica*, 23(4), pp. 578-587.
- McKenna, D. (2004). Clinical investigations of the therapeutic potential of ayahuasca: rationale and regulatory challenges. *Pharmacology & Therapeutics* 102, 111-129.

- Nielson, J. & Megler, J. (2014). Ayahuasca as a Candidate Therapy for PTSD. In B., Labate (Ed.), *The Therapeutic Use of Ayahuasca* (pp. 41-58). São Francisco: Clancy Cavnar Editors.
- Neimeyer, R., Baldwin, S. & Gillies, J. (2006). Continuing bonds and reconstructing meaning: mitigating complications in bereavement. *Death Studies*, 30, pp. 715-738.
- Neff, K. (2003). Self-Compassion: na alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and Identity*, 2, pp. 85-101.
- Neff, K. & Knox, M. (2017). Self-Compassion. In V. Zeigler-Hill & T. Shackelford (Eds.), *Encyclopedia of Personality and Individual Differences*. New York: Springer.
- Neller, D., Denney, R., Pietz, C. & Thomlinson, R. (2005). Testing the Trauma Model of Violence. *Journal of Family Violence*, 20(3), 151-159.
- Nurse, J. & Phelps, A. (2016). Stress, Trauma, and Memory in PTSD. In G. Fink (Ed.), *Stress: Concepts, Cognition, Emotion, and Behavior*, 1, pp. 169-176. Austrália: Academic Press. doi: <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-800951-2.00020-0>
- Oehen, P., Traber, R., Widmer, V. & Schnyder, U. (2013). A randomized, controlled pilot study of MDMA (±3,4-Methylenedioxyamphetamine)- assisted psychotherapy for treatment of resistant, chronic Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD). *Journal of Psychopharmacology*, 27(1), 40-52.
- Osório, F., Macedo, L., Sousa, J., Pinto, J., Quevedo, J., Crippa, J. & Hallak, J. (2011). The therapeutic potential of harmine and ayahuasca in depression: Evidence from exploratory animal and human studies. *The Ethnopharmacology of Ayahuasca*, 75-85
- Ott, J. (1996). Beta-Carbolines and Ayahuasca Potions. In J. Ott (Ed). *Pharmacotheon: Entheogenic drugs, their plant sources and history* (2^a ed., 199-200). United States of America: Natual Products Co.
- Paivio, S. & Kunzle, E. (2007). Emotion-Focused Therapy for Interpersonal Trauma. *European Psychotherapy*, 7(1), pp.77-95.
- Paivio, S. (2013). Essential Processes in Emotion-Focused Therapy. *Psychotherapy*, 50(3), pp. 341-345.
- Palhano-Fontes, F., Barreto, D., Onias, H., Andrade, K., Novaes, M., Pessoa, J., Mota-Rolim, S.,...Araújo, D. (2018). Rapid antidepressant effects of the psychedelic ayahuasca in treatment-resistant depression: a randomized placebo-controlled trial. *Psychological Medicine*, pp.1-9. doi: 10.1017/S0033291718001356.

