

Meditação de Atenção Plena e Uso de Substâncias Psicoativas em uma População Encarcerada

Sarah Bowen, Katie Witkiewitz, Tiara M. Dillworth,
Neharika Chawla, Tracy L. Simpson,
Brian D. Ostafin, and Mary E. Larimer
University of Washington
Arthur W. Blume
University of North Carolina at Charlotte
George A. Parks and G. Alan Marlatt
University of Washington
2006

Embora sejam disponibilizados vários tratamentos para dependência de substâncias psicoativas, o abuso das drogas e do álcool, bem como as consequências negativas a isso relacionadas, continuam a prevalecer. A Meditação Vipassana (MV), uma prática budista baseada na observação consciente, oferece uma alternativa para indivíduos que não desejam frequentar ou que não tiveram sucesso com tratamentos tradicionais de combate à dependência. Neste estudo, os autores avaliam os resultados de um curso de MV com relação ao uso de drogas e álcool bem como os efeitos psicossociais do mesmo em uma população encarcerada. Os resultados indicam que, uma vez libertos da prisão, os participantes no curso de MV, quando comparados com aqueles em um sistema de tratamento convencional, apresentaram reduções significativas no consumo de álcool, maconha e crack cocaína. Os participantes no programa MV apresentaram redução de problemas relacionados com o consumo de álcool e sintomas psiquiátricos, bem como aumento de resultados psicossociais positivos. A utilidade de tratamentos baseados na observação consciente é discutida aqui.

No tratamento de desordens relacionadas ao uso de substâncias psicoativas, práticas de observação consciente podem oferecer um ambiente de tolerância de diferentes crenças religiosas, que permite objetivos de tratamento flexíveis e com menos estigma associado do que programas de tratamento tradicionais. O objetivo do treinamento em observação consciente não é alterar o conteúdo dos pensamentos, como na terapia cognitiva, mas desenvolver uma atitude diferente, isenta de pré-julgamento e não relacionada aos pensamentos, sentimentos e sensações à medida que ocorrem (Teasdale, Segal, & Williams, 1995). Desse modo, as práticas baseadas na observação consciente oferecem uma opção de tratamento para indivíduos que preferem alternativas aos programas de tratamento tradicionais ou que buscam um enfoque inicial espiritual mas não querem participar dos programas dos 12 passos.

As pesquisas sobre técnicas de meditação para o tratamento de dependência química e alcoolismo nas populações encarceradas são poucas porém promissoras. Alexander, Walton, Orme-Jhanson, Goodman e Pallone (2003) estudaram a utilização da meditação transcendental, uma técnica com base na concentração, em populações encarceradas, e verificaram ser efetiva na redução da reincidência. Resultados de um estudo sobre meditação Vipassana (MV) em uma prisão na Índia sugerem que os cursos de MV estão relacionados à redução de reincidência, depressão, ansiedade e hostilidade e a uma maior

cooperação com as autoridades penitenciárias (Chandiramani, Verma, & Dhar, 1998; Kumar, 1995; Vora, 1995).

Cursos de MV foram iniciados sob a orientação do professor budista S.N. Goenka e consistem, tipicamente, de cursos padrão de 10 dias (Hart, 1987). Os cursos são oferecidos sem custo algum pelo mundo a fora (veja <http://www.dhamma.org/pt/>). Cursos de MV ensinam observação consciente por meio de uma auto-observação objetiva, desapegada, sem reação. A ausência de reação permite a aceitação de pensamentos e sensações como acontecimentos independentes, impermanentes e não como reflexos diretos do Eu. Os frequentadores do curso praticam até 11 horas de meditação por dia e assistem a palestras gravadas, que foram dadas por Goenka (*obs. tradução: alunos cuja língua mãe não é o inglês ouvem as palestras traduzidas para seu idioma de origem*), detalhando a visão budista do sofrimento, do apego, do desejo e do vício (Marlatt, 2002). Os participantes aprendem a observar as experiências (i.e., desejo) como ocorrências impermanentes que não exigem necessariamente ação (i.e., uso de drogas ou álcool), o que permite ao meditador se livrar de padrões de pensamento compulsivos. A atenção à observação consciente pode, desse modo, ajudar os usuários de drogas e álcool a descobrir alternativas para comportamento impensado, compulsivo ou impulsivo (Marlatt, 2002).

