



CATÓLICA
FACULDADE DE EDUCAÇÃO E PSICOLOGIA

PORTO

EFEITOS TERAPÊUTICOS DA AYAHUASCA EM INDIVÍDUOS COM SINTOMAS DE ANSIEDADE

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

-Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde -

Maria Vieira Neves de Lemos Miguéis

Porto, Julho, 2018



CATÓLICA
FACULDADE DE EDUCAÇÃO E PSICOLOGIA

PORTO

EFEITOS TERAPÊUTICOS DA AYAHUASCA EM INDIVÍDUOS COM SINTOMAS DE ANSIEDADE

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

- Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde -

Maria Vieira Neves de Lemos Miguéis

Trabalho efetuado sob a orientação de

Prof. Doutora Maria Carmo Carvalho

Porto, Julho, 2018

Agradecimentos

À professora Maria Carmo, por me ter orientado neste caminho desafiante, por me ter transmitido os seus conhecimentos relativos a este tema e por ter acreditado em mim.

Aos docentes da FEP-UCP, pelo apoio e conhecimentos que me transmitiram ao longo do meu percurso académico.

À minha Mãe, por estar sempre presente, mesmo estando longe, e pelo amor incondicional que tem por mim.

Ao meu Pai e à Sara, pela disponibilidade total, apoio nas horas mais difíceis e, sobretudo, pela alegria com que festejam as minhas vitórias.

À minha irmã, pela sua espontaneidade e pelos momentos que me fez abstrair dos problemas nas idas a Lisboa.

Ao meu irmão, pela sua inocência e alegria que foram tão importantes em momentos de maior desânimo.

Ao António, pelo cuidado, paciência, amor e por ter tido um papel tão fundamental em todo o meu percurso.

Às pessoas que estiveram comigo ao longo do meu percurso académico, Carlota, Inês, Mariana, e, em especial à Mafalda Alves que partilhou comigo este tema e que esteve tão presente nesta etapa da minha vida.

À Margarida Coelho e Maria Côrte-Real, pelas noitadas e apoio mútuo ao longo deste processo.

Aos meus amigos e amigas, em especial à Madalena, Sofia, Bia, Rosarinho, Maria e Carminho, por me terem dado força nos momentos difíceis e por estarem comigo ao longo de todos estes anos. Um obrigada em especial à Rita, sem a sua amizade e cuidado constante neste processo, teria sido muito mais difícil.

Resumo

O presente estudo visa identificar os efeitos terapêuticos da ayahuasca em indivíduos com sintomas de ansiedade, através da compreensão dos processos psicológicos que emergem durante e após a experiência com ayahuasca, percebidos pelos participantes como exibindo maior potencial terapêutico.

O estudo contou com nove participantes, que se deslocaram ao *Temple of the Way of Light* para obter alívio dos seus sintomas de ansiedade. O estudo segue uma metodologia qualitativa, tentando aproximar-se, tanto quanto possível, da perspectiva dos participantes. A recolha de dados foi realizada através de entrevista em profundidade. Os dados foram analisados através de uma abordagem semi-indutiva, seguindo-se de uma análise temática apoiada pelo *software* de análise de dados N-Vivo 11 ®.

Concluimos que a ayahuasca é percebida como exibindo grande potencial terapêutico para o alívio dos sintomas de ansiedade na medida em que, da análise das perceções dos participantes emergiu um amplo e relevante conjunto de processos psicológicos que a literatura associa ao tratamento da ansiedade, tais como a tomada de consciência, autoconhecimento, autoaceitação, exposição ao problema, reconexão com o mundo, catarse emocional e o reconhecimento dos sintomas físicos primários e situações que provocam ansiedade. Estes tiveram, no discurso dos participantes, um papel preponderante no alívio da sintomatologia.

Palavras-Chave

Ayahuasca; Ansiedade; Efeitos Terapêuticos; Processos psicológicos

Abstract

The aim of the present study resides on the identification of the therapeutic effects of ayahuasca in individuals with anxiety symptoms, through the understanding of the psychological processes that emerge during and after the experience with ayahuasca, which were understood by the participants as exposing a greater therapeutic potential.

The study included nine participants that came to the Temple of the War of Light in order to get a relief on their anxiety symptoms. The study follows a qualitative methodology, with the attempted approach to get as close as possible to the participants perspective. The data collection was conducted through an in-depth interview and were analyzed by a semi-inductive approach and followed by a thematic analysis that was supported by the data analysis software N-Vivo 11®.

We can conclude that ayahuasca is understood as having a high therapeutic potential on the anxiety symptoms in respect on the analyses of the participants perceptions that resulted in a wide and relevant collection of psychologic processes which literature associates to the anxiety treatment, such as the gain of consciousness, self-awareness, self-acceptance, exposure to the problem, reconnection with the world, emotional catharsis and the recognition of the primary physical symptoms and the situations that cause anxiety. Accordingly to the participants, they played a preponderant role on the relief of the symptomatology.

Keywords

Ayahuasca; Anxiety; Therapeutic Effects; Psychological processes

Índice

Introdução.....	3
1. Enquadramento teórico	4
1.1. A multidimensionalidade da Ayahuasca: origem, psicofarmacologia e atualidade	4
1.2. As diferentes conceptualizações da Ansiedade	6
1.3. A evidência sobre o potencial terapêutico da Ayahuasca	11
2. Método	16
2.1. Participantes	16
2.2. Instrumentos	18
2.2.1. Guião da entrevista semiestruturada em profundidade	18
2.3. Procedimentos	18
2.3.1. Recolha de dados.....	18
2.3.2. Análise e tratamento de dados.....	18
3. Resultados e Discussão	19
4. Conclusões	28
5. Referências bibliográficas	31

Lista de Anexos

Anexo 1- Guião da Entrevista Semiestruturada

Anexo 2- Sistema de Categorias

Anexo 3- Descrição do Sistema Geral de Categorias

Anexo 4- Quadro de objetivos e questões de investigação

Lista de Tabelas

Tabela 1- Caracterização dos participantes

Introdução

O presente estudo tem como principal objetivo contribuir para a compreensão dos processos psicológicos que emergem durante e após a experiência com ayahuasca e que têm potenciais efeitos terapêuticos em pessoas com sintomas de ansiedade. A ayahuasca é uma bebida que se prepara por cocção de duas plantas: a *Banisteriopsis caapi* que contém altas concentrações de alcalóides do grupo das b-carbolinas, e a *Psychotria viridis* (Chacruna) que contém altas concentrações do alucinogênio Dimetiltriptamina (DMT). A combinação destas duas plantas permite a absorção oral da bebida já que o DMT, habitualmente não ativo por esta via, pode assim ser metabolizado pela presença de inibidores da monoamina oxidase (MAO) existentes na *Banisteriopsis caapi* (McKenna & Riba, 2015).

Alguns efeitos que têm vindo a ser descritos a respeito da ayahuasca incluem visões rápidas, mudanças somáticas, alterações perceptivas, entre outras (Rios, 1984). Desde há muitos séculos que o seu consumo é realizado por povos indígenas da América Latina em cerimónias religiosas (ICEERS, 2012) e pelas suas propriedades curativas (Rios, 1984). Mais recentemente, o seu uso também tem sido motivado pelo seu alegado potencial terapêutico, que começou a ser recentemente investigado no mundo ocidental. Esses estudos têm-se interessado pela relação entre a bebida e a redução de sintomas como a ansiedade, a depressão, as dependências do uso de substâncias, entre outros (Thomas, Lucas, Capler, Tupper & Martin, 2013; Santos, 2011).

A ansiedade é uma emoção caracterizada por sentimentos de tensão, pensamentos de preocupação e alterações físicas (APA, 2018). Na atualidade, as perturbações de ansiedade são um dos diagnósticos mais prevalentes a nível mundial. De acordo com dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), aproximadamente 264 milhões de pessoas sofrem de uma perturbação de ansiedade (WHO, 2017).

Tendo em conta as características peculiares desta planta e dos seus efeitos, o aumento da prevalência das perturbações de ansiedade na atualidade, assim como a escassez de investigação resultante de estudos clínicos ou de natureza mais compreensiva que esclareçam sobre o potencial terapêutico da ayahuasca nos sintomas de ansiedade, revela-se pertinente a exploração do potencial terapêutico desta substância na sintomatologia relacionada com a ansiedade.

Com esta investigação propomos, através de metodologia qualitativa, descrever e compreender quais os processos psicológicos que as pessoas identificam como tendo emergido na sua experiência com ayahuasca. Pretendemos desta forma explorar, através de entrevistas

em profundidade, o modo como os participantes relacionam esses processos decorrentes da experiência com a ayahuasca, com o alívio da sua sintomatologia.

1. Enquadramento teórico

1.1. A multidimensionalidade da Ayahuasca: origem, psicofarmacologia e atualidade

A ayahuasca é originária da floresta amazónica (Labate & Cavnar, 2013), no entanto, tem sido parte integrante da cultura do Equador, Perú, Colômbia, oeste do Brasil e Orinoco - local onde o Brasil e a Venezuela se cruzam (Shanon, 2002). É conhecida por vários nomes em diferentes tribos, incluindo *caapi*, *natema*, *mini* e *yage* (Metzner, 2005). O nome ayahuasca é do Quechua, uma língua indígena da América do Sul, em que *huasca* significa “videira” ou “liana” e *aya* significa “almas”, “pessoas mortas” ou “espíritos” (Metzner, 2005). Assim, “videira dos mortos”, “videira das almas” ou “videira dos espíritos” seriam das traduções mais apropriadas (Metzner, 2005).

A ayahuasca tem vindo a ser utilizada, desde há séculos, pelas suas propriedades curativas (Rios, 1984). Povos associados ao xamanismo e vegetalista curandeiros praticam medicina popular à base de extratos vegetais desde a pré-história (Pires, Oliveira & Yonamine, 2010). Nas sociedades tribais onde plantas como a ayahuasca são utilizadas, estas plantas são consideradas personificações de seres inteligentes e conscientes que só se tornam visíveis em estados específicos de consciência que podem funcionar como professores espirituais e fontes de poder e conhecimento de cura (Metzner, 2005). Para além destes fins medicinais, a ayahuasca também era utilizada por muitos grupos étnicos em atividades ritualísticas (ICEERS, 2012) e foi, por muitos milhares anos, desconhecida pela cultura europeia ocidental.

Nas últimas décadas, surgiu um movimento crescente de igrejas brasileiras que espalhou o uso da ayahuasca originário da Amazônia para os centros urbanos do sul do Brasil, entre os quais a União do Vegetal, Santo Daime e Barquinha (Labate & Cavnar, 2013). Depois disso, na década de 50, surge a consciência da existência da ayahuasca que se veio a expandir lentamente pela cultura ocidental - na Europa e Estados Unidos, mas também na Ásia, surgindo assim novos contextos de uso como o uso em psicoterapia e o uso para fins de desenvolvimento pessoal (ICEERS, 2012).

Apesar das tendências de uso da ayahuasca serem amplamente desconhecidas, existem razões para crer que o seu consumo parece apresentar, na atualidade, uma tendência crescente em todo o mundo.

Num estudo de Lawn et al. (2017) foi recolhida uma amostra intencional auto-selecionada de grande dimensão que incluiu utilizadores de ayahuasca, de psicadélicos

clássicos e de não psicadélicos no ano de 2016. Este estudo recolheu n=96 901 respostas válidas, sendo que n=527 são utilizadores de ayahuasca no mundo, destacando-se a Alemanha, com aproximadamente 73 consumidores e, a Colômbia, com aproximadamente 68 consumidores. Por outro lado, o número de consumidores de psicadélicos clássicos era n=17,937. Verificou-se também que a média das idades dos consumidores de Ayahuasca (média=29,09 anos) era mais elevada do que dos consumidores dos psicadélicos clássicos (média=24,17 anos). Por fim, no que concerne ao género das pessoas que participaram neste estudo, verificou-se que apenas n=146, correspondente a 28% dos consumidores de ayahuasca no ano de 2016, eram mulheres, permitindo-nos inferir que o consumo foi relatado por mais homens do que mulheres.

Segundo McKenna e Riba (2015), o uso da medicina nuclear e de técnicas neurofisiológicas tem permitido a identificação das estruturas cerebrais ativadas pela ayahuasca e a dinâmica subjacente aos efeitos cognitivos induzidos pela bebida. Ao atuar em nós-chave do córtex de associação cerebral, a ayahuasca modifica o fluxo de informações através do cérebro, ou seja, esta modificação temporária das hierarquias neurais induz mudanças realmente significativas na cognição. A capacidade de fornecer uma nova visão sobre a realidade interna e externa constitui, então, a singularidade da ayahuasca (McKenna & Riba, 2015).

A experiência da toma deste psicadélico pode, por um lado, ser difícil e assustadora, mas pode por outro ser percebida como extraordinária (Shanon, 2002). Segundo um estudo de Riba et al. (2001), podem existir alterações nos processos de percepção e raciocínio, acompanhados por uma rápida sucessão de pensamentos, podendo também ser experienciadas visões e recordações de eventos recentes, frequentemente com um conteúdo emocional marcado.

Os efeitos subjetivos relativos à toma da ayahuasca podem dividir-se em dois grupos: o grupo dos efeitos positivos e o grupo dos efeitos negativos. Os efeitos negativos prendem-se sobretudo pela sensação de medo, dado que as pessoas, ao vivenciarem esta experiência, encaram as suas vulnerabilidades. Tal acontecimento tanto pode ser debilitante como psicologicamente construtivo, dependendo da atitude com que a pessoa encara este processo (Shanon, 2002). Os efeitos positivos, por sua vez, são mais diversificados do que os negativos. As reações mais comuns são o fascínio suscitado pelas visões, a felicidade acompanhada de profunda gratidão, o bem-estar físico e psicológico, a sensação de serenidade e a sensação de que a mente e o corpo estão numa condição funcional superior e, conseqüentemente, uma noção de maior inteligência e eficiência (Shanon, 2002). É também comum uma maior clareza psicológica aliada à sensação de capacidade de superação de obstáculos. Por fim, são também

comuns experiências religiosas e espirituais que potenciam a sensação de *salvação* e *renascimento*, e que podem levar a uma transformação profunda da pessoa (Shanon, 2002).

1.2. As diferentes conceptualizações da Ansiedade

As perturbações de ansiedade são uma das classes de perturbações mais prevalentes na população mundial. Segundo a OMS, o número estimado de pessoas que vivem com perturbações de ansiedade no mundo é de 264 milhões (WHO, 2017). Mais concretamente, a região Africana detém 10% da população mundial com perturbações de ansiedade, a região Mediterrânica do Este (12%), a região Americana (21%), a região Europeia (14%), a região do Sudeste Asiático (23%) e por fim, a região do Oeste Pacífico (20%) (WHO, 2017).

Em Portugal, dados da Direção Geral de Saúde sugerem a possibilidade de um aumento da necessidade de procura de ajuda nos cuidados de saúde primários, nos últimos anos, motivada por problemas de saúde relacionados com perturbações depressivas e de ansiedade (Carvalho et al., 2015). Em 2011, a média da proporção de utentes com registo de perturbações de ansiedade, entre os utentes inscritos ativos nos cuidados de saúde primários por região de saúde, foi de aproximadamente 3,014%. Notou-se um aumento significativo ao longo dos anos seguintes, sendo que em 2014 a percentagem foi de 5,186% (Carvalho et al., 2015).

A ansiedade é uma emoção caracterizada por sentimentos de tensão, pensamentos de preocupação e alterações físicas como o aumento da pressão arterial (American Psychological Association (APA), 2018). É um sentimento que acompanha um sentido geral de perigo, advertindo as pessoas de que há algo a ser temido. Refere-se a uma inquietação que pode traduzir-se em manifestações de ordem fisiológica e cognitiva (Batista & Oliveira, 2005). A agitação, hiperatividade e movimentos precipitados podem ser algumas manifestações de carácter fisiológico, já a atenção e vigilância excessivas motivadas por determinados aspetos do contexto, podem ser consideradas manifestações de carácter cognitivo (Batista & Oliveira, 2005). Estas manifestações podem ser breves ou constituir um modo estável e permanente de reagir. A intensidade destas pode variar de níveis impercetíveis a níveis extremamente elevados (Batista & Oliveira, 2005). A ansiedade e o medo são inerentes ao homem e fazem parte de um sistema complexo que visa a sobrevivência da espécie humana (Marques & de Borba, 2016), podendo ser considerada normativa e transversal a cada ser humano. No entanto, estas respostas podem ter impacto na homeostasia do ser humano o que, consequentemente pode incluir parâmetros fisiológicos assim como comportamentais que, se a resposta for excessiva ou maladaptativa, envolve ansiedade patológica (Belzung & Griebel, 2001).

