



CATÓLICA
FACULDADE DE EDUCAÇÃO E PSICOLOGIA

PORTO

***CRISE PSICOLÓGICA EM AMBIENTES
RECREATIVOS NOTURNOS E SAÚDE
MENTAL***

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

- Especialização em Psicologia da Justiça e do Comportamento Desviante-

Diana Filipa Pires Catalão

Porto, Julho de 2018



CATÓLICA
FACULDADE DE EDUCAÇÃO E PSICOLOGIA

PORTO

***CRISE PSICOLÓGICA EM AMBIENTES
RECREATIVOS NOTURNOS E SAÚDE
MENTAL***

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

- Especialização em Psicologia da Justiça e do Comportamento Desviante-

Diana Filipa Pires Catalão

Trabalho efetuado sob a orientação de

Prof.^a Dra. Maria Carmo de Azevedo Carvalho

Prof. Dr. Pedro Dias

Porto, Julho de 2018

“Ninguém te baterá tão forte quanto a vida. Porém, não se trata de quão forte alguém pode bater, trata-se de quão forte tu podes ser atingido. E continuar a seguir em frente. É assim que a vitória é conquistada” Rocky Balboa

Agradecimentos

O presente trabalho foi realizado sob orientação da professora Maria Carmo Carvalho e co-orientação do professor Pedro Dias, a quem me cabe exprimir sincero reconhecimento pelo modo empenhado como, em todo o sentido, souberam ilustrar o conceito que tenho de orientadores.

Aos meus pais, que são o pilar mais importante da minha vida e desde sempre me incentivaram a lutar com garra e dedicação pelos meus objetivos, por mais longínquos que parecessem. Admiro-os muito e mantenho o coração cheio por todo o apoio e oportunidades que me têm dado, ao longo da vida, apesar de pelas circunstâncias da vida estarmos separados.

Um especial agradecimento à família que escolhi, aos meus verdadeiros amigos, que sempre me ouviram, aconselharam e compreenderam as minhas quebras. Obrigada de todo o coração por me darem força para continuar, apesar das adversidades.

Um sincero agradecimento àquela pessoa especial, que muito embora não saiba a importância que tem, é uma peça fundamental na minha vida e com quem partilho esta etapa.

Um grande bem-haja a todos os colegas, amigos e familiares que me apoiaram e acreditaram em mim nesta etapa tão importante do meu percurso académico.

Resumo

O consumo de substâncias psicoativas (SPA) em ambiente recreativo noturno (ARN) generalizou-se na população juvenil surgindo consequências nefastas inerentes ao mesmo, o que decorre da facilidade de acesso a estas SPA bem como à normalização da sua utilização como meio de integração/socialização. Com efeito, em ARN é frequente a ocorrência de crises psicológicas derivadas deste consumo desmedido o que acarreta várias preocupações em termos de saúde mental — *haverá uma associação entre o consumo de SPA e a doença mental; será que caso exista diagnóstico de doença mental, o consumo de SPA irá acentuar o mesmo; o consumo de SPA pode originar doença mental* — são algumas das questões que podem ser colocadas. Especificamente, este estudo pretende contribuir, então, para uma análise mais aprofundada da associação entre crise psicológica em ambientes recreativos noturnos e saúde mental.

Os resultados do presente estudo não permitem generalizações, todavia foi possível apurar que grande parte dos participantes do estudo recorreu aos serviços de intervenção por motivos de crise psicológica associada ao consumo de SPA. Por outro lado, é, ainda, possível afirmar que a eficácia da intervenção é positiva visto que há uma diminuição dos sintomas apresentados no momento de saída em comparação com os sintomas apresentados no momento de entrada no serviço. Não obstante, existe não apenas consumo de SPA, como, mais concretamente, policonsumo, o que deriva da significativa amplificação dos consumos em ARN o que, consequentemente, interfere na saúde mental.

Palavras-Chave: consumo; policonsumo; substâncias psicoativas; contextos recreativos; doença mental; crise psicológica

Abstract

The consumption of psychoactive substances (SPA) in nocturnal recreational environment (NRA) has become widespread in the juvenile population, resulting in the harmful consequences inherent in it, due to the ease of access to these SPAs as well as the normalization of their use as a means of integration / socialization. In fact, in RNA, there are frequent psychological crises arising from this excessive consumption, which leads to several mental health concerns - there will be an association between the consumption of SPA and mental illness; will be that if there is a diagnosis of mental illness, the consumption of SPA will accentuate the same; the consumption of SPA can lead to mental illness - are some of the issues that can be posed. Specifically, this study intends to contribute to a more in-depth analysis of the association between psychological crisis in nocturnal recreational environments and mental health.

The results of the present study do not allow generalizations, however, it was possible to verify that a large part of the study participants used the intervention services due to the psychological crisis associated to the consumption of SPA. On the other hand, it is also possible to affirm that the effectiveness of the intervention is positive since there is a decrease of the symptoms presented at the moment of departure compared to the symptoms presented at the time of entering the service. Nevertheless, there is not only consumption of APS, but more specifically, polydrug use, which is due to the significant increase in consumption of NRNAs, which consequently interferes with mental health.

Keywords: consumption; polyconsumption; psychoactive substances; recreational contexts; mental disease; psychological crisis

Lista de siglas

2CB — 2-(4-bromo-2,5-dimethoxyphenyl)ethanamine

ARN — Ambientes recreativos noturnos

CID-10 — Classificação Internacional de Doenças

DGS — Direção Geral de Saúde

DMT — Dimetiltryptamina

DOC — 2,5-Dimethoxy-4-chloroamphetamine

DSM-5 — Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais

GHB — Ácido Gama hidroxibutírico

IC — Intervenção em crise

KC— Kosmicare

LSD — Dietilamida do ácido lisérgico

MDMA — 3-4 metilendioximetanfetamina

MSEC — *Mental State Exam Checklist*

OMS — Organização Mundial de Saúde

PHDA — Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção

SPA — Substâncias psicoativas

SPPSM — Sociedade Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental

ÍNDICE

I. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	12
1. Dados epidemiológicos e doença mental	13
2. Manuais de diagnóstico de doença mental	14
2.1. Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-5)..	15
2.2. Classificação Internacional de Doenças (CID-10)	15
3. Padrões e Prevalência de Consumo de SPA.....	16
4. Ambientes Recreativos Noturnos.....	18
5. Psicopatologia e consumo de SPA	13
6. Crise Psicológica.....	23
6.1. Sintomatologia da crise psicológica.....	26
7. Intervenção em crise psicológica	27
II. MÉTODO	28
1. Amostra.....	28
2. Instrumentos	29
3. Procedimentos	31
3.1. Recolha de Dados.....	31
3.2. Análise Estatística	32
4. Apresentação dos resultados	32
4.1. Análise Descritiva	31
4.2. Análise de consistência interna, através do alpha de <i>Cronbach</i>	35
4.3. Teste t para amostra emparelhadas.....	35
4.4. Teste não paramétricos para amostras independentes.....	37
5. Discussão dos resultados	40
6. Conclusão	42
III. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	44

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo I: Instrumentos

Mental State Exam Checklist (MSEC)

Visitor Report Form/Arrival (V.R.F.A) e Visitor Report Form/Departure (V.R.F.D)

Anexo II: Estatísticas Descritivas de Dados

Histograma representativo da idade dos participantes

Gráfico de *pizza* representativo da nacionalidade dos participantes

Padrões de Consumo de Cocaína

Padrões de Consumo de 2CB

Padrões de Consumo de DMT

Padrões de Consumo de DOC

Padrões de Consumo de Mescalina

Padrões de Consumo de Cogumelos

Padrões de Consumo de GHB

Padrões de Consumo de Ópio

Padrões de Consumo de Metilona

Padrões de Consumo de Zimovane

Padrões de Consumo de Substâncias Indefinidas

Consumo de SPA

ÍNDICE DE APÊNDICES

Apêndice I: Instrumentos

Questionário *Online*

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1: Frequências representativas do género dos participantes

Tabela 2: Estatísticas descritivas do uso de SPA

Tabela 3: Estatísticas descritivas do motivo da adesão ao KC

Tabela 4: Estatísticas descritivas da via de consumo do LSD

Tabela 5: Estatísticas descritivas da via de consumo do MDMA

Tabela 6: Estatísticas descritivas da via de consumo de anfetaminas

Tabela 7: Estatísticas descritivas da via de consumo de ketamina

Tabela 8: Estatísticas descritivas da via de consumo de *cannabis*

Tabela 9: Estatísticas das duas variáveis (pré e pós intervenção do *MSEC*)

Tabela 10: Teste t para amostras emparelhadas (análise da diferença de médias em momentos distintos)

Tabela 11: Teste de Kruskal-Wallis

Tabela 12: Valor da estatística de teste (“Chi-square”), os graus de liberdade (“df”) e a probabilidade de significância assintótica (“Asymp. Sig”)

Introdução

Este estudo tem como objetivo geral contribuir para a caracterização da saúde mental dos participantes de um serviço de intervenção na crise psicológica em ambientes recreativos noturnos (projeto *Kosmicare* — KC). Para que se consiga responder à questão “Existe comorbilidade entre o consumo de SPA e a psicopatologia?” é necessário considerar o papel preponderante que o exame do estado mental representa. Deste modo, “só o conhecimento, vocabulário e habilidade apropriados permitem o exame do estado mental” (Trzepacz & Baker, 2001). Este estudo considera, então, como ponto de partida o instrumento *Mental State Exam Checklist (MSEC)* que ajuda na recolha de informações relativamente ao estado mental dos participantes no momento da chegada ao serviço de intervenção, bem como possibilita, igualmente, o registo de dados no momento de saída do mesmo serviço. Toda esta informação é crucial pois permite clarificar a) a causa da afetação da inteligência ou vontade (biológica, psicológica ou biopsicológica) existente no momento da prática dos factos (critério qualitativo); b) a intensidade dessa afetação (critério quantitativo); c) se essa afetação é permanente ou transitória (critério cronológico). Na avaliação do critério qualitativo há que considerar a competência para conhecer a realidade e compreendê-la, uma vez que esta pode sofrer alterações em quadros de debilidade mental, de natureza tóxica, delirante ou alucinatória e, ainda, a capacidade de agir de acordo com essa competência, dado que pode estar, igualmente, alterada, como por exemplo acontece em perturbações graves do controlo de impulsos ou nas alterações emocionais intensas. Quanto ao critério quantitativo importa saber se a alteração existente (a nível intelectual ou volitivo) é suficientemente grave para colocar em causa a capacidade de conhecer e de agir de acordo com esse conhecimento. O critério cronológico, por sua vez, diz respeito à avaliação da perturbação como sendo permanente ou transitória, dado que desta avaliação depende a necessidade, ou não, de tratamento e/ou internamento (Agulhas & Anciães, 2014).

A nível estrutural este trabalho encontra-se organizado em quatro capítulos. O primeiro capítulo diz respeito a uma revisão da literatura que integra as diversas temáticas inerentes a este estudo, entre as quais — dados epidemiológicos e doença mental, seguidamente uma referências aos manuais de diagnóstico de doença mental, a seguir encontram-se dados relativos a padrões de consumo, posteriormente é explorada a temática dos ambientes recreativos noturnos, logo de seguida analisa-se a psicopatologia e o consumo, depois a crise psicológica e, por último, surge destaque para a intervenção em crise. Na segunda secção está descrita a metodologia do estudo, o que integra os participantes, instrumentos, procedimentos,

recolha de dados e análise de dados. Já na terceira secção são apresentados os resultados do estudo e a sua discussão à luz da literatura. Por fim, reúne-se as conclusões do estudo bem como as suas limitações e sugestões para investigações futuras.

CAPÍTULO I: ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. Dados epidemiológicos e doença mental

Em 2001, a Organização Mundial de Saúde (OMS) apresentou o conceito de perturbação mental como uma distorção do pensamento e das emoções resultante da desadequação ou agravamento do funcionamento psicossocial e que depende de fatores psicológicos, biológicos e sociais. Apesar disso existe, ainda, alguma controvérsia no que diz respeito, por um lado, aos sintomas que impedem ou prejudicam a pessoa no prosseguimento do seu quotidiano, e por outro temos o estigma que ainda existe na sociedade em relação a este tipo de problemáticas (Corrigan & Bink, 2016). No ano de 2017, a OMS confirmou que o total de pessoas com depressão a nível mundial foi estimado, em 2015, em mais de 300 milhões registando-se um número quase igual sofrendo de algum tipo de perturbação de ansiedade.