- Pos, A. & Greenberg, L. (2007). Emotion-focused Therapy: the transformation power of affect. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 25-31. doi: 10.1007/s10879-006-9031-z
- Puiggcerver, M. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para el estrés post-traumático. *Psicothema*, 13(3), 479-492.
- Prayag, G., Mura, P., Hall, C. & Fontaine, J. (2016). Spirituality, drugs, and tourism: tourist's and shaman's experiences of ayahuasca in Inquitos Peru. *Tourism Recreation Research*, pp. 1-12.
- Rauch, S. Shin, L. & Phelps, E. (2006). Neurocircuitry Models of Posttraumatic Stress Disorder and Extinction: human neuroimaging research – past, present and future. *Society of Biological Psychiatry*, 60, 376-382.
- Riba, J., Rodriguez-Fornells, A., Urbano, G., Morte, A., Antonijoan, R., Montero, M., Callaway, J. & Barbanoj, M. (2001). Subjective effects and tolerability of the south american psychoactive beverage ayahuasca in healthy volunteers. *Psychopharmacology*, 154(1), 85–95. doi:10.1007/s002130000606
- Riba, J., Valle, M., Urbano, G., Yritia, M., Morte, A. & Barbanoj, M. (2003). Human pharmacology of ayahuasca: subjective and cardiovascular effects, monoamine metabolite excretion, and pharmacokinetics. *The Journal of Pharmacology and Experimental Therapeutics*, 306(1), 73-83.
- Richie, J. & Lewis, J. (2003). *Qualitative research practice: a guide for social science students and researchers*. London: Sage Publications. Disponível em https://mthoyibi.files.wordpress.com/2011/10/qualitative-research-practice_a-guide-for-social-science-students-and-researchers_jane-ritchie-and-jane-lewis-eds_20031.pdf [Consulta em 4/07/2018].
- Rosenbaum, S., Sherrington, C. & Tiedmann, A. (2015). Exercise augmentation compared with usual care for post-traumatic stress disorder: a randomized controlled trial. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 131, pp. 350-359.
- Rutter, M. (2012). Resilience as a dynamic concept. *Development and Psychopathology*, 24(2), pp. 335-344. doi: 10.1017/S0954579412000028
- Saldanã, J. (2009). *The coding manual for qualitative researchers*. London: Sage Publications.
- Smith, J. (2011). Evaluating the contribution of interpretative phenomenological analysis. *Health psychology review*, 5(1), 9-27.

- Sbardelloto, G., Schaefer, L., Lobo, B., Caminha, R. & Kristensen, C. (2012). Processamento Cognitivo no Transtorno de estresse pós-traumático: um estudo teórico. *Interação Psicológica*, 16(2), pp. 261-269.
- Schaefer, L., Lobo, B. & Kristensen, C. (2012). Transtorno de estresse pós-traumático decorrente de acidente de trabalho: implicações psicológicas, socioeconômicas e jurídicas. *Estudos de Psicologia*, 17(2), pp. 329-336.
- Schestatsky, S., Shansis, F., Ceitlin, L., Abreu, P. & Hauck, S. (2003), Evolução histórica do conceito de estresse pós-traumático. *Revista Psiquiátrica Brasileira*, 25(1), 8-11.
- Schneider, D. & Antunes, L. (2010). A função imaginária no uso de substâncias psicoativas: contribuições de Jean-Paul Sartre. *Revista Nufen*, 2(1), 66-91.
- Steuwe, C., Lanius, R. & Frewen, P. (2012). Evidence for a dissociative subtype of PTSD by latent profile and confirmatory factor analyses in a civilian sample. *Depression and Anxiety*, pp. 1-12.
- Tupper, K. (2008). The globalization of ayahuasca: Harm reduction or benefit maximization?. *International Journal of Drug Policy*, 19(4), 297-303.
- Vaz Serra, A. (2003). *O Distúrbio de Stress Pós-Traumático*. Coimbra: Vale & Vale Editores, Lda.
- Viola, T., Shiavon, B., Renner, A. & Grassi-Oliveira, R. (2011). Trauma complexo e as suas implicações diagnósticas. *Revista de Psiquiatria Rio Grande Sul*, 33(1), pp. 55-62. doi: 10.1590/S0101-81082011000100010
- Waldinger, R., Schulz, M., Barsky, A. & Ahern, D. (2006). Mapping the road from childhood trauma to adult somatization: The role of attachment. *Psychosomatic Medicine* 68, pp.129-135.
- Wilson, J. (2004). PTSD and Complex PTSD – Symptoms, syndromes, and dignoses. In J. Wilson & T. Keane (Eds.), *Assessing Psychological Trauma and PTSD*, 2ª Edição, pp. 7-44. Disponível em <https://www.guilford.com/excerpts/wilson5.pdf> [Consultado em 17/01/2018].
- Winnicott, D. (1896-1971). El concepto de trauma en relación con el desarrollo del individuo dentro de la familia, 1965. Disponível em <http://www.bibliopsi.org/docs/carreras/obligatorias/CFG/ninez/calzetta/donald-winnicott-obras-completas.pdf> [Consultado a 10/01/2018].