Os primeiros cursos de Vipassana oferecidos em uma casa de correção na América do Norte foram conduzidos na North Rehabilitation Facility (NRF), uma prisão de segurança mínima em Seattle, Washington, com detentos de ambos os sexos. O presente estudo avalia os efeitos a curto prazo do curso de MV na redução do uso de substâncias psicoativas no período pós-encarceramento e seus problemas concomitantes. Este estudo representa um primeiro passo para determinar a aceitação e os resultados efetivos da MV como um tratamento para uso problemático de substâncias psicoativas. Além disso, este estudo examina a redução da reincidência e melhorias nos resultados psicossociais.

Esta pesquisa foi apoiada pelo Instituto Nacional de Abuso de Álcool e Alcoolismo Bolsa R21 AA130544382 para G.Alan Marlatt. Agradecemos ao pessoal da North Rehabilitation Facility Lucia Meijer, Dave Murphy, Dylan Frazer e o Professor que deu o curso, Rick Crutcher. Agradecemos igualmente aos detentos que participaram desta pesquisa.

Correspondência sobre este artigo deverá ser dirigida a Sarah Bowen,
Department of Psychology, University of Washington, Box
351525, Seattle, WA 98195. E-mail: swbowen@u.washington.edu
Psychology of Addictive Behaviors Copyright 2006 by the American Psychological
Association
2006, Vol. 20, No. 3, 343–347 0893-164X/06/\$12.00 DOI: 10.1037/0893-164X.20.3.343
343

Método Indivíduos que participaram, voluntariamente, do curso em NRF foram comparados com detentos que não fizeram o curso e apenas receberam o tratamento tradicional (TAU). TAU, que consiste de programas tais como tratamento de dependência química e educação sobre o uso de substâncias psicoativas foi frequentado por mais de 50% dos detentos. Outros serviços de reabilitação oferecidos incluíram serviços de saúde mental, educação de adultos, teste de diplomas para equivalência geral, acupuntura, administração de processos e programas vocacionais.

Nove cursos de MV segregados por gênero (cinco cursos para homens, quatro para mulheres) foram avaliados durante um período de 15 meses. Participantes tanto nos grupos de comparação MV e TAU foram recrutados da casa de correção na semana anterior a cada curso. Participantes no estudo completaram medidas básicas uma semana antes do início do curso. Participantes então ou fizeram o curso de MV ou continuaram no TAU. Dentro de uma semana após o término do curso, todos os participantes completaram uma avaliação pós-curso. Avaliações posteriores foram administradas de 3 a 5 meses após serem libertos do NR. Participantes receberam US\$ 5 pelas avaliações básicas e pós-curso e US\$ 30 pelas avaliações de seguimento.

Para poder se candidatar a participar na pesquisa, os detentos tinham que permanecer na casa de correção (i.e. não serem transferidos ou soltos) durante todo o período do curso de MV e estarem presentes no local na época da avaliação pós-curso. Como não foi possível garantir isso na época da inscrição no estudo, foi pedido a todos os detentos interessados seu consentimento e uma avaliação inicial completa (63 se inscreveram para MV e 242 para TAU) e 173 desses completaram a avaliação pós-curso (57 completaram o curso de MV e 116 participaram no TAU). Oitenta e sete participantes (29 MV e 58 TAU) completaram a avaliação três meses após soltura. Setenta e oito participantes (27 MV e 51 TAU) completaram a avaliação seis meses após soltura. Não foi exigido dos participantes na pesquisa que frequentassem o curso, e os que fizeram o curso não foram obrigados a participar da pesquisa.

Os participantes no curso de MV foram separados dos demais detentos ao longo do curso de 10 dias e não lhes foi permitido ter contato com o exterior. Como o curso foi conduzido em silêncio, foram instruídos a evitar falar exceto no caso de perguntas ao pessoal ou ao instrutor do curso. Meditadores começaram por focar sua atenção na respiração e a acalmar o corpo. Começando Dia 4, os alunos começaram a “escanear o corpo” ou seja, observar as experiências físicas, emocionais e mentais, com ênfase na não reação às sensações.