Epidemiologicamente, sabe-se que 12% das doenças, em termos mundiais, são do foro mental, valor que sobe para os 23% nos países desenvolvidos. Em primeira instância, denota-se que a depressão é a terceira causa de carga global de doença (primeira nos países desenvolvidos), estando previsto que passe a ser a primeira causa a nível mundial em 2030, com agravamento provável das taxas correlatas de suicídio e parasuicídio. Na verdade, cinco das dez principais causas de incapacidade e de dependência psicossocial são doenças neuropsiquiátricas — depressão (11,8%), problemas ligados ao álcool (3,3%), esquizofrenia (2,8%), perturbação bipolar (2,4%) e demência (1,6%). Na Europa, são 165 milhões de pessoas afetadas por uma doença ou perturbação mental, anualmente. Deste modo, as doenças e as perturbações mentais tornaram-se, nos últimos anos, na principal causa de incapacidade e numa das principais causas de mortalidade nas sociedades (OMS, 2001). Um estudo realizado nos EUA recolheu dados sobre a mortalidade no país durante um período de 17 anos, tendo verificado que as pessoas com perturbações mentais morriam em média 8,2 anos mais cedo comparativamente à população em geral (Druss, Zhao, Von Esenwein, Morrato, & Marcus, 2011). Em Portugal, mais de um quinto dos portugueses sofre de uma perturbação psiquiátrica (22,9%), constituindo-se, assim, como o segundo país com a mais elevada prevalência de doenças psiquiátricas da Europa, sendo apenas ultrapassado pela Irlanda do Norte (23,1%). Entre as perturbações psiquiátricas, as perturbações de ansiedade são as que apresentam uma prevalência mais elevada (16,5%), seguidas pelas perturbações do humor, com uma

prevalência de 7,9%. Seguidamente, surgem as perturbações de controlo dos impulsos e as perturbações pelo abuso de substâncias que registam taxas de prevalências de 3,5% e 1,6%, respetivamente. Segundo a Sociedade Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental (SPPSM), cerca de 4% da população adulta apresenta uma perturbação mental grave, 11,6% uma perturbação de gravidade moderada e 7,3% uma perturbação de gravidade ligeira. Ainda de acordo com a SPPSM, sabe-se que as perturbações mentais e do comportamento representam 11,8% da carga global das doenças em Portugal, mais do que as doenças oncológicas (10,4%) e apenas ultrapassadas pelas doenças cérebro-cardiovasculares (13,7%). Estima-se que em 2020 haja um aumento de 25% do registo de pessoas com ansiedade e depressão (variação 2014-2016: perturbação de ansiedade 21%, perturbação depressiva 17%) (DGS, 2017).

2. Manuais de diagnóstico de doença mental

Diversos estudos apontam para uma comorbilidade superior a 50% entre o consumo de SPA e as perturbações mentais. Entre as patologias mais prevalentes estão as perturbações da personalidade (50%-90%), do humor (20%-60%) e psicóticas (15%-20%). Globalmente, as perturbações da personalidade (sobretudo antissocial), as perturbações de ansiedade (incluindo ataques de pânico), as perturbações do humor (sobretudo depressão e distímia), os distúrbios das emoções e comportamento com início na infância e adolescência (incluindo PHDA) e a esquizofrenia, perturbação esquizotípica da personalidade e perturbação delirante, são as que apresentam maior prevalência em indivíduos que consomem SPA (Cerejeira, 2015). Outras fontes têm referido que as perturbações psiquiátricas são três vezes mais frequentes em pessoas que fazem consumos de SPA (Feeney, Connor, Young, Tucker & McPherson, 2005). Adicionalmente, cerca de 28,9% de todos os indivíduos diagnosticados com uma perturbação mental, em algum ponto da sua vida possuirão também um diagnóstico relacionado com o consumo de SPA (Do & Mezuk, 2013).

Não obstante a relação entre os dois fenómenos posta em evidência pela literatura, existe a necessidade de fazer uma distinção clara entre o que é um utilizador crónico e o que é um utilizador agudo de SPA, por forma a estabelecer uma comparação viável entre os mesmos e considerando fatores como a existência de psicopatologia prévia, a relação direta/indireta entre os consumos e o aparecimento/desenvolvimento de psicopatologia, quais os aspetos que influenciam o presente estudo e, nomeadamente, quais os fatores de risco inerentes a uma população e a outra, desmistificando quais as populações mais vulneráveis por forma a

conseguir obter um esclarecimento da origem da sintomatologia ou, no mínimo, estabelecer associação entre os fatores presentes e o consumo de SPA.

Em termos psiquiátricos a afetação é abrangente no que diz respeito às consequências nefastas dos consumos de SPA. Já desde o século XIX que existe literatura referente à ligação entre o consumo e as demências que lhe estão associadas pelo que estão contempladas na secção das perturbações do carácter, comportamento e inteligência, desde a primeira versão da CID e, também, desde logo no DSM-I, nas categorias Síndromes Cerebrais, agudas ou crónicas (Cerejeira, 2015).

2.1. Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-5)

As perturbações relacionadas com os consumos de SPA podem subdividir-se em: 1) perturbações induzidas por substâncias e 2) perturbações por uso de substâncias, segundo a classificação da *American Psychiatric Association* (APA, 2013). Nas primeiras existe uma relação direta entre o consumo ou abstinência e os síndromes que se manifestam, estando, portanto, incluídos os estados de intoxicação, abstinência e perturbações mentais induzidas por substâncias. Quando ocorre intoxicação verifica-se uma exposição a uma substância que resulta em alterações do estado de consciência, cognitivas, da percepção, emocionais ou comportamentais, bem como alterações nas respostas neurofisiológicas. Já no respeitante à abstinência, verifica-se um conjunto de sintomas após cessação/redução do consumo de SPA, num utilizador crónico, e que podem oscilar entre convulsões e/ou *delirium*, consoante o tipo de SPA e doses utilizadas. Genericamente, os sintomas observados durante os estados de intoxicação são opostos aos da abstinência. Com efeito, o consumo ou abstinência de uma SPA pode manifestar-se com síndromes idênticas aos das perturbações mentais primárias — psicose, perturbação bipolar, depressão, ansiedade, POC, PS, disfunção sexual, *delirium* e perturbação neurocognitiva — segundo o DSM-5.

2.2. Classificação Internacional de Doenças (CID-10)

Na CID-10, os especificadores previstos são o estado de abstinência com *delirium*, a perturbação psicótica, a síndrome amnésica, a perturbação psicótica residual e de início tardio e outras perturbações mentais e do comportamento. Por isso, o diagnóstico destas condições deve ser realizado sempre que os sintomas surjam no contexto de exposição às SPA e este seja desencadeador do quadro. A CID-10 continua a diferenciar os conceitos de “uso prejudicial” e “dependência” enquanto que o DSM-5 combina os conceitos de “abuso” e “dependência”. Seguindo os critérios da CID-10, para que possa ser feito um diagnóstico definitivo de

dependência é necessário que três ou mais dos seguintes requisitos tenham sido experienciados ou exibidos em algum momento do ano anterior — a) forte desejo ou senso de compulsão para consumir a substância; b) dificuldades em controlar o comportamento de consumir a substância em termos de seu início, término e níveis de consumo; c) estado de abstinência fisiológico quando o uso da substância cessou ou foi reduzido, como evidenciado por: síndrome de abstinência para a substância ou o uso da mesma substância (ou de uma intimamente relacionada) com a intenção de aliviar ou evitar sintomas de abstinência; d) evidência de tolerância, de tal forma que doses crescentes da substância psicotrópica são requeridas para alcançar efeitos originalmente produzidos por doses mais baixas; e) abandono progressivo de prazeres e interesses alternativos em favor do uso da substância psicotrópica, aumento da quantidade de tempo necessária para se recuperar de seus efeitos; f) persistência no uso da substância, a despeito de evidência clara de consequências manifestamente nocivas. Deve-se fazer esforços claros para determinar se o usuário estava realmente consciente da natureza e extensão do dano.

3. Padrões e prevalência de consumo de SPA

Na verdade, o diagnóstico de perturbação mental induzida por substâncias é menos provável se: a) existirem sintomas prévios ao uso de SPA; b) estes persistirem por mais de quatro semanas após ter terminado o consumo; c) houver episódios semelhantes no passado, não relacionados com o uso da substância; d) são mais exuberantes que o expectável, face ao grau de exposição à droga.

Dados epidemiológicos apontam que o consumo habitual de SPA ronda os 3% para a cannabis; e menos de 1% para a heroína. Já para consumos esporádicos a percentagem ronda os 12%, para a cannabis (OEDT, 2012).

Segundo dados provisórios do Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (2), o álcool é a substância psicoativa com maior prevalência de consumo experimental (ao longo da vida) entre a população geral em Portugal com idades compreendidas entre os 15 e os 64 anos, oscilando entre um mínimo de 73,6% (registado em 2012) e um máximo de 86,3% (registado em 2016/17)

No que diz respeito ao consumo experimental (pelo menos uma experiência de consumo ao longo da vida) a cannabis é a substância que apresenta maior prevalência, independentemente do ano considerado. A prevalência do consumo de substâncias psicoativas nos últimos 12 meses, entre 2012 e 2016/17, é menor no caso do álcool, medicamentos, ecstasy, LSD, cogumelos alucinógenos e de novas substâncias psicoativas (comumente

designadas por Legal Highs; Herbal Highs; Research Chemicals (substâncias químicas de investigação); Party Pills (drogas recreativas) ou Designer Drugs (Drogas Laboratoriais ou de síntese), (SICAD, 2013)). Porém, nos últimos 12 meses o consumo de cocaína e de anfetaminas mantêm-se idênticas a 2012, subindo apenas a prevalência de consumo de tabaco, cannabis e heroína. Estas tendências na maioria ocorrem na população jovem adulta (15-34 anos), não se verificando, no entanto, consumos de heroína. As estatísticas permitem, assim, concluir que a experimentação não leva necessariamente à dependência/abuso uma vez que para afirmar tal dependência importa considerar, em primeira instância, uma multiplicidade de fatores, entre os quais a) idade de início do consumo; b) estatuto socioeconómico; c) literacia; d) situação de emprego; e) diagnóstico de patologia psiquiátrica (eixo I e II); f) aceitação social; familiar ou cultural do uso da substância; g) facilidade de acesso à substância; h) presença/ausência de certos traços de personalidade (principalmente antissociais); h) aspetos biológicos (Cerejeira, 2015).

Dado que as perturbações por uso de substâncias comportam sintomas cognitivos, comportamentais e fisiológicos que contribuem é expectável que exista um contínuo no consumo de SPA. Portanto, há que ter em atenção aos critérios este padrão de consumo disfuncional, tais como a perda de controlo, prejuízo social, uso arriscado, farmacologia (em termos de tolerância e considerando os sintomas de abstinência). Os consumos de SPA têm uma relevância social significativa pelo fato que afetam vários aspetos da vida, desde o social ao familiar. Os padrões compulsivos na procura e consumo da droga, no entanto, são resultados de uma complexa aprendizagem, que envolve fatores psicológicos, neurológicos e sociais (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2004). As SPA fazem com que o indivíduo tenha reações químicas que proporcionam o *set* e o *setting* (Zinberg, 1984). O *set* é visto como um conjunto de características psicológicas que um indivíduo possui e que vão influenciar as suas motivações, aspirações e as atitudes face ao uso das substâncias psicoativas (Zinberg, 1984). O *setting* refere-se ao contexto que o rodeia, realçando a parte física (local) e social (amigos, com quem a partilha desta experiência é feita), em que ocorre o uso das SPA (Zinberg, 1984). A sua utilização, num contexto controlado, leva a que o indivíduo tenha uma experiência controlada, que tem efeitos como a quebra da resistência do consciente, levando desta forma a que o indivíduo percecionem outros tipos de realidade (Vaughan, 1983).

O álcool é, mundialmente, considerado a droga psicotrópica mais amplamente aceite pelo que o seu consumo chega mesmo a ser incentivado. Apesar dos efeitos nefastos derivados do seu consumo, tais como os efeitos depressores no sistema nervoso central, o que se traduz em alterações no comportamento que poderão originar dependência, a sua supressão do seu

consumo poderá desencadear uma grave síndrome de abstinência. Entre as doze e as dezasseis horas seguintes à privação da bebida surge um sentimento de inquietação, nervosismo e ansiedade. Nos casos mais graves, a partir do segundo dia surge o denominado *delirium tremens*, caracterizado por confusão mental, desorientação e aparecimento de delírios e alucinações.

Além de causar dependência e provocar muitos efeitos nefastos para a saúde, o abuso de álcool e outras SPA, concretamente o policonsumo de SPA, coexiste frequentemente com outras perturbações mentais. Em alguns casos, as perturbações mentais como a ansiedade, depressão ou esquizofrenia podem anteceder ao abuso de SPA, em outras situações, o uso de SPA pode desencadear ou agravar as perturbações mentais, especialmente nos indivíduos mais vulneráveis.

Tanto o uso de SPA como as perturbações mentais têm como causa um conjunto de fatores que se sobrepõem, como vulnerabilidades genéticas e a exposição precoce ao stress ou trauma.

4. Ambientes recreativos noturnos (ARN)

Epidemiologicamente, é unânime que a utilização de SPA é transversal a vários contextos recreativos, pelo que constitui um problema relevante nas sociedades contemporâneas (Bastos, 2008). Balsa (2005) refere que 47,2% do uso de SPA ocorria em festas de passagem de ano, 27,1% em festas públicas, 25,7% em festas techno-raves e 19,4% em festas transe. Durante os anos 60, o uso de SPA generalizou-se em comunidades hippie e originou uma exposição elevadíssima ao risco que acabou por resultar numa normalização ao consumo, o que despoletou desresponsabilização e desacreditação dos potenciais danos, sobretudo ao nível da saúde mental (Grof, 2009). Tal fato decorre dos seguintes aspetos: 1) aumento da disponibilidade/acessibilidade às SPA; 2) aumento da taxa de experimentação; 3) aumento da taxa de uso recente; 4) atitudes face ao uso; 5) grau de acomodação social face ao uso (Parker, Williams, & Aldridge, 2002). A este respeito Leary, Metzner e Alpert (2008) defendem que as SPA apenas desencadeiam reações químicas que permitem uma abertura da mente, e libertam o sistema nervoso dos seus padrões normais de funcionamento. A ideia de que o consumo de SPA tem como intuito a procura do prazer e da diversão e que ocorre para se ficar “pedrado”, “com a moça”, “cego” é comumente aceite, porém estudos comprovam que apenas 20% dos indivíduos confirmam estas motivações. Em contextos recreativos o que é reportado é que o consumo está inerente à procura de adormecimento, conforto, calma, aumento da energia e da confiança, procura de significado e de experiências místicas.