Existe um maior número de pessoas que sofre de ansiedade em comparação com o número de pessoas que sofre efetivamente do diagnóstico de perturbação de ansiedade (DiTomasso & Gosch, 2002). Esta distinção é fundamental para compreender o impacto que a ansiedade tem no funcionamento de uma pessoa. Embora todos tenham experienciado estados de ansiedade em algumas circunstâncias, a vivência dos efeitos penetrantes e debilitantes que acompanham a sintomatologia ansiosa é vivenciada em menor escala (DiTomasso & Gosch, 2002). As pessoas com perturbações de ansiedade geralmente têm pensamentos ou preocupações intrusivas recorrentes, podendo evitar determinadas situações por preocupação (APA, 2018). Diferem do medo ou ansiedade do desenvolvimento normal por serem excessivas ou persistirem para lá dos períodos do desenvolvimento normativos. Tipicamente, os indivíduos com perturbações de ansiedade sobrestimam o perigo em situações de que têm medo ou evitam (American Psychiatric Association (APA), 2014). Assim, as características que definem a ansiedade como uma perturbação prendem-se pela presença de determinados sintomas que têm uma determinada frequência, intensidade e duração. O diagnóstico depende ainda da existência de mal-estar clinicamente significativo provocado por esses sintomas, ou um défice social/escolar/ocupacional ou noutras áreas importantes do funcionamento (APA, 2014). As perturbações de ansiedade incluem a presença de medo e ansiedade excessivos, e alterações do comportamento com estes relacionadas (APA, 2014). Estas perturbações também diferem entre si nos tipos de objetos ou situações que induzem medo, ansiedade ou comportamento de evitamento, e na ideação cognitiva que lhes está associada (APA, 2014). No entanto, apesar de haver uma definição clara dos sintomas característicos das perturbações de ansiedade, a sintomatologia ansiosa é complexa e não existe uma definição objetiva e concreta que defina quais são os principais sintomas e o modo de intervir sobre eles. Para uma compreensão mais aprofundada dos sintomas de ansiedade, vão ser descritos alguns modelos e perspetivas diferentes entre si, que estudaram a compreensão da ansiedade e a intervenção sobre esta.

O modelo cognitivo faz a distinção clara entre medo e ansiedade. O medo é “um estado de alarme neurofisiológico automático e primitivo que envolve a avaliação cognitiva de uma ameaça de perigo iminente para a segurança de um indivíduo” (Clark & Beck, 2010, p.5). Já a ansiedade é “um sistema cognitivo, afetivo, fisiológico e de resposta comportamental complexo, que é ativado quando eventos ou circunstâncias antecipadas são consideradas altamente aversivas pois são percebidas como acontecimentos imprevisíveis e incontroláveis que podem potencialmente ameaçar os interesses vitais de um indivíduo” (Clark & Beck, 2010, p.5). Assim, e segundo o modelo cognitivo de Clark e Beck (2010), os indivíduos que sofrem de ansiedade consideram que esta é causada pela situação e não pela avaliação dessa mesma

situação. É destacada a noção de vulnerabilidade "como a percepção de uma pessoa sobre si mesma como sujeita a perigos internos ou externos sobre os quais o seu controlo é insuficiente ou, insuficiente para lhe dar uma sensação de segurança. Na sintomatologia clínica, esta vulnerabilidade é ampliada por certos processos cognitivos disfuncionais" (Beck, Emery & Greenberg, 1985 p.67-68, cit. in Beck & Clark, 2010, p.32). Na ansiedade clínica a avaliação primária da ameaça é desproporcional em relação à ameaça real pois existe uma generalização de situações e de estímulos erradamente percebidos como ameaçadores. Assim, diversas respostas defensivas fisiológicas e comportamentais são mobilizadas inadequadamente para lidar com a ameaça tendo impacto negativo no bem-estar do indivíduo (Clark & Beck, 2010). Uma avaliação secundária dos recursos pessoais e da competência para utilizar estratégias de *coping* para lidar com a ameaça percebida envolve uma avaliação mais consciente e estratégica onde a percepção de auto-eficácia tem um papel preponderante. No entanto, na maior parte das vezes é percebida como baixa, aumentando a ansiedade (Clark & Beck, 2010).

Este modelo propõe-se intervir na ansiedade através da psicoeducação, automonitorização e identificação dos pensamentos automáticos e reestruturação cognitiva com o auxílio da exposição *in vivo* (estratégia utilizada no modelo comportamental) (Clark & Beck, 2010). A aquisição da capacidade de se automonitorizar e identificar pensamentos automáticos, apesar de ser bastante complexa e difícil para o cliente, tem como objetivo promover a identificação de situações que provocam ansiedade, classificando o seu nível de intensidade e observando os sintomas físicos primários e as respostas comportamentais (Clark & Beck, 2010). A reestruturação cognitiva tem como objetivo modificar ou literalmente "reestruturar" as crenças e avaliações ansiosas de uma pessoa em relação à ameaça. O foco é a "ameaça atual", ou seja, o que é percebido como perigoso ou ameaçador naquele momento, direcionado às avaliações das ameaças e não ao conteúdo destas (Clark & Beck, 2010). A reestruturação cognitiva contribui para o alívio da sintomatologia ansiosa na medida em que, perante crenças erróneas e a relutância inerente em monitorizar pensamentos ansiosos que deveriam ser previamente identificados, analisa as crenças e produz interpretações alternativas (Clark & Beck, 2010).

A perspetiva cognitivo-comportamental permite que, através da junção da perspetiva cognitiva e a comportamental, haja um confronto mais realista com as previsões relacionadas com a ansiedade, ajudando os clientes a abordar os estímulos temidos e a observar os resultados (Arch & Craske, 2008). Para complementar a intervenção cognitiva, a exposição *in vivo* é considerada uma das ferramentas clínicas mais úteis para modificar pensamentos, sentimentos e comportamentos ansiosos (Clark & Beck, 2010). As experiências comportamentais são

consideradas mais eficazes do que a persuasão lógica no que diz respeito à modificação de pensamentos baseados em emoções, ou seja, a experiência fornece um contacto direto com informações que vão refutar avaliações e crenças ansiosas (Clark & Beck, 2010). Em suma, existe uma redução da sintomatologia ansiosa na medida em que, através da exposição ao problema, se testa a validade das crenças disfuncionais, reforçando crenças adaptativas (Clark & Beck, 2010).

Existem também terapias de 3ª geração que têm como base o modelo cognitivo-comportamental, mas ao qual são acrescentados os princípios do *mindfulness* na intervenção e compreensão. Os aspetos do *mindfulness* relacionados com a aceitação, com o não julgamento e evitação de estados sem sentido, parecem estar relacionados de forma consistente com uma redução da sintomatologia ansiosa nas perturbações de ansiedade (Woodruff, Arnkoff, Class & Hindman, 2014). A terapia cognitivo-comportamental tradicional promove mudanças por si só. O seu foco é a identificação de pensamentos, crenças e distorções cognitivas, e a promoção de mudança. A este nível espera-se que o indivíduo com ansiedade seja capaz de aprender a identificar os eventos internos que não possuem necessariamente valor literal (Vandenberghe & Sousa, 2006). Esta mudança ocorre de um modo mais eficaz quando existe a promoção de uma maior flexibilidade cognitiva e um pensamento ativo (Woodruff et al., 2014) característicos do *mindfulness*.

Por outro lado, a perspetiva Neurobiológica e Psicológica apresenta o modelo de incerteza e antecipação da ansiedade (UAMA) que define ansiedade como o conjunto de mudanças antecipadas afetivas, cognitivas e comportamentais em resposta à incerteza sobre uma possível ameaça futura (Grupe & Nitschke, 2013). A incerteza está intrinsecamente ligada à experiência fenomenológica da ansiedade decorrente de eventos futuros imprevisíveis (Grupe & Nitschke, 2013). Um dos modos de intervir, segundo esta abordagem, é dando ênfase à inconsistência, trazendo emoções subjetivas relacionadas com estas previsões concretas da ameaça (Grupe & Nitschke, 2013). Posto isto, incorpora-se o *mindfulness* integrado na TCC (terapia cognitivo-comportamental) que salienta a consciência dos eventos internos e externos, momento a momento, e a aceitação sem julgamento (ao invés de evitar) de estados emocionais negativos, permitindo uma maior tolerância à incerteza inevitável (Roemer & Orsillo, 2002, cit.in Grupe & Nitschke, 2013).

Segundo o modelo *gestalt*, a ansiedade é caracterizada pela preocupação excessiva. A preocupação incontrolável contribui para sintomas de agitação, tensão muscular, perturbações no sono, dificuldade de concentração e cansaço (Blythe & Buchain, 2016, cit. in Leung & Khor, 2017). A terapia *gestalt* pressupõe que a ansiedade seja consequência da negligência de

necessidades pessoais, autocrítica punitiva, respiração restrita e antecipação do futuro (Leung & Khor, 2017).

Os terapeutas do modelo *gestalt* promovem a consciência através do conhecimento consciente do presente, incluindo os sentimentos, cognições, desejos, intenções e necessidades internas de uma pessoa, bem como o conhecimento do ambiente externo e a interligação entre o eu e o contexto (Joyce & Sills, 2010, cit. in Leung & Khor, 2017). A consciência por si só pode ser terapêutica porque, com uma perspectiva mais sobre as suas experiências, as pessoas podem usar a sua capacidade de se autorregular, criar e ser espontânea, com o objetivo de fazer escolhas responsáveis que vão de encontro às suas necessidades e desejos (Perls, 1969, cit. in Leung & Khor, 2017).

Outro fator que contribui para a ansiedade é a autocrítica punitiva. Esta induz a sensação de inadequação, deficiência e vergonha quando as pessoas não conseguem cumprir seus próprios padrões ideais (Leung & Khor, 2017). A abordagem *gestalt* descreve a autocrítica como o conflito entre o *topdog* e o *underdog* (Leung & Khor, 2017). Cada um representa uma parte diferente do *self*, sendo que o *topdog* (semelhante ao Superego freudiano) representa os deveres e os não deveres (por exemplo: valores transmitidos pela família e pela sociedade) enquanto o *underdog* (semelhante ao Id freudiano) representa a parte dominada do *self*, estando sob a “supervisão” rigorosa do *topdog*, em que o seu dever é garantir que os princípios sejam rigorosamente seguidos (Melnick, 2003). A possível crítica do *topdog* quando o *underdog* não consegue alcançar determinado padrão, provoca tensão e preocupação no último (The Gestalt Center of Gainesville, 2010, cit. in Leung & Khor, 2017). Para aliviar essa ansiedade, a abordagem *gestalt* encoraja a pessoa a reduzir a autocrítica e desenvolver a autoaceitação através do diálogo aberto entre o *topdog* e o *underdog* (Elliott & Greenberg, 1997; Elliott, Watson, Goldman e Greenberg, 2004, cit. in Leung & Khor, 2017).

A ansiedade também é o resultado do apoio respiratório inadequado (Perls, Hefferline e Goodman, 1994, cit. in Leung & Khor, 2017). Pessoas ansiosas tendem a restringir os seus músculos na respiração evitando o fluxo de ar para dentro e para fora do corpo (Leung & Khor, 2017). Posteriormente, a ansiedade ocorre porque não há oxigênio suficiente para suportar o seu contacto com o meio ambiente para a realização da necessidade. A respiração rápida com expiração insuficiente também induz sintomas de ansiedade, como batimentos cardíacos rápidos, sudorese, dores de cabeça, tonturas, dificuldade em respirar e espasmos musculares, pois existe uma quantidade excessiva de dióxido de carbono no corpo (Leung & Khor, 2017).

Para aliviar a ansiedade, é importante que se faça um exercício de inspiração e expiração a um ritmo normal, que é semelhante aos exercícios de respiração utilizados na prática de

mindfulness (Perls et al. 1994, cit. in Leung & Khor, 2017). A respiração consciente é uma maneira de abordar a tendência de antecipar o futuro em pessoas ansiosas, trazendo a sua consciência de volta para o aqui e o agora (Germer, 2005; Perls, 1969; Shapiro, Carlson, Astin e Freedman, 2006; Yontef & Jacobs, 2005, cit. in Leung & Khor, 2017). Quando as pessoas pensam em demasia no futuro, o seu foco e consciência estão nos acontecimentos negativos antecipados no futuro em conjunto com sentimentos de falta de controlo e desamparo (Leung & Khor, 2017). Um objetivo dos terapeutas *gestalt* é ajudar as pessoas ansiosas a voltar para o aqui e o agora e parar de focar a sua atenção apenas para o futuro que imaginam (Leung & Khor, 2017).

1.3. A evidência sobre o potencial terapêutico da Ayahuasca

Estudos têm mostrado que a ayahuasca tem potencial terapêutico em sintomas como a depressão, ansiedade, perturbação obsessivo-compulsiva e consumo problemático de substâncias (Thomas et al., 2013; Osório et al., 2015; Santos, 2011; Vollenweider & Kometer, 2010). No entanto existe uma escassez de estudos que comprovem a eficácia na redução específica na sintomatologia da ansiedade. Por outro lado, existem alucinogénios com efeitos semelhantes aos da ayahuasca que pode ser indicador de um possível potencial terapêutico desta substância.

No sentido de explorar os efeitos terapêuticos dessas mesmas substâncias, sabe-se que atualmente existe uma compreensão dos mecanismos de ação de alucinogénios clássicos e anestésicos dissociativos que se traduz na ideia de que os psicadélicos podem ser úteis no tratamento de várias perturbações tais como, a perturbação depressiva major, a perturbação de ansiedade e perturbação obsessivo-compulsiva (Vollenweider & Kometer, 2010). Do ponto de vista do sistema nervoso central, a acumulação de evidências empíricas mostra um papel crucial do sistema de glutamato na regulação da plasticidade neuronal e, indica que anormalidades na neuroplasticidade contribuem para a fisiopatologia das perturbações (Vollenweider & Kometer, 2010). Assim, os psicadélicos clássicos como a psilocibina e os anestésicos dissociativos, como a ketamina, alteram a neurotransmissão glutaminérgica nos circuitos pré-frontais-límbicos levando a adaptações neuroplásticas, presumivelmente através do aperfeiçoamento da função de um recetor de glutamato- recetor AMPA (alfa-amino-3-hidroxi-metil-5-4-isoxazopropiónico). Essas adaptações podem explicar alguns dos efeitos antidepressivos e ansiolíticos compartilhados e relativamente sustentados que são observados em estudos clínicos com ketamina e psilocibina (Vollenweider & Kometer, 2010). Pode-se concluir, então, que as substâncias que visam a promoção da plasticidade neuronal podem oferecer uma abordagem inovadora no tratamento de perturbações e proporcionar bem-estar nos pacientes (Vollenweider

& Kometer, 2010). Conclui-se então que existe um potencial aliado aos psicadélicos o que confere consequentemente um potencial, à partida, da ayahuasca em sintomatologia patológica.

No que concerne ao potencial da ayahuasca na ansiedade, apesar de escassas, existem evidências que o demonstram através dos estudos. Esta bebida possui substâncias como a THH que pode inibir seletivamente a recaptação de serotonina, como a harmina e harmalina que podem inibir reversivelmente a MAO, sobretudo a MAO-A que preferencialmente remove o grupo amino dos compostos de noradrenalina e serotonina (Santos, 2011). Existe, então, a hipótese de que a ação conjunta destes mecanismos possa aumentar os níveis de serotonina no cérebro, diminuindo os sinais relacionados com o pânico (Santos, 2011), que está associado à sensibilidade associada à ansiedade, ou seja, à crença de que os sintomas de ansiedade podem ter consequências indesejadas (Santos, 2009). Por outro lado, a inibição da MAO-A, com um possível aumento dos níveis cerebrais de noradrenalina e serotonina, em conjunto com a inibição da recaptação de serotonina, poderiam explicar o efeito atenuante dos sinais de desesperança (Santos, 2011) presente em muitas perturbações mentais e comumente associado à depressão e ideação suicida (Santos, 2009).

Foi elaborado um estudo, em ratos, que examinou os efeitos da harmina num teste de labirinto. Verificou-se um aumento da ansiedade com a administração de uma dose mais baixa de ayahuasca (5-10 mg/kg), no entanto, uma dose mais elevada (20 mg/kg) produziu efeitos ansiolíticos (Hiber & Chapillon, 2005, cit. in Santos, Osório, Crippa & Hallak, 2016).