Mensurações foram administradas por meio de auto-relatórios nas avaliações iniciais, após 3 e após 6 meses. Foi obtida informação relativa a idade, gênero, etnia de origem, nível de escolaridade, situação empregatícia e práticas religiosas correntes. O Questionário Diário de Consumo de Álcool (Collins, Parks, & Marlatt, 1985) e o Questionário Diário de Consumo de Drogas (Parks, 2001) foram empregados para avaliar o uso de álcool e 14 diferentes categorias de drogas. Ambas as mensurações avaliaram a quantidade e a frequência com um calendário semanal para medir o consumo de álcool e uso de drogas tanto para uma semana atípica quanto para uma semana pico nos últimos 90 dias. O Breve Inventário de Problemas (___97, Miller, Tonigan & Longabaugh 1995), uma mensuração de 15 itens adaptada do Inventário de Consequências do Consumo de Álcool (Miller et al, 1995), avaliou controle de impulso, responsabilidade social, e consequências físicas, interpessoais e intrapessoais durante os últimos 3 meses.

A escala de 25 itens de locus de Controle relacionados ao Consumo de Álcool (Donovan & O’Leary, 1978; __.84) foi usada para avaliar percepções de controle sobre o álcool. O Inventário de Supressão *White Bear* (Wegner & Zanakos, 1994; __.92) avaliou supressão de pensamento, e o Inventário de Sintomas Breves (Derogatis & Melisaratos, 1983; __.98) avaliou a severidade de sintomas psiquiátricos ao longo de nove dimensões de

sintomas, bem como avaliou um índice global de severidade. O Teste de Orientação de Vida (Scheier & Carver, 1985; $\alpha = .78$) foi usado para medir otimismo. Elevadas taxas de atrito no período de seguimento pós-soltura são consistentes com estudos anteriores de populações encarceradas (Farrington, Petrosino, & Welsh, 2001). Para avaliar quaisquer preconceitos sistemáticos de atrito, comparamos participantes que completaram as três primeiras avaliações ($n = 87$) com os que não completaram a pesquisa (póscurso_130,3mês_88,N_217). Não foram encontradas diferenças significativas ($p > .05$) nas mensurações iniciais de idade, gênero, origem étnica, sintomas psiquiátricos, frequência do uso de álcool ou nível de escolaridade.

As análises correntes incluíram somente aqueles participantes que completaram a avaliação pós-curso. O tamanho de amostragem final para análises correntes foi 173. Dados faltantes, no nível de item ou escala, foram estimados com base na maior probabilidade (Little & Rubin, 1987), que calcula a matriz de variação-covariação com base em todos os dados disponíveis, inclusive os casos incompletos (Schafer & Graham, 2002). Tendo em vista as taxas mais elevadas de atritos no acompanhamento 6 meses depois, as análises da atual pesquisa focam os resultados de 3 meses depois.

De modo a oferecer um teste completo da relação entre a participação no curso de MV e o uso de substâncias psicoativas pós-encarceramento, estimamos um modelo de caminho multivariável (ver figura 1). Este modelo inclui a avaliação inicial (pré-encarceramento) do uso pico semanal de substâncias psicoativas como previsão do uso pico semanal de substâncias psicoativas pós-encarceramento, 3 meses após soltura do NRF.

O objetivo desta análise foi testar a influência de se fazer o curso sobre a previsão de resultados de uso de substâncias psicoativas depois de controlar os níveis iniciais deste uso. Um peso de regressão positiva significativo indicaria que a participação no curso está associada ao uso de substâncias psicoativas significativamente maior, enquanto um peso de regressão negativo indicaria que a participação no curso está associada ao uso de substâncias psicoativas significativamente menor, quando comparado com o grupo TAU.