Ambientes festivos são meios propícios ao uso de SPA, estando esta prática cada vez mais normalizada para populações juvenis que frequentam estes ambientes. Havendo, no caso de uso de SPA em contextos recreativos, uma maior propensão para que os sintomas sejam exclusivamente observados durante estados de *delirium* o que impede que haja classificação autónoma. O que contraria uma ligação estereotipada em que o uso de SPA era recorrente nas populações desviantes (EMCDDA, 2006 cit in EMCDDA, 2010; Parker, Aldridge & Measham, 1998; Parker, William & Aldridge, 2002).

5. Psicopatologia e consumo de SPA

O termo duplo diagnóstico surge no século XXI e é utilizado no campo da saúde mental para aqueles pacientes que sofrem em simultâneo ou sequencialmente, durante todo o ciclo de vida, do comportamento aditivo e outros transtornos mentais. Neste estudo, evidencia-se a crise psicadélica que advém pelo consumo de SPA, pelo que é essencial identificar as vulnerabilidades presentes no doente e mediar a intervenção nos fatores de vulnerabilidade alteráveis (Franco, 2014).

Apesar de complexa, a relação entre o consumo de SPA e as perturbações mentais é estreita pelo que foi criado este conceito de duplo diagnóstico/diagnóstico dual — “coocorrência, no mesmo indivíduo, de uma perturbação pelo uso de substâncias psicoativas e de outra doença mental” (WHO, 2013 cit in. Cerejeira, 2015). A coocorrência surge principalmente em três cenários: 1) o consumo de drogas pode levar ao surgimento de sintomas psiquiátricos; 2) a doença mental pode levar ao consumo de drogas para alívio de sintomas psiquiátricos; 3) tanto o problema do consumo de drogas como a doença mental são causados por alterações cerebrais, vulnerabilidade genética e exposição precoce a stress ou trauma. A investigação atual sobre as relações causais entre as perturbações psiquiátricas e as perturbações por consumo de substâncias é inconclusiva. Os sintomas das perturbações mentais e os problemas da dependência interagem e influenciam-se mutuamente.

São, todavia, conhecidos os efeitos nefastos relativos à organicidade derivados do consumo de SPA — 1) aspeto, atitude e atividade; 2) humor e emoções; 3) discurso e linguagem; 4) alterações formais do pensamento, conteúdo do pensamento e perceção; 5) cognição; 6) insight e juízo crítico. Relativamente ao aspeto, afirma-se que os sujeitos hiperalertas estão ansiosamente atentos, não relaxam, olham em volta frequentemente e assustam-se com facilidade, o que pode derivar da ingestão de drogas simpaticomiméticas (cocaína, anfetaminas,...). Por outro lado, sabe-se, ainda, que a diminuição de vigília poderá estar, igualmente, associada à intoxicação por barbitúricos, hipnóticos, antidepressivos. Já no

que diz respeito à atitude há coocorrência entre personalidade anti-social e um discurso encantador, mas evitante relativamente a questões sobre SPA. Quanto à atividade, a falta de movimento dos braços é característica dos efeitos extrapiramidais dos fármacos antipsicóticos. Não obstante, a hiperatividade também pode resultar da intoxicação por qualquer substância estimulante (ectasy). Esta avaliação da atividade é crucial para desmistificar a etiologia física da doença e/ou toxicidade de fármacos psicotrópicos. Já, o humor pode variar entre disfórico (tristeza, apatia), eufórico (felicidade extrema) e hostil derivar, também, do abuso de SPA (marijuana, anfetaminas). Uma outra característica frequentemente nos sujeitos que apresentam consumos de cocaína e anfetaminas é a ansiedade. Salientando, agora, a discursividade, existem diversos indicadores de que os indivíduos intoxicados por drogas apresentam, tendencialmente um discurso lentificado, o que acontece dado que os efeitos secundários de fármacos anticolinérgicos ou a sedação relacionada com medicação analgésica ou hipnótica estão diretamente relacionados com as alterações em termos de articulação da fala. No que concerne às alterações de pensamento, evidencia-se uma diminuição da fluidez do pensamento ou até mesmo uma mudança brusca do mesmo, podendo mesmo traduzir-se em alucinações ou delírios.

Um estudo realizado por Smith e Newman (2002) concluiu que há comorbilidade entre psicopatologia e o consumo de SPA. Ora, tanto o consumo de SPA como o fato de um sujeito ser diagnosticado com um distúrbio antissocial da personalidade, são indicadores de perda de autocontrole o que permite estabelecer uma relação de comorbilidade, portanto, a presença de duplo diagnóstico, entre o uso de SPA e a manifestação de psicopatologias desinibitórias (Gorenstein e Newman, 1980; Trull, et al. 2000 *cit in*. Konvalina-Simas, 2016). Os dados da investigação indicam que as perturbações psiquiátricas e da personalidade acontecem habitualmente antes das perturbações por consumo de substâncias, i.e. elas aumentam a vulnerabilidade dos indivíduos a esse tipo de problemas (por exemplo, Kessler et al., 2001; Bakken et al., 2003); contudo, as perturbações do foro psiquiátrico podem também ser agravadas pelo consumo de drogas (por exemplo, em relação à depressão: McIntosh e Ritson, 2001) ou sucedem em paralelo.

O consumo de drogas pode também ser entendido como uma componente ou sintoma de uma perturbação psiquiátrica ou da personalidade e como uma tentativa de automedicação (por exemplo, Williams et al., 1990; Murray et al., 2003). O fato de o consumo de substâncias atenuar sintomas de angústia encoraja o desenvolvimento da dependência. Uma vez interrompido o consumo de drogas, por exemplo, através da desabitação física ou do tratamento de substituição, os sintomas podem reaparecer. As psicoses agudas induzidas pelo

consumo de drogas manifestam-se, em especial, nos consumidores de cocaína, anfetaminas e alucinogénios e, habitualmente, serenam rapidamente. Poderá, no entanto, ser extremamente difícil diferenciar entre sintomas decorrentes do consumo de substâncias tóxicas e episódios psicóticos isolados. Krausz (1996) sugere quatro categorias de diagnóstico duplo — 1) um diagnóstico primário de doença mental, com um subsequente diagnóstico (duplo) de abuso de substâncias que afetam adversamente a saúde mental; 2) um diagnóstico primário de dependência de droga com complicações psiquiátricas que conduzem à doença mental; 3) diagnósticos concomitantes de abuso de droga e perturbações psiquiátricas; 4) diagnóstico duplo de abuso de droga e alterações do estado de humor, ambos resultantes de uma experiência traumática subjacente, por exemplo, perturbações de stress pós-traumático. Morel (1999) faz uma distinção entre perturbações psiquiátricas não específicas que se encontram entre toxicodependentes e as complicações especificamente ligadas ao consumo de drogas. As perturbações frequentemente encontradas entre os consumidores de droga incluem — perturbações de ansiedade-depressão; perturbações do sono, resultantes da depressão, perturbações ligadas à ansiedade, ou psicoses; comportamento agressivo ou violento, indicando perturbações ligadas a uma personalidade antissocial, psicopática, esquizofrénica ou paranóica. Os problemas especificamente ligados ao consumo de drogas incluem — farmacopsicoses induzidas por drogas alucinogénias ou anfetaminas; síndromes de confusão.

Existem teorias que ligam drogas específicas a perturbações específicas de ordem mental, por exemplo, tem sido aventada a hipótese de que a heroína poderá reduzir o *stress*, atenuar a dor e abolir vozes ameaçadoras em pacientes esquizofrénicos e com patologia *borderline*; contudo, os pacientes com doenças mentais graves não consomem heroína. A cocaína, sugere-se, poderá reduzir os estados depressivos, permitir uma desinibição do comportamento e fazer com que personalidades narcisistas se comportem com ostentação. A cannabis poderá aliviar a tensão e o ecstasy libertar as inibições sociais (Verheul, 2001; Berthel, 2003).

O Relatório Nacional da Irlanda de 2002 analisou especificamente a depressão entre os consumidores de droga, com base nos resultados de vários estudos, e concluiu que há uma forte associação entre o problema do consumo de drogas, em especial, o consumo de opiáceos e benzodiazepinas, e elevados níveis de depressão. Na Alemanha, investigações sobre a relação entre perturbações relacionadas com o consumo de substâncias, depressão e suicídio concluíram que o risco de suicídio é muito maior entre aqueles que sofrem de perturbações depressivas (Bronisch e Wittchen, 1998).

A avaliação de rotina das perturbações psiquiátricas e da personalidade nem sempre faz parte dos processos normais de diagnóstico realizados no início do tratamento nos serviços de luta contra a droga. Exceto em serviços particularmente atentos e/ou especializados, os sintomas e as perturbações mentais raramente são exploradas nos centros de tratamento por consumo de drogas.

De toda a forma, a comorbilidade é francamente difícil de diagnosticar. O abuso de drogas pode causar sintomas psiquiátricos que dificilmente se distinguem das perturbações psiquiátricas (Berthel, 2003), embora a desabituação física de uma substância ou a intoxicação aguda possam também assemelhar-se a qualquer dessas perturbações (Liappas, 2001). Por outro lado, depressão ou ansiedade podem ser consideradas como sintomas inerentes ao ciclo intoxicação-desabituação física, sintomas esses que habitualmente são atenuados pelas drogas e que passam a ser manifestos no decurso da abstinência ou do tratamento de substituição. Há avanços metodológicos que têm melhorado o diagnóstico quer de perturbações psiquiátricas quer de perturbações por consumo de substâncias. O Índice de Gravidade da Dependência (*ASI – Addiction Severity Index*) é um instrumento multifuncional que pode ser utilizado no diagnóstico, no planeamento do tratamento e respetivo acompanhamento, bem como na investigação. O ASI tem a vantagem de ser multidimensional, de avaliar problemas passados e atuais em sete áreas: situação ao nível da saúde, emprego e autossuficiência, consumo de álcool, consumo de drogas, situação legal, relações familiares e sociais e sintomas psiquiátricos (Krausz, 1999a; Öjehagen e Schaar, 2003). Trata-se de um instrumento normalizado e foi traduzido do inglês para a maioria das outras línguas europeias (EuroASI). O Instituto Trimbos desenvolveu e testou protocolos para o diagnóstico e tratamento de pacientes toxicodependentes com a Síndrome de Hiperactividade/Défice de Atenção (Eland e Van de Grint, 2001).

Para medir a prevalência de perturbações psiquiátricas e da personalidade, bem como de padrões do consumo de drogas na população em geral e entre pacientes psiquiátricos e consumidores de droga, fora e dentro dos serviços de tratamento, realizaram-se vários estudos. Numa análise dos vários estudos, Uchtenhagen e Zeiglgänsberger (2000) concluíram que o diagnóstico psiquiátrico mais comum entre consumidores de droga é a perturbação da personalidade, afetando 50–90%, seguida das perturbações de ordem afetiva (20–60%) e das perturbações psicóticas (20%). Entre 10% a 50% dos pacientes apresentam comorbilidade de mais do que uma perturbação de personalidade ou psiquiátrica.

Numa análise de estudos internacionais sobre psicopatologias em sujeitos dependentes de drogas, Fridell (1991, 1996) definiu um quadro clínico de comorbilidade na

toxicodependência que foi confirmado pelos seus próprios estudos em Lund, Suécia. É possível identificar três grupos principais de perturbações: perturbações da personalidade (65–85%), estados de depressão e ansiedade (30–50%), e psicoses (15%). Muitos profissionais ligados à problemática da droga acreditam que a prevalência da dependência de drogas em combinação com perturbações mentais está a aumentar, embora alguns defendam que tal se deve a uma maior consciência desta questão e/ou a mudanças no diagnóstico e na classificação das doenças psiquiátricas e/ou na reestruturação dos sistemas de cuidados de saúde. O Relatório Nacional da Espanha nota que o aumento observado na comorbilidade poderá ficar a dever-se, em parte, a um aumento da dependência de psicoestimulantes.

6. Crise psicológica

Ocorreu uma massificação dos consumos em contextos recreativos, o que resulta num episódio de crise ao qual está essencialmente associado um estado de alteração da consciência (Grof, 2009). Quanto mais cedo for a intervenção, mais benéfica é a intervenção sobre as sequelas do surto psicótico — episódio prodrómico — na medida em que a expressão da sintomatologia varia de pessoa para pessoa, dependendo também da substância envolvida (ou poliuso de SPA), da dose, da duração da dose, da tolerância individual à substância, do período de tempo decorrido desde a última dose, da expectativa da pessoa quanto ao efeito da substância e do contexto em que é tomada (DSM-5). É, por isso, que se designa intervenção em crise aquilo que foi tido como base para o presente estudo dado que as informações recolhidas no momento não só concretamente quanto às SPA consumidas bem como ao motivo pelo qual o sujeito aderiu ao serviço foram fundamentais para compreender o fenómeno de crise associada — *bad trip*, *good trip*, crise pessoal, crise intencional por consumo de SPA, entre outros tipos de crise psicológicas, ou não. Especificamente, é possível por meio desta intervenção fazer um despiste, em linhas gerais do sucedido naquele momento.

A crise é definida como um período difícil, crítico, por vezes de “viragem” e não como um problema estrutural. A crise é autolimitada no tempo; 2) devido ao desfasamento entre a exigência do acontecimento e os recursos disponíveis, o impacto psicológico é tendencialmente intenso. A crise é gerida através de processos individuais e de recursos do meio; 3) o processamento e a integração do acontecimento ocorre progressivamente. A resolução da crise e a eficácia desta resolução depende, em grande medida, do tipo de intervenção realizada (intervenção interdisciplinar).