- Winkelman, M. (2005). Drug tourism or Spiritual Healing? Ayahuasca seekers in Amazonia. *Journal of Psychoactive Drugs*, 37(2), pp. 2009-218.
- Winkelman, M. (2014). Therapeutic Applications of Ayahuasca and Other Sacred Medicines. In B., Labate (Ed.), *The Therapeutic Use of Ayahuasca* (pp. 1-21). São Francisco: Clancy Cavnar Editors.
- Wright, J., Basco, M. & Thase, M. (2008). *Aprendendo a terapia cognitivo-comportamental*. São Paulo: Artmed.

ANEXOS

Anexo I – Guião de Entrevista

Interview Protocol

A) Personal Background

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

When have those events happened?

What happened?

Who were the people involved?

In which context did those events took place?

B) The Ayahuasca Experience at the TOWL

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

How did the experience started?

When and how did it peak?

How did it end?

What where you feeling innitially/in the peak/towards the end?

What were you thinking innitially/in the peak/towards the end?

How did you feel phisically innitially/in the peak/towards the end?

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

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

C) Integration

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

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

Anexo II – Quadro de Objetivos e Questões de Investigação

Objetivo Geral: caracterizar os processos psicológicos que emergem da experiência com a Ayahuasca e que têm potencial terapêutico para o alívio da sintomatologia em indivíduos com perturbação de stress pós-traumático (PSPT).	
Objetivos Específicos	Questões de Investigação
1. Exploração da história de vida e/ou de acontecimentos relevantes para o aparecimento do PSPT.	1.1 A que experiências especificamente relacionadas com PSPT se reportam os/as participantes? 1.2 Existiram tratamentos anteriores com a intenção de obter resolução para os sintomas de PSPT? Quais? Como os avalia?
2. Descrever as expectativas dos/das participantes relativamente à experiência com a Ayahuasca antes da chegada ao TOWL.	2.1 Que expectativas têm os participantes para fundamentar a decisão de submeter-se à experiência no TOWL?
3. Caracterizar a experiência com a Ayahuasca.	3.1 Quais os efeitos da toma da ayahuasca? Como são descritos os efeitos físicos, emocionais e cognitivos? 3.2 Como é que o/a participante descreve o <i>setting</i> da experiência? Que impacto deste é percebido sobre a experiência?
4. Caracterizar a perceção do indivíduo acerca da relação entre a experiência com a ayahuasca e os sintomas de PSPT.	4.1 Como é que o/a participante descreve os efeitos da ayahuasca sobre os seus sintomas? Que processos psicológicos daí emergem?
5. Caracterizar os processos psicológicos uma vez	5.1 Que processos psicológicos emergem imediatamente após a experiência com a

<p>passados os efeitos do produto – fase da integração.</p>	<p>ayahuasca? Como é descrito o impacto da experiência da ayahuasca na sintomatologia de PSPT nesta fase?</p> <p>5.2 Quais os aspetos que o indivíduo considera que possam contribuir para a diminuição da sintomatologia de PSPT?</p> <p>5.3 Como avalia o indivíduo o impacto desses processos psicológicos no alívio dos sintomas após a experiência?</p>
---	--

Anexo III – Sistema de Categorias

A. SUJEITO (categorias que oferecem contexto sobre o/a participante e seu contexto de vida)					
A.1 Acontecimentos de Vida (acontecimentos vida significativas a que se reportam os participantes. Tipificação desses acontecimentos de vida, marcados pela doença física ou mental, acontecimentos marcantes para a trajetória de vida, perdas e lutos, experiências de vitimização, etc.)					
Código	Designação	Descrição	Exemplos dos dados	Nº de fontes	Nº ref.
A.1.1	Aborto	Perda do feto	<i>“I thought because I had a miscarriage earlier in this year”</i> (P3)	1	1
A.1.2	Consumo de Substâncias	Episódios de consumos de substâncias	<i>“I began to use drugs on a daily basis. I began you use heroin, I began to use heroin like IV heroin. My son, I sent him to live with his dad, when I noticed that I was kind of losing control”</i> (P1)	3	7
A.1.3	Divórcio dos Pais	Divórcio dos pais percebido como negativo pelo participante	<i>“So, first of all, when I was kid about in the third’s grade my parents had a divorce and it was a bad one”</i> (P4)	2	2
A.1.4	Doença Física	Problemas de doença física	<i>“Yep so that’s was the kind of consequences, that besides I lost my health there, you know, my stomach, you know, the ulcer and all of this kind of stuff”</i> (P4)	3	5