Resultados

Os participantes foram 79.2% homens e 20.8% mulheres, com idades que variavam de 19 a 58 ($M = 37.48$, $SD = 8.67$). A maioria (61.1%) dos participantes se auto-identificaram como europeu-americanos, 12.6% como afro-americanos, 8.4% como latino/a, 7.8% como nativos americanos, 2.4% como nativos do Alaska, 2.4% como ilhéus asiáticos/do Pacífico e 5.4% como multiétnicos ou outros. Aproximadamente 25.6% da amostra tinham completado o ensino médio ou menos, 57.2% tinham uma educação colegial e 17.3% tinham formação superior. Trinta e dois por cento da amostra estavam desempregados antes de serem presos, 19% estavam empregados em regime de meio-expediente, 39% estava empregado em horário integral e 10% estava recebendo auxílio do governo. Mais de 51% se identificaram como cristãos, 10% como outros (não especificado) e 5% como agnósticos. Os budistas, judeus e “múltiplas religiões” compreenderam

1 Após terem dado seu consentimento, 2 participantes foram soltos antes da avaliação inicial, 3 se recusaram a participar antes da avaliação inicial e 13 se tornaram ineligíveis por motivos desconhecidos, provavelmente por terem sido soltos. Dos 132 que não completaram

a avaliação pós-curso, 126 eram participantes do TAU e 6 tinham completado o curso de Vipassana. Entre estes participantes, 1 morreu, 4 foram transferidos para outra instituição antes da avaliação, 2 se recusaram a participar, 1 era inelegível por falta de um formulário de consentimento, 1 fugiu antes da avaliação e 121 eram “inelegíveis” provavelmente por terem sido soltos antes da avaliação. Oitenta e sete participantes não completaram a avaliação dos 3 meses. Dos 29 participantes no curso de Vipassana faltantes, 20 não puderam ser localizados após soltura, 4 se recusaram a participar, 1 sofreu de uma condição médica severa e foi eliminado do estudo pelos pesquisadores, 3 completaram a avaliação dos 6 meses sem devolver a avaliação dos 3 meses, e 1 morreu. Dos 58 participantes do TAU faltantes, 49 não puderam ser localizados após soltura e 4 se recusaram a participar. Para a avaliação dos 6 meses, os 14 participantes que não completaram o seguimento incluíram 5 participantes da Vipassana (2 que se recusaram a participar, 3 não localizados) e 9 controles que não foram localizados pós-soltura.

344 RELATÓRIOS BREVES

compreenderam menos de 4% da amostra e 28% não endossaram religião alguma por ocasião da avaliação inicial. Nos 90 dias anteriores ao encarceramento, a maioria dos residentes na amostra relatou ter usado álcool (83%), 83% tinham usado tabaco, 48% tinham usado anfetaminas, 21% tinham usado maconha, 13% crack ou cocaína em pó, 18% heroína e 12% outros opiáceos ou analgésicos. Além disso, 10% tinham usado alucinógenos e 5% abusado da metadona. Em média, aqueles que consumiram álcool tinham ingerido 52.87 (SD _ 33.88) bebidas padrão nos últimos 90 dias. Seu dia pico de consumo de bebida nos últimos 90 dias atingiu a média de 8.31 (SD _ 8.75). Participantes relataram uma contagem média de 18.96 (15.31) no Inventário Breve de Problemas, refletindo um nível médio de consequências negativas relacionadas ao álcool.

Amostras independentes de testes t e chi-quadrado revelaram a inexistência de diferenças significativas entre grupos de MV e TAU em qualquer dos índices iniciais de uso de substâncias psicoativas ou psicossociais, tampouco havendo diferenças nas variáveis demográficas, inclusive gênero, renda, educação ou etnia. As drogas mais frequentemente usadas na avaliação de seguimento após 3 meses foram estimadas simultaneamente utilizando um caminho modelo multivariável (88% usaram crack cocaína e 72% tabaco) Por causa da baixa taxa inicial de uso de heroína (14%) e cocaína em pó (13%), essas drogas não foram incluídas em análises subsequentes.

Diferenças médias entre grupos do ponto de partida ao seguimento após 3 meses foram avaliadas. Conforme demonstrado na Tabela 1, se comparado com o TAU, o grupo MV registrou uso de substâncias psicoativas significativamente mais baixo através de quatro das cinco mensurações de resultado. O modelo de caminho multivariável (ver Figura 1) forneceu um encaixe adequado para os dados: índice comparativo de encaixe _ .88, $_{2\min(43)}$ _ 69.73; erro de aproximação da raiz quadrada média _ .06 (95% intervalo de confiança _ .03, .09).