Ainda no seguimento da exploração do potencial terapêutico da ayahuasca na sintomatologia ansiosa, verificou-se, num estudo realizado com ratos, em que se utilizou o teste de enterro em mármore num modelo animal de perturbação obsessivo-compulsiva (POC), que os animais tratados com 5-7,5 mg/kg de harmalina enterraram um maior número de bolinhas, o que sugere um efeito ansiolítico (Wu et al., 2009, cit. in Santos, 2016). Em relação ao DMT, existem evidências de que os agonistas dos recetores 5-HT_{1A} / 2A / 2C moldam o processamento emocional, reduzem a ansiedade, sintomas depressivos e aumentam o humor positivo (Santos et al., 2016). Relativamente à eficácia da ayahuasca noutros sintomas, verificou-se, num estudo de Osório et al. (2015), uma redução significativa da sintomatologia depressiva numa amostra constituída por n=6 pessoas com perturbação depressiva, com apenas uma dose de ayahuasca.

Os resultados de uma investigação pressupõem que a serotonina é metabolizada pela enzima MAO para produzir um composto cujo grupo amino foi removido (Riba et al., 2003) o que causou efeitos antidepressivos durante bastantes dias, independentemente da gravidade dos episódios depressivos. Verificou-se também um aumento e redução dos sintomas após a

administração da ayahuasca o que pode ser reflexo dos eventos intracelulares complexos que permanecem ativos após os efeitos agudos da ayahuasca terem diminuído. Aferiu-se que a substância foi bem tolerada pelos pacientes, que houve um aumento do bem-estar subjetivo e diminuição da ansiedade decorrente da perturbação depressiva. Concluindo, os resultados deste estudo demonstraram o potencial antidepressivo e os efeitos ansiolíticos da ayahuasca, tendo inerente um início mais rápido quando comparado com os antidepressivos tradicionais.

Num outro estudo com n=12 participantes que se encontravam a realizar um retiro numa comunidade rural do Canadá associado ao tratamento dos seus problemas de consumo problemático de substâncias, foram realizadas duas cerimónias com ayahuasca, foi utilizada terapia de grupo e foi feito um follow-up após 6 meses das tomas (Thomas et al., 2013) Aferiu-se que a participação nos retiros estava correlacionada com a melhoria de vários estados cognitivos e comportamentais (*mindfulness*, *empowerment* e *hopefulness*), melhorias na qualidade de vida (significado e perspetiva) e sentimentos subjetivos de conexão com o eu, os outros, o espírito e a natureza (Thomas et al., 2013). Conclui-se, assim que a terapia em grupo assistida por ayahuasca pode estar associada à promoção de reduções no consumo problemático de substâncias, nomeadamente cocaína. Verificou-se uma diminuição no consumo de álcool, tabaco e cocaína; por outro lado, não se verificou nenhuma alteração significativa no consumo de cannabis, opiáceos e sedativos pois alguns dos participantes estavam a realizar um tratamento de metadona e a consumir cannabis com fins medicinais (Thomas et al., 2013).

Podemos concluir, através da evidência acima demonstrada, que existe um potencial terapêutico da ayahuasca associado a uma diversidade significativa de sintomatologia, no entanto, é necessário aprofundar o que está inerente a estes mesmos efeitos terapêuticos.

Com o objetivo de compreender os mecanismos de ação associados aos efeitos terapêuticos que emergem após o consumo das substâncias psicadélicas e no que diz respeito aos efeitos terapêuticos das mesmas noutros sintomas, verificaram-se efeitos antidepressivos com a administração de duas doses de psilocibina em n=12 pacientes com depressão refratária que relatavam a persistência deste sintoma ao longo da maior parte da sua vida adulta (Carhart-Harris et al., 2016). Com um rastreio cuidadoso e um suporte terapêutico adequado, a psilocibina pode ser administrada em segurança sendo que a primeira dose era de 10 mg e a segunda de 25 mg (Carhart-Harris, et al., 2016). Apesar do presente estudo ter uma amostra reduzida e um *design* aberto, houve evidências de um potencial terapêutico em indivíduos com depressão, sendo que 67% (n=8) responderam ao tratamento e apresentaram remissão dos sintomas após uma semana. Desses 67%, 58% (n=7) apresentaram remissão dos sintomas após 3 meses e 48% (n=5) permaneceram em remissão (Carhart-Harris, et al., 2016). Esta substância

possui um perfil de toxicidade favorável e não está associada a comportamentos compulsivos na procura de mais consumo em animais e seres humanos. O tratamento consistiu, para além das duas administrações de psilocibina, num apoio psicológico antes, durante e após as sessões de administração bem como um ambiente terapêutico positivo (Carhart-Harris, et al., 2016).

Em suma, e, tendo em conta que existe uma escassa evidência do potencial terapêutico da ayahuasca em sintomatologia ansiosa, evidência terapêutica da ayahuasca e substâncias psicadélicas noutros sintomas, procurámos, por fim, recorrer a substâncias psicadélicas com um mecanismo semelhante de ação e compreender, através destas, se existe efetivamente uma evidência mais robusta do seu potencial terapêutico na ansiedade.

Um estudo de Ross et al. (2016), verificou existirem efeitos ansiolíticos e antidepressivos encontrados numa amostra de n=29 participantes com depressão e ansiedade associada ao cancro com uma dose única de psilocibina (0,3mg/kg) em conjunto com psicoterapia. A redução da sintomatologia foi significativa e ocorreu imediatamente após a ingestão da dose de psilocibina; adicionalmente, a taxa de resposta associada ao efeito antidepressivo foi até 80% nos 6 meses após a administração da substância (Ross et al., 2016). A experiência mística aliada à administração desta substância mediou os efeitos terapêuticos pois verificou-se uma diminuição dos sentimentos de perda de significado e de desejo de morte, e aumentaram os sentimentos de esperança e propósito (Ross et al., 2016). Aliado a estes sentimentos verificou-se uma maior adaptação à ideia de morte, reduzindo a ansiedade e aumentando o bem-estar espiritual, bem-estar com a vida e qualidade de vida (Ross et al., 2016). Os resultados deste estudo foram robustos, duradouros e verificaram-se benefícios clínicos com esta abordagem farmacológica-psicossocial (Ross et al., 2016).

Foi realizado um estudo com participantes que sofrem de ansiedade associada ao diagnóstico de uma doença com risco de vida. Este estudo demonstrou que existiu uma redução da ansiedade após duas sessões de psicoterapia assistida por LSD (Gasser et al, 2014). Ainda associada à Ansiedade associada ao fim de vida, foi realizado um estudo por Grob et al. (2011), com o propósito de criar um modelo de tratamento alucinogénio para pacientes com cancro num estágio avançado. Foram administradas duas doses de 0,2 mg/kg de psilocibina em duas sessões de tratamento com um espaço de várias semanas entre estas em 12 adultos com cancro num estágio avançado e ansiedade. Esta dose não é comparável a doses mais elevadas administradas a pacientes com doenças mais graves, no entanto, foi capaz de induzir um estado alterado de consciência com um potencial benéfico terapêutico otimizando a segurança do paciente (Grob et al., 2011). Aferiu-se, através do instrumento STAIT (*Trait Anxiety Inventory*), uma redução significativa da ansiedade vivenciada pelos pacientes, o que pode refletir um nível

mais reduzido de *stress* e ansiedade (Grob et al., 2011). A experiência da psilocibina teve um grande impacto na facilitação de laços terapêuticos fortes e melhorou a monitorização psicológica. Conclui-se então que a psilocibina pode oferecer um tratamento alternativo aos tratamentos convencionais.

Relativamente aos efeitos terapêuticos do MDMA, foi realizado um estudo por Johansen e Krebs (2009), em que se verifica a redução do comportamento de evitamento ligado às emoções o que é um alvo comum para todas as perturbações de Ansiedade. O MDMA tem uma combinação de efeitos farmacológicos que num contexto terapêutico podem proporcionar um equilíbrio das emoções ativadas enquanto se sentem seguros e controlados, conforme descrito em relatos de psicoterapia.

A presente revisão de literatura permite reunir um conjunto de argumentos variados que atestam da evidência disponível sobre o potencial terapêutico de várias substâncias psicadélicas sobre a sintomatologia ansiosa, depressiva, sobre o consumo problemático de substâncias, sobre os sentimentos de desesperança e pânico, verificando-se um aumento significativo sobretudo na qualidade de vida e bem-estar psicológico das pessoas que sofrem de ansiedade e são expostas a algum tipo de terapia mediada por substâncias psicadélicas no geral, mas também por ayahuasca no particular. No entanto, esta evidência carece ainda de suporte adicional por parte de ensaios clínicos controlados com humanos, e junto de amostras de maior dimensão, já que os estudos disponíveis apresentam essa limitação. Por outro lado, seria necessário mais estudos específicos que demonstrassem, efetivamente, o potencial da ayahuasca e, também, estudos em que a administração da ayahuasca evidenciasse uma redução da sintomatologia específica da ansiedade como diagnóstico único e não apenas combinada com outros sintomas.

Tendo em conta este corpo de evidência sobre o potencial terapêutico das substâncias psicadélicas, em conjunto com o aumento significativo, ao longo dos últimos anos, da sintomatologia do foro ansioso este estudo poderá apresentar um contributo relevante para a descoberta de novas alternativas terapêuticas no alívio da ansiedade. Assim pretende-se contribuir com uma perspetiva mais compreensiva sobre o papel que pode ser assumido pela ayahuasca na intervenção na ansiedade. Para este efeito procura-se perceber o impacto que a sintomatologia tem no funcionamento dos indivíduos, para depois procurar perceber o impacto que estes têm no funcionamento do indivíduo. Com este objetivo em mente, o estudo propõe-se colocar em evidência os processos psicológicos que emergem após a toma da ayahuasca, mantendo um foco nas alterações reportadas pelos participantes que possam potencialmente refletir um efeito terapêutico desta da substância.

Concluindo, apesar dos resultados acima descritos serem encorajadores e reforçarem a existência de efeitos potencialmente terapêuticos muito promissores, não permitem avançar na compreensão sobre os processos psicológicos que os mecanismos neurais põem em marcha, assim como a relação que esses mesmos apresentam com a experiência das pessoas e, é nesse sentido que o presente estudo pode trazer mais contributos.

2. Método

O presente estudo está integrado num estudo longitudinal “*Long-term effects of ayahuasca in well-being, spirituality and health*” que está a ser realizado com participantes a nível internacional que procuram uma experiência com ayahuasca num centro situado em Iquitos – Perú, o *Temple of the Way of Light* (TOWL). É uma investigação que está a ser realizada com o propósito de recolher evidência acerca do impacto que a experiência com ayahuasca tem em grupos com sintomatologia de ansiedade, de *stress* pós-traumático, de luto e, por fim, depressão.

É no contexto desta investigação que surge o presente estudo, que recorre a uma abordagem qualitativa e fenomenológica, já que se foca na experiência da pessoa, no significado que essa experiência tem para a pessoa e, no sentido que a pessoa dá às experiências (Smith, 2011). A opção da utilização de uma metodologia próxima à fenomenológica prende-se sobretudo pela análise de experiências que têm uma elevada importância existencial para o participante (Smith, 2011).

O estudo em vigor tem como principais objetivos: 1) identificar os acontecimentos de vida que emergiram no discurso dos participantes como tendo sido significativos para o desenvolvimento da ansiedade; 2) identificar os efeitos, percebidos pelos participantes, como mais significativos e que surgiram com mais frequência no curso da experiência com a ayahuasca; 3) identificar os processos psicológicos que emergem antes da experiência com a ayahuasca e, por fim 4) identificar, descrever e compreender os processos psicológicos que emergem durante e na integração da experiência com ayahuasca percebidos pelos participantes como tendo reduzido a sua sintomatologia ansiosa.

2.1. Participantes

Os participantes que integram o presente estudo são pessoas que recorrem ao Centro localizado em Iquitos, no Perú *Temple of the Way of Light* (TOWL) para tomar Ayahuasca num retiro de 15 dias. A amostragem é intencional e representativa do fenómeno, ou seja, as pessoas que integram este estudo foram submetidas à inclusão no estudo através de critérios específicos: 1) ter sido selecionado e participar num futuro próximo (máximo 1 ano) no retiro durante 15

dias no Templo; 2) ter uma idade mínima de 18 anos; 3) compreender e falar fluentemente a língua inglesa; 4) preenchimento do Inventário de Ansiedade de Beck e, por fim, 5) aceitar os procedimentos do estudo e assinar um consentimento informado.

No que concerne aos participantes selecionados, estes são nove (n=9) com especificidades descritas na tabela abaixo apresentada (Cf. Tabela 1).

Tabela 1. Caracterização dos participantes

PA	Sexo	Idade	Nacionalidade	DA	TA	M A	Score (Pré) ¹	Score (Pós) ²
PA1	M	23	EN	S	S	S	41 (<i>potencial cause of concern</i>)	29 (<i>moderate</i>)
PA2	M	21	EN	N	N	N	5 (<i>very low</i>)	0
PA3	F	35	AFN	N	S	N	13 (<i>very low</i>)	4 (<i>very low</i>)
PA4	F	26	AMN	S	S	S	12 (<i>very low</i>)	7 (<i>very low</i>)
PA5	F	48	AMS	N	S	N	29 (<i>moderate</i>)	17 (<i>very low</i>)
PA6	M	26	AMN	S	S	N	5 (<i>very low</i>)	1 (<i>very low</i>)
PA7	M	32	O	N	S	N	28 (<i>moderate</i>)	0
PA8	F	39	AMN	N	N	N	23 (<i>moderate</i>)	12 (<i>very low</i>)
PA9	M	50	<i>Missing</i>	S	N	S	23 (<i>moderate</i>)	0

Legenda: PA (participante com ansiedade) | M (masculino) | F (feminino) | EN (Norte da Europa) | AFN (Norte de África) | AMN (América do Norte) | AMS (América do Sul) | O (Oceânia) | DA (diagnósticos anteriores) | MA (medicação anterior) | TA (terapias anteriores) | S (sim) | N (não).

¹ Foi aplicado o Inventário de Ansiedade de Beck (BAI) 15 dias antes de irem para o TOWL

² Foi aplicado o Inventário de Ansiedade de Beck (BAI) 15 depois de saírem do TOWL

2.2. Instrumentos

2.2.1. Guião da entrevista semiestruturada em profundidade

O estudo utilizou um Guião de Entrevista Semi-Estruturada (Cf. Anexo 1) que se debruçou sobre três grandes áreas: **1) os antecedentes pessoais**, em que o propósito foi enquadrar, na trajetória de vida dos participantes, os acontecimentos de vida que decorreram na experiência com ayahuasca; **2) a experiência com a ayahuasca no TOWL**, em que foi pedido à pessoa para mencionar os eventos mais significativos (ao nível cognitivo, espiritual, somático e emocional) que surgiram na totalidade das cerimónias no qual participaram, dado sempre ênfase e atenção à evolução da expressão/ tonalidade emocional com que os eventos foram relatados e, por fim, **3) a integração dessa experiência** em que o foco é o modo como a pessoa percebe as experiências significativas que relatou, uma vez que os efeitos da planta já passaram. Nesta dimensão, são explorados os processos psicológicos que emergiram na integração e percepção que a pessoa tem no que concerne ao impacto que esta planta tem na sintomatologia ansiosa.

2.3. Procedimentos

2.3.1. Recolha de dados

A recolha de dados foi realizada através da entrevista semi-estruturada realizada por um membro da equipa de investigação que se encontrava como facilitador ao longo das cerimónias e momentos com os participantes. As entrevistas foram gravadas em formato áudio e posteriormente transcritas por nós para posteriormente serem sujeitas a uma análise.

2.3.2. Análise e tratamento de dados

Como já foi referido anteriormente, a presente investigação adotou uma metodologia qualitativa inspirada na abordagem fenomenológica. Num primeiro momento foram transcritas nove entrevistas que permitiram a leitura flutuante e um primeiro contacto com os dados. Posteriormente foi realizada uma análise semi-indutiva dos dados, inspirada nos princípios da *grounded theory* que se prende sobretudo pela análise sistemática e rigorosa dos dados, através de um processo indutivo de produção de conhecimento, e, conseqüentemente a condução a uma interpretação rigorosa dos dados permitindo a utilização de criatividade por parte do investigador dando sentido e significado aos dados analisados (Fernandes & Maia, 2001). A análise temática foi um procedimento de análise igualmente valorizado, já que permite identificar, organizar e oferecer uma maior percepção sobre os significados dos vários temas presentes no conjunto dos dados. Ao dar ênfase ao significado presente no conjunto dos dados, permite conseqüentemente que o investigador compreenda os significados e experiências que são coletivas ou compartilhadas (Braun & Clarke, 2006).