Inerente ao consumo de substâncias psicoativas (SPA) existe uma forte associação a crises que, inevitavelmente se relaciona com um estado alterado de consciência, estado este que poderá ter repercussões graves nomeadamente quanto ao desenvolvimento de patologia

e/ou desencadeamento de experiências psicadélicas/emocionais delicadas. Com efeito, o programa *Kosmicare* surge como uma resposta de intervenção nos ambientes recreativos em que as crises ocorrem, sendo o seu foco a redução de riscos e minimização de danos (Carvalho et al., 2011). Segundo a literatura um fenómeno de crise psicadélica tem uma duração limitada de 8 a 12 horas e caracteriza-se por uma resolução garantida com ou sem ajuda profissional (Carvalho et. al, 2015; Nascimento, Lima & Silva, 2017). Este fenómeno apresenta um outro aspeto importante que consiste no facto de o mesmo ser variável, multifacetado e peculiar para cada consumidor. Ou seja, com base em estudos presentes na literatura, foi observado que um grupo de sujeitos, em circunstâncias contextuais semelhantes e de consumo igual – dose exata – experienciam a crise de um modo totalmente diferente (Carvalho, et. al, 2015). Desta forma, para avaliar a eficácia da intervenção e monitorizar as situações de crise recorre-se ao *Mental State Exam Checklist* (MSEC) tendo o presente estudo o objetivo de analisar a presença/ausência de patologia prévia e qual a sua influência após consumo de SPA, isto é verificar a existência/ausência de comorbilidade entre os consumos e a psicopatologia. Concretamente, pretende-se analisar a presença do duplo diagnóstico.

O *Mental State Exam Checklist (MSEC)* foi criado para avaliar os indivíduos que estão a experienciar crise psicadélica no seguimento do consumo de SPA, dando ao técnico que está a aplicar este instrumento a possibilidade de anotar todas as alterações visíveis, diretas e indiretas do estado mental, nas suas diferentes dimensões (aparência, atitude e consciência da condição pessoal). O exame do estado mental surge, então, como a forma de avaliar corretamente os sintomas psicopatológicos, disfunções cognitivas e angústia emocional, objetivamente. Esta avaliação integra duas vertentes: objetiva e subjetiva. A primeira refere-se ao exame propriamente dito, enquanto que a parte subjetiva está subjacente às experiências do doente, bem como às memórias que tem das mesmas, sendo a técnica utilizada a anamnese. Com efeito, esta vertente subjetiva comporta este cariz dado que envolve interpretação do sujeito em avaliação, seu intelecto e ainda personalidade. Globalmente, a história diz respeito aos 1) problemas psiquiátricos do doente, tal como são apresentados na altura da avaliação; 2) grau atual de desempenho; 3) patologia médica e terapêutica concomitantes; 4) doenças anteriores médicas, psiquiátricas; 5) história social; 6) história familiar; 7) revisão das categorias major de potenciais sintomas psiquiátricos. É, portanto, através da combinação destas informações objetivas e subjetivas que se pode avançar com a possibilidade de presença/ausência de psicopatologia, concretamente neste estudo, é através destas informações que se pode corroborar ou contrariar a comorbilidade entre o uso de SPA e a psicopatologia, isto é, evidenciar a presença de um duplo diagnóstico (Trzepacz & Baker, 2001). A

organização deste instrumento advém de Baños e Perpiña (2004) e distingue os diversos processos psicológicos e atividades mentais que podem estar alterados num indivíduo.

A crise é definida como “uma reação subjetiva a uma experiência de vida stressante, que afeta de tal forma a estabilidade do indivíduo que as suas competências de *coping* ficam seriamente comprometidas” (Roberts, 1990). Importa, para além disso, reconhecer que existem algumas condições que podem ter efeitos na experiência da crise psicadélica tais como as variáveis pessoais do consumidor, concretamente a sua personalidade (autoritária, paranóide, obsessiva, depressiva, introvertida ou ambivalente) (Escohotado, 1998); as experiências problemáticas não resolvidas (Carvalho, Pinto de Sousa, Frango, Carvalho, Dias & Veríssimo, 2011) e diagnósticos psicopatológicos (Fugas, 2012); as condições ambientais inapropriadas, como o caso das altas temperaturas e alto volume musical (Carvalho, et. al, 2015); a falta de conhecimento por parte do utilizador quanto à dosagem, às condições para a ingestão e os seus efeitos; a ocorrência de policonsumos, com uso de múltipla SPA, o qual se revela mais perigoso para a saúde do consumidor comparativamente ao consumo de uma substância isolada (Schneider, 2010); as companhias desviantes durante a experiência psicadélica (perda de contacto com os amigos, ausência de conforto ou segurança durante a experiência e a falta de experiência prévia de consumo no grupo de amigos); e, por fim, a adulteração da SPA ou a ausência de intenção da ingestão das substâncias (Kosmicare Project, 2010). Todas estas condições podem ter efeitos na experiência da crise psicadélica e, conseqüentemente, na sintomatologia expressa pelo utilizador durante o episódio.

6.1. Sintomatologia da crise psicológica

A crise psicadélica não é necessariamente um evento negativo. De uma situação de crise pode surgir um processo de integração da experiência por parte do consumidor, com vivência de sensações de euforia, bem-estar, relaxamento e excitação (Nascimento, Lima & Silva, 2017) e, com conseqüências positivas no crescimento pessoal do sujeito; ou, por outro lado, pode-se evidenciar a incapacidade de resolver a situação que gera *stress* reduzindo o nível de funcionamento de uma pessoa (Kanel, 2003). Percebe-se, assim, a existência de duas tendências na experiência de crise: a *bad trip* ou o conjunto das sensações fisiológicas e psicológicas desagradáveis provocadas pelo uso de substâncias psicoativas, durante os efeitos psicotrópicos; e a *good trip* que se caracteriza por sensações fisiológicas e psicológicas agradáveis. Segundo Cohen (1960) numa experiência de crise psicadélica/ *bad trip* por consumo de substâncias psicoativas, o consumidor pode experienciar ataques de pânico e quadros de ansiedade pelo medo de perder o controlo sobre a situação em que encontra

(Nascimento, Lima & Silva, 2017; Soar, Turner & Parrot, 2006); sensações de descontrole sobre si próprio e sobre os seus comportamentos, o que pode conduzir a estados de delírio com presença de ideias paranóides, comportamentos psicóticos e/ou compulsivos de longa duração, ideações suicidas ou, em último caso, suicídio consumado (Nascimento, Lima & Silva, 2017); estado hipervigilante; crises de despersonalização, dissociação ou perda de identidade; alterações da sensoperceptivas com a intensificação das cores e sons (Nascimento, Lima & Silva, 2017; Schneider & Antunes, 2010); desorientação temporal/espacial/pessoal; déficit na expressão de necessidades, pelo discurso lento e incoerente; dificuldades no autorrelato básico (Carvalho et. al, 2015); alteração fisiológicas, com aumento da taquicardia, náuseas, palpitações, esgotamento físico, incapacidade de equilíbrio, possível aumento da temperatura corporal – hipertermia e consequente sudação extrema (Schneider, 2010); e, por fim, comportamentos violentos (Carvalho et. al, 2015).

No que toca a uma experiência de crise psicadélica/*good trip*, o consumidor pode beneficiar de sensações de euforia, bem-estar, relaxamento, prazer e excitação (Nascimento, Lima & Silva, 2017). Estudos prévios também notaram certos benefícios a nível pessoal para o consumidor tais como o desenvolvimento de uma maior competência na resolução de situações de crise despoletadas pelo consumo e em situações adversas na vida do utente; uma atitude mais consciente face aos consumos – quantidade, frequência, riscos, locais e gestão da crise; uma melhoria no *insight*; uma mudança de autoperceção e, consequente, aumento de atitudes de valorização sobre as suas relações interpessoais (Carvalho et. al, 2015).

7. Intervenção em crise psicológica

A desadequação dos modelos psicoterapêuticos “tradicionais” na abordagem de algumas dinâmicas (nomeadamente no que diz respeito à necessidade de tomada de decisões urgentes); o fato da crise poder constituir um importante momento de viragem e, ainda, a crise não ter necessariamente de ser um fenómeno negativo, uma vez que pode ser gerador de mudança, são aspetos indispensáveis a considerar na intervenção. Com efeito, segundo Walker (1994), a IC incorpora os princípios — 1) há acontecimentos de vida que, pela sua intensidade e pelo seu carácter extraordinário, exigem um processamento para o qual a maioria das pessoas não estão preparadas, no imediato. Assim sendo, a IC caracteriza-se por ser uma intervenção limitada no tempo; tratar-se de um apoio no imediato, de modo a que a pessoa possa agilizar mecanismos adaptativos socorrendo-se, igualmente, do suporte externo; focar-se no problema /acontecimento precipitante; enfatizar a resolução de problemas imediatos e na tomada de decisões concretas (ex: sair de casa; retirar as crianças da família de origem; dar apoio imediato

numa situação violenta inesperada, etc) e ser uma abordagem diretiva (Alberto, 2014). Há uma perda de controlo e do funcionamento psicológico regular (Carvalho et al., 2011; Kanel, 2003). Portanto, em crise traumática a vítima vive um desequilíbrio. Então, pretende-se com a IC diminuir a que dimensão que está hiperativada e ativar a que está diminuída. O objetivo da IC é fazer com que a vítima readquire o funcionamento prévio e ajudar a pessoa a elaborar estratégias que a permitam lidar com a situação em causa – restabelecer o equilíbrio (através de recursos como forças/competências internas e suporte social, tendo em conta que pessoas diferentes lidam percebem e lidam de forma diferente com os eventos). O *coping* então deve repor o equilíbrio através da resolução de problemas, procurando informação concreta, assumindo diretamente a ação, e recuperar assim o sentimento de controlo (ganhar o sentimento de controlo nas atividades de rotina diária, compreendendo as reações como depressão, raiva, ansiedade e procurar apoio). Desta forma, a IC pode permitir a resolução precoce de stress agudo; prevenir o desenvolvimento de outras perturbações mais problemáticas como a PSPT, depressão, fobias, etc (quadros clínicos mais complexos que podem ir emergindo); providenciar um ponto de viragem em que o indivíduo sai fortalecido pela experiência; apoiar as estratégias de *coping* presentes, ou ajudar a restabelecer o *coping* e as capacidades do indivíduo de resolução de problemas; ajudar a realizar passos concretos de gestão dos sentimentos e desenvolver passos concretos de planificação de ações; reforçar as forças e os fatores de proteção em situações em que a pessoa é submersa pela dimensão traumática do evento; providenciar conexão com instituições sociais/comunitárias; desencorajar sentimentos de desânimo e impotência; encorajar sentimentos de confiança e esperança; gestão do stress criado pelo incidente crítico – para fomentar sentimento de poder, redução de medo e raiva, e comprometer/acionar o indivíduo no seu processo de recuperação (Green & Pomeroy, 2007).

De acordo com a revisão da literatura efetuada ao longo deste capítulo salienta-se que é necessário um aprofundamento da temática saúde mental e consumo de SPA, pois apesar de já existirem alguns estudos que afirmem a existência de comorbilidade entre estas variáveis, ainda existe um longo caminho a percorrer no sentido de conseguir generalizações devidamente fundamentadas e validadas cientificamente. Sabendo-se, então da expansão do fenómeno do consumo de SPA, demonstra-se pertinente realizar um estudo desta natureza por forma a clarificar as especificidades deste consumo bem como crises psicológicas associadas e padrões de uso e as suas consequências em termos de funcionamento mental. Com isto, poderá contribuir-se significativamente para os dados relativos ao conceito de duplo diagnóstico, sobre o qual a investigação não apresenta grande foco.

CAPÍTULO II: Método

Este estudo tem como objetivo geral contribuir para a caracterização da saúde mental dos participantes do *Kosmicare* (KC) e seus episódios de crise psicológica. Os objetivos específicos são 1) caracterizar o consumo de SPA associado aos dados relativos ao estado mental (grupo de risco de diagnóstico); 2) caracterizar o tipo de crise experienciada (grupo sem risco e sem consumo de SPA); 3) compreender o padrão de uso de SPA (grupo de experiência com SPA); 4) descrever a eficácia da intervenção do KC (comparação entre o momento de chegada e o momento de saída).

1. Amostra

A amostra do presente estudo é constituída por 876 participantes (N=876), entre os quais 295 eram do sexo feminino (N_{feminino}=295), 508 eram do sexo masculino (N_{masculino}=508) e os restantes 73 participantes (N=73) não forneceram informação relativamente ao sexo. Todos os participantes recorreram a um serviço de intervenção em crise psicológica num festival de música e cultura psicadélica nas edições de 2012, 2014 e 2016. Participaram 144 na edição de 2012, 437 da edição de 2014 e 199 da edição de 2016

Relativamente à idade, esta varia entre os 18 e os 53 anos de idade sendo a média de idades de 25.73 anos, (DP= 6.501). No que respeita à nacionalidade, os participantes são maioritariamente franceses (132 participantes); ingleses (96 participantes); alemães (81 participantes) e portugueses (75 portugueses). Em menor número encontram-se os argentinos e luxemburgueses (5 participantes cada); austríacos e búlgaros (4 participantes cada) e angolanos (3 participantes).

O processo de seleção foi não intencional e considerou-se uma amostra de conveniência dado que resultou da consulta exaustiva dos processos físicos da intervenção e da inserção dos dados processuais em bases de dados.

Considerando os objetivos do presente estudo, os critérios de inclusão foram: a) terem recorrido à intervenção do serviço e b) existirem dados pré e pós intervenção. Então, os participantes foram selecionados pela sua conveniência, o que dispensa um critério estatístico. Ou seja, apenas foram consultados exaustivamente os processos físicos existentes disponíveis.

