

UNIVERSIDADE DE LISBOA

FACULDADE DE PSICOLOGIA E DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO



**FACTORES INFLUENTES NA
PERMANÊNCIA DOS TOXICODEPENDENTES EM
PROGRAMAS TERAPÊUTICOS DO DESAFIO JOVEM:
UM ESTUDO DE CASO**

Ana Miriam Pinto Barradas

**MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA
(Secção de Psicologia Clínica e da Saúde /
Núcleo de Psicoterapia Cognitivo-Comportamental e Integrativa)**

2008

UNIVERSIDADE DE LISBOA

FACULDADE DE PSICOLOGIA E DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO



**FACTORES INFLUENTES NA
PERMANÊNCIA DOS TOXICODEPENDENTES EM
PROGRAMAS TERAPÊUTICOS DO DESAFIO JOVEM:
UM ESTUDO DE CASO**

Ana Miriam Pinto Barradas

Dissertação orientada pela Prof. Doutora Helena Águeda Marujo

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA

(Secção de Psicologia Clínica e da Saúde /

Núcleo de Psicoterapia Cognitivo-Comportamental e Integrativa)

2008

Agradecimentos:

A Deus, que sempre renovou as minhas forças e me deu pessoas tão especiais.

À minha família, namorado e amigos, pelo carinho, suporte e dedicação sempre presentes.

À minha orientadora, pelo apoio e por me ter levado a acreditar que era possível.

Aos professores e colegas com quem aprendi e que tornaram este percurso mais aprazível.

Aos participantes neste estudo pela gentil cedência de entrevistas, disponibilidade e colaboração, e, especialmente, pela partilha de experiências de vida tão ricas e inspiradoras.

A todas as pessoas da equipa do Desafio Jovem que, nos bastidores, contribuíram para a realização deste trabalho.

Aos investigadores com quem contactei e que, para minha surpresa, colaboraram comigo na cedência de artigos e *insights* valiosos.

A todos aqueles que, de alguma forma, me têm acompanhado no meu caminho.

Resumo: A toxicodependência tem sido apontada como um dos maiores problemas que as sociedades actuais enfrentam, realçando-se a importância do desenvolvimento de intervenções terapêuticas eficazes. Diversas organizações baseadas na fé têm tomado a dianteira na luta contra este flagelo, alcançando, actualmente, inúmeros indivíduos em todo o mundo, e os programas que oferecem geram cenários propícios para que os seus utentes consigam mais do que apenas a independência das drogas. O carácter espiritual/religioso de programas baseados na fé, como o do Desafio Jovem, denota um potencial catalizador para o enriquecimento das vidas dos seus utentes, para lá da desejada liberdade das dependências. No entanto, as elevadas percentagens de utentes que desistem prematuramente de todo o tipo de programas de reabilitação para a toxicodependência representa um sério impedimento à sua recuperação estável, pelo que surge o interesse exposto neste estudo pela compreensão dos factores que influenciam a conclusão eficaz do programa de reabilitação do Desafio Jovem e pela forma como a espiritualidade que lhe é inerente dificulta ou facilita essa permanência. Para aprofundar essa compreensão, realizaram-se entrevistas semi-estruturadas a informadores chave de três grupos: actuais utentes, ex-utentes para quem o programa foi bem sucedido e técnicos da instituição. Todos os inquiridos indicaram a espiritualidade/religiosidade e a motivação como factores que influenciam a conclusão eficaz do programa. Espera-se que este estudo preliminar fomente futuros estudos acerca deste tema, de forma a que se possa melhorar a intervenção prestada por esta instituição, contribuindo para o esclarecimento das relações que se estabelecem entre a espiritualidade/religiosidade e a recuperação das dependências e inspirando estudos idênticos em contextos semelhantes.

Palavras-chave: Toxicodependência; Comunidades Terapêuticas; Espiritualidade; Religiosidade; Factores de Conclusão; Desafio Jovem.