A.1.5	Doença Mental	Problemas como ansiedade, depressão, perturbações de comportamento alimentar	<p><i>“and I knew that I had anxiety, and depression and I always internalized it because my family was always telling me that it was me, I need to be on medication” (P2)</i></p> <p><i>“Actually also during University I started developing a source a lot of depression a lot of isolation and I started with an eating disorder so I was struggling off and on with like bulimia” (P3)</i></p>	3	12
A.1.6	Gravidez	Gravidez na adolescência	<i>“and I had a child at really young age, was 16 when I got pregnant and had my son at 17” (P1)</i>	1	1
A.1.7	Luto	Perda de pais e filhos	<p><i>“I don't know exactly the story and then when I was 14 my father died so it's like abrupt” (P3)</i></p> <p><i>“We had a son, he just got married 3 years ago before is pass and she was 30 and it's happened a year and half ago; So it was an accident” (P4)</i></p>	2	7
A.1.8	Mudanças	Várias transições de continente e de lugares	<i>“I was younger we went back and forth the United States a few times and then when, I don't know exactly, we moved from Alexandria to Boston and I would say probably that was like the first onset of my trauma, because I had this family in Egypt is very nuclear” (P3)</i>	2	8
A.1.9	Traição	Traição do marido;	<i>“I was going to Egypt in the summer and I found out later</i>	1	2

		ruptura amorosa	<i>that like he had relations with another woman or girl and that's something that like impacted me deeply because it was just all so few years after my father's death” (P3)</i>		
A.1.10	Vitimização				
	Abuso emocional	Experiências de vitimização	<i>So, for example, my father was an alcoholic he was very violent and emotionally abusive” (P2)</i>	4	10
	Abuso sexual	Envolvimento da criança ou adolescente em atividades sexuais para gratificação sexual de um adulto ou jovem mais velho.	<i>“My mother, she’s emotionally unavailable and my stepfather molested me when I was fourteen” (P2)</i>	1	1
	Violação	É qualquer ato sexual indesejado, ou tentativa de ato sexual, não desejado, assim como quaisquer outros contactos e interações de natureza sexual efetuados por uma pessoa sobre outra, contra a sua vontade.	<i>“If I had those 2 or 3 days, it was like a good way to kind of forget about everything, and I guess putting myself into a high risk, environmental like that, letting me being sexually assaulted like really, really badly, I was raped and that’s what gave me the PTSD” (P1)</i>	1	1
	Violência Indireta	Exposição do participante a atos de	<i>“so a lot in my child that they're just fighting and a lot was at night just fight it like we would wake up and they be</i>	4	8

		violência doméstica entre os pais	<i>fighting and my mom would have these” (P3)</i>		
A.2 Quando (contextualização dessas experiências em etapas desenvolvimentais da trajetória de vida)					
Código	Designação	Descrição	Exemplos de dados	Nº de fontes	Nº ref.
A.2.1	Infância	Acontecimentos de vida na infância entre os 3 e os 12 anos	<i>“It started somewhere from after the third grade the all trouble begin and never really ended. So that was the childhood” (P4)</i>	2	10
A.2.2	Adolescência	Acontecimentos de vida na adolescência entre os 12 e os 18 anos	<i>“when I was 12 my father moved out he had a heart attack and then he moved out, we and so they were never formally divorced but once he moved out at the marriage was over and he was in Boston but we were living in two different houses” (P3)</i>	4	10
A.2.3	Idade Adulta	Acontecimentos de vida na idade adulta	<i>“a big problem with alcoholism, I had three DUI’s before I was twenty-five and it took me a while to kind of want to change that” (P2)</i>	4	25
A.3 Quem (figuras envolvidas nesses acontecimentos de vida)					
Código	Designação	Descrição	Exemplos de dados	Nº de fontes	Nº ref.
A.3.1	Figura de vinculação primária	Acontecimentos gerados ou protagonizados pelo pai ou pela mãe	<i>“My father was not an alcoholic but when I drink we would become I would say violent but not to the point he was crushing everything” (P4)</i>	4	20