Para analisar os dados de um modo mais aprofundado foi utilizada a codificação dos dados disponíveis nas transcrições previamente realizadas. A codificação permite um trabalho preparatório para a evolução de um pensamento a um nível superior sobre o estudo, ou seja, codificar permite a reflexão profunda sobre os dados e conseqüentemente analisar e interpretar de um modo mais aprofundados dos diferentes significados inerentes disponíveis nos dados (Miles, Huberman & Saldaña, 2013). Os códigos que são utilizados para categorizar a informação não são exclusivamente para esse efeito mas são para auxiliar o investigador a encontrar, extrair e agrupar os segmentos relacionados a uma questão, hipótese, construção ou tema de pesquisa específico permitindo o agrupamento da informação para análises adicionais e conclusões finais (Miles, Huberman & Saldaña, 2013).

A ferramenta que foi utilizada para o tratamento de dados foi o programa N-Vivo 11[®], um programa que simplifica a análise de informação qualitativa. No processo de organização da informação, o conteúdo das transcrições foi agrupado em *nodes* permitindo uma hierarquização do projeto. Os *nodes* funcionam como variáveis que reúnem informações descritivas do texto possibilitando a identificação de tendências (Silva, Figueiredo & Silva, 2015). N-Vivo 11[®] é considerado uma mais-valia para viabilizar a codificação e categorização de uma vasta quantidade de informações, pois é facilitador no processo analítico os dados (Silva, et al., 2015).

3. Resultados e Discussão

Os resultados e a discussão irão ocorrer de acordo com as questões de investigação que foram propostas com base nos objetivos do estudo. Os resultados resultam da análise anteriormente realizada às nove entrevistas e a discussão será integrada de acordo com a pertinência e de modo a complementar os dados que foram recolhidos.

Que acontecimentos de vida foram identificadas pelos participantes como os mais significativos para o desenvolvimento da ansiedade?

Os acontecimentos de vida que foram identificados pelos participantes como sendo os mais significativos para o desenvolvimento da ansiedade foram a **doença física** (n=5), referida 23 vezes, nomeadamente, os **problemas agudos**: “*so... breathing, I couldn't really do it properly, I had to have like operation on my nose, ah...*” (PA7); **problemas crónicos**: “*At 8 I had really bad pain in my abdomen, finally went to the doctor who diagnosed me as pre ulcer, I remember being in that room with my mother and him looking at her and saying this child is 8 years old why is she experiencing pre ulcer stress. Same happened at 11 at 16 at 17*” (PA5);

e **problemas na sequência de um acidente**: “*diagnosed much later as Espino basilar skull fracture*” (PA5).

Outro acontecimento de vida presente no discurso dos participantes como sendo significativo foi a **vitimação** (n=5), referido 20 vezes. Neste tema incluía-se a referência à **violência psicológica, abuso sexual, acidentes pessoais, negligência, suicídio de terceiros, violência física e violência psicológica** “*I could tell you about it. It was sexual abuse, at the ages between three and five. I did not know, I mean... I guess the young me knew, but as a grown up, it never even occurred to me that that would be something. It was like, erased from my memory. Totally a repressed memory, that’s what it was, so...*” (PA3).

E, por fim, o **luto** (n=4), mencionado 5 vezes “*And so, after a while, yeah... when I was twenty my father died, he suicided. So I think what’s kind of... a shock that allowed me to give up the medication because... I could see it didn’t help me.*” (PA1).

No que concerne aos principais acontecimentos de vida mencionados pelos participantes, estes parecem estar relacionados com o desenvolvimento da ansiedade, nomeadamente a doença física que está presente em mais de metade dos participantes deste estudo “*(...) For me, it started like... the biggest problem for me was the blushing, and my avoidance to things because of blushing, and I would wear green makeup underneath my makeup, so I could counter-act the red, and it was like... you know, when people would give me compliments, and it started to become more so that I was afraid of it. And it was just... yeah, I mean, school, and high school, elementary school, all the time I would just... if somebody gave me a compliment, I would shy away, I would like... wear my hair down so that I could cover my face with it, and other people would be like “oh heather, you’re so red. Look how red you are right now” and they would make everything worse.*” (PA4).

Os acontecimentos de vida partilhados pelos nossos participantes são percecionados como eventos que causam *stress* e que podem ser responsáveis pelo desenvolvimento de ansiedade. Tal como é referido na literatura, a resposta da pessoa perante uma determinada situação, com um potencial de *stress* elevado, é influenciada pela junção de determinados fatores ambientais e genéticos, para além da dimensão e frequência do evento (Margis, Picon, Cosner & Silveira 2003). No decorrer do discurso dos nossos participantes a presença de fatores ambientais/genéticos favoráveis ao desenvolvimento de ansiedade são bastante expressivos “*ah... some stuff, some issues with, around, surrounding some interactions with my father. Particularly one situation... so, there was one... ah, interaction that seemed to... ah, characterized, I guess, the entire relationship (...)* I think he was in his... in a very sort of authoritative, like, over the top, from my perception, over the top... authoritative way, and I

was maybe nine, ten years old. Tell me what I needed to do, ah... in terms of chores, it's all sort of fear the stand, ah... yeah. And... under my breath, I said "Jesus Christ", like, as a ten year old... but, at that point, I mean, ironically, he pushed me to the bed and said, ah "I'm gonna nail you". I say Jesus Christ, he says I'm gonna nail you (...)" (PA9); "so I picked the... relationship ah... that was an abusive physically and... verbally, ah... abusive relationship, for about four, five years" (PA7).

Sabemos que o modo como as pessoas lidam com os acontecimentos de vida depende da duração e intensidade do evento e do modo como a pessoa responde à situação ao nível cognitivo, comportamental e fisiológico. Se a resposta a este evento despoletar uma ativação fisiológica frequente, duradoura ou intensa, poderá causar um esgotamento dos recursos da pessoa para lidar com o acontecimento, podendo ser um fator de risco para o desenvolvimento de ansiedade (Margis, Picon, Cosner & Silveira 2003).

Quais são os efeitos que surgiram com mais frequência no curso da experiência com ayahuasca?

Os efeitos percebidos pelos participantes durante as experiências com ayahuasca foram os pensamentos e conteúdos cognitivos (n=9), mencionados 83 vezes, *"but then coming into the fifth ceremony ah... everything calmed down and I kind of sented myself off, and from that and now I feel I worked everything at the moment that I need to this time you know, maybe I'll come back in a few years but at this time I got enough to go back and put into my life and ah... I brought more love towards my family members now as well and... yeah... Ah... They going to find weird me going back home early in the morning, and stuff like that, you? It's been amazing"* (PA2) e as sensações físicas (n=9), mencionadas 52 vezes *"So... basically what happened in the first ceremonies like... they was is shafted my body, I could feel, you know..."* (PA1); *"Like, you experience that. You saw it. You visualized it. You felt it. Great."* (PA8).

Após a descrição dos principais efeitos que ocorreram durante as cerimónias com ayahuasca foi possível concluir, através do discurso dos participantes, que estes eram importantes para o processo de recuperação, sendo importante referir que todo o conteúdo vivenciado nas cerimónias, nomeadamente memórias reprimidas, revivência de situações passadas, *insights* sobre diversas situações do passado e sobre o futuro, complementa, de um certo modo, os processos psicológicos que emergiram durante e após a experiência.

Quais foram os processos psicológicos que emergiram antes da experiência com a ayahuasca como sendo mais significativos e o qual o seu impacto nos participantes?

Os processos psicológicos que emergiram antes da experiência com ayahuasca com mais frequência e como sendo os mais significativos foram: a **desconexão do self** e a **autodepreciação**. É fundamental destacar a existência destes processos psicológicos, na medida em que ilustram parte do sofrimento vivenciado pelos nossos participantes no decorrer da sua experiência com ansiedade, sendo perceptível, através do discurso destes, o impacto que a ansiedade tinha no seu funcionamento.

A **desconexão do self** é uma desconexão de si mesmo, do fluxo natural de respostas, necessidades e ansiedade, criando desconforto, falta de autenticidade e uma sensação de isolamento no mundo (Jordan, 1995). Este processo psicológico foi referido por cinco participantes (n=5), mencionado no total 8 vezes "*(...) I... was feeling most lost (...) just feeling directionless, out of touch with my, any sense of passion, any sense of like... purpose. And... just felt disconnected from myself (...)*" (PA6).

Já a **autodepreciação** é quando a própria pessoa tem uma percepção, sobre si mesma negativa, desvalorizando todas as características que estão inerentes a si. É importante salientar que a autocrítica punitiva contribui para a ansiedade pois induz a sensação de inadequação, deficiência e vergonha quando as pessoas não conseguem cumprir seus próprios padrões ideais (Leung & Khor, 2017). Este processo psicológico foi referido por quatro participantes (n=4) e mencionado 6 vezes "*I feel like that's kind of what started off that I believed that, you know, I wasn't good enough for anything else*" (PA7).

De todos os processos psicológicos que emergiram antes da experiência (Cf. Anexo 3), a maior parte teve um impacto **negativo** (n=7) tendo sido mencionados 22 vezes "*And... I tended to be a people pleaser, and the isolation was kind of a form of protection. Ah... anxiety would come from.... What I would perceive from other people, was simple situations, especially social situations. And my... the... my brain would think of all the many different stories and, you know, I would become overwhelmed and I... yeah, I wouldn't know where to...*" (PA9). Por outro lado, existiram processos psicológicos que ocorreram antes da experiência que tiveram um impacto **positivo** (n=4), mencionados 9 vezes "*I stayed at Kripalu for another several months. I got really strong and my body really connected with the part of me that yoga was developing stayed in the teacher training. I was at the peak of my physical mental emotional spiritual fitness*" (PA5), ainda assim, o impacto foi **indistinto** para três participantes (n=3) mencionado três vezes "*No... and reason why I never did was because hate being out of control. Ah... which I found it a little bit humorous, but... I'd refuse to do anything that led me out of control, and I decided to do Ayahuasca*" (PA7).

É possível concluir que a maior parte dos processos psicológicos que emergiram antes da experiência com a ayahuasca têm um impacto negativo nos participantes. Posto isto, denota-se na maior parte do discurso destes, a partir da experiência com ayahuasca, uma ausência gradual na menção de temas associados a estes mesmos processos.

Quais são os processos psicológicos que emergem durante a na integração da experiência com ayahuasca que possuem um potencial terapêutico para os participantes?

Irão ser descritos de seguida os processos psicológicos que emergiram durante a experiência com a ayahuasca e na fase da sua integração, e que foram percebidos pelos participantes como contribuindo de forma mais relevante e frequente para o alívio dos sintomas de ansiedade.

Tomada de consciência

A tomada de consciência acontece quando a pessoa tem a capacidade de perceber que algo está a acontecer/existe/é. O processo psicológico emerge em todos os participantes (n=9), sendo mencionado 29 vezes, durante e imediatamente após as cerimónias “*So... the anxiety itself... is gone. Not completely! Ah... I feel like it's imprint is still there, but... as long as I keep seeing me, it.. it will be ok, you know? There's a huge difference in myself, just being able to see her, it... it just changes everything. Absolutely changes everything.*” (PA7).

No que concerne ao potencial terapêutico deste processo psicológico, sabe-se que geralmente, a tomada de consciência desenvolve uma manutenção contínua de percepções cognitivas específicas em relação a determinadas situações, ou seja, estas vão surgindo espontaneamente na consciência provocando uma atitude não reativa em relação aos próprios pensamentos e emoções (Krisanaprakornkit, Krisanaprakornkit, Piyavhatkul & Laopaiboon, 2006). A tomada de consciência auxilia na adaptação do padrão antigo de reações perante determinados eventos que, na maior parte das vezes, era mal adaptado à realidade externa (Krisanaprakornkit, Krisanaprakornkit, Piyavhatkul & Laopaiboon, 2006). Denota-se, através do discurso dos participantes, um alívio da sintomatologia a partir do momento em que tomam consciência da existência da ansiedade “*ah... I didn't realize how much have to deal with coming here, you know, I was quite a happy person ah... but I realized I was stressed and ... how angry I could get, how Anxious I get... you know, there was a lot to it ...It's brought me through... yeah! It's being difficult but I feel absolutely amazing now.*” (PA2). Segundo a perspectiva da *gestalt* a consciência, por si só, pode ser terapêutica, dado que, com uma perspectiva mais aprofundada sobre as suas experiências, as pessoas podem usar a sua

capacidade de se autorregular, criar e ser espontânea, com o objetivo de fazer escolhas responsáveis que vão de encontro às suas necessidades e desejos (Perls,1969, cit.in Leung & Khor, 2017).

Autoconhecimento

O autoconhecimento é um processo de conhecimento aprofundado sobre as dimensões (relacional, emocional, cognitiva, comportamental, espiritual) do *self*. O presente processo psicológico foi referido por oito participantes (n=8) e, mencionado 24 vezes, durante e imediatamente após as cerimónias *“let me see... I had an interesting experience last night, like, for a split moment... so, I was feeling a lot of fear, at one point, and anxiety. And at one point, I experienced myself, very instinctively, in a very short amount of time, as a baby in my mother’s womb. And I felt my mom sense of like... panic, and anxiety. And how she wasn’t happy about my c-section, she was going through a depression at the time... and I had a moment of like... realizing that sometimes the anxiety that I get is actually what I felt in the womb. Which is interesting. I... this is new to me, just happened last night. So... I’m curious about it, yeah...”* (PA6). Segundo Shedler (2010), os pensamentos que surgem como desejos, medos, fantasias, sonhos, etc., são uma fonte rica de informações no que diz respeito ao modo como a pessoa se vê a si mesma e aos outros. É neste âmbito que o autoconhecimento contribui para a pessoa encontrar um maior prazer e um significado para a vida (Shedler, 2010). Posto isto, podemos inferir que, através do autoconhecimento, existe um processo de desenvolvimento pessoal positivo que tem influência no processo de diminuição da sintomatologia ansiosa e que está a ser evocado de forma expressiva pela quase totalidade dos participantes no estudo.

Exposição ao problema

A exposição ao problema é considerada uma das ferramentas clínicas mais úteis para modificar pensamentos, sentimentos e comportamentos ansiosos pois testa a validade de crenças disfuncionais, reforçando crenças adaptativas através da exposição (Clark & Beck, 2010). O presente processo psicológico foi referido por sete participantes (n=7), mencionado 11 vezes, *“So... It took me back to when I was a child and... I see myself on a swing... I felt of the swing... That’s when my anxiety started but were saying to me: “Anxiety is good to have when you are younger because keeps you away of danger” but I kept told them I get him and I let it go ah...”* (PA2). É notório, através do discurso dos participantes que a exposição ao problema despoletou uma perceção mais adaptativa do que é a ansiedade, o que consequentemente pode contribuir para uma diminuição da sintomatologia.

Catarse Emocional

A catarse emocional caracteriza-se pela libertação de inúmeras emoções com elevada profundidade e amplitude (Belser et al., 2017). Poderão ser vividas emoções de alívio, alegria, amor e, por outro lado, momentos de dificuldade emocional tais como desespero, medo e tristeza. Poderão também ser experienciadas emoções prolongadas, fortes ou reprimidas (Belser et al., 2017). O referido processo psicológico esteve presente no discurso de seis participantes (n=6), mencionado 19 vezes, nomeadamente durante as cerimónias realizadas com ayahuasca.

Apesar das evidências empíricas serem escassas no que diz respeito à exploração do potencial terapêutico deste processo psicológico, conseguimos, através do discurso dos participantes, concluir que este processo psicológico pôde, aparentemente, contribuir para a **libertação de emoções associadas à dificuldade aliada ao processo de recuperação** “*And the first one that we came, I immediately broke down in tears, because it was just like... hearing myself tell this story, like... tell my story, about anxiety and about self-judgement, this self-doubt, it’s so hard, and it’s also hard to even feel people’s compassion for me.*” (PA4); também foi possível inferir que **libertaram emoções que lhes permitiu ter uma visão diferente do significado que está inerente à sua vida** “*But let alone somebody that age. So... I asked, I remember really asking that question. I said “mother ayahuasca, do you think I’m worthy of love?”. And her answer, I will never forget that answer, it’s gonna be in my memory even if I get Alzheimer someday. She said “how can you be deserving of something that is your very essence? You are love”. And that knowledge, oh my god.... The tears were just like tu tu tu tu, I could hear them in the bucket, you know? So it’s just given me such a beautiful and profound experience, I have no words to... even when I’m saying now, it feels like it’s not doing justice to how profound this whole thing has been*” (PA3). Finalmente, a catarse emocional surgiu **associada à tomada de consciência de determinadas situações que ocorreram e que auxiliaram os participantes a obter respostas significativas** “*ah, so yeah... it showed me me, and it showed me as.. well, I showed me me, ah... as I... little five year old girl, where she was just like... beaten the crap out, she was bleeding everywhere, black eyes, ah... and she was so fucking scared, petrified and angry and ... yeah, just started feeling compassion and warmth and love and... (...) Ah... I... realized that I was the one that had beaten the crap out of her, ah... and I just started getting.... Yeah, really really sad, I was crying, ah... and I just hugged myself, cause I realized that’s all she ever wanted, was just to be looked after and loved, and hugged, and I kept saying that over and over again, you know, “I see you, I see you, I see you” and.. yeah, it was fantastic, it was a huge eye opener*” (PA7).