Abstract: Drug dependency has been acknowledged as one of the biggest problems that contemporary societies face, which reveals the importance of developing effective therapeutic interventions. Many faith based organizations have taken the lead in the fight against this plague, currently reaching out to numerous individuals all over the world, and the programs these organizations offer generate ripe scenarios in which users can attain more than just drug independence. The spiritual/religious nature of faith based programs, like Teen Challenge's, shows their catalytic potential for enriching their users' lives beyond the desired freedom from addictions. In the meanwhile, the high rates of users who abandon all types of rehabilitation programs prematurely, seriously thwarts their chances of attaining a stable recovery, leading to the interest exposed in this study on understanding which factors influence addict's effective retention in Teen Challenge's rehabilitation program, and in how the program's inherent spirituality deters or facilitates that retention. To investigate this association, semi-structured interviews were conducted with key informers from three groups: Teen Challenge's program's current users, ex-users for whom the program was successful, and staff. All participants indicated spirituality/religiosity and motivation as factors influencing effective program retention. It is hoped that this preliminary study will stimulate future research on this topic, therefore allowing for the enhancement of this institution's interventions, contributing to the clarification of the correlation between spirituality/religiosity and the recovery from addictions, and inspiring similar studies in identical contexts.

Key words: Drug Addiction; Therapeutic Communities; Spirituality; Religiosity; Program Retention; Teen Challenge Portugal (Desafio Jovem).

Índice	Pág.
I. INTRODUÇÃO	6
1. Razões do estudo	6
II. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	9
1. A problemática da toxicod dependência	9
1.1. Perspectivas acerca da toxicod dependência	9
1.2. A recuperação: os seus contextos e caminhos	13
2. O Desafio Jovem	17
2.1. Fundamentos e características do programa terapêutico	17
3. Factores gerais que influenciam a conclusão dos tratamentos	24
3.1. Factores influentes para a adesão, o envolvimento e a conclusão	24
3.2. Um factor específico: a espiritualidade como factor de sucesso na conclusão dos tratamentos	32
III. METODOLOGIA	36
1. Escolhas metodológicas	36
2. Recolha de dados	39
3. Análise de dados	41
IV. CONCLUSÃO	46
1. Reflexões finais e implicações do estudo	46
V. BIBLIOGRAFIA	50
VI. ANEXOS	

I. INTRODUÇÃO

1. Razões do estudo

O consumo de drogas tem fomentado uma problemática cada vez mais preocupante, que afecta actualmente centenas de milhares de pessoas em todo o mundo e cujas consequências incluem, entre outras, a toxicodependência, o desemprego, o isolamento social e afectivo, a degradação de famílias, de bairros e de valores, a criminalidade, e a sobrelotação das prisões e dos serviços de saúde (Cury, 2000; Feijão, 2004; Ferreira-Borges & Filho, 2004a; Laudet, Morgen & White, 2006; Magura, 2003; Rokach, 2005; Sindelar & Fiellin, 2001; White & Kurtz, 2006). A toxicodependência representa a consequência mais mediatizada e estigmatizada deste fenómeno, e tem despertado o interesse de diversos actores sociais, desde famílias e indivíduos directamente afectados, a políticos e a múltiplas organizações governamentais e não-governamentais (White & Whitters, 2005).

De facto, compete aos membros de cada comunidade a responsabilidade de ajudar a controlar e a amenizar os danos causados pelos problemas que as afligem, pelo que a prevenção da toxicodependência e a reabilitação dos indivíduos toxicodependentes devem tornar-se importantes prioridades, tanto ao nível local como a níveis mais abrangentes. Enquanto técnicos de saúde que dispõem de competências relevantes para melhorar o bem-estar dos que nos rodeiam, o nosso contributo poderá ser precioso, importando, neste sentido, frisar a função que a legislação portuguesa atribui à psicologia neste campo¹.