2. Instrumentos

O instrumento utilizado neste estudo foram o *Mental State Exam Checklist (MSEC)* (Carvalho, Carvalho, Frango, Dias, Veríssimo & Llandrich, 2010), o qual é parte integrante do protocolo de avaliação do programa de intervenção na crise psicológica: (i) o *Visitor Report*

Form Arrival (Relatório do utente à chegada) – V.R.F.A e (ii) o *Visitor Report Form Departure* (Relatório do utente à saída) – V.R.F.D., disponíveis no Anexo I. O V.R.A.F. é constituído por 3 partes distintas — 1) informação sociodemográfica (idade, género, nacionalidade e o número de vezes que frequentou o festival); 2) motivo e forma da chegada ao projeto de intervenção, especificamente no que concerne ao tipo de crise psicológica (uso intencional de SPA, uso accidental, não crise, crise pessoal, etc.), as condições em que foi levada para junto da equipa, o dia da sua chegada ao espaço da intervenção e o turno a que corresponde; 3) padrões de uso de SPA (tipo de substâncias, quantidades, via de consumo e contexto temporal e espacial).

Já o V.R.F.D visa recolher informação quanto à permanência no KC, ao estado físico, emocional, psicológico e mental à saída da intervenção e a perceção do terapeuta quanto à eficiência da intervenção. Para o presente estudo, foram considerados os dois momentos de preenchimento do *MSEC*.

O *MSEC* é um instrumento que avalia o estado mental e está organizado em 63 itens distribuídos por 8 dimensões — 1) aparência (Exemplo: A pessoa está vestida de forma inapropriada para o contexto em que está; A pessoa apresenta poucos cuidados de higiene); 2) atitude (Exemplo: O tom de voz da pessoa; A pessoa apresenta uma postura desadequada) e consciência da condição pessoal (Exemplo: A pessoa está aterrorizada ou perturbada); 3) comportamento psicomotor (Exemplo: A pessoa imita as expressões faciais da pessoa que esta a falar com ela; A pessoa apresenta tiques); 4) consciência, alerta, atenção e orientação (Exemplo: A pessoa perde a consciência; A pessoa esta desorientada e apresenta um discurso incompreensível; A pessoa apresenta dificuldades ao nível da atenção); 5) linguagem e discurso (Exemplo: A pessoa está sem palavras; A pessoa é demasiado faladora; A pessoa apresenta sinais de gaguez); 6) processo de pensamento (Exemplo: O discurso da pessoa apresenta conteúdos pobres); 7) consciência do eu (Exemplo: A pessoa não apresenta uma reação emocional face a determinada situação); 8) emoção e afeto (Exemplo: A pessoa apresenta mudança bruscas de humor; A pessoa está deprimida; A pessoa está deprimida; A pessoa é hostil); funções fisiológicas (Exemplo: A pessoa apresenta padrões de sono alterados; A pessoa apresenta comportamento sexual alterado)

A intencionalidade da intervenção está subjacente à redução de riscos e minimização de danos e procura assegurar todos os direitos de confidencialidade e anonimato dos sujeitos envolvidos (Carvalho et al 2011).

Para a validação do instrumento do *Mental State Exam Checklist (MSEC)* encontra-se em curso um estudo dedicado à avaliação das qualidades psicométricas do instrumento, especificamente a consistência interna do por meio do alpha de Cronbach (Correia, 2018).

3. Procedimentos

3.1. Recolha de dados

A recolha de dados foi levada a cabo no decorrer da intervenção do programa Kosmicare (KC) no Boom Festival¹, nas edições de 2012, 2014 e 2016. Os dados recolhidos para este estudo contribuem especificamente para a avaliação dos resultados da intervenção, através da apresentação da medida da avaliação do estado mental em dois momentos distintos — à chegada e à saída do espaço de intervenção (pré e pós intervenção, V.R.A.F. e V.R.F.D. respetivamente).

No início, foram recolhidos os dados sociodemográficos do utente (idade, género, nacionalidade, etc.), a forma como chegou ao serviço (sozinho, permanência de amigos, etc.), o tipo de crise que se antecipava, e informações relacionadas com o padrão do uso de substâncias (SPA usadas, contexto, momento, etc.). Em simultâneo eram recolhidas informações quanto aos sintomas apresentados pelo nomeadamente no que concerne à aparência, orientação, consciência, condição física, linguagem, etc.), através do *Mental State Exam Checklist (Arrival)*.

Após a saída do participante do serviço, era solicitado ao terapeuta que preenchesse o *Mental State Exam Checklist (Departure)* com o objetivo de recolher informações sobre as condições físicas e psicológicas no momento da saída, assim como a forma como saiu do serviço (sozinho, acompanhado, orientado, satisfeito, etc.); e relativamente à sintomatologia do utente após a permanência no serviço. Porém, devido à elevada afluência dos utentes ao programa, muitas vezes, o intervalo temporal entre a saída e entrada de um novo utente era muito curto, o que culminava numa insuficiência de tempo para o terapeuta completar os instrumentos.

Para finalizar, no final de cada turno, os líderes de equipa faziam o Shift Report e ao longo de todo o turno eram encarregues de completar o Diary. Ambos estes instrumentos iam sendo repassados entre os líderes de equipa e tinham a função de passar informação entre os turnos.

3.2. Análise Estatística

¹ Um evento de música eletrônica bianual em grande escala que apresenta uma cultura independente e expressão artística multidisciplinar, caracterizada pela busca de valores fortes como o humanismo, a sustentabilidade e a igualdade. É também reconhecido pelo seu forte investimento nos cuidados aos participantes/foliões. O evento acolhe em cada edição cerca de trinta mil participantes e tem lugar na região de Idanha-a-Nova em Portugal.

Para tratamento e análise dos dados recolhidos foi utilizado o programa informático de análise estatística, IBM® SPSS® Statistics (*Statistical Package for the Social Sciences*), versão 24.0. Os dados foram analisados de forma quantitativa o que tem como finalidade a medida de variáveis e a obtenção de resultados numéricos (Fortin, 2009).

Inicialmente, foram realizadas as análises descritivas quanto aos consumos de SPA (uso agudo/uso crónico; consumo de SPA específica/poliuso de SPA) bem como quanto à presença/ausência de sintomatologia (tendo por base o *MSEC*). A diferença entre os grupos quanto ao diagnóstico e tratamento, nomeadamente antes a intervenção do KC e após a intervenção do KC, foi avaliada com a análise fatorial de variância (ANOVA Univariada). A associação global das categorias diagnósticas obtidas com o *MSEC* foi analisada em relação aos grupos dos participantes com a utilização do Teste Qui-Quadrado.

4. Apresentação dos resultados

Esta secção pretende fazer a exposição dos resultados obtidos a partir do tratamento de dados que está subjacente aos objetivos do estudo.

4.1. Análise Descritiva

A análise descritiva permite fazer para uma caracterização da amostra, considerando várias categorias — medidas de tendência central (caraterizam o valor da variável sob estudo que ocorre com mais frequência); medidas de dispersão (a dispersão das observações em torno das estatísticas de tendência central ou na amostra); medidas de assimetria e achatamento (medidas da forma da distribuição dos elementos das amostras); medidas de associação (caraterizam a intensidade e a direção da variação comum entre variáveis no casos de amostras multivariadas) (Marôco, 2011). Tendo em conta que as características sociodemográficas já foram apresentadas anteriormente, apresentamos, nesta instância, informações que têm especial relevância enquanto resultados — uso de SPA; motivo da adesão ao KC; padrões de uso.

4.1.1.1. Género

Tabela 1:

Género dos participantes

	Grupo	N	%
Género	Feminino	295	36.7
	Masculino	508	63.3%

4.1.1.2. Uso de SPA

Tabela 2:

Estatísticas descritivas do uso de SPA

Substâncias Psicoativas	N	%
Consumidas		
LSD	447	51
MDMA	146	16,7
Anfetaminas	37	4.2
Ketamina	48	5.5
Cocaína	30	3.4
Cannabis	83	9.5
Ectasy	30	3.4
2cb	16	1.8
DMT	3	0.3
DOC	3	0.3
Mescalina	11	1.3
Cogumelos	34	3.9
GHB	8	0.9
Ópio	19	2.2
Metadona	1	0.1
Metilona	1	0.1
Proscalina	1	0.1
Zopidonetartrate	1	0.1
Zimovane	1	0.1
Álcool	90	10.3
Indefinida	67	7.6

Como é possível constatar pela tabela acima apresenta, a SPA mais consumida no festival foi o LSD (51%), seguida do MDMA (16.7%) e do álcool (10.3%). Seguidamente, surge as SPA *cannabis*, indefinida, ketamina, cocaína e *ectasy* (9.5%, 7.6%, 5.5% 3.4% e 3.4%, respetivamente). Já a SPA menos usuais são metadona, metilona, proscalina, zopidonetartrate e zimovane, com uma frequência de 0.1%, cada.

4.1.1.3. Motivo de adesão ao KC

Tabela 3:

Estatísticas descritivas do motivo da adesão ao KC

	N	%	
Tipos de Crise	Experiência Difícil mas Intencional	597	68.2
	Experiência SPA acidental	23	2.6
	Crise Pessoal sem experiência com SPA	32	3.7
	Crise Mental sem experiência com SPA	13	1.5
	Não-Crise	12	1.4
	Crise Mental com SPA	23	2.6

Como é possível observar na tabela acima representada, 68.2% dos participantes revelaram vivenciar uma experiência difícil e intencional, com uso de SPA. Já 3.7% dos participantes que aderiram ao serviço do KC evidenciaram uma crise pessoal sem experiência de SPA. Outros motivos de adesão registrados foram ter uma experiência de SPA acidental (2.6%); crise mental com SPA (2.6%); crise mental sem experiência de SPA (1.5%); não-crise (1.4%); outro tipo de crise psicológica (20.1%).

4.1.1.4. Padrões de consumo — vias de consumo

Os padrões de consumo a seguir apresentados integram as SPA mais consumidas, pelo que para análise das vias de consumo das SPA aqui não consideradas, pode ser consultado o Anexo II.

Tabela 4:

Via de consumo do LSD

	Grupo	N	%
Via de Consumo*	Absorção	52	5.9
	Oral	132	15.1

*n=184, não existindo informações sobre a via de consumo de LSD para a amostra total.

Tabela 5:

Via de consumo do MDMA

	Grupo	N	%
Via de Consumo *	Oral	32	3.7
	Snifada	9	1.0

*n=41, não existindo informações sobre a via de consumo de MDMA para a amostra total.

Tabela 6:

Via de consumo de anfetaminas

	Grupo	N	%
Via de Consumo *	Oral	4	0.5
	Snifada	7	0.8
	Fumada	2	0.2

*n=13, não existindo informações sobre a via de consumo de anfetaminas para a amostra total.

Tabela 7:

Via de consumo de ketamina

	Grupo	N	%
Via de Consumo *	Oral	4	0.5
	Snifada	12	1.4
	Fumada	2	0.2

*n=18, não existindo informações sobre a via de consumo de ketamina para a amostra total.

Tabela 8:

Via de consumo de *cannabis*

	Grupo	N	%
Via de Consumo *	Fumada	23	2.6
	Comida	9	1.0

*n=32, não existindo informações sobre a via de consumo de *cannabis* para a amostra total.

De acordo com a tabela 4, verifica-se que a via de consumo do LSD é oral (15.1%) e absorção (5.9%) e 30.1% dos participantes consumiu por via desconhecida.

Tendo em conta a tabela 5, verifica-se que a via de consumo do MDMA é oral (3.7%) e snifada (1.0%), sendo 10.8% do consumo efetuado por via desconhecida.

De acordo com a tabela 6 apresentada pode afirmar-se que a via de consumo de anfetaminas é desconhecida em 82.6%; oral em 0.5%; snifada em 0.8% e fumada em 0.2%.

Como se verifica pela tabela 7, a via de consumo de ketamina é oral (0.5%); snifada (1.4%); fumada (0.2%) e desconhecida (19.7%).

Como é possível observar pela tabela 8, a via de consumo de *cannabis* é fumada (2.6%); comida (1.0%) e por via desconhecida (36%).

4.2. Análise de consistência interna, através do alpha de Cronbach

Segundo Correia (2018), o *alpha de Cronbach* é de .869 no instrumento inicial (73 itens) o que se traduz, globalmente, numa consistência interna robusta. Porém, verificou-se a existência de correlações entre itens inferiores a .20, o que implicou uma revisão dos itens e até mesmo das dimensões do *MSEC*. Na verdade, ao reduzir os itens com correlação inferior a .20, obteve-se um aumento do *alpha de Cronbach* para .892, ficando o instrumento com um total de 44 itens. Não obstante, houve dimensões que se conjugaram, entre elas a 3 com a 6 (*conscious_allertness_attention*) e a dimensão 4 conjugou-se com a 5 (*language_speech_thought*). A dimensão 8 não foi considerada pois não se denotou pertinente em termos estatísticos para os objetivos do estudo. Então, o instrumento ficou reduzido a 5 dimensões — 1) Aparência, atitude, consciência; 2) Comportamento psicomotor; 3) Consciência, alerta e atenção; 4) Linguagem, discurso e processos de pensamento; 5) Afeto e emoções.

Não obstante, o estudo psicométrico, elaborado com a mesma base de dados usada neste estudo, encontra-se em desenvolvimento em simultâneo com o presente estudo.

4.3. Teste t para amostra emparelhadas

Este teste permite comparar amostras emparelhadas (pré e pós teste) com o intuito de analisar se houve redução da sintomatologia apresentada (variável dependente quantitativa) e, como tal, se a intervenção do KC foi eficaz.