A participação no curso foi uma variável calculada dicotomicamente, avaliando o impacto de previsão de participação no curso nos resultados. Para todos os resultados aos 3 meses, os valores iniciais foram co-variados para controlar níveis prévios de uso. Por causa da superposição das variáveis correlações foram estimadas para uso de álcool e consequências relacionadas ao álcool no início e após 3 meses. Conforme demonstrado na Tabela 2, os pesos de regressão indicam relação significativa entre participação no curso e as

mensurações de uso de maconha, crack cocaína, álcool consequências negativas relacionadas ao álcool realizadas após 3 meses, sugerindo que a participação no curso estaria associada a reduções no uso dessas substâncias 3 meses após soltura do NRF. Não foi encontrada relação significativa entre participação no curso e o uso de tabaco.

Nós em seguida pesamos as diferenças entre os dois grupos em diversas variáveis psicossociais, utilizando um modelo de caminho multivariável. O modelo foi construído da mesma forma que o modelo anterior porém variáveis psicossociais testadas foram substituídas pelos resultados relacionados ao uso de substâncias psicoativas. Assim como com o modelo anterior, este modelo se encaixou bem com os dados: índice comparativo de encaixe $\chi^2(18) = 40.19$; raiz quadrada média de erro de aproximação $\chi^2 = .085$ (95% intervalo de confiança $\chi^2 = .05, .12$). Conforme demonstrado na Tabela 2, os pesos de regressão indicam uma relação significativa entre participação no curso e resultados após 3 meses quanto a sintomas psiquiátricos, espaços de controle relacionados ao consumo de álcool e otimismo nas direções esperadas; ou seja, participantes no curso revelaram maiores reduções em sintomas psiquiátricos e maiores aumentos em loci de controle internos relacionados ao consumo de álcool bem como de otimismo. A participação no curso não foi significativamente

2 Alternativamente, analisamos estes dados conduzindo uma análise multi-grupal, na qual comparamos o encaixe da relação entre resultados iniciais e os após três meses através de cada grupo, utilizando modelos comparativos aninhados através dos quais os caminhos dos resultados iniciais aos averiguados após 3 meses eram estabelecidos para igualdade através dos grupos e o encaixe deste modelo restrito foi comparado com o encaixe de um modelo não restrito em que se permitiu que os caminhos variassem através dos grupos. Nesse modelo restrito forneceu um encaixe dos dados significativamente pior, $\chi^2(5) = 32.53, p < .01$. Também observamos as diferenças médias nos resultados dos 3 meses dentro desse quadro, comparando um modelo de interseção restrito com um modelo não restrito. Mais uma vez, este modelo forneceu um encaixe significativamente pior para os dados, $\chi^2(10) = 59.01, p < .01$. Em ambas as análises a direção da relação era consistente, tanto que o grupo de controle teve resultados significativamente piores aos 3 meses quando comparado com aqueles que fizeram o curso de Vipassana.

Tabaco
inicial
Crack Cocaine
inicial
consumo de álcool
baseline
SIP
baseline
Marijuana
baseline
Tobacco
3-months
Crack Cocaine
3-months
Drinking
3-months

SIP
 3-months
 Marijuana
 3-months
 e1
 1
 e2
 1
 e3
 1
 e4
 1
 e5
 1

Vipassana

Figura 1. Modelo de caminho hipotético multivariável. SIP : Inventário Breve de Problemas. e_ variação de erro. A seta representa regressão. O número 1 reflete que as variações de erro foram estabelecidas para equivaler a 1.

RELATÓRIOS BREVES 345

relacionados a supressão de pensamento, conforme mensurado pelo Inventário *White Bear* de Supressão. Embora participantes no curso de MV que tinham sido soltos 6 meses antes da análise final tinham em média um número um pouco menor de entradas do que os participantes noTAU (0,61 vs. 0,67), não houve diferenças significativas entre os participantes no curso de MV e o grupo TAU quanto à proporção de participantes com *quaqueur* reincidência, $\chi^2(1, N = 173) = 0,12, p = .73$. No entanto, taxas básicas de reincidência podem ter sido baixas demais para permitir a detecção de diferenças. O número médio de entradas nos 6 meses pós-soltura foi menos do que uma, com 72% de todos os participantes sem entradas, 15% com apenas uma entrada e os restantes 13% com de duas a quatro entradas.