A.3.2	Outras figuras	Não especifica o tipo de relação	<i>“I spent two years in Army and in this was in the Soviet Army so it's was not by choice you know everybody who turn 18 in Soviet Union must go to Army. So, in Soviet Army is more can be compared to a prison. It's like when they make you pretty much a Slave” (P4)</i>	3	3
A.4 Terapias Anteriores (iniciativas anteriores para tratar os sintomas de PSPT)					
A.4.1 Quais					
Código	Designação	Descrição	Exemplos de dados	Nº de fontes	Nº ref.
A.4.1.1.	Autocuidado	Leituras sobre PSPT, adoção de estilo de vida saudável, exercício físico	<i>“And I started changing my habits, started exercising, I started eating healthy, I started reading about different behaviour patterns” (P2)</i>	2	8
A.4.1.2	Farmacológicas	Recurso a medicação	<i>“I tried medication, you know like anxiety medication, and SSRIS and nothing did anything for me” (P1)</i>	3	5
A.4.1.3	Holísticas ou alternativas	Recurso a psicadélicos anteriores à ayahuasca ou outro tipo de medicinas	<i>“So, I felt “that sounds like what I need to do” and I read more about it, I read a book on trauma I got into a little bit of energy kind of study, energy medicine kind of studies” (P2)</i> <i>“It was, yeah! Definitely, I tried healing with other psychedelics like mushrooms, which is very helpful too, but it wasn't like nearly as helpful like this experience, as any of</i>	3	9

			<i>them</i> ” (P1)		
A.4.1.4	Psicoterapias	Terapias que seguem modelos de intervenção psicológica	<i>“I’ve been in therapy before and it’s helpful, but it wasn’t really healing in the way of this experience has been”</i> (P2) <i>“Talk therapy”</i> (P3)	3	8
A.4.1.5	Psiquiátricas	Terapias médico-psiquiátricas	<i>“Yeah. It makes me feel worst every time after the session I felt like I live through the experience again and I couldn’t compose myself and I end up crying every time so there was no relief”</i> (P4)	2	4
A.4.2 Como as avalia					
Código	Designação	Descrição	Exemplos de dados	Nº de fontes	Nº ref.
A.4.2.1	Eficazes	As terapias utilizadas foram eficazes nos sintomas de PSPT	<i>“It’s helped in terms of having insight and, you know, having understanding like understanding my history and how it led, you know, has it helped in terms of, you know, sometimes that help when I was dealing with like severe, severe depression”</i> (P3)	3	6
A.4.2.2	Impacto Negativo	Causaram dificuldades acrescidas	<i>“I think once or twice I tried a SNRI and I never got any like... the antidepressants didn’t really help me”</i> (P3)	3	11
A.4.2.3	Sem Impacto	Não tiveram impacto nos sintomas de PSPT	<i>“So, yeah, yes and no. It was like a dead end on what I could do next”</i> (P2)	3	6

B. EXPECTATIVAS (as dimensões que são evocadas para procurar a experiência no TOWL e que antecedem a ida)					
B.1 Dimensões para procurar o TOWL					
Código	Designação	Descrição	Exemplos de dados	Nº de fontes	Nº ref.
B.1.1	PSPT	Dimensões para procurar o TOWL com impacto no alívio dos sintomas de PSPT	<i>“and I saw it okay maybe it can help me see like where I'm stuck or where I'm block or something like release some energy in my body because I'm always tense and my mouth is tense and anxious and then I found the Temple of the way of light and I asked, you know, asked some questions and then I enrolled and I'm here in Peru...” (P3)</i>	4	10