Autoaceitação

A autoaceitação é a redução da autocrítica e desenvolvimento de um diálogo aberto entre o *topdog* (dever, valores,...-semelhante ao superego freudiano) e o *underdog* (instinto...-semelhante ao id freudiano) (Elliott & Greenberg, 1997; Elliott, Watson, Goldman & Greenberg, 2004, cit. in Leung & Khor, 2017). Este processo psicológico esteve presente no discurso de seis participantes (n=6), e foi mencionado 16 vezes como um processo que emerge durante e imediatamente após as cerimónias “*like I knew that I’d beaten myself up for so many years, like I’m so critical towards myself, ah... and hating toward myself, but it’s very different, intellectually, knowing that and like emotionally saying it, so... yeah, it was really good, it was really good to actually see her for the first time, and see what I’d done to her, and for the first time, there was no... there was no criticism on my part, for what I had done to her. I just saw it as it was*” (PA7). Como já foi referido anteriormente, com o propósito de compreender o processo psicológico que emergiu antes da experiência com ayahuasca (*autodepreciação*), temos conhecimento que a autocrítica punitiva contribui para a ansiedade. Neste âmbito, podemos concluir que este processo psicológico suscitou um sentimento de paz e tranquilidade nos participantes “*that deep inner peace that it give me... I know the feeling and I can take that back with me in the end... and get back to that place*” (PA2) consequência da aceitação, do não julgamento e da evitação de estados sem sentido que parecem estar relacionados de forma consistente com a redução da sintomatologia ansiosa (Woodruff et al., 2014).

Reconexão com o mundo

A reconexão com o mundo existe quando a pessoa deixa de sentir-se impotente, para passar a sentir-se incluída num todo maior, com uma nova sensação de fortalecimento e sentido para viver a sua vida com significado (Belser et al., 2017). A pessoa sente que pertence e é aceite dentro das suas comunidades e do universo como um todo (Belser et al., 2017). Este processo psicológico foi aludido por seis participantes (n=6) num total de 15 vezes, como um processo emergente durante e imediatamente após as cerimónias “*I’m a part of something so much greater than myself, ah... just being around all the plants, like... being in the Amazon, but also... learning from the Maestros about the healing power of these plants. (...) And I wasn’t in touch with that, like... I didn’t (...) through that process, I feel like I am more in touch with what it means to be human.*” (PA6). Através da sensação de pertença a algo maior, os participantes recuperam um sentido de significado da vida e do que é ser humano. Este processo demonstra, no âmbito do desenvolvimento pessoal, a sensação de que não está sozinho/a e que pode contribuir para a comunidade de um modo útil. Podemos inferir que o facto de o

participante se focar nos aspetos de conexão com a experiência também pode diminuir as preocupações de autoavaliação, dado que esta tende a satisfazer a necessidade de pertencer a algo que muitas vezes os conduz (Leary, 1999; Nathanson, 1987 cit in Neff, Kirkpatrick & Rude, 2007). Por outro lado, o modelo gestalt defende que a ansiedade é consequência da negligência das necessidades pessoais e, em contrapartida, um dos modos de intervir prende-se com a promoção da consciência e conhecimento do ambiente externo e a interligação entre o “eu” e o contexto (Joyce & Sills, 2010, cit. in Leung & Khor, 2017).

Reconhecimento dos sintomas físicos e situações que provocam ansiedade

O reconhecimento dos sintomas físicos e situações que provocam ansiedade é uma capacidade desenvolvida para a pessoa se automonitorizar com o objetivo de identificar pensamentos automáticos (Clark & Beck, 2010). O presente processo psicológico foi aludido por cinco participantes (n=6) e mencionado 14 vezes, *“Ah... my belief is that... anxiety it’s like fear of the future, so... I feel like my anxiety was... her anxiety, because she couldn’t trust me. I have noticed, since being here, my breathing has improved... slowly and slowly. But... it’s strange, it’s kind of like a trust.... I need to trust her, and she needs to trust me kind of thing. But I feel like the anxiety was hers. The anxiety was my inner child, was myself, you know... of worrying that my mind was going to destroy us, pretty much.”* (PA7). Sabe-se que, na ansiedade, a avaliação primária da ameaça é desproporcional em relação à ameaça real pois, existe uma generalização de situações e de estímulos erradamente percecionados como ameaçadores (Clark & Beck, 2010). As diversas respostas defensivas (fisiológicas e comportamentais) são mobilizadas inadequadamente para lidar com a ameaça o que consequentemente tem um impacto negativo no bem-estar do indivíduo (Clark & Beck, 2010).

Para intervir na ansiedade surge então a identificação de situações que provocam ansiedade, classificando o seu nível de intensidade e observando os sintomas físicos primários e as respostas comportamentais (Clark & Beck, 2010). *“The breath... the breath and... even just the way that I reminded myself about the breath, is that... I found, before, like, it hasn’t designated for me to like, just breathe. But when I hear people say that to other people, and I’m sure that I’ve said it to any people, “just breathe”, it’s so condescending and it’s so... insensitive to the fact that it is really hard for me, and I’m sure for other people. So just saying “the breath” to myself, “the breath, the breath”... I felt like it was locking in, I felt like with every big green splash and memory of that, it was solidifying. I felt like I was solidifying, making new pathways in my head, and it was...the thought the days that followed, walking up the path*

back to my Temple, or... chatting with somebody, or eating, or... anything like making a decision, it was just like “the breath, the breath” (PA4).

Qual o impacto dos processos psicológicos que emergem durante e na integração da experiência?

De todos os processos psicológicos que emergiram durante e na integração da experiência (Cf. Anexo 3), todos os participantes (n=9) referem a seu respeito impacto **positivo** (n=9), emergindo esta percepção positiva sobre a globalidade dos processos psicológicos emergentes nestas etapas um total de 159 vezes “(...)E: *do you see any connection between your anxiety and social isolation?*(...)P: *you know what? To be honest with you, I didn’t... but I’m starting to, yeah. And what was interesting between the second time going to the Temple, and now, was this slow... there was a slow change, in terms of me being, going to social situations, feeling anxious before and... even though, in the past, that anxiety would remain in a social situation, I did noticed that... once the anticipation was gone, once I was at the social interaction, I was actually ok, most of the times. Or a lot better.*”(PA9). Com uma frequência significativamente menor, surgiram processos psicológicos que tiveram um impacto **negativo** nos participantes (n=5), mencionados 18 vezes “So... *that was petrifying, ah... my intention was trust, “show me my trust... because I don’t trust anyone, or myself”. What happened... for a very long time and... it offered me three... opportunities to go into my darkness, and everytime I freaked out and said “no”. and I was rewarded with... pain, excruciating pain, all through my body, ah... and horrible nausea, and like restlessness, I was trynna... I wanted to get out of my own body and I couldn’t.*”(PA7).

4. Conclusões

Após a apresentação dos resultados, podemos concluir que os processos psicológicos que emergem durante e, na integração, da experiência com ayahuasca como sendo os mais significativos são a tomada de consciência, o autoconhecimento, a exposição ao problema, a catarse emocional, a autoaceitação, a reconexão com o mundo e o reconhecimento de sintomas físicos e das situações que provocam ansiedade. Estes processos psicológicos suportam o potencial terapêutico da substância através da redução significativa da sintomatologia ansiosa, tornando-se evidente, tanto no discurso dos participantes, como nos resultados obtidos no instrumento BAI que recolheu dados quinze dias antes e depois da ida dos participantes para o TOWL (Cf. Tabela 1).

Destacamos que, no que diz respeito à percepção que os participantes exibem sobre o impacto destes processos psicológicos, existem contrastes substanciais entre a percepção predominante no período anterior à experiência com a ayahuasca, e no período da experiência propriamente dita e sua integração. Antes da experiência com ayahuasca, os temas que emergiam do discurso dos participantes sobre a sua experiência remetiam para processos psicológicos (como a autodepreciação ou a *desconexão com o self*) com um pendor predominantemente negativo. Em contrapartida, os processos psicológicos que emergiram durante e na integração da experiência com ayahuasca tiveram foram percebidos como exibindo um impacto quase exclusivamente positivo. Posto isto, podemos afirmar que os processos psicológicos que emergiram antes são contrastantes com os processos psicológicos que emergiram durante e na integração da experiência com ayahuasca. Este contraste emerge não só nos tipos de processos psicológicos identificados, como na avaliação do seu impacto. Deste modo, o sentido da análise conduzida reforça que, para além do potencial terapêutico da experiência com a ayahuasca para o alívio da ansiedade poder ser reconhecido, parece ocorrer uma evolução notória do carácter dos processos que emergiram antes e durante/na integração da experiência.

No que concerne às limitações deste estudo, foi necessário, para interpretar os processos psicológicos que emergiram no discurso dos participantes, um foco em diferentes modelos de compreensão da ansiedade, o que acaba por limitar a visão no que diz respeito à compreensão que é realizada e do modo como o processo psicológico atua na redução da sintomatologia. Por outro lado verifica-se uma atenuação dos sintomas de ansiedade durante e após, no entanto, não percecionamos se esses se mantêm ao longo do tempo.

Em relação a sugestões para futuras investigações seria necessário mais estudos que se focassem em aspetos mais experienciais e compreensivos no que concerne ao potencial terapêutico da ayahuasca na sintomatologia ansiosa, e outros sintomas, de modo a dar um corpo de evidência empírica mais coeso. Seria igualmente fundamental a realização de estudos qualitativos longitudinais que procurassem perceber se a atenuação dos sintomas se mantêm ao longo do tempo, após o regresso da pessoa ao seu contexto. Por outro lado, são necessários estudos que explorem o potencial terapêutico em diferentes diagnósticos, na medida em que poderia ser um complemento útil e empiricamente validado no seu processo de intervenção. Por fim, seria crucial investigação que permitisse compreender de que modo é que a ayahuasca poderia ser integrada adequadamente na nossa cultura e através de modelos de intervenção médica, psicológica e psiquiatra suportados em evidência.

Em suma, de acordo com o que foi referido anteriormente, este estudo permitiu contribuir para a compreensão dos processos psicológicos que os mecanismos neurais põem em marcha, assim como a relação que estes mesmos apresentam com a experiência das pessoas. Estes emergiram durante e na integração das experiências com ayahuasca e tiveram um papel preponderante na atenuação da sintomatologia ansiosa, o que nos permite inferir que existe, efetivamente, um potencial terapêutico da ayahuasca percebido de forma evidente por indivíduos com sintomas de ansiedade. Este estudo torna-se ainda mais importante na medida em que, para além de ser um dos sintomas mais prevalentes na atualidade, a sua prevalência tem vindo a crescer ao longo dos anos.

5. Referências bibliográficas

- American Psychiatric Association (2014). *DSM-5. Manual de Diagnóstico e Estatístico das Perturbações Mentais*, 5ª Edição. Lisboa: Climepsi Editores.
- American Psychological Association (2018). *Psychology topics-Anxiety*. Consultado em: American Psychological Association em <http://www.apa.org/topics/anxiety/>
- Arch, J. J., & Craske, M. G. (2008). Acceptance and commitment therapy and cognitive behavioral therapy for anxiety disorders: Different treatments, similar mechanisms?. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 15(4), 263-279.
- Batista, M. A., & Oliveira, S. M. D. S. S. (2005). Sintomas de ansiedade mais comuns em adolescentes. *Psic: Revista da Vetor Editora*, 6(2), 43-50.
- Belzung, C., & Griebel, G. (2001). Measuring normal and pathological anxiety-like behaviour in mice: a review. *Behavioural brain research*, 125(1-2), 141-149.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology*, 3(2), 77-101.
- Carhart-Harris, R. L., Bolstridge, M., Rucker, J., Day, C. M., Erritzoe, D., Kaelen, M., Bloomfield, M., Rickard, J. A., Forbes, B., Feilding, A., Taylor, D., Pilling, S., Curran, V. H. & Nutt, D.J. (2016). Psilocybin with psychological support for treatment-resistant depression: an open-label feasibility study. *The Lancet Psychiatry*, 3(7), 619-627.
- Carvalho, Á. A. D., Mateus, P., Nogueira, P. J., Farinha, C. S., Oliveira, A. L., Alves, M. I., & Martins, J. (2016). Portugal Saúde Mental em Números, 2015. *Portugal Saúde Mental em Números, 2015*, 5-113.
- Clark, D. A., & Beck, A. T. (2010). *Cognitive Therapy of Anxiety Disorders: Science and Practice*. New York: Guilford Press.
- DiTomasso, R. A., & Gosch, E. A. (2002). *Comparative treatments for anxiety disorders*. Berlin: Springer Publishing Company.
- Fernandes, E. M. & Maia, A. (2001). *Métodos e técnicas de avaliação: Contributos para a prática e investigação psicológicas*. Centro de Estudos da Criança da Universidade do Minho: Braga.
- Gasser, P., Holstein, D., Michel, Y., Doblin, R., Yazar-Klosinski, B., Passie, T., & Brenneisen, R. (2014). Safety and efficacy of lysergic acid diethylamide-assisted psychotherapy for anxiety associated with life-threatening diseases. *The Journal of nervous and mental disease*, 202(7), 513.

- Grob, C. S., Danforth, A. L., Chopra, G. S., Hagerty, M., McKay, C. R., Halberstadt, A. L., & Greer, G. R. (2011). Pilot study of psilocybin treatment for anxiety in patients with advanced-stage cancer. *Archives of general psychiatry*, *68*(1), 71-78.
- Grupe, D. W., & Nitschke, J. B. (2013). Uncertainty and anticipation in anxiety: an integrated neurobiological and psychological perspective. *Nature Reviews Neuroscience*, *14*(7), 488-501.
- International Center for Ethnobotanical Education Research & Service. (2012). *More about Ayahuasca-History*. Consultado em ICEERS em: <http://www.iceers.org/moreaboutayahuasca.php?lang=en>
- Johansen, P., & Krebs, T. (2009). How could MDMA (ecstasy) help anxiety disorders? A neurobiological rationale. *Journal of Psychopharmacology*, *23*(4), 389–391. Consultado em: <https://doi.org/10.1177/0269881109102787>
- Jordan, J. V. (1995). *Relational awareness: Transforming disconnection*. Wellesley: Stone Paper.
- Krisanaprakornkit, T., Krisanaprakornkit, W., Piyavhatkul, N., & Laopaiboon, M. (2006). Meditation therapy for anxiety disorders. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, (1), CD004998. Consultado em: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004998.pub2>
- Labate, B. C., & Cavnar, C. (2013). *The therapeutic use of ayahuasca*. Berlin: Springer.
- Lawn, W., Hallak, J. E., Crippa, J. A., Santos, R., Porffy, L., Barratt, M. J., Ferris, J.A., Winstock, A.R. & Morgan, C. J. (2017). Well-being, problematic alcohol consumption and acute subjective drug effects in past-year ayahuasca users: a large, international, self-selecting online survey. *Scientific reports*, *7*(1), 15-201.
- Leung, G. S. M., & Khor, S. H. (2017). Gestalt Intervention Groups for Anxious Parents in Hong Kong: A Quasi-Experimental Design. *Journal of Evidence-Informed Social Work*, *14*(3), 183-200.
- Margis, R., Picon, P., Cosner, A. F. & Silveira, R. O. (2003). Relação entre os estressores, estress e ansiedade. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, *25*(1), 65-74.
- Marques, E. L. L., & de Borba, S. (2016). Como lidar com o transtorno de ansiedade generalizada na perspectiva da terapia cognitivo-comportamental. *Synthesis-Revista Digital FAPAM*, *7*(7), 82-97
- McKenna, D., & Riba, J. (2015). New World Tryptamine Hallucinogens and the Neuroscience of Ayahuasca. *Current Topics in Behavioral Neurosciences*, *36*(1), 283-311. Consultado em: https://doi.org/10.1007/7854_2015_368