Discussão

Os resultados deste estudo fornecem apoio preliminar para a eficácia da MV com tratamento para usuários de substâncias psicoativas em populações encarceradas. Através de três substâncias diferentes (álcool, maconha e crack cocaína), verificou-se uma relação significativa entre participação no curso de MV e uso de substâncias psicoativas pós-encarceramento, tanto que residentes na NRF que participaram da MV informaram um uso significativamente reduzido de cada uma dessas substâncias e significativamente menos consequências negativas relacionadas ao álcool 3 meses após soltura da NRF.

Devido à prevalência elevada de desordens de ocorrência simultânea em populações encarceradas (Abram & Teplin, 1991), é digno de nota que os resultados também forneceram apoio preliminar para a eficácia da MV na melhoria do funcionamento

psicossocial. Depois de controlar os níveis iniciais dessas variáveis, verificamos que indivíduos que participaram do curso de Vipassana informaram níveis significativamente mais reduzidos de sintomas psiquiátricos, mas loci de controle internos relacionados ao álcool, e níveis mais elevados de otimismo. Consistente com essas revelações, várias terapias comportamentais utilizaram a meditação ou técnicas baseadas em atenção consciente com programas clínicos tais como depressão (Segal, Williams, & Teasdale, 2002; Teasdale et al., 1995), dor crônica (Kabat-Zinn et al., 1992) e desordem de personalidade limítrofe (Linehan, 1993).

Os resultados desta investigação devem ser interpretados com cautela devido a uma série de limitações. A limitação básica foi a falta de um projeto aleatório controlado. Os funcionários da prisão e os professores de MV já estavam conduzindo cursos com detentos antes do início da atual pesquisa. Era de importância fundamental para os funcionários e para os professores que todos os detentos interessados tivessem acesso ao curso devido à reduzida frequência de disponibilidade do curso e da duração relativamente breve do encarceramento dos detentos. Uma designação aleatória teria negado a alguns detentos a oportunidade de participar no curso de MV. A falta de um projeto aleatório limita nossa capacidade de demonstrar de modo conclusivo a eficácia da MV como tratamento para dependentes de substâncias psicoativas, independente de outras variáveis que possam ter influenciado a participação. No entanto, esse aspecto também oferece vantagens com relação à validade externa. A auto-seleção dos participantes no curso de MV era necessária para avaliar a eficácia do treinamento em atenção consciente com indivíduos encarcerados dispostos a participar no programa de 10 dias.

Além disso, todos os participantes completaram mensurações 3 meses depois de soltos do NRF. Desse modo, o número de dias entre o fim do curso e o seguimento pós-soltura variou através dos indivíduos. Outra consideração é que o período de seguimento de 3 meses pode ter sido breve demais para se examinar as relações entre participação no curso e resultados de saúde e legais em longo prazo. Acima de tudo, todas as mensurações foram auto-informadas. No entanto, os participantes no estudo receberam a garantia de que suas respostas seriam mantidas confidenciais, aumentando, desse modo, a confiabilidade e a validade dos dados auto-informados (Babor, Stephans, & Marlatt, 1987; Darke, 1998).

Tabela 1

Uso Médio de Substâncias Psicoativas e Consequências em grupos Vipassana e TAU

Substância

Uso médio e consequências por tempo de avaliação

Início

Seguimento após 3 meses

M SD M SD

Alcohol

(bebidas por semana pico)

Vipassana 64.83 73.01 8.38 13.37

TAU 43.98 55.61 27.77 46.37

Crack cocaine (% days used)^a

Vipassana 29 43 10 27
 TAU 26 41 21 36
 Tobacco (% days used)

Vipassana 83 37 61 49
 TAU 79 40 74 43
 Marijuana (% days used)a

Vipassana 28 40 03 08
 TAU 31 42 16 33
 Inventário Breve de Problemas
 (contagem média total)

Vipassana 20.98 14.86 8.46 12.25
 TAU 17.95 15.50 13.94 15.33

Note. TAU = treatment as usual.

a Group × Time interaction was significant at $p < .05$. b A score of 19–22 is considered midlevel severity of problems.