Tabela 9:

Estatísticas das duas variáveis (pré e pós intervenção do *MSEC*)

		Pré e pós teste do <i>MSEC</i>			
	Dimensões	M	N	DP	p
Dimensão 1*	M1_P1_aparência, atitude, consciência	0.61	437	1,09	0.05
	M2_P1_aparência, atitude, consciência	0.06	437	0.30	0.01
Dimensão 2**	M1_P2_comportamento psicomotor	0.40	462	0.90	0.04
	M2_P2_comportamento psicomotor	0.01	462	0.1	0,01
Dimensão 3***	M1_P3_P6_consciência, alerta, atenção	1.20	388	1.94	0.10

	M2_P3_P6_consciência, alerta, atenção	0.10	388	0.58	0.03
Dimensão 4****	M1_P4_P5_language, discurso e processos de pensamento	1.00	425	1.73	0.08
	M2_P4_P5_language, discurso e processos de pensamento	0.09	425	0.50	0.02
Dimensão 5*****	M1_P7_afeto e emoções	0.22	450	0.50	0.02
	M2_P7_afeto e emoções	0.61	437	1.09	0.05
	M1_MSEC total	2,67	360	4,01	0.21
*****	M2_MSEC total	0.21	360	0.73	0.04

*n=437, uma vez que não se recolheram informações sobre a pré e pós intervenção do *MSEC* na dimensão 1 para a amostra total de participantes

**n=462, uma vez que não se recolheram informações sobre a pré e pós intervenção do *MSEC* na dimensão 2 para a amostra total de participantes

***n=388, uma vez que não se recolheram informações sobre a pré e pós intervenção do *MSEC* na dimensão 3 para a amostra total de participantes

****n=425, uma vez que não se recolheram informações sobre a pré e pós intervenção do *MSEC* na dimensão 4 para a amostra total de participantes

*****n=437, uma vez que não se recolheram informações sobre a pré e pós intervenção do *MSEC* na dimensão 5 para a amostra total de participantes

*****n=360, uma vez que não se recolheram informações sobre a pré e pós intervenção do *MSEC* no *MSEC* total para a amostra total de participantes

Tabela 10:

Teste t para amostras emparelhadas (análise da diferença de médias em momentos distintos)

		Pré e pós teste do <i>MSEC</i>			
	Dimensões	M	N	t	p
Dimensão 1*	M1_P1_aparência, atitude, consciência	0.55	436	10.83	0.00
	M2_P1_aparência, atitude, consciência				
Dimensão 2**	M1_P2_comportamento psicomotor	0.37	461	9.20	0.00
	M2_P2_comportamento psicomotor				
Dimensão 3***	M1_P3_P6_consciência, alerta, atenção	1.07	387	11.40	0.00
	M2_P3_P6_consciência, alerta, atenção				
Dimensão 4****	M1_P4_P5_language, discurso e processos de pensamento	0.19	449	8,60	0.00
	M2_P4_P5_language, discurso e processos de pensamento				

Dimensão	M1_P7_afeto e emoções				
5*****	M2_P7_afeto e emoções	2.46	359	11.8	0.00
*****	M1_MSEC total	0.55	436	10.83	0.00
	M2_MSEC total				

*n=436, uma vez que não se realizou o teste t na dimensão 1 para a amostra total de participantes

**n=461, uma vez que não se realizou o teste t na dimensão 2 para a amostra total de participantes

***n=387, uma vez que não se realizou o teste t na dimensão 3 para a amostra total de participantes

****n=449, uma vez que não se realizou o teste t na dimensão 4 para a amostra total de participantes

*****n=359, uma vez que não se realizou o teste t na dimensão 5 para a amostra total de participantes

*****n=436, uma vez que não se realizou o teste t no MSEC total para a amostra total de participantes

Com base na tabela 9 verifica-se que no momento de entrada no *KC*, na dimensão 1 (*appearance_attitude*), os sintomas médios são de .61 ($M= 1.09$) e no momento de saída do *KC* são de .057 ($M= .030$). Na dimensão 2 (*psychomotor_behav*), no momento da entrada a média é .38 ($M= .88$) e no momento da saída do *KC* é .017 ($M= .17$). Já na dimensão 3 (que inclui a dimensão 3 e a dimensão 6: *conscious_allertness_attention*), os sintomas médios de entrada são 1.17 ($M= .17$) ($M= 1.94$) e os sintomas médios de saída são .10 ($M= .58$). No que diz respeito à dimensão 4 (que inclui a dimensão 4 e a dimensão 5: *language_speech_thought*), os sintomas médios no momento da entrada no *KC* são .96 ($M= 1.73$) enquanto que no momento de saída são .09 ($M= .50$). Na dimensão 5 (*affect_emotions*) é de .22 a média dos sintomas médios na entrada, com um $M= .50$ e de .02 no momento de saída do *KC* ($M= .15$). Genericamente, os sintomas médios no momento de entrada no serviço do *KC* é de 2.70 ($M= 4.01$) enquanto que no momento de saída é de .21 ($M= .73$).

Como se verifica pela consulta da tabela 10, houve uma diminuição significativa da sintomatologia em todos os participantes que recorreram ao serviço dado que $p\text{-value}= 0.000$, o que se traduz em $\alpha < 0.05$, para um intervalo de significância de 95%. Tal significa que existe uma diferença nos sintomas apresentados no momento de entrada e no momento de saída do *KC* em todas as dimensões do instrumento utilizado.

4.4. Teste não paramétricos para amostras independentes

No presente estudo, estamos perante uma amostra grande, todavia para algumas das análises é que temos poucos participantes em cada grupo, razão pela qual se opta pelo uso de estatística não-paramétrica. Ora, este teste é apropriado para comparar distribuições de duas

ou mais variáveis observadas em duas ou mais amostras independentes, neste caso, pré e pós teste (Marôco, 2011).

Tabela 11:

Teste de Kruskal-Wallis

	Grupos de risco	M	N
M1_P1_aparência, atitude, consciência	Risco de diagnóstico	272,28	30
	Sem risco e sem consumo	217,96	36
	Experiência SPA	256,27	442
	Total*		508
M1_P2_comportamento psicomotor	Risco de diagnóstico	250,75	28
	Sem risco e sem consumo	203,06	36
	Experiência SPA	266,19	457
	Total**		521
M1_P3_P6_consciência, alerta, atenção	Risco de diagnóstico	242,54	28
	Sem risco e sem consumo	179,56	31
	Experiência SPA	226,21	388
	Total***		447
M1_P4_P5_language, discurso e processos de pensamento	Risco de diagnóstico	264,41	27
	Sem risco e sem consumo	219,38	34
	Experiência SPA	246,95	430
	Total****		491
M1_P7_afeto e emoções	Risco de diagnóstico	280,50	29
	Sem risco e sem consumo	264,24	34
	Experiência SPA	254,94	450
	Total*****		513
M1_MSEC total	Risco de diagnóstico	222,30	22
	Sem risco e sem consumo	172,76	29
	Experiência SPA	209,94	364
	Total*****		415

*n=508, uma vez que não se realizou a estatística não paramétrica na dimensão 1 para a amostra total de participantes

**n=457, uma vez que não se realizou a estatística não paramétrica na dimensão 2 para a amostra total de participantes

***n=447, uma vez que não se realizou a estatística não paramétrica na dimensão 3 para a amostra total de participantes

****n=491, uma vez que não se realizou a estatística não paramétrica na dimensão 4 para a amostra total de participantes

*****n=513, uma vez que não se realizou a estatística não paramétrica na dimensão 5 para a amostra total de participantes

*****n=415, uma vez que não se realizou a estatística não paramétrica no *MSEC* total para a amostra total de participantes

Tabela n.º 12:

Valor da estatística de teste (“Chi-square”), os graus de liberdade (“df”) e a probabilidade de significância assintótica (“Asymp. Sig”).

	χ^2	g.l.	p
M1_P1_aparência, atitude, consciência	3.609	2	0.17
M1_P2_comportamento psicomotor	10.532	2	0.01
M1_P3_P6_consciência, alerta, atenção	5.116	2	0.08
M1_P4_P5_language, discurso e processos de pensamento	2.112	2	0.35
M1_P7_afeto e emoções	1.966	2	0.37
M1_MSEC total	3.038	2	0.22

Com base na tabela 11 podemos distinguir os diferentes sintomas apresentados, em cada grupo de risco (risco de diagnóstico; sem risco e sem consumo; experiência SPA),

distribuídos pelas dimensões do *MSEC*. Sabe-se o número de participantes e ainda a média das ordens em cada grupo. Em termos globais, todos os participantes com experiência com SPA apresentavam sintomas de natureza diversificada.

Pela tabela 12 é possível concluir que apenas na dimensão 2 há uma diferença estatisticamente significativa pelo que ($\chi^2(2) = 10.532$; $p = 0.01$) e, como tal, há eficácia na intervenção, isto é, há uma redução da sintomatologia. O mesmo não acontece nas restantes dimensões ($\chi^2(1) = 3.609$; $p = 0.17$; $\chi^2(3) = 5.116$; $p = 0.08$; $\chi^2(4) = 2.112$; $p = 0.35$; $\chi^2(5) = 1.966$; $p = 0.37$) pois $p > 0.05$ e, apesar de haver uma redução da sintomatologia, em termos estatísticos, não é relevante.

5. Discussão de Resultados

Neste estudo houve um total de 876 participantes, sendo que 33.7% dos participantes eram do sexo feminino, 58% do sexo masculino e quanto aos restantes 8.3% dos participantes, não havia informação quanto a este aspeto. Todos os participantes recorreram a um serviço de intervenção em crise psicológica num festival de música e cultura psicadélica nas edições de 2012, 2014 e 2016.

Relativamente à faixa etária a média é de ($M=25.73$ anos) e o desvio padrão ($DP=6.501$). Isto é, o consumo ocorre maioritariamente na população jovem, o que vai ao encontro do que é explicitado na literatura — a prevalência do uso de substâncias é mais acentuada na população jovem de idades compreendidas entre os 18 e os 36 anos e, menos expressiva nos grupos decenais seguintes (Balsa, Vital, & Urbano, 2007). No que respeita à nacionalidade há uma panóplia imensa sendo o continente mais prevalente o europeu — França, Inglaterra, Alemanha e Portugal — o que é indicador de uma vasta transversalidade cultural.

Epidemiologicamente, sabe-se que houve um aumento progressivo na procura e consumo de droga, fruto da facilidade de acesso às mesmas, bem como à sua normalização enquanto ferramenta de socialização e integração. Daí advém uma preocupação emergente no que concerne à saúde mental dado que diversos estudos apontam para uma comorbilidade superior a 50% entre o consumo de SPA e as perturbações mentais. Há, pois, uma estreita ligação entre os contextos recreativos noturnos e o consumo de substâncias psicoativas (Brown, Martinez & Parsons, 2006; Henriques, 2010), o que é verificável no presente estudo, no qual 97% (ver anexo II) dos participantes consumiram SPA. As SPA em destaque são o *LSD* e o *MDMA*, o que é corroborado pelo estudo de EMCDDA (2006) quanto às substâncias consumidas em ambientes recreativos noturnos.

O termo duplo diagnóstico surge no século XXI e é utilizado no campo da saúde mental para aqueles pacientes que sofrem em simultâneo ou sequencialmente, durante todo o ciclo de vida, do comportamento aditivo e outros transtornos mentais. Neste estudo, evidencia-se a crise psicadélica que advém pelo consumo de SPA, pelo que é essencial identificar as vulnerabilidades presentes no doente e mediar a intervenção nos fatores de vulnerabilidade alteráveis (Franco, 2014). Apesar de complexa, a relação entre o consumo de SPA e as perturbações mentais e pode ocorrer em três cenários: 1) o consumo de drogas pode levar ao surgimento de sintomas psiquiátricos; 2) a doença mental pode levar ao consumo de drogas para alívio de sintomas psiquiátricos; 3) tanto o problema do consumo de drogas como a doença mental são causados por alterações cerebrais, vulnerabilidade genética e exposição precoce a stress ou trauma. A investigação atual sobre as relações causais entre as perturbações psiquiátricas e as perturbações por consumo de substâncias é inconclusiva. Os sintomas das perturbações mentais e os problemas da dependência interagem e influenciam-se mutuamente.

No entanto, a crise não está necessariamente correlacionada com o uso de SPA. A crise é definida como um período difícil, crítico, por vezes de “viragem” e não como um problema estrutural. A crise é autolimitada no tempo; 2) devido ao desfasamento entre a exigência do acontecimento e os recursos disponíveis, o impacto psicológico é tendencialmente intenso. É gerida através de processos individuais e de recursos do meio; 3) o processamento e a integração do acontecimento ocorrem progressivamente. Em suma, é definida como “uma reação subjetiva a uma experiência de vida stressante, que afeta de tal forma a estabilidade do indivíduo que as suas competências de *coping* ficam seriamente comprometidas” (Roberts, 1990).

Em relação aos padrões de uso constata-se, pelos resultados do estudo, que as formas convencionais conhecidas são as mesmas encontradas —LSD consumido oralmente; a *cannabis* maioritariamente por via fumada (Carvalho, 2008).