- Melnick, J. (2003). Conflict. *Gestalt Review*, 7(3), 175-179.
- Metzner, R. (2005). *Sacred vine of spirits: Ayahuasca*. Vermont: Park Street Press.
- Miles, M. B., Huberman, A. M., & Saldaña, J. (2013). *Qualitative data analysis*. London: Sage Publications.
- Neff, K. D., Kirkpatrick, K. L. & Rude, S. S. (2006). Self-compassion and adaptive psychological functioning. *Journal of Research in Personality*, 41(1), 139-154.
- Osório, F. D. L., Sanches, R. F., Macedo, L. R., Santos, R. G., Maia-de-Oliveira, J. P., Wichert-Ana, L., Araujo, D. B., Riba, J., Crippa, J. A. & Hallack, J. E. (2015). Antidepressant effects of a single dose of ayahuasca in patients with recurrent depression: a preliminary report. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 37(1), 13-20.
- Pires, A.P.S., Oliveira, C.D.R., & Yonamine, M. (2010). Ayahuasca: uma revisão dos aspectos farmacológicos e toxicológicos. *Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada*, 31(1), 15-23.
- Riba, J., Rodríguez-Fornells, A., Urbano, G., Morte, A., Antonijoan, R., Montero, M., Callaway, J. C. & Barbanoj, M. J. (2001). Subjective effects and tolerability of the South American psychoactive beverage Ayahuasca in healthy volunteers. *Psychopharmacology*, 154(1), 85-95. doi: 10.1007/s002130000606
- Riba, J., Valle, M., Urbano, G., Yritia, M., Morte, A., & Barbanoj, M. J. (2003). Human pharmacology of ayahuasca: subjective and cardiovascular effects, monoamine metabolite excretion, and pharmacokinetics. *Journal of Pharmacology and Experimental Therapeutics*, 306(1), 73-83.
- Rios, M. D. (1984). *Visionary vine: hallucinogenic healing in the Peruvian Amazon*. Long Grove: Waveland Press.
- Ross, S., Bossis, A., Guss, J., Agin-Liebes, G., Malone, T., Cohen, B., Mennenga, S. E., Belser, A., Kalliontzi, K., Babb, J., Su, Z., Corby, P. & Schmidt, B. L. (2016). Rapid and sustained symptom reduction following psilocybin treatment for anxiety and depression in patients with life-threatening cancer: a randomized controlled trial. *Journal of psychopharmacology*, 30(12), 1165-1180.
- Santos, R. G. D, Osório, F. L., Crippa, J. A. S., & Hallak, J. E. (2016). Antidepressive and anxiolytic effects of ayahuasca: a systematic literature review of animal and human studies. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 38(1), 65-72.
- Santos, R. G. D. (2009). Efeitos da Ayahuasca em medidas psicométricas de pânico, ansiedade e desesperança. *Revista de Antropologia Social*, 1(2), 139-143.

- Santos, R. G. dos. (2011). *Efeitos da ingestão de Ayahuasca em estados psicométricos relacionados ao pânico, ansiedade e depressão em membros do culto do Santo Daime* (Dissertação de Mestrado não publicada). Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília, Brasília. Consultado em: <http://repositorio.unb.br/handle/10482/9223>
- Shanon, B. (2002). *The antipodes of the mind: Charting the phenomenology of the ayahuasca experience*. New York: Oxford University Press.
- Shedler, J. (2010). The efficacy of psychodynamic psychotherapy. *American Psychologist*, 65(2), 98-109. Consultado em: <http://dx.doi.org/10.1037/a0018378>
- Silva, D. P. A., Figueiredo, D. B., & Silva, A. H. (2015). O poderoso NVivo: Uma introdução a partir da análise de conteúdo. *Revista Política*, 24(2), 119-134.
- Smith, J. (2011). Evaluating the contribution of interpretative phenomenological analysis. *Health Psychology Review*, 5:1, 9-27. doi: 10.1080/17437199.2010.510659
- Thomas, G., Lucas, P., Capler, N. R., Tupper, K. W., & Martin, G. (2013). Ayahuasca-assisted therapy for addiction: results from a preliminary observational study in Canada. *Curr Drug Abuse Rev*, 6(1), 30-42.
- Vandenberghe, L., & Sousa, A. C. A. D. (2006). Mindfulness nas terapias cognitivas e comportamentais. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 2(1), 35-44.
- Vollenweider, F. X., & Kometer, M. (2010). The neurobiology of psychedelic drugs: implications for the treatment of mood disorders. *Nature Reviews Neuroscience*, 11(9), 642-651.
- Woodruff, S. C., Arnkoff, D. B., Glass, C. R., & Hindman, R. K. (2014). Mindfulness and Anxiety. *The Wiley Blackwell Handbook of Mindfulness*, 1(1) 732-754.
- World Health Organization (2017). *Depression and Other Common Mental Disorders-Global Health Estimates*. Consultado no website World Health Organization: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/WHOMSD?sequence=1>
- World Health Organization (2017). *Mental Health in the workplace*. Consultado no website World Health Organization: http://www.who.int/mental_health/world-mental-health-day/2017/en/

ANEXOS

Anexo 1- Guião da Entrevista Semiestruturada

Interview Protocol

A) Personal Background

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

When have those events happened?

What happened?

Who were the people involved?

In which context did those events took place?

B) The Ayahuasca Experience at the TOWL

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

How did the experience start?

When and how did it peak?

How did it end?

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

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

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

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

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

C) Integration

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

You have experienced these events with ayahuasca.

Why do you consider these events have an impact on your diagnosis/mental illness at this moment?

Anexo 2- Sistema de categorias

1. Sujeito

1.1. Acontecimentos de Vida

1.1.1. Circuncisão masculina

1.1.2. Consumo de Substâncias

1.1.2.1. Alcoolismo

1.1.2.2. Drogas

1.1.3. Descoberta da orientação sexual

1.1.4. Divórcio

1.1.5. Doença física

1.1.5.1 Problemas agudos

1.1.5.1.1. Doença hepática

1.1.5.1.2. Operação cirúrgica invasiva

1.1.5.1.3. Problemas gástricos

1.1.5.1.4. Problemas respiratórios

1.1.5.2. Problemas crónicos

1.1.5.2.1. Fadiga crónica

1.1.5.2.2. Outras doenças

1.1.5.2.3. Psoríase

1.1.5.2.4. Rubor

1.1.5.2.5. Sintomas físicos incomuns

1.1.5.2.7. Úlcera nervosa

1.1.5.3. Problemas na sequência de acidentes

1.1.5.3.1. Fratura craniana

1.1.6. Doença Mental

1.1.6.1. Ansiedade

1.1.6.2. Antecedentes na família

1.1.6.3. Depressão

1.1.6.4. Hiperatividade e défice de atenção

1.1.6.5. Ideação suicida

1.1.6.6. Instabilidade emocional

1.1.6.7. Comportamento para-suicidário

1.1.7. Encontro de uma vocação profissional

- 1.1.8. Evento traumático
- 1.1.9. Experiência laboral negativa
- 1.1.10. Luto
- 1.1.11. Menopausa precoce
- 1.1.12. Mudança de hábitos do cotidiano
- 1.1.13. Mudança de localidade ou país
- 1.1.14. Separação de uma figura significativa
- 1.1.15. Traição amorosa
- 1.1.16. Vitimação
 - 1.1.16.1. Abuso Sexual
 - 1.1.16.2. Acidentes pessoais
 - 1.1.16.3. Negligência
 - 1.1.16.4. Rejeição
 - 1.1.16.5. Suicídio de terceiros
 - 1.1.16.6. Violência física
 - 1.1.16.7. Violência psicológica

1.2. Quando

- 1.2.1. Primeira Infância
- 1.2.2. Infância
- 1.2.3. Adolescência
- 1.2.4. Idade Adulta

1.3. Quem

- 1.3.1. Família
- 1.3.2. Figura de Vinculação Primária
- 1.3.3. Irmãos
- 1.3.4. Namorado
- 1.3.5. Outras Figuras

1.4. Terapias anteriores

- 1.4.1. Quais
 - 1.4.1.1 Ayahuasca
 - 1.4.1.2. Holísticas ou Alternativas
 - 1.4.1.3. Médicas
 - 1.4.1.4. Psicoterapêuticas
 - 1.4.1.5. Psiquiátricas

- 1.4.2. Como avalia
 - 1.4.2.1. Eficazes
 - 1.4.2.2. Pouco eficazes
 - 1.4.2.3. Sem Opinião

2. Expectativas

- 2.1. Dimensões para procurar o TOWL
 - 2.1.1. Alívio para uma patologia orgânica
 - 2.1.2. Depressão
 - 2.1.3. Ansiedade
 - 2.1.4. Desenvolvimento pessoal

3. Experiência

- 3.1. Dimensões da Experiência
 - 3.1.1. Pensamentos e Conteúdos Cognitivos
 - 3.1.2. Ações e Comportamentos
 - 3.1.3. Emoções e Conteúdos Emocionais
 - 3.1.4. Sensações físicas
 - 3.1.5. Espiritual
- 3.2. Elementos do Setting
 - 3.2.1. Ícaros
 - 3.2.2. Grupo
 - 3.2.3. Facilitadores
 - 3.2.4. Maestros
 - 3.2.5. Atividades
 - 3.2.6. Outros
 - 3.2.6.1. Dieta
 - 3.2.6.2. Dose
 - 3.2.6.3. Natureza
 - 3.2.6.4. Pessoas no geral

4. Processos Psicológicos

- 4.1. Quando
 - 4.1.1. Antes da experiência no TOWL
 - 4.1.2. Durante as experiências com a ayahuasca
 - 4.1.3. Imediatamente após as cerimónias
- 4.2. Avaliação

- 4.2.1. Positiva
- 4.2.2. Negativa
- 4.2.3. Indistinta
- 4.3. Quais
 - 4.3.1. Aceitação da imprevisibilidade dos acontecimentos
 - 4.3.2. Autoaceitação
 - 4.3.3. Autoconfiança
 - 4.3.4. Autoconhecimento
 - 4.3.5. Autodepreciação
 - 4.3.6. Autorregulação do *self*
 - 4.3.7. Tomada de consciência
 - 4.3.8. Catarse Emocional
 - 4.3.9. Conexão
 - 4.3.10. Conexão com o corpo
 - 4.3.11. Desconexão do corpo
 - 4.3.12. Desconexão do *self*
 - 4.3.13. Exposição ao problema
 - 4.3.14. Flexibilidade cognitiva
 - 4.3.15. Gratidão
 - 4.3.16. Identificação de estratégias de coping alternativas
 - 4.3.17. Isolamento
 - 4.3.18. Metacognição
 - 4.3.19. Negação
 - 4.3.20. Perdão
 - 4.3.21. Reconexão com o mundo
 - 4.3.22. Reconhecer e reestruturas crenças desadaptativas
 - 4.3.23. Reconhecimento dos sintomas físicos primários e/em situações que provocam ansiedade
 - 4.3.24. *Self-love*
 - 4.3.25. Sensação de solidão
- 4.4. Efeitos terapêuticos

Anexo 3- Descrição do Sistema Geral de Categorias

1. Sujeito

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

Código	Descrição	Fonte	Exemplos
		/Referências	
1.1. Acontecimentos de Vida	Acontecimentos de vida significativos a que se reportam os participantes. Tipificação desses acontecimentos de vida.		
1.1.1. Circuncisão masculina	Operação cirúrgica com o fim de retirar o prepúcio do pênis humano	1/2	<i>"ah, so I'm circumcised (...) I hold trauma because of this" (PA6)</i>
1.1.2. Consumo de Substâncias	Episódios de consumo anteriores de substâncias		
1.1.2.1. Alcoolismo	Consumo problemático de álcool	2/6	<i>"(...) ah... the need that I need to escape my life, and I couldn't. ah... and again, just drinking, I was going to work every day, drunk (...) " (PA7)</i>
1.1.2.2. Drogas	Consumo de drogas como psilocibina/ cocaína/ cannabis	4/11	<i>"smoked weed all day, got hooked onto crystal meth, for a while, ah..." (PA7)</i>
1.1.3. Descoberta da orientação sexual	Processo de negação/descoberta/afirmação da orientação sexual	1/1	<i>"(...) Ah... I've been in denial my whole life about my sexual orientation, and I think that separation from the truth of who I am created a lot of anxiety (...)Even though I wasn't always clear on why it was... so, I been, as I started that journey, I started seeking and... I very much felt, ah... when I... was feeling most lost, it was actually right before I'd met my partner." (PA6)</i>
1.1.4. Divórcio	Vivência de um divórcio (da própria pessoa ou dos pais)	1/2	<i>"(...) my husband decided we weren't going to be married anymore " (PA5)</i>
1.1.5. Doença física	Doenças de origem orgânica		
1.1.5.1 Problemas agudos	Problemas que têm um curso acelerado		

1.1.5.1.1. Doença hepática	Doenças que afetam o fígado	1/2	<i>"Ah... and they offered me... all sorts of drugs to take, to make me feel better, but I said no, ah... and then I developed neuropathic pain (...)" (PA7)</i>
1.1.5.1.2. Operação cirúrgica invasiva	Operação aos pulmões percebida como violação	1/2	<i>"at this point I thought but the history that my mom told me... She told me "you know, while you were... you were a baby, you had this lungs problem.. and we put a tube inside your body"(...)" (PA1)</i>
1.1.5.1.3. Problemas gástricos	Problemas de refluxo gástrico (o conteúdo do estômago vai para o esôfago e conseqüentemente para a boca causando inflamação)	1/2	<i>"Ah... I was born with gross gastric reflux and projectile vomiting (...) which basically meant that like, my body, my insides were too big for my body (...)" (PA7)</i>
1.1.5.1.4. Problemas respiratórios	Problemas relacionados com a insuficiência respiratória	1/1	<i>"so... breathing, I couldn't really do it properly, I had to have like operation on my nose, ah..." (PA7)</i>
1.1.5.2. Problemas crônicos	Doenças que persistem por um período de tempo significativo ou, até mesmo, para o resto da vida		
1.1.5.2.1. Fadiga crônica	Cansaço extremo que persiste por um período de tempo	1/1	<i>"And my body shut down, like, totally just imploded on me, I got really sick for about two years, like it's almost chronic fatigue and I couldn't work, and... all of that" (PA7)</i>
1.1.5.2.2. Outras doenças	Anomalia no sangue devido a défices de absorção de gordura e proteína	1/1	<i>"(...) my blood test was saying that I had fat mal absorcion, protein mal absorcion.. just was so tired, and so I was going to get a intravenously put into me" (PA7)</i>
1.1.5.2.3. Psoríase	Doença de pele	1/5	<i>"With that, psoriasis was dictating my life in such a way (...)" (PA3)</i>
1.1.5.2.4. Rubor	Doença de pele	1/1	<i>"(...) the biggest problem for me was the blushing, and my avoidance to things because of blushing (...)" (PA4)</i>

1.1.5.2.5.Sintomas físicos incomuns	Sintomas que surgem com características incomuns (deixar de produzir saliva; gengivas a sangrarem; articulações dos joelhos e quadris inchados, etc.)	1/3	<i>"(...) started developing all this really physically weird symptoms, like ah... joints in my knees and my hips swelled, they were offering to syringe them out, ah... I stopped producing saliva, I had to get like these weird synthetic saliva spray in my mouth, like mouth wash, like... seven, eight times a day. my eyes dried out, I had to get eye drops. My tongue started bleeding, my gums were bleeding, ah... couldn't sleep (...)" (PA7)</i>
1.1.5.2.7.Úlcera nervosa	Lesão no estômago/esófago que provoca dor, azia, etc. que se desenvolve por fatores de <i>stress</i> e ansiedade	1/1	<i>"At 8 I had really bad pain in my abdomen, finally went to the doctor who diagnosed me as pre ulcer, I remember being in that room with my mother and him looking at her and saying this child is 8 years old why is she experiencing pre ulcer stress. Same happened at 11 at 16 at 17." (PA5)</i>
1.1.5.3. Problemas na sequência de acidentes	Problemas consequentes de um acidente		
1.1.5.3.1.Fratura craniana	Fratura de um ou mais ossos da calota craniana	1/2	<i>"diagnosed much later as Espino basilar skull fracture" (PA5)</i>
1.1.6. Doença Mental	Histórico de vivência de sintomatologia ou diagnósticos anteriores do foro psicológico		
1.1.6.1. Ansiedade	Sintomatologia ansiosa	8/21	<i>"(...) yeah, when I was like nineteen began really to be unbearable, barely breath ah... this really anxiety all the time ah... I had difficulties in interacting with people without fearing yeah..." (PA1)</i>