Tabela 2

Pesos de Regressão para Resultados Regredidos em Participação no Curso

3-month outcome = Estimate SE

Marijuana -.25* .015 0.06

Crack cocaine -.19* .014 0.07

Alcohol -.26* .22.18 8.52

Short Inventory of Problems total score -.19 .039 0.18

Tobacco -.16 .016 0.10

Psychiatric symptoms -.17* .024 0.12

locus of control -.21* .008 0.04

Optimism .23* 0.25 0.10

Thought suppression -.12 .024 0.19

Psychiatric symptoms -.17* .024 0.12

Note. All autoregressive paths (i.e., baseline marijuana use predicting 3-month marijuana use) were significantly different from zero at $p < .0005$.

* $p < .05$.

346 RELATÓRIOS BREVES

refeições vegetarianas podem ter desempenhado um papel na melhoria dos participantes. É portanto pouco claro se os efeitos de participação no curso foram devidos ao treinamento em atenção consciente ou a outras características do curso.

Finalmente, embora os cursos de MV forneçam um tratamento alternativo sem custo e de ampla disponibilidade para o uso de substâncias psicoativas, há diversas barreiras potenciais ao acesso. O curso residencial de 10 dias pode impedir a participação da parte de indivíduos impossibilitados de se comprometerem por 10 dias devido a obrigações de trabalho, família ou outras. Além disso, o horário intensivo, os prolongados períodos sentados, o foco na filosofia Oriental e o necessário isolamento do mundo exterior (i.e., ler, escrever ou falar

com os demais é proibido pela duração do curso) podem todos constituir impedimentos ao curso.

Os resultados promissores do atual estudo sugerem uma série de áreas para pesquisas futuras. Em primeiro lugar, a repetição do estudo corrente em uma experiência aleatória controlada é necessária para se avaliar a eficácia da MV como tratamento de abuso de substâncias psicoativas. Em segundo lugar, o resultado efetivo e a eficácia do curso de MV precisa ser avaliado em populações não-encarceradas e em comparação com tratamentos estabelecidos para o abuso de substâncias psicoativas. Em terceiro lugar, seria de interesse investigar se outras modalidades de treinamento em atenção consciente produzem ou não resultados semelhantes. Nessa linha, Witkiewitz, Marlatt, & Walker (2006) propuseram um programa de prevenção de recaída com base na redução de estresse por meio da atenção consciente (Kabat-Zinn, 1982) e terapia cognitiva com base na atenção consciente, para tratar a depressão (Segal et al., 2002).

Tratamentos psicossociais para dependentes de substâncias psicoativas tendem a ser inacessíveis, caros, portadores de estigma e indesejáveis pela maioria dos indivíduos que se encaixam na categoria de dependência ou abuso de substâncias psicoativas (Marlatt & Witkiewitz, 2002). MV é uma alternativa de baixo custo para programas de tratamento existentes e uma alternativa de baixo-estigma para os enfoques dos Alcoólicos Anônimos e Narcóticos Anônimos. Além disso, MV pode ser mais aceitável para aqueles que não se identificam com a filosofia dos Alcoólatras Anônimos/Narcóticos Anônimos ou que estão interessados em buscar metas de moderação (Marlatt, 2002; Marlatt & Witkiewitz, 2002). Dados preliminares do atual estudo fornecem uma demonstração dos possíveis benefícios de participação em um curso de MV em uma população encarcerada. Pesquisas futuras deverão investigar a eficácia de MV em uma experiência aleatória.