Um outro aspeto merecedor de destaque é o motivo de adesão ao serviço de intervenção, na medida em que existe uma íntima relação com o consumo de SPA e verifica-se isso mesmo, há um consumo de SPA associado a crise, a qual pode ter várias configurações como desorientação, agitação, ansiedade (Kanel, 2003). Na verdade, a sintomatologia aparece fortemente associada ao consumo de SPA e comporta sérios riscos em termos de saúde mental. A revisão da literatura chama a atenção de que as perturbações psiquiátricas são três vezes mais frequentes em pessoas que fazem consumos de SPA (Feeney et al. 2005). e cerca de 28,9% de todos os indivíduos diagnosticados com uma perturbação mental, em algum ponto

da sua vida possuirão também um diagnóstico relacionado com o consumo de SPA (Do & Mezuk, 2013).

No que concerne à eficácia da intervenção, o estudo revela que há uma redução significativa da sintomatologia dos participantes após a intervenção o que se relaciona com a proximidade que existe entre os terapeutas e os participantes e, como tal, ao haver uma centralidade na importância deste tipo de intervenção em ARN, beneficia estes contextos problemáticos (Silva, 2005; Calado, 2007).

6. Conclusão

Observando os dados sociodemográficos, verificamos que a maioria das participantes são jovens entre os 15 e os 24 anos, provenientes de diversos países e continentes, o que resulta numa transversalidade cultural. Os dados são corroborados pela literatura na medida em que o consumo de substâncias psicoativas (SPA) em ambiente recreativo noturno (ARN) generalizou-se na população juvenil surgindo consequências nefastas inerentes ao mesmo, o que decorre da facilidade de acesso a estas SPA bem como à normalização da sua utilização como meio de integração/socialização. Epidemiologicamente, é unânime que a utilização de SPA é transversal a vários contextos recreativos, pelo que constitui um problema relevante nas sociedades contemporâneas (Bastos, 2008). Balsa (2005) refere que 47,2% do uso de SPA ocorria em festas de passagem de ano, 27,1% em festas públicas, 25,7% em festas tecno-raves e 19,4% em festas transe.

Quanto aos padrões de uso de SPA é perentório afirmar que o LSD, MDMA e a *cannabis* foram as SPA com maior prevalência. Não obstante, verificou-se ainda que o álcool apresenta uma prevalência significativa, o que vai ao encontro da revisão da literatura, na qual é referenciado que o álcool é mundialmente considerado a droga psicotrópica mais amplamente aceite e o seu consumo chega mesmo a ser incentivado. Além de causar dependência e provocar muitos efeitos nefastos para a saúde, o abuso de álcool e outras SPA, concretamente o policonsumo de SPA, coexiste frequentemente com outras perturbações mentais. Em alguns casos, as perturbações mentais como a ansiedade, depressão ou esquizofrenia podem anteceder ao abuso de SPA, em outras situações, o uso de SPA pode desencadear ou agravar as perturbações mentais, especialmente nos indivíduos mais vulneráveis. Segundo dados provisórios do Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (2), o álcool é a substância psicoativa com maior prevalência de consumo experimental (ao longo da vida) entre a população geral em Portugal com idades compreendidas entre os 15 e os 64 anos, oscilando entre um mínimo de 73,6% (registado em 2012) e um máximo de 86,3%

(registado em 2016/17). No que diz respeito ao consumo experimental (pelo menos uma experiência de consumo ao longo da vida) a cannabis é a substância que apresenta maior prevalência, independentemente do ano considerado.

Relativamente, ao tipo de crise experienciada, a maioria dos participantes apresentou uma experiência difícil e intencional, com uso de SPA. No entanto foram registradas outras situações de crise distintas como a crise pessoal sem experiência com SPA. Por isso, é possível determinar que existe uma associação entre saúde mental e SPA.

Para além disso, através dos dados obtidos é, ainda verificável que a intervenção é eficaz dado que há uma diminuição significativa da sintomatologia no momento de saída do serviço de intervenção em crise. Muito embora, esta diferença seja mais visível em termos físicos, concretamente no que diz respeito ao comportamento psicomotor.

Cabe, então, nesta fase refletir sobre algumas das limitações que este estudo comporta em termos de amostra bem como do *design* investigação que sofreu inúmeras alterações e por questões de falta de *feedback* se revelou inexequível (ver apêndice I). Primeiramente denotou-se uma desorganização dos dados quanto aos sintomas, pelo que surgiram dúvidas aquando da análise e tratamento de dados. Esta situação acredita-se ser fruto da imensa afluência ao serviço de intervenção, bem como à extensão do instrumento que dificulta um preenchimento claro e rigoroso do mesmo o que, conseqüentemente, levanta questões de subjetividade diversas, como por exemplo quanto ao método de preenchimento usado por cada terapeuta.

Uma outra limitação conflui com o facto de nas circunstâncias em que a intervenção ocorre não ser possível saber quaisquer informações quanto à presença/ausência de psicopatologia prévia bem como de tratamentos subjacentes aos mesmos diagnósticos nem tampouco de medicação psiquiátrica relevante na vida destes participantes. Ora, esta informação seria bastante pertinente para investigações futuras por forma a clarificar e desmistificar, com maior rigor, esta associação de SPA com saúde mental, explorando o fenómeno do duplo diagnóstico. Seria, possivelmente, benéfica a introdução de dados por meio informático dado que o formato de papel causa inúmeras dúvidas aquando do seu preenchimento e posteriormente na sua leitura. Deste modo, havendo um sistema informatizado, por exemplo, em tablets com um software adequado e com uma escala devidamente ajustada que permitiria o rigor e certeza não só no momento de preenchimento, mas também no momento de leitura e análise de dados (escala de *Likert*, por pontuação) com a finalidade de reduzir a subjetividade a que o presente instrumento utilizado comporta. Assim sendo, em termos de implicações em investigações futuras o erro seria reduzido e interpretação

a que os dados estão sujeitos e seria feita uma leitura mais neutra, clara e rigorosa dos dados, sendo mínimo o enviesamento dos resultados.

Porém, este estudo permitiu observações interessantes quanto a esta ligação robusta entre os consumos de SPA e a crise psicológica.

III. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agulhas, R. & Anciães, A. (2014). *Casos Práticos em Psicologia Forense — Enquadramento Legal e Avaliação Pericial* (pp. 22-43 e 48-68). Lisboa: Edições Sílabo.
- Alberto, I. (2014). Maus Tratos e Negligência de Crianças: Modelos e Formatos de Intervenção. In Matos, M. (Org.). *Vítimas de crime e violência: Práticas de intervenção*. (pp. 13-26). Braga: Ed. Psiquilíbrios.
- Balsa, C. (2005). Festa e droga: circunstâncias dos consumos de substâncias psicoativas ilícitas na população portuguesa. *Revista da Faculdade de Ciências Sociais e Humanas*, 17, 17-31.
- Balsa, C., Vital, C., Urbano, C. & Pascueiro, L. (2007). *II Inquérito Nacional ao consumo de substâncias psicoativas na população portuguesa*. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa.
- Baños, R. M., & Perpiña, C. (2014). *Exploración Psicopatológica*. Madrid: Editorial Síntesis.
- Bastos, F., Bertoni, N. & Hacker, M. (2008). Consumo de álcool e drogas: principais achados de pesquisas de âmbito nacional, Brasil 2005. *Revista de Saúde Pública*. 42 (1), 109-117.
- Brown, S., Martinez, M., & Parsons, L. (2006). *The neural basis of human dance*. *Cerebral Cortex*. Doi:10.1093/cercor/bhj057.
- Calado, V. (2007). Trance psicadélico, drogas sintéticas e paraísos superficiais. Representações: uma análise a partir do ciberespaço. *Revista Toxicodependência*, 13 (1), 21-28.
- Carvalho, D., Tobias, F., Moreira, L., & Reis, M. (2014). *Amostragem intencional: definição e aplicações na pesquisa económica*. Retirado de <https://www.passeidireto.com/arquivo/5061003/amostragem-intencional-definicao-e-aplicacoes-na-pesquisa-economica>.
- Carvalho, C. M., Pinto de Sousa, M., Frango, P., Carvalho, J., Dias, P., & Veríssimo, L. (2011). *Kosmicare Research Project: Process Evaluating Report – 2010 Edition*.

- Boom/Kosmicare 2010 Research Project*. Porto: Faculty of Education and Psychology – Catholic University of Portugal
- Carvalho, M. (2008). *Investigação naturalista em contextos recreativos – usos de substâncias, segurança e violência*. In Conferência Latino-Americana de Redução de Riscos e Minimização de Danos - CLAT Virtual, Barcelona, Espanha.
- Carvalho, M., Pinto de Sousa, M., Frango, P., Carvalho, J., Dias, P., Rodrigues, M., & Rodrigues, T. (2015) *Crisis Intervention Related to the Use of Psychoactive Substances in Recreational Settings- Evaluating the Kosmicare Project at Boom*. Universidade Católica do Porto, Porto.
- Escotado, A. (1998). *Apriendendo de las drogas: usos y abusos, prejuicios y desafios*. Madrid: Anagrama.
- Fugas, J. (2012). *Mental State Exam Checklist: contribuição para a avaliação de um instrumento de avaliação do estado mental*. Tese de Mestrado, Universidade Católica Portuguesa, Porto
- European Monitoring Centre For Drugs And Drug Addiction (2006). *Relatório Anual 2006. A evolução do fenómeno da droga na Europa*. Luxemburgo: Serviço das Publicações Oficiais das Comunidades Europeias.
- Do, E.K & Mezuk, B., (2013). Comorbidity between hypomania and substance use disorders. *Journal of Affective Disorders*. 150 (3), 974–980.
- Feeney, G.F.X., Connor, J.P., Young, R. McD., Tucker, J. & McPherson, A. (2005). Improvement in measure of psychological distress amongst amphetamine misusers treated with brief cognitive behavioural therapy (CBT). *Addictive Behaviours*, xx (2005) xxx–xxx
- Franco, C. & Bolotner, N. (2014). Patologia dual: Integração das adições na saúde mental. *XXXII Congresso Brasileiro de Psiquiatria, 16 de Outubro de 2014*.
- Grof, S. (2009). *LSD Psychotherapy*. California: Multidisciplinary Association for Psychedelic Studies (Maps).
- Green, D. & Pomeroy, E. (2007). What Is the Role of Social Support? *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*. 15 (2), 97-113.
- Kanel, K. (2003). *A guide to crisis intervention*. United States: Brooks/Cole.
- Kosmicare Project. (2010). *Creating safe spaces for difficult psychedelic experiences*.
- Leary, T., Metzner, R., & Alpert, R. (2008). *The psychedelic experience: a manual based on the Tibetan book of the dead*. Erowid online books.
- Marôco, J. (2011). *Análise Estatística com o SPSS Statistics*, Pero Pinheiro: Report Number.

- Nascimento, E., Lima, G., & Silva, L. (2017). Bad Trip: abordagem de redução de danos diante de usuários em situação de crise. *HumanÆ: questões controversas do mundo contemporâneo*, 11(1), 1-10.
- Organização Mundial da Saúde (1993). *Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10*. Porto Alegre: Artmed.
- Parker, H., Williams, L., & Aldridge, J. (2002). The normalization of “sensible” recreational drug use: further evidence from the worth west England longitudinal study. *Sociology*, 36 (4), 941-964.
- Rabelo, R. (2016). *Amostragem*. Retirado de <http://www.ebah.pt/content/ABAAABNXgAD/amostragem?part=2>.
- Schneider, D., Antunes, L. (2010). A função imaginária no uso de substâncias psicoativas: contribuições de Jean-Paul Sartre. *Revista NUFEN*, 2(1), 6691.
- SICAD (2013). *Novas Substâncias Psicoativas* Retirado de: <http://www.sicad.pt/PT/Cidadao/SubstanciasPsicoativas/Paginas/detalhe.aspx?itemId=19>
- Silva, V. (2005). Techno, House e Trance: uma incursão pelas culturas de “dance music”. *Revista Toxicodpendência*, 11 (3), 63-73.

ANEXOS

Anexo I: Instrumentos

Mental Stat Exam Checklist (MSEC)

Part 1			
Appearance, attitude and awareness of personal condition	Yes	No	N.O.
1. Person is inappropriately clothed for context			
2. Person presents poor personal care with hygiene.			
3. Person has distinctive personal traits (such as impairments, body modifications or others)			
4. Person is uncooperative with observation and intervention			
5. Person presents inadequate posture (only stands with help, is laying down or is retracted)			
6. Person presents inadequate eye contact (is avoidant, looking down, stares at inexistent object or stares at people)			
7. Person presents inadequate voice tone (speaks too loud, too low or is speechless)			
8. Person is physically agitated or aggressive.			
9. Person is disturbed or terrified			
10. Person is unaware of his/her condition and related severity			
11. Person is unaware of reality surrounding him/her			
(mark 0: ___; 1: ___; or 2: ___)			
Assessment			
Part 2	Yes	No	N.O.
Psychomotor Behavior	Yes	No	N.O.
12. Person has difficulty moving a specific limb or body part.			
13. Person has absence of movement in a specific limb or body part.			
14. Person is totally immobile, has a stereotyped posture and no reaction to external stimuli.			
15. Person presents incontinence (urinary and/or fecal)			
16. Person presents diminished/slow motor activity.			
17. Person presents slow motor activity in the beginning of movement.			
18. Person presents constant movement, hyperactivity and physical agitation			
19. Person imitates the facial expression of the person interacting with him/her.			
20. Person presents rhythmical oscillatory movements in distal areas of body.			
21. Person presents continuous, rhythmic and slow movements to face, tongue or extremities.			
22. Person presents quick, sudden and unexpected movements.			
23. Person presents long contractions or circulatory movements to back, neck or eyes (acute dystonia).			
24. Person presents tics.			
25. Person presents vocal tics.			
26. Person presents spontaneous, repetitive, persistent movements with no apparent motive, and is incapable of controlling them (stereotypy).			
27. Person presents non-voluntary movements while in an altered consciousness state (while sleeping included).			
28. Person presents expressive voluntary movements that lack spontaneity or seem forced (mannerisms).			
29. Person presents compulsion to execute a sequence of repetitive stereotyped movements with no apparent relation to the purpose of action (compulsions).			
30. Person engages in ritualistic behaviours (confirmatory or safety rituals)			
31. Person presents "still-face"/reduced expression (hypomimic)			
32. Person presents exaggerated gestures and facial expressions (hypermimic)			
33. Person's facial expression and underlying emotional expression lack accordance (dysmimic)			
34. Person presents inadequate behaviour ("gross" behaviour).			
Assessment			
Part 3	Yes	No	N.O.
Conscience, Alertness, Attention and Orientation	Yes	No	N.O.