Torna-se essencial aperfeiçoar as intervenções disponíveis a nível da prevenção e do tratamento da toxicodependência, para, da forma menos dispendiosa possível, se conseguirem amenizar as pesadas sequelas que o fenómeno das drogas tem vindo a enredar nas sociedades modernas. O tema principal desenvolvido neste estudo concretiza-se especificamente nos factores que influenciam a permanência dos toxicodependentes no programa de reabilitação do Desafio Jovem, uma organização de solidariedade social sem fins lucrativos que desenvolve trabalho nesta área e no nosso país há trinta anos.

O programa do Desafio Jovem desenrola-se nas comunidades terapêuticas da instituição, estando explícita e intensamente imbuído na fé cristã que fundamenta a existência, a visão e a acção da instituição. Como resultado dessa sua vertente ideológica, ressaltam-se, *a priori*, alguns factores que poderão constituir obstáculos à conclusão do

¹ Poiares (2004) indica que “a legislação [portuguesa] reconheceu (...) em 2000/2001, que a questão das drogas não é de cariz criminal, mas de saúde (...) razão porque reprogramou todos os mecanismos, dispositivos e racionalidades de intervenção, enfatizando [em particular] a contribuição (...) da Psicologia” (p. 207).

programa, visto que este engloba o estudo de princípios bíblicos e a realização diária de rituais de culto a Deus, para além de que o tratamento se baseia na abstinência total de drogas, incluindo o álcool e o tabaco, e que até a desabilitação física de opiáceos se realiza, na grande maioria dos casos, “a frio”. Surge, assim, um interesse acrescido pela compreensão de o que leva os toxicod dependentes a concluírem os tratamentos nestas comunidades terapêuticas, onde, virtualmente sem excepção, o dia-a-dia representa mudanças tão significativas para o estilo de vida dos seus novos utentes.

O cariz espiritual/religioso da instituição estudada evoca a pressuposição de que esses factores exerçam alguma influência na conclusão do programa pelos seus utentes, podendo dificultar ou facilitá-la. Apesar de, no geral, representarem tópicos pouco estudados relativamente ao processo de recuperação da adicção, os dados existentes evidenciam uma ligação entre a espiritualidade/religiosidade e uma orientação positiva em relação à vida (Flynn, Joe, Broome, Simpson & Brown, 2003), e também com resultados positivos numa quantidade de aspectos do funcionamento humano (e.g., a saúde mental, o *coping* com experiências e situações stressantes, a mortalidade [Pargament & Mahoney, 2002]). A literatura aponta, ainda, a existência de uma relação inversa entre o envolvimento religioso (e.g., frequentar serviços religiosos, considerar importantes determinadas crenças) e a probabilidade do consumo de substâncias psicoactivas ao longo da vida, visto que desse envolvimento decorrem o apoio social à moderação ou à abstinência e a ocupação de tempos livres com actividades, e a promoção de certos valores, incompatíveis com o consumo. Esta relação torna plausível questionar-se a importância do envolvimento espiritual/religioso para a cura da dependência quando esta já se instalou (Laudet et al., 2006).

Surgiram, assim, três questões abordadas neste trabalho: “O que leva os toxicod dependentes a concluir um programa de tratamento tão ‘radical’, que implica mudanças tão significativas no seu estilo de vida, como o que é oferecido pelo Desafio Jovem?”; “Que impacto tem a espiritualidade/religiosidade inerente ao programa do Desafio Jovem sobre a conclusão eficaz dos tratamentos pelos utentes?”; e “Como perspectivam estas questões os intervenientes directos no programa?”. Responder a estas questões constitui o objectivo deste trabalho preliminar, que se pretende alcançar através da aplicação de medidas qualitativas. A pertinência deste estudo prende-se com a importância da conclusão dos tratamentos para a sua eficácia, com a proliferação de organizações de entreaajuda baseadas na fé e, ainda, com a perspectiva da psicologia positiva, adoptada para a realização deste trabalho.