References

- Abram, K. M., & Teplin, L. A. (1991). Co-occurring disorders among mentally ill jail detainees. *American Psychologist, 46*, 1036–1045.
- Alexander, C. N., Walton, K. G., Orme-Johnson, D. W., Goodman, R. S., & Pallone, N. (2003). *Transcendental meditation in criminal rehabilitation and crime prevention*. New York: Haworth Press.
- Babor, T. F., Stephens, R. S., & Marlatt, G. A. (1987). Verbal report methods in clinical research on alcoholism: Response bias and its minimization. *Journal of Studies on Alcohol, 48*, 410–424.
- Chandiramani, K., Verma, S. K., & Dhar, P. L. (1998). *Psychological effects of Vipassana on Tihar jail inmates*. Unpublished manuscript.
- Collins, R. L., Parks, G. A., & Marlatt, G. A. (1985). Social determinants of alcohol consumption: The effects of social interaction and model status on the self-administration of alcohol. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 53*, 189–200.
- Darke, S. (1998). Self-report among injecting drug users: A review. *Drug and Alcohol Dependence, 51*, 253–263.

Derogatis, L. R., & Melisaratos, N. (1983). The Brief Symptom Inventory: An introductory report. *Psychological Medicine, 13*, 595–605.

Donovan, D. M., & O’Leary, M. R. (1978). The Drinking-Related locus of Control Scale: Reliability, factor structure and validity. *Journal of Studies on Alcohol, 39*, 759–784.

Farrington, D. P., Petrosino, A., & Welsh, B. C. (2001). Systematic reviews and cost-benefit analyses of correctional interventions. *Prison Journal, 81*, 339–359.

Hart, W. (1987). *The art of living: Vipassana meditation as taught by S. N. Goenka*. San Francisco: HarperCollins.

Kabat-Zinn, J. (1982). An out-patient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: Theoretical considerations and preliminary results. *General Hospital Psychiatry, 4*, 33–47.

Kabat-Zinn, J., Massion, A. O., Kristeller, J., Peterson, L. Fletcher, K., Pbert, L., G., et al. (1992). Effectiveness of a meditation-based stress reduction program in the treatment of anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry, 149*, 936–943.

Kumar, T. (1995, April). *Vipassana meditation courses in Tihar jail*. Presented at an international seminar held at the Indian Institute of Technology, Delhi, India.

Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.

Little, R. J. A., & Rubin, D. B. (1987). *Statistical analysis with missing data*. New York: Wiley.

Marlatt, G. A. (2002). Buddhist psychology and the treatment of addictive behavior. *Cognitive and Behavioral Practice, 9*, 44–49.

Marlatt, G. A., & Witkiewitz, K. (2002). Harm reduction approaches to alcohol use: Health promotion, prevention, and treatment. *Addictive Behaviors, 27*, 867–886.

Miller, W. R., Tonigan, J. S., & Longabaugh, R. (1995).

The Drinker Inventory of Consequences (DrInC) (Project MATCH Monograph Series Vol. 4): Margaret E. Mattson, Ed. Parks, G. A. (2001).

The Daily Drug-Taking Questionnaire (DDTQ)— Version 1: A measure of typical and peak drug use. Unpublished manuscript, University of Washington.

Schafer, J. L., & Graham, J. W. (2002). Missing data: Our view of the state of the art. *Psychological Methods, 7*, 147–177.

Scheier, M. F., & Carver, C. S. (1985). Optimism, coping, and health: Assessment and implications of generalized outcomes expectancies. *Health Psychology, 4*, 219–247.

Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulnessbased cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. New York: Guilford Press.
Teasdale, J. D.,

Segal, Z., & Williams, J. M. G. (1995). How does cognitive therapy prevent depressive relapse and why should control (mindfulness) training help? *Behaviour Research and Therapy*, 33, 25–39.

Vora, R. L. (1995, April). *Jail courses and Vipassana (Baroda jail)*. Presented at an international seminar of the Indian Institute of Technology, Delhi, India.

Wegner, D. M., & Zanakos, S. (1994). Chronic thought suppression. *Journal of Personality*, 62, 615–640.

Witkiewitz, K., Marlatt, G. A., & Walker, D. D. (2006). Mindfulness-based relapse prevention for alcohol use disorders: The meditative tortoise wins the race. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 19, 221–228.

Received March 4, 2005

Revision received September 23, 2005

Accepted September 28, 2005 _

BRIEF REPORTS 347