1.1.6.2. Antecedentes na família	Antecedentes de doença mental na família	1/2	<i>“and... hm... my father was ah... depressive” (PA1)</i>
1.1.6.3. Depressão	Sintomatologia depressiva	1/1	<i>“(...) you know, when you’re on this stage for four years, depression.. you.. you seek in .. you look for every possibilities...” (PA1)</i>
1.1.6.4. Hiperatividade e déficit de atenção	Perturbação do neurodesenvolvimento das crianças que resulta em alterações do SNC	1/1	<i>“I also have ADD, and I see those as going hand in hand, the anxiety and the ADD” (PA4)</i>
1.1.6.5. Ideação suicida	Pensamentos e cognições sobre acabar com a vida	1/1	<i>“And the side effects are depression, anxiety, suicidal thoughts, all that kind of stuff (...)” (PA7)</i>
1.1.6.6. Instabilidade emocional	Dificuldade em regular emoções, mudanças de humor	3/3	<i>“And I’ve cycled through like... a number of different hypothesis for why that could be, you know, going from hating my parents, or my mom didn’t thinking it was all her, to, you know, feeling like this is my own fault, and I don’t know what’s wrong with me” (PA4)</i>
1.1.6.6. Comportamento para-suicidário	Ato/tentativa de suicídio	1/1	<i>“Ah... so that was my introduction to... kind of depression, ah... I struggled in the dark for a lot, ah... tried to self-harm, but was too scared about doing it properly, but certainly, you know, kind of scratched into myself with a... scalpel for... about a year.” (PA7)</i>
1.1.7. Encontro de uma vocação profissional	Encontro de um trabalho que é prazeroso e satisfatório nível pessoal e profissional	1/6	<i>“well, you know, like I said... the rainforest, over the past two-three years, really came into my (...) I was just moved and touched by a lot of the stuff that I saw, when I saw some documentaries on it, and started looking a bit more, doing my own research. Just... something deep inside me really connected me to that work” (PA8)</i>

1.1.8.Evento traumático	Acidente rodoviário com repercussões negativas ao nível psicológico	1/1	<i>"And... I honestly thought this is what it was, that this accident affected me so much, my first memory is my mom being all bloody. My whole family had to stop wearing red, literally. No one would be wearing red. And one time, Auntie of mine forgot about that, and she was painting her nails with red nail polish and, I don't know about that, but apparently I threw a fist and I just passed out (...)was causing me trauma" (PA3)</i>
1.1.9.Experiência laboral negativa	Experiência de ambiente tóxico no trabalho que despoletou instabilidade psicológica	2/9	<i>"it was a very, very toxic environment, both.... Environmental toxins wise, what you bring into your body, but also (...) We had... one guy commit suicide whilst he was there, and we had a lot of constant mental health issues, ah... had psychologists come up all the time, to try and... you know, make sure everyone was alright and they essentially say three years you should stay in the industry, before you actually start... getting a little bit disturbed, in whatever way it decides to go for you, so... yeah, and majority of people have been there their whole life, so it's not a very... it's not a good spot." (PA7)</i>
1.1.10. Luto	Processo pelo qual as pessoas passam depois de perder uma figura significativa	4/5	<i>" (...) the last two times... I came here the first time, which I talked about, but the last two times have been more directly dealing with some of the childhood... stuff. Especially my relationship with my father, who's passed away (...)" (PA9)</i>

1.1.11. Menopausa precoce	Período de cessação ovárica antes dos 40 anos	1/1	<i>"I tried that for a while, also menopause started early due to the trauma (...)"</i> (PA5)
1.1.12. Mudança de hábitos do cotidiano	Alterações do regime alimentar, deixar de fumar, deixar de beber, etc.	3/4	<i>"yeah, I... quit smoking, quit drinking, quit drugs, quit dairy, quit meat, quit processed sugar, quit fruit, even, for a year"</i> (PA7)
1.1.13. Mudança de localidade ou país	Alteração do local de habitação devido a um propósito	3/3	<i>"I... was living in Georgia and... just feeling directionless, out of touch with my, any sense of passion, any sense of like... purpose. And... just felt disconnected from myself, and... realized I needed to move out to California"</i> (PA6)
1.1.14. Separação de uma figura significativa	Separação de uma figura de vinculação por razão alheia ao participante (divórcio/acidentes)	2/2	<i>"Ah... around the same time, my dad had an affair and left the family, which spiraled me even worse, cause I was daddy's girl, through and through. And I never... never blamed him for leaving my mom, because my mom and I didn't get along. But I blamed him for leaving me... he just... did that"</i> (PA7)
1.1.15. Traição amorosa	Quando um membro do casal se envolve com uma terceira pessoa sem consentimento do outro	1/1	<i>"Ah... my first love cheated on me multiple times, all of that just accumulated"</i> (PA7)
1.1.16. Vitimação	Episódios e acontecimentos em que os participantes são vítimas, ainda que, esse sofrimento ou dano seja, inconsciente		
1.1.16.1. Abuso Sexual	Episódios de abuso sexual, vivências físicas, emocionais e cognitivas advindas de violência sexual	2/6	<i>"There was sexual abuse when I was a very little, I don't have very many memories before Age 5(...)"</i> (PA5)
1.1.16.2. Acidentes pessoais	Acidentes que ocorrem ao participante, na maior parte das vezes, de forma imprevista (quedas/incêndio)	2/3	<i>"(...) when I was a kid, when I was a baby, couldn't even walk, I... somehow managed to throw myself onto the</i>

				<i>oven, and got like third degree burns, all over my body (...)" (PA7)</i>
1.1.16.3. Negligência	Ausência de cuidados primárias em situações de acidente	1/1		<i>"Bad headaches, serious disorientation and dizziness. I didn't have the presence of mind to go to a doctor and my family didn't take me, but I didn't have any medical intervention then." (PA5)</i>
1.1.16.4. Rejeição	Sentimento de exclusão/rejeição por parte da família	2/3		<i>"Ah... I... have had... a constant series of illnesses, throughout my life. Ah... so much so it's a running joke in my family, that they just should put me down when I was born (laughter). Very funny, my" (PA7)</i>
1.1.16.5. Suicídio de terceiros	Ato de suicídio por parte de uma figura de vinculação primária	1/4		<i>"And so, after a while, yeah... when I was twenty my father died, he suicided. So I think what's kind of.. a shock (...)" (PA1)</i>
1.1.16.6. Violência física	Agressão física com repercursões a nível psicológico e físico	1/1		<i>"so I picked the... relationship ah... that was an abusive physically (...) ah... abusive relationship, for about four, five years." (PA7)</i>
1.1.16.7. Violência psicológica	Episódios de vitimação devido à vivência de violência psicológica.	2/3		<i>"I think it was a sense of being overwhelmed, but.. yeah, and also a sense of value to myself, so... and that may have come from... so, my father's step-father was abusive. For 26 years, I've just sort of... my sense of value just pushed down" (PA9)</i>
1.2. Quando	Período desenvolvimental em que ocorreram os acontecimentos de vida			
1.2.1. Primeira Infância	Acontecimentos de vida que ocorreram entre o nascimento e os 3 anos	3/5		<i>"So the first three years of my life (...) and I spent my time in a hammock, over my</i>

			<i>mom's shoulder, so I wouldn't throw up and choke on my own vomit (...)" (PA7)</i>
1.2.2. Infância	Acontecimentos de vida que ocorreram entre os 3 e 12 anos	4/10	<i>"There was sexual abuse when I was a very little, I don't have very many memories before age 5." (PA5)</i>
1.2.3. Adolescência	Acontecimentos de vida que ocorreram entre os 12 e os 18 anos	4/6	<i>"Ah... I've been... I've been dealing with anxiety since ah.... Probably I was thirteen (...)" (PA2)</i>
1.2.4. Idade Adulta	Acontecimentos de vida que ocorreram após os 18 anos	7/17	<i>"So... I realized that money isn't worth everything, and I left that and... put my house up for rent, and... sold my car, and... yeah... came out here" (PA7)</i>
1.3. Quem	Acontecimentos de vida despoletados ou protagonizados por outros elementos		
1.3.1. Família	Acontecimentos de vida gerados ou protagonizados pela família	3/5	<i>"Ah... so much so it's a running joke in my family, that they just should put me down when I was born (laughter). Very funny, my family." (PA7)</i>
1.3.2. Figura de Vinculação Primária	Acontecimentos de vida gerados ou protagonizados pelo pai ou mãe	6/12	<i>"I really wanted parents and I didn't really get parented, when I've been confronted with that that's a sad, sad feeling my parents split when I was 8th." (PA5)</i>
1.3.3. Irmãos	Acontecimentos de vida relacionados com os irmãos	1/1	<i>"But by the time I came back, she went to France, to pursue her interior design degree. Now she lives in Dubai with her husband, so we're really never lived together for so long." (PA3)</i>
1.3.4. Namorado	Acontecimentos de vida gerados ou protagonizados pelo namorado	1/1	<i>"so I picked the... relationship ah... that was an abusive physically and... verbally, ah... abusive relationship, for about four, five years." (PA7)</i>
1.3.5. Outras Figuras	Figuras reconhecidas pelos participantes, mas não identificadas	2/2	<i>"you just don't want to be dealing with people's looks, and how they perceive you, so.. you just tend to, you</i>

				<i>know, take back your distance, a little bit, and... yeah, you retract" (PA3)</i>
1.4. Terapias anteriores	Tentativas de tratamento anteriores à chegada ao TOWL			
1.4.1. Quais	Modalidades de tratamento experienciadas pelos participantes			
1.4.1.1. Ayahuasca	Consumo de ayahuasca com fim de aliviar a sintomatologia	1/2	<i>"and this is not your first time in the Temple?-no, third. This is my third time, yeah. The first.... So, it's hard for me to remember, but the first time I've seen, in terms of visions, things were not... I didn't fully understand what was going on, ah... and even after the end of the visit, i... while everyone else was happy, I felt like... I haven't really come to anything yet". (PA9)</i>	
1.4.1.2. Holísticas ou Alternativas	Terapias pouco tradicionais, espirituais, desportivas energéticas com o fim de aliviar a sintomatologia	4/10	<i>"and... I just wasn't sure how to get to that, so I've been practicing yoga for the past year, and that's really really helped (...)" (PA4)</i>	
1.4.1.3. Médicas	Intervenção especificamente direcionada a doenças do foro orgânico	5/7	<i>"(...) He helped me get to a neurologist who finally told me everything that it happened with my brain and neurologist recommended sleep medicine, I wasn't sleeping." (PA5)</i>	
1.4.1.4. Psicoterapêuticas	Terapias que seguem modelos de intervenção psicológicos	4/6	<i>"I've also seen a psychologist a couple of times, or a few times (...)" (PA4)</i>	
1.4.1.5. Psiquiátricas	Terapias que seguem modelos de intervenção médico-psiquiátricos	3/7	<i>"So I've taken, like, I mean... I take Adderall, occasionally, for my ADD, Ativan for presentations and really high anxiety situations, but they just... they don't, I feel like they're not doing me justice." (PA4)</i>	
1.4.2. Como avalia	Avaliação do impacto das terapias na sintomatologia depressiva, na perspetiva do participante			

1.4.2.1.	Eficazes	Avaliação da terapia como eficaz na redução da sintomatologia independentemente das repercussões ao nível psicológico e físico serem positivas ou negativas	5/7	<i>“and... I just wasn't sure how to get to that, so I've been practicing yoga for the past year, and that's really really helped” (PA4)</i>
1.4.2.2.	Pouco eficazes	Avaliação da terapia como tendo pouco ou nenhum impacto na sintomatologia, independentemente das repercussões ao nível psicológico e físico ser negativo	4/8	<i>“I did work with the therapist for a while, and didn't find her too helpful, for some time.” (PA6)</i>
1.4.2.3.	Sem Opinião	Ausência de avaliação do impacto	3/4	<i>“I've been on female hormones, sleep medicine” (PA5)</i>

2. Expectativas

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

Código	Descrição	Fontes/ Referências	Exemplos	
2.1.	Dimensões para procurar o TOWL	Dimensões que são evocadas como razão para procurar o Templo		
2.1.1.	Alívio para uma patologia orgânica	Procura por tentativa de tratamento para uma patologia do foro orgânico	1/2	<i>“And definitively, my high hopes for Ayahuasca to be helping me with psoriasis” (PA3)</i>
2.1.2.	Depressão	Procura por tentativa de tratamento ou alívio da sintomatologia depressiva	1/1	<i>“(...)I'd seen a lot in the papers coming up about mushrooms and how psychedelic mushrooms can help with anxiety and depression so, back last year I was looking up mushrooms and looked at the different people taking them and their effects from the Ayahuasca started popping up in the feeds that I was going through and... It really interested me (...)it just felt right for</i>

			<i>me to be coming here"</i> (PA2)
2.1.3.	Ansiedade	Procura por tentativa de tratamento ou alívio da sintomatologia ansiosa	6/9 <i>"yeah, so, definitively anxiety is why I found the Temple in the first place."</i> (PA4)
2.1.4.	Desenvolvimento pessoal	Procura por desenvolver aspetos do seu desenvolvimento pessoal	4/10 <i>"(...) so... a month ago, I've been travelling for nine months now. Ah... that's like, more or less... And... yeah, I was... I've tried to find some job, you know... trying to find... orientation, but just couldn't, you know... I... because I... still, I got lot to learn... I really want, and that was the purpose, you know?"</i> (PA1)

3. *Experiência*

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

Código	Descrição	Fontes / Referências	Exemplos
3.1.	Dimensões da Experiência	Durante a experiência, dimensões que o participante partilha como o que é que está a fazer, sentir, pensar ou sentir no seu corpo.	
3.1.1.	Pensamentos e Conteúdos Cognitivos	Pensamentos, processamento de informação que ocorrem	9/83 <i>"Because I feel like "what if it's true and I'm just totally denying her</i>

e surgem sob o efeito da ayahuasca

existence?" (laughter). Yeah, pretty much. Am I cheating myself, am I cheating her, am I being disrespectful, you know? That kind of stuff." (PA7)

3.1.2. Ações e Comportamentos	Ações e comportamentos realizadas pela pessoa sob o efeito da ayahuasca como purga, yoga, posições corporais ou atitudes adotadas pelo participante	4/7	<i>"I was just thinking the most disgusting things in my mind, just to make myself nauseous. And it would not... give me that gag reflux to allow for that, and instead it just... made me purge all of this energy through my body." (PA8)</i>
3.1.3. Emoções e Conteúdos Emocionais	Emoções, sentimentos e conteúdos emocionais sentidos e reconhecidos pelo participante, sob o efeito da ayahuasca	9/34	<i>"just felt so powerfully transformational, like..." (PA8)</i>
3.1.4. Sensações físicas	Sensações visuais, auditivas ou corporais que ocorrem sob o efeito da ayahuasca	9/52	<i>"The second one was just completely nothing, but I felt tingling in my whole body" (PA3)</i>
3.1.5. Espiritual	Percepção de que a experiência é regulada por uma entidade divina ou transcendente à pessoa	8/24	<i>"Ayahuasca is a beautiful, beautiful gift from nature, that I think that... I don't know, I think it's about.... Yeah, it's a beautiful gift, medicine, it's... somebody said it's not about learning new things, it's about unlearning the stuff that we've learnt on the way, so... it's honesty, it's truth. It's real, it's authentic, it's... it's bravery, it's courage, it's love..."</i>

it's, yeah, it's all of these things" (PA4)

3.2. Elementos do Setting	Aspetos relacionais e socio-ambientais ou fisico-ambientais que estão a ser percebidos como mais significativos e porquê.		<i>it's, yeah, it's all of these things" (PA4)</i>
3.2.1. Ícaros	Cânticos entoados pelos curandeiros Shipibo. Ferramenta e habilidade, encarnação do poder que o curador recebeu e adquiriu das diferentes plantas e através dos quais transmite, dirige e guia essa energia para o paciente	6/15	<i>"So I have reverence for them, Ícaros is beautiful" (PA6)</i>
3.2.2. Grupo	Grupo que participa no retiro no TOWL, no qual o participante está incluído	6/16	<i>"Ah... interesting. I felt like we were all mirrors for each other. It's a very vital and important part of this process and experience. It's interesting to notice times I've been projecting, witnessing others projecting, I just felt that we were all, like I said, mirrors for each other. I feel like I could... use, or... put to work lessons that I developed, or I could put to work the insights that I gained in ceremonies, through my interactions with the people here." (PA6)</i>
3.2.3. Facilitadores	Elementos que ajudam na condução das cerimónias, bem como na integração das experiências	7/12	<i>"and facilitators ah... were absolutely amazing and the one thing that I really like it was they didn't come an comfort you. They spoke to you to get down to the root</i>