C. EXPERIÊNCIA COM A AYAHUASCA (As diferentes dimensões da experiência com a ayahuasca no TOWL que emergem retrospectivamente. Inclui referência aos diferentes sentimentos/cognições/comportamentos/sensações físicas associadas à experiência com a ayahuasca e os vários elementos do setting)					
C. 1 Dimensões da Experiência (durante a experiência o/a participante partilha o que está a fazer/sentir/pensar/sentir no seu corpo)					
Código	Designação	Descrição	Exemplos de dados	Nº de fontes	Nº ref.
C.1.1	Pensamentos e conteúdos cognitivos	Pensamentos que ocorrem sob o efeito da ayahuasca	<i>“So, it triggered a panic attack in me and I was like “wow, this was what I came here to work on, this is interesting” (P2).</i>	4	32
C.1.2	Ações e comportamentos	Ações e comportamentos realizados pelo	<i>“I was focused a lot on the trauma that I was dealing with and when the male healer came in and thanked me, I just was</i>	2	5

		participante sob o efeito da ayahuasca como purga, posições corporais ou atitudes	<i>completely overwhelmed, and I started crying” (P2)</i>		
C.1.3	Emoções e conteúdos emocionais	Sentimentos e conteúdos emocionais sentidos e reconhecidos pelo participante associados à experiência com a ayahuasca	<i>“But right when the lights; not the lights, when the candles are out and stuff, I felt so relaxed, I just felt like this overwhelming sense of, like, peace in the room too and that really helped, I guess, calm me down, and I (...) telling you, my nervousness is a good thing, because it mean you are approaching the situation with respect” (P1)</i>	4	34
C.1.4	Sensações físicas	Sensações corporais, alterações visuais ou aditivas sob o efeito da ayahuasca	<i>“And then another thing I learned in ceremony about myself is, I got cold and I start shivering and I wanted another blanket and I, “I don’t know how to ask for help”, like in general, in life.” (P2)</i> <i>“I remember this blue, like a snake kind of thing start appearing and I just would said “hello beautiful” and that’s where I just take in.” (P4)</i>	4	27
C. 2 Elementos do setting (explicação de aspetos relacionais/socioambientais ou físico-ambientais que são percebidos como mais significativos)					
Código	Designação	Descrição	Exemplos de dados	Nº de fontes	Nº ref.
C.2.1	Ícaros	Cânticos indígenas	<i>“I could feel this energy, like this energy sort of envelop me,</i>	2	8

		entoados pelos curandeiros Shipibo	<i>and the Icaru his like... the vibration of his voice like went through me affected me a little more and I think you know again is human overlaid” (P3)</i>		
C.2.2	Grupo	Grupo que participou no retiro no TOWL, no qual o participante está incluído	<i>“I was overwhelmed by the amount of people at first and I was not sure about how that was going to work into the process, but I can see now that that was a huge part of it because the daily interactions with everyone, we’re all going to the same thing, not the same thing, but the same process in a way” (P2)</i>	2	7
C.2.3	Facilitadores	Elementos responsáveis por ajudarem na condução das cerimónias, bem como os participantes durante a experiência	<i>“So the facilitators, they were trying to bring me back to reality and woken me and trying to tell me. So they were trying to break out the mood they were saying to me that’s was not the important thing to do for me, I mean to see the continuing vision the interaction and stuff like that” (P4)</i>	2	2
C.2.4	Maestros	Curandeiros Shipibo que utilizam práticas milenares e que são responsáveis pelo espaço cerimonial	<i>“The Maestro was amazing too, like for several (...) it really came up to me, that I always kind of been afraid of femininity and I felt like she really focused on that with me, and what else can I tell you about that” (P1).</i>	3	3
C.2.5	Outros	Outros elementos que os participantes	<i>“So I would say again like you know might the jungle was very big teacher for me, you know, I was very unsettled in the</i>	1	3

		identificaram como importantes para a experiência	<i>jungle (...)</i> ” (P3)		
--	--	---	----------------------------	--	--