Um elevado número de pessoas consegue resolver os seus problemas de consumo de substâncias, ao contrário da ideia generalizada de que a toxicod dependência raramente é

ultrapassada (*The Betty Ford Institute Consensus Panel* [TBFICP], 2007; White, 2007) e, de facto, diversos dos tratamentos existentes para a adicção são relativamente eficazes (Bell, Atkinson, Williams, Nelson & Spence, 1996; Flynn et al., 2003; Gossop, Marsden, Stewart & Kidd, 2003; Gossop, Marsden, Stewart & Rolfe, 1999; Simpson, 2004; Sindelar & Fiellin, 2001). No entanto, a sua eficácia depende, em grande parte, da sua conclusão e do tempo que os indivíduos passam neles (Atkins Jr. & Hawdon, 2007; Ball, Carroll, Canning-Ball & Rounsaville, 2006; Bell et al., 1996; Flynn et al., 2003; Gossop et al., 1999; Gossop, Stewart, Browne & Marsden, 2002; O'Brien, 1994; Simpson, 2004; Simpson, Joe, & Rowan-Szal, 1997; Simpson, Joe, Rowan-Szal & Greener, 1995, 1997; Sindelar & Fiellin, 2001; White & Kurtz, 2006), para além de que existem percentagens elevadas de desistências prematuras de todo o tipo de programas de reabilitação (sejam estes de cariz espiritual, religioso ou secular) e de que somente cerca de 10 a 25% dos toxicodependentes chegam a entrar em tratamentos para os seus problemas de consumo (White & Kurtz, 2006; Zocalli, Muscatello, Bruno, Bilardi, De Stefano, Felletti, Isgrò, Micallizzi, Micò, Romeo & Meduri, 2007).

Estes factos realçam duas direcções para a investigação – a necessidade de se compreenderem as circunstâncias em que os utentes completam os programas de recuperação aos quais aderem, e as razões pelas quais aderem a determinados programas. A par do Desafio Jovem, diversas organizações de cariz espiritual/religioso têm tomado a dianteira na luta contra o flagelo das drogas, oferecendo programas de reabilitação eficazes e extremamente disseminados por todo o mundo, bem como no nosso país², e alcançam de forma relativamente pouco dispendiosa grandes quantidades de toxicodependentes (Atkins Jr. & Hawdon, 2007; Laudet, 2003; White & Kurtz, 2006; White & Whitters, 2005). Assim, apesar de existirem controvérsias ligadas à sua beneficência (ver Cook, 1988; Galanter, 2006; Laudet, 2003), importa aproveitar e potenciar-se as capacidades destas organizações, melhorando as taxas de conclusão dos seus tratamentos.

Finalmente, o presente estudo focaliza o programa de recuperação do Desafio Jovem pois este tipo de programas espiritualmente fundamentados gera cenários propícios para que os seus utentes atinjam mais do que apenas a independência das drogas, enriquecendo as suas vidas para lá dessa liberdade desejada (White & Kurtz, 2006). Este estudo agrega-se, assim, à psicologia positiva, visto que uma das tarefas dessa área engloba a compreensão das formas através das quais os indivíduos constroem significado e emoções positivas (Duckworth, Steen & Seligman, 2005; Marujo, Neto, Caetano & Rivero, 2007). O despertar dos indivíduos para

² Actualmente bem difundidas em Portugal, as primeiras organizações deste tipo começaram a surgir no nosso país a partir de 1970 e a sua eficácia tem sido, desde então, notada (Ferreira-Borges & Filho, 2004c).

uma vida espiritual/religiosa poderá trazer-lhes benefícios a diversos níveis, nos quais se incluem, por exemplo, melhoramentos na sua rede de apoio social (Flynn et al., 2003; Pardini, Plante, Sherman & Stump, 2000) e a descoberta de significado e de propósito de vida (Cook, 2004; Galanter, 2006; Laudet & White, 2008), possivelmente aumentando a sua felicidade e o seu grau de satisfação em relação à vida (Diener, Suh, Lucas & Smith, 1999; Laudet et al., 2006; Laudet & White, 2008).

II. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

No início do presente capítulo abordam-se algumas questões cuja importância relativamente ao tratamento da toxicod dependência afastou a hipótese de não serem mencionadas neste trabalho, apesar de não representarem o tema central nele desenvolvido. Assim, o ponto II.1 dedica-se à contextualização histórica e actual da problemática da toxicod dependência e, seguidamente, à exposição de diversos contextos de tratamento e caminhos para a recuperação. No ponto II.2., descrevem-se os fundamentos, as regras e outras características específicas que compõem o programa de recuperação do Desafio Jovem. Finalmente, no ponto II.3 apresentam-se os factores que a literatura aponta como influentes para a conclusão de diversos tratamentos e focaliza-se, especificamente, a possível relação existente entre a espiritualidade/religiosidade e a conclusão dos tratamentos.

Os limites espaciais para apresentação deste trabalho contribuíram, em grande parte, para a brevidade deste capítulo. Assim, muitos assuntos encontram-se desenvolvidos de forma mais extensa em anexo, dado que o carácter preliminar e exploratório do estudo incita a uma discussão muito mais aprofundada dos temas aqui abordados.

1. A problemática da toxicod dependência

Considerando-se imprescindível o enquadramento deste estudo no contexto mais amplo que lhe dá lugar, mencionam-se aqui temas relacionados com a toxicod dependência (capítulo II.1.1) e com o tratamento e recuperação da mesma (capítulo II.1.2).

1.1. Perspectivas acerca da toxicod dependência

Desde tempos ancestrais que se consomem determinadas substâncias naturais pelas suas características psicoactivas, cuja utilização tem variado ao longo da história e em diferentes regiões do globo; em diversas sociedades, devido a condições específicas, o

consumo de drogas tem sido proibido, aceite ou fomentado (DiClemente, 2003; Ferreira-Borges & Filho, 2004b; Miller, 1998; ver Anexo A1). Nos últimos anos, surgiram várias complicações associadas, especialmente, ao consumo de cocaína e de heroína, resultando da disseminação da injeção de drogas (que desencadeou epidemias de HIV/SIDA entre as populações toxicodependentes [Maristela, 2004]), e do surgimento do *crack/freebase* (formas fumáveis, baratas e de rápida absorção da cocaína, que tornaram esta droga mais acessível e que aumentaram o seu potencial adictivo [ver Cornish & O'Brien, 1996]).

Na realidade, o conhecimento dos malefícios decorrentes do consumo de drogas levou a que, desde o início do século passado, se espalhasse uma orientação proibicionista a nível legislativo. De facto, têm surgido inúmeras tipologias para a sua distinção (Cury, 2000; Schuckit, 1995), que incluem a sua categorização de acordo com a sua proveniência (Ferreira-Borges & Filho, 2004b), os seus efeitos psicoactivos (Patrício, 1997), e o carácter legal que determinada legislação lhes atribui (Califano Jr., 2001; Ribeiro, 2004; ver Anexo A2). Hoje, apesar de relativamente menos rígida, esta tendência prevalece em muitas nações do mundo, diferenciando as drogas de acordo com a legalidade/ilegalidade de determinados aspectos da sua utilização. Esta distinção é especialmente útil para uma definição de droga apropriada para a realização deste estudo em particular, no entanto, a perspectiva social mais ampla acerca do abuso de substâncias psicoactivas, que advém desta forma de categorização, poderá ser problemática, como se ilustra através desta citação de Califano Jr. (2001):

“Temos olhado para o problema da adicção através do buraco da fechadura das drogas ilegais, duma perspectiva tão estreita que não vimos a relação da nicotina e do álcool com a marijuana, a heroína e a cocaína. Fizemos