				<i>cause of it. What the feelings that... you going... you going through and I never had that before... and I think that takes exhibit deeper and allows you to kind of get out" (PA2)</i>
3.2.4.	Maestros	Curandeiros Shipibo que utilizam práticas milenares. Principais atores sociais que atendem às cerimônias e são responsáveis pelo espaço cerimonial	8/22	<i>"But... I just felt like the energy at the healers was so amazing, like, I just... you know, I appreciated and respected everything that they were doing, but I could not find... this connection to them during ceremony, and then... and it felt like... it made me feel guilty, and then bad about myself, for not being able to like... have this amazing understanding, this..." (PA8)</i>
3.2.5.	Atividades	Atividades que ocorrem no templo, durante o retiro de 15 dias como as aulas de yoga, partilha de experiências, etc.	4/7	<i>"and I mean, I thank yoga for that, I thank Samantha for that, yoga before the session as well (...)" (PA4)</i>
3.2.6.	Outros	Outros aspetos do setting /experiência		
3.2.6.1.	Dieta	Elemento da experiência que remete para as refeições realizadas no Templo	1/1	<i>"and the one thing is well, the Ayahuasca diet when I has a home, I found difficult, I was very playing my food and coming here with the food is absolutely fantastic... really was.. I loved very second of it" (PA2)</i>
3.2.6.2.	Dose	Elementos da experiência partilhada que remetem	2/3	<i>"For example, you know, when Tod gave</i>

		para a relação com a dose ingerida		<i>me just this little glass, you know? He really knew what he was doing (...)" (PA1)</i>
3.2.6.3.	Natureza	Elementos da experiência partilhada que remetem para a relação com a dose ingerida	3/3	<i>"My first... my first ah... I mean, coming here, in general, I love being in this kind of setting. I love...I love nature, I love green areas, and it makes me... makes my skin breathe. I love it. So, I love that... people seem nice" (PA7)</i>
3.2.6.4.	Pessoas no geral	Pessoas que contribuíram para o significado da experiência	5/6	<i>"I'm..., deeply touched by what you do at the Temple, all of you. Even the people that I didn't get to meet." (PA3)</i>

4. Processos Psicológicos

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

Código	Descrição	Fontes / Referências	Exemplos
4.1.	Quando	Momentos em que os processos psicológicos ocorrem	
4.1.1.	Antes da experiência no TOWL	Processos psicológicos que ocorrem antes da experiência com ayahuasca	8/32 <i>"I had a memory a very unformed vague memory come to me in 2014 that I didn't know was in there and it was terrifying and my partner didn't handle it well, so something that did happen for me here is I forgave him for handling that badly" (PA5)</i>

4.1.2.	Durante as experiências com a ayahuasca	Processos psicológicos que ocorrem durante as cerimónias, sob o efeito da ayahuasca	9/87	<i>"The ceremony, I think it was either the 5th or the 6th that I asked for healing of my heart, I really had the inside about keeping it open, keeping it open to everything that was the deepest ceremony"</i> (PA5)
4.1.3.	Imediatamente após as cerimónias	Processos psicológicos que ocorrem uma vez passado o efeito da ayahuasca, durante a integração da experiência	9/93	<i>"That's another thing that I feel my experience here has inspired me to do. To be in touch with the mystery. I don't need to know everything."</i> (PA6)
4.2.	Avaliação	Avaliação do impacto dos processos psicológicos identificados, na sintomatologia depressiva		
4.2.1.	Positiva	Avaliação do processo psicológico como sendo positivo para a atenuação da sintomatologia	9/164	<i>"incredible, very challenging... in a good way. Ah, I feel like the medicine is a great mirror, that's how I experienced it. It has helped me see myself more clearly, ah... see my wounds. Like, discover wounds I didn't even know were there."</i> (PA6)
4.2.2.	Negativa	Avaliação do processo psicológico como sendo negativo para a atenuação da sintomatologia	8/39	<i>"I feel like that's kind of what started off that I believed that, you know, I wasn't good enough for anything else"</i> (PA7)
4.2.3.	Indistinta	Avaliação do processo psicológico como sendo indistinto para a atenuação da sintomatologia	3/3	<i>"No... and reason why I never did was because hate being out of control. Ah... which I found it a little bit humorous, but... I'd refuse to do anything that led me</i>

out of control, and I decided to do Ayahuasca." (PA7)

4.3.	Quais	Processos psicológicos que ocorrem durante a estadia no TOWL		
4.3.1.	Aceitação da imprevisibilidade dos acontecimentos	A aceitação da imprevisibilidade dos acontecimentos é alcançada através da consciencialização dos eventos internos e externos, momento a momento aceitando os estados emocionais negativos sem julgamento	4/9	<i>"so ... the ... insight that I got next ceremony was, ah ... I need to be comfortable with the unknown. I think I got a lot of anxiety around the fact that I do not know what I want to create for myself, and I felt very stuck because of it. And the medicine showed me that I can actually be in a place of curiosity, as opposed to fear, around the unknown." (PA6)</i>
4.3.2.	Autoaceitação	A autoaceitação é a redução da autocrítica e desenvolvimento de um diálogo aberto entre o <i>topdog</i> (dever, valores,...-semelhante ao superego freudiano) e o <i>underdog</i> (instinto...-semelhante ao id freudiano)	6/16	<i>"like I knew that I'd beaten myself up for so many years, like I'm so critical towards myself, ah... and hating toward myself, but it's very different, intellectually, knowing that and like emotionally saying it, so (...) for the first time, there was no... there was no criticism on my part, for what I had done to her. I just saw it as it was." (PA7)</i>
4.3.3.	Autoconfiança	Confiança que a pessoa tem em si e nas suas capacidades	1/1	<i>"I trusted myself for most of my life and then I lost my ability to trust myself as I wasn't fully healing from my fall and I feel reconnected with that trust I trust myself to continue to completely</i>

			<i>heal, it's never ending they won't be at and now I'm healed (...)"</i> (PA5)
4.3.4. Autoconhecimento	É um processo de conhecimento aprofundado sobre as dimensões (relacional, emocional, cognitiva, comportamental, espiritual) do <i>self</i> .	8/24	<i>"The days after have been challenging, coming back into my experience of myself and my body takes several hours, yeah there wasn't an emotion I talked with Carol about that, I'm a deeply emotional person normally during and post Ayahuasca not so many emotions for me this time."</i> (PA5)
4.3.5. Autodepreciação	É quando a própria pessoa tem uma percepção, sobre si mesma negativa, desvalorizando todas as características que estão inerentes a si.	4/6	<i>Like, I can be really really critical of myself, really judgmental. I'm too judgmental to other people, and that's because I don't fully have the habit, in the past, of loving myself</i> (PA4)
4.3.6. Autorregulação do <i>self</i>	A autorregulação do <i>self</i> existe quando a pessoa está consciente dos seus próprios sentimentos, cognições, desejos, intenções e necessidades internas, do ambiente externo e da ligação entre o "eu" e o contexto. O objetivo é as pessoas ansiosas a voltarem para o aqui e agora	5/9	<i>"It was like... fueling the sense of like... being within myself. I got clarity on the ways on which I often... sort of like ddistointed, or not paying attention to myself, I'm like thinking about other people, what they're thinking about. And like the social anxiety thing. And... very focused on everything around me, except like, where I'm at. And... I was not doing that, I was actually... focusing on me. And I felt... my sense of self and</i>

			<i>presence, and I realized that, as I connect with that, I... won't have anxiety." (PA6)</i>
4.3.7. Tomada de consciência	A tomada de consciência acontece quando a pessoa tem a capacidade de perceber que algo está a acontecer/existe/é	9/32	<i>"Ceremony five was... I was in disbelief, I was living and like.. this could not be true. And I was just like "ok... that's what happened and this is from all this fucking disease came from" so... makes sense to me" (PA3)</i>
4.3.8. Catarse Emocional	A catarse emocional caracteriza-se pela libertação de inúmeras emoções com elevada profundidade e amplitude. Poderão ser vividas emoções de alívio, alegria, amor e, por outro lado, momentos de dificuldade emocional tais como desespero, medo e tristeza. Poderão também ser experienciadas emoções prolongadas, fortes ou reprimidas.	6/19	<i>"Well, know... I think I do. So, in the second ceremony... I did a lot of crying in the first ceremony. A lot of crying in the second ceremony" (PA4)</i>
4.3.9. Conexão	Sensação interna de ligação pessoal e ligação ao meio (p/ex. natureza).	4/6	<i>"And the idea of, yeah, reciprocity, gratitude and my connection to nature (...)" (PA4)</i>
4.3.10. Conexão com o corpo	Sensação interna de ligação com o próprio corpo, redescobrimo os sentidos.	3/11	<i>"And after I reconnected and I was able to feel the pain..." (PA1)</i>
4.3.11. Desconexão do corpo	Sensação de incongruência entre o <i>self</i> e o corpo (incluindo os seus sentidos)	1/5	<i>"Being cut of your body, of your senses, you really, your five senses, you know, your touch, your smell, your sight..." (PA1)</i>

4.3.12 .Desconexão do self	É uma desconexão de si mesmo, do fluxo natural de respostas, necessidades e ansiedade, criando desconforto, falta de autenticidade e uma sensação de isolamento no mundo	6/10	<i>“Ah... I was to meet me, because I feel like after I stopped the alcohol, the drugs, and I was just left with me, I didn't know who that was, I was so disconnected towards me...” (PA7)</i>
4.3.13. Exposição ao problema	A exposição ao problema é considerada uma das ferramentas clínicas mais úteis para modificar pensamentos, sentimentos e comportamentos ansiosos pois testa a validade de crenças disfuncionais, reforçando crenças adaptativas através da exposição.	7/12	<i>And I realized like... it was just all of these flashbacks and in the moment as well, realizing like.... I hold my breath when I'm trying to make a decision, when I'm nervous, when I'm scared, like... all the time.(PA4)</i>
4.3.14. Flexibilidade cognitiva	Promove a identificação de pensamentos, crenças e distorções cognitivas o que consequentemente promove mudança. Espera-se então que a flexibilidade cognitiva auxilie na identificação dos eventos internos que não possuem necessariamente valor literal	3/8	<i>“Whereas, if I don't accept it in the first place, if I don't let myself see it or acknowledge it, then it's fine, I don't have to worry about ever feeling hurt and lost, for that. Ah... so, yeah, that was huge.” (PA4)</i>
4.3.15. Gratidão	Sentimento de agradecimento profundo pelo processo e encontro do propósito	5/15	<i>"yeah, I felt so much gratitude, especially like, the first night, it was just like... thank you, thank you, thank you" (PA4)</i>

4.3.16. Identificação de estratégias de <i>coping</i> alternativas	A identificação de estratégias de <i>coping</i> alternativas acontece quando existe uma avaliação secundária dos recursos pessoais e da competência para utilizar estratégias de <i>coping</i> para lidar com a ameaça percebida. Envolve também uma avaliação mais consciente e estratégica onde a percepção de auto-eficácia tem um papel crucial	4/6	<i>"I feel like even more and more I talk about these experiences, the more and more they disappear out of my brain, ah.... So...I feel like the way they've set this up, where you actually have that time to breathe, reassess, ah... write everything down, it's what will... help me, in the future. As opposed to just getting..." (PA7)</i>
4.3.17. Isolamento	Isolamento do meio e do contacto com os outros.	1/1	<i>"And... I tended to be a people pleaser, and the isolation was kind of a form of protection. Ah...anxiety would come from.... What I would perceive from other people, was simple situations, especially social situations." (PA9)</i>
4.3.18. Metacognição	A capacidade de compreender e refletir sobre o próprio pensamento/estado mental dos outros	4/4	<i>"but I seem... I really struggled at the start, because all I could see was people's egos, and I could see my ego trying to fight to become the best... with the stories, and all those kind of things, so I really struggled for a while. And I realized I was just being fake, as well." (PA7)</i>
4.3.19. Negação	Quando o participante se recusa a ver algo que não quer ver por medo ou ansiedade do que possa resultar essa descoberta/resiste ao curso da experiência	5/9	<i>"this was something that came up to me several times, is... my fear of death. Ah... I didn't fully delve into it, but I allowed it to be at the table, per se. I felt myself resisting it" (PA6)</i>

4.3.20. Perdão	Intenção de se perdoar a si mesmo ou a alguém que, de algum modo, lhe causou sofrimento	3/6	<i>"I need to forgive myself when I do forget" (PA4)</i>
4.3.21. Reconexão com o mundo	A reconexão com o mundo existe quando a pessoa deixa de sentir-se impotente, para passar a sentir-se incluída num todo maior, com uma nova sensação de fortalecimento e sentido para viver a sua vida com significado. A pessoa sente que pertence e é aceite dentro das suas comunidades e do universo como um todo.	6/16	<i>"(...) what it means to be human. And what it means to be human is to be part of an ecosystem, to realize that we're part of something. A part of this Earth, connected to animals, and plants, and... so like a deep implied relationship and understanding of... this concept." (PA6)</i>
4.3.22. Reconhecer e reestruturas crenças desadaptativas	O reconhecimento e a reestruturação das crenças desadaptativas tem como objetivo modificar ou literalmente "reestruturar" as crenças e avaliações ansiosas de uma pessoa em relação à ameaça	1/1	<i>"But it's... yeah... it... it... it all just changed from "I can't do this, I hate this, this is bullshit, I'm bullshit" to... "you always have the power, and you've got to go with yourself" and all of that... so, yeah, it was pretty cool." (PA7)</i>
4.3.23. Reconhecimento dos sintomas físicos primários e/em situações que provocam ansiedade	É através da aquisição da capacidade da pessoa se automonitorizar e identificar pensamentos automáticos, que esta identifica situações que provocam ansiedade, classificando o seu nível de intensidade e observando os sintomas físicos primários e as respostas comportamentais	6/15	<i>"But just sharing and that kind of contact has always been really really really difficult for me, and it's just like... instant firefly response. I feel like I can't breathe, I can't express myself in the way that I would like to." (PA4)</i>
4.3.24. Self-love	Sentimento de amor profundo por si próprio	4/10	<i>"Ok, so... I'll skip to the fourth. Yeah, so this ceremony was... I felt like, for the first time in my life, that I sincerely loved myself (...)" (PA6)</i>

4.3.25. Sensação de solidão	Sensação de que está sozinho quando necessita de alguém	1/2	<hr/> <i>" (...)Well, at the end, so... scott had already gone, the door boys had already come upstairs and they were like sleeping. It was pretty much quiet, a lot of people had gone. Ah... so yeah, there was no one around. And I couldn't... call out for help. So... that fucked with me, for a couple of days (...)" (PA7)</i> <hr/>
4.4. Efeitos terapêuticos	Efeitos terapêuticos reconhecidos pelos participantes	4/5	<hr/> <i>"Do you think ayahuasca is potentially benefetial for the other people that had suffer whit anxiety?-there's no doubt... there's no doubt... there's no doubt...I didn't meet more efficient to so... and from far (...) yeah, there is nothing like that" (PA1)</i> <hr/>

Anexo 4- Quadro de objetivos e questões de investigação

Objetivo geral: Compreender os processos psicológicos que emergem durante e após a experiência com ayahuasca e que têm potenciais efeitos terapêuticos em pessoas com sintomas de ansiedade.

Objetivos específicos	Questões de Investigação
1. Identificar os acontecimentos de vida que emergiram no discurso dos participantes como tendo sido significativos para o desenvolvimento da ansiedade.	Que acontecimentos de vida foram identificadas pelos participantes como os mais significativos para o desenvolvimento da ansiedade?
2. Identificar os efeitos, percebidos pelos participantes, como mais significativos e que surgiram com mais frequência no curso da experiência com a ayahuasca.	Quais são os efeitos que surgiram com mais frequência no curso da experiência com ayahuasca?
3. Identificar os processos psicológicos que emergem antes da experiência com ayahuasca.	Quais foram os processos psicológicos que emergiram antes da experiência com a ayahuasca como sendo mais significativos e qual o seu impacto nos participantes?
4. Identificar, descrever e compreender os processos psicológicos que emergem durante e na integração da experiência com ayahuasca, percebidos pelos participantes como tendo reduzido a sua sintomatologia ansiosa.	Quais são os processos psicológicos que emergem durante e na integração da experiência com ayahuasca que possuem um potencial terapêutico para os participantes? Qual o impacto dos processos psicológicos que emergem durante a na integração da experiência?