D. PROCESSOS PSICOLÓGICOS					
D.1 Quando (subcategoria que se destina a perceber se os processos psicológicos ocorrem exclusivamente no decurso da experiência com a ayahuasca, ou se já estão potencialmente presentes no discurso do/a participante quando se reporta à sua história e acontecimentos de vida)					
Código	Designação	Descrição	Exemplos de dados	Nº de fontes	Nº ref.
D.1.1	Antes da experiência no TOWL	Processos psicológicos que estão presentes no discurso dos participantes antes da experiência no TOWL	<i>“the best way I can explain it's just something inside me just went like cut off, like, I feel as sometimes like this part of me is just cut off like I was broken like I just ...”</i> (P3)	4	9
D.1.2	Durante a experiências com ayahuasca	Processos psicológicos que emergem da experiência com ayahuasca	<i>“So, during that first ceremony, I remember one of the things that were so like, so so big to me what that I had his opportunity to like meet myself as a separate entity”</i> (P1)	4	37
D.1.3	Imediatamente após as cerimónias	Processos psicológicos que ocorrem uma vez passados os efeitos da ayahuasca, durante a integração da experiência	<i>“So, it’s been nice not to feel that and now I still think about this issues that I went through, but now my heart doesn’t start racing and I don’t start going in to a negative thought pattern of, a loop of negativity. Now I see it from a different perspective and I can just, let It go”</i> (P2)	3	26
D. 2 Avaliação (Esta subcategoria destina-se a perceber se os processos psicológicos que são postos em evidência pela experiência com a					

ayahuasca durante ou imediatamente após esta são percebidos ou não como relevantes para diminuir ou aliviar os sintomas)					
Código	Designação	Descrição	Exemplos de dados	Nº de fontes	Nº ref.
D.2.1	Positiva	Os processos psicológicos que emergiram da experiência da ayahuasca são percebidos como tendo um impacto positivo nos sintomas de PSPT	<p><i>“It was amazing! To just feel that feeling and now I have that feeling and I know what that feeling feels like and I can carry that with me. So, that was just the best gift, ever!”</i> (P2)</p> <p><i>“I don't know the word they say like making emends, or something, with these parts of me that I had like killed off and I was talking to them and I was saying like, you know, what do you want in my heart was... I just want to feel and I was asking like... this part of me was, like I was feeling, like heartbeat here”</i> (P3)</p>	4	29
D. 3 Quais (A codificação do discurso dos participantes coloca em evidência a presença de processos psicológicos cuja delimitação é inspirada por diversos modelos teóricos de referência)					
Código	Designação	Descrição	Exemplos de dados	Nº de fontes	Nº ref.
D.3.1	Autodepreciação	Processo pela qual o/a participante se valoriza de forma negativa	<i>“Through my life like... I really hated myself and that is something I kind of struggled and like I always thought like the things I did as well made me who I was.”</i> (P1)	2	3
D.3.2	Autoconhecimento	Processo pelo qual o/a participante reconhece	<i>“And I saw qualities I did never acknowledge that I had,</i>	4	34

		as dimensões do <i>self</i> , dimensão cognitiva, emocional, relacional e comportamental	<p><i>that were positive things. I felt like a lot self luck, because I have always been that kind of person that would do a lot of things for the others, but myself... and really helped me with that. It helps me see myself like a separate person... like it took myself out of the equation, and I don't know (...) to explain"</i> (Feminino, 32).</p> <p><i>"I felt a little kind of... it was too much, it's kind of how can I deserve this. What did I do to deserve this type of gift that somebody tells me that my heart is made of gold? I didn't feel not ashamed but it wasn't all not modest. You know like I never thought myself to have a heart of gold"</i> (Masculino, 52)</p>		
D.3.3	Catarse	Processo pelo qual o/a participantes traz à consciência memórias recalçadas	<p><i>"I felt like the therapy was also activating because I would talk about these things that whether consciously or unconsciously I either had forgotten or either I have repressed then I was talking about them and I would find like a few days later like I could feel it in my body like either I would be shaking a lot or I would be really tense or really anxious and so in some ways it was cathartic and some ways it was activating."</i> (P3)</p>	1	2