35. Person is sleepy, confused, has trouble recognizing where he/she is and has difficulty processing stimuli; but is spatially oriented and behaves coherently. (slightly diminished conscience)			
---	--	--	--

36. Person presents apathy, sleepiness - might fall asleep in the absence of stimuli), has trouble articulating speech but conserves reflexes (lethargic)			
37. Person has total loss of conscience, voluntary motor activity, muscle tonicity and reflexive behaviour. (comatose)			
38. Person is disoriented, presents unorganized thought, incomprehensible speech and perceptive alterations (delirious).			
39. Person presents altered thought, diminished perception, disorientation, and attention and concentration problems (confusion).			
Part 3	Assessment		
Conscience, Alertness, Attention and Orientation (continued)	Yes	No	N.O.
40. Person's conscience is restricted to a focus in a number of internal experiences, with hallucinations, delirium, attention deficit and confused thought. (crepuscular state)			
41. Person has wandered around for hours with no clear destiny.			
42. Person is completely unresponsive, immobile and silent (stupor)			
43. Person has no response to painful stimuli. (stupor)			
44. Person is unable to identify day, day of week, month, year, season, etc. (temporally disoriented)			
45. Person is unable to say where he/she is at (spatially disoriented)			
46. Person has trouble recalling who he/she is, which persons are their friends, their names, relations between people, or how others relate to him/her (personally disoriented).			
47. Person over-concentrates in a particular object, situation or stimulus (hyper concentration).			
48. Person is unable to focus attention (lack of concentration).			
49. Person has difficulty focusing attention and separating different stimuli (easily distracted).			
50. Person is hyper-vigilant.			
51. Person is amnesic.			
52. Person reports an experience where two distinct places seem to exist in two different but parallel spaces (duplicative paramnesia)			
53. Person recognizes people he/she has never seen before. (false recognition).			
54. Person has trouble expressing familiarity to people and situations he/she is suppose to be familiar with.			
55. Person has trouble recognizing and naming familiar objects (agnosia).			
56. Person perceives objects in an illusory way (illusions).			
57. Person presents perceptions about objects that aren't physically present at the moment. (pseudo-perceptions)			
58. Person presents perceptions in the absence of correspondent stimulus. (hallucinations)			
Part 4	Assessment		
Language and Speech	Yes	No	N.O.
59. Person has difficulty expressing ideas through language. (dysphasia)			
60. Person has difficulty articulating speech. (dysarthria)			
61. Person has trouble modulating speech.			
62. Person is speechless.			
63. Person is verbose and talkative.			
64. Person slurrifies, mumbles.			
65. Person has a stutter.			
Part 5	Assessment		
Thought Processes	Yes	No	N.O.
66. Person changes suddenly the content of communication, presenting rupture between distinct ideas/thoughts.			
67. Person's speech is unintelligible, syntax rules aren't respected and words are randomly presented (incoherent speech)			
68. Person presents ideas in a very fast and confusing way.			
69. Person's speech has poor content.			
70. Person loses track of what he/she was saying.			

72. Person expresses thoughts whose related content has no relation to external known cause. (delirious)			
73. Person presents intrusive, persistent ideas, images or impulses. (obsessive thoughts)			
74. Person presents unfounded fear and anxiety towards a situation that he/she perceives as threatening (phobic).			
75. Person has violent thoughts expressed towards him/her self.			
76. Person has violent thoughts expressed towards others.			
Part 6 Self Consciousness	Assessment		
	Yes	No	N.O.
77. Person recognizes him/her self as responsible for all personal activities (emotions, thoughts, speech and movement)			
78. Person believes personal activities he/she executes are imposed by someone outside of him/her self.			
79. Person experiences the feeling of being unreal or awkward to him/her self.			
80. Person experiences the feeling that context around him/her is unreal.			
81. Person has no emotional reaction to a given situation.			
82. Person feels like being outside of him/her self and able to watch and hear him/her self as if being another person.			
83. Person expresses feeling like being another different person/being reborn.			
84. Person expresses feeling like being one with its surrounding context, and being one with other people/elements surrounding him/her			
85. Person expresses distorted consciousness about his/her body/body scheme.			
	Assessment		
Part 7 Affect and Emotions			
	Yes	No	N.O.
86. Person presents sudden mood changes.			
87. Person is unable to contain feelings and emotions.			
88. Person responds with both positive and negative feelings to the same situation.			
89. Person's feelings and emotions are persistent independently of situation/context.			
90. Person seems unable to express feelings and emotions and respond to situations with emotional resonance.			
91. Person expresses a positive feeling/emotion to a negative situation or vice-versa.			
92. Person is anxious.			
93. Person is depressed.			
94. Person is euphoric.			
95. Person is hostile/angry.			
Part 8 Physiological Functions	Assessment		
	Yes	No	N.O.
96. Person presents altered sleeping patterns.			
97. Person presents altered appetite and food ingestion patterns.			
98. Person presents altered sexual behavior and libido.			
99. Person expresses feeling pain, fatigue or loss of energy/vitality.			

Anexo II: Estatísticas descritivas de dados

Gráfico 1: Histograma representativo da idade dos participantes

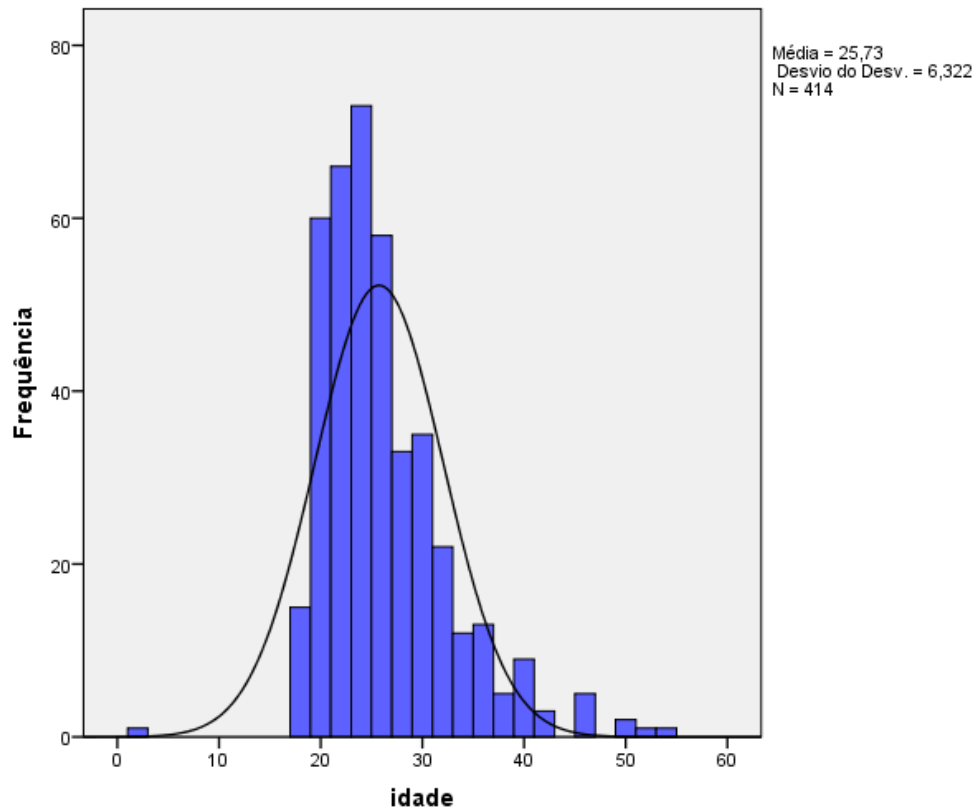


Gráfico 2: Gráfico de pizza representativo da nacionalidade dos participantes

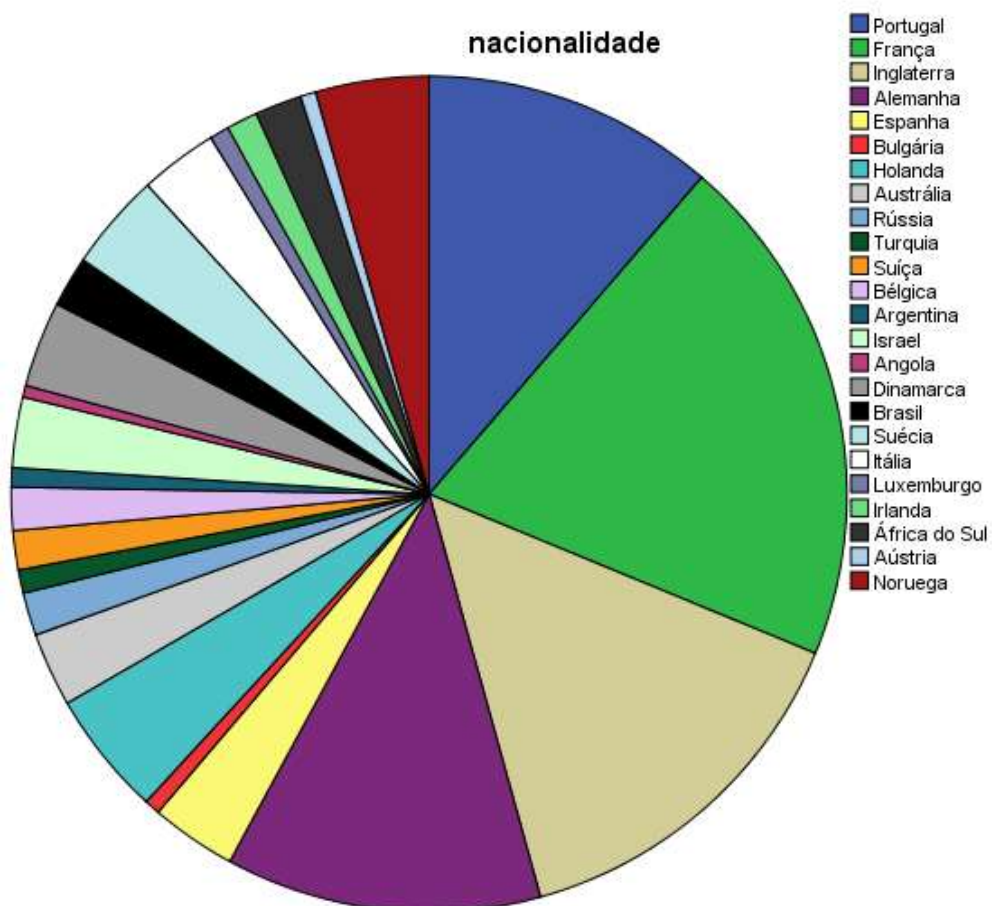


Tabela 1:

Via de consumo de cocaína

	Grupo	N	%
Via de Consumo *	Snifada	3	50
	Fumada	3	50

*n=6, não existindo informações sobre a via de consumo de cocaína para a amostra total.

Tabela 2:

Via de consumo de 2CB

	Grupo	N	%
Via de Consumo *	Oral	10	1.1

*n=10, não existindo informações sobre a via de consumo de 2CB para a amostra total.

Tabela 3:

Via de consumo de DMT

	Grupo	N	%
Via de Consumo *	Oral	5	0.6

*n=5, não existindo informações sobre a via de consumo de DMT para a amostra total.

Tabela 4:

Via de consumo de DOC

	Grupo	N	%
Via de Consumo *	Oral	3	0.3

*n=3, não existindo informações sobre a via de consumo de DOC para a amostra total.

Tabela 5:

Via de consumo de cogumelos

	Grupo	N	%
Via de Consumo *	Oral	13	1.5

*n=13, não existindo informações sobre a via de consumo de cogumelos para a amostra total.

Tabela 6:

Via de consumo de GHB

	Grupo	N	%
Via de Consumo *	Oral	5	0.6

*n=5, não existindo informações sobre a via de consumo de GHB para a amostra total.

Tabela 7:

Via de consumo de ópio

	Grupo	N	%
Via de Consumo*	Fumada	14	1.6

*n=14, não existindo informações sobre a via de consumo de ópio para a amostra total.

Tabela 8:

Via de consumo de metilona

	Grupo	N	%
Via de Consumo*	Oral	1	0.1

*n=1, não existindo informações sobre a via de consumo de metilona para a amostra total.

Tabela 9:

Via de consumo de zimovane

	Grupo	N	%
Via de Consumo*	Oral	1	0.1

*n=1, não existindo informações sobre a via de consumo de zimovane para a amostra total.

Tabela 10:

Via de consumo de substâncias indefinidas

	Grupo	N	%
Via de Consumo*	Oral	19	2.2

*n=19, não existindo informações sobre a via de consumo de substâncias indefinidas para a amostra total.

Tabela 11:

Consumo de SPA

	Grupo	N	%
Consumo*	Consumo	849	99.2
	Ausência de consumo	7	0.8

*n=856, não existindo informações sobre o consumo de SPA para a amostra total.

APÊNDICES

Apêndice I: Instrumentos

Questionário *online*