D.3.4	Desconexão com o mundo	Sensação interna de “não pertença” ao meio que a rodeia	<i>“and so I mean it's a story, right, but I just always felt like I was different no one understands, people can't relate I mean, again, it's a story so I tell myself whether it's true or not” (P3)</i>	1	2
D.3.5	Dissociação	Refere-se a uma rutura e fragmentação das funções integradas da consciência, memória, identidade, consciência corporal e percepção sobre si e o mundo	<i>“I wasn't like looking at myself the way that I look at myself. I know it sounds kind of crazy, I was looking at myself the way I would look at a separate person.” (P1)</i>	2	7
D.3.6	Emotional Release	Processo pelo qual o indivíduo liberta as suas emoções, acabando por libertar o seu sofrimento	<i>“I was focused a lot on the trauma that I was dealing with and when the male healer came in and thanked me, I just was completely overwhelmed, and I started crying because, since both of the male role models on my life were so abusive, I never heard that caring from another man that cared and I was just like “wow, I've never felt that before” (P2)</i>	3	11
D.3.7	Exposição a memórias traumáticas	Processo pelo qual o participante através de imagens visuais observa as suas	<i>“There was a seat and it was me or my son seat and that seat, I saw the left hand and it was see through. I kind of see the black streams going to the arm and oldest kind of stuff</i>	3	6

		memórias traumáticas	<i>and then everything star spinning, everything was spinning and this was the night when I saw that room in my childhood and I felt like I felt sorry for not able to save my son.” (P4)</i>		
D.3.8	<i>Flashbacks</i>	Detalhes sensoriais, como imagens visuais e sonoras que fazem com que o evento traumático pareça estar a acontecer no presente em vez de pertencente ao passado	“For about 15 years. I’m constantly have a recurrent dream that I’m coming Back to Army like I have to be there so that's like that when you know it's on the subconscious level as well.” (P4)	2	2
D.3.9	Integração do Eu	Processo pela qual o participante apresenta a sensação interna de incorporação de partes do seu Eu que se encontravam fragmentadas	<i>“I don't know the word they say like making emends, or something, with these parts of me that I had like killed off and I was talking to them and I was saying like, you know, what do you want in my heart was... I just want to feel and I was asking like... this part of me was, like I was feeling, like heartbeat here.” (P3)</i>	1	9
D.3.10	Reencontro com o falecido	Processo pelo qual o participante através de imagens visuais reencontra o seu ente querido	<i>“I saw the front of the ship from inside and everything was calligraphic I mean as far the instruments, all the controls and stuff like that. There was a seat and it was me or my son seat and that seat, I saw the left hand and it was see</i>	1	2

			<i>through. I kind of see the black streams going to the arm and oldest kind of stuff and then everything star spinning, everything was spinning and this was the night when I saw that room in my childhood and I felt like I felt sorry for not able to save my son.” (P4)</i>		
D.3.11	Resiliência	Capacidade de o indivíduo lidar com problemas, adaptar-se a mudanças, superar obstáculos ou resistir à pressão de situações adversas; por encontrar estratégias para enfrentar e superar as adversidades	<i>“I wouldn’t say that. I don’t think I have, I don’t relate to this symptoms, the same way that I did before like I still have anxiety, I am not gonna say I don’t, but I am able to face what happened to me, without feeling like I have to like panic and cut myself, and shoot heroin.” (P1)</i>	2	9
D.3.12	Self-Compassion	Envolve “o ser tocada” e estar aberta ao sofrimento, não o evitando ou desconectando-se dele, mas procurar gerar o alívio do sofrimento por meio da bondade	<i>“I think back to those interactions and it’s like a mirror for me to see how I could have been a better person in that conversation or been more empathetic to that person. It’s really shown me that I’m not as compassionate as I thought I was and that I need to work on that.” (P2)</i>	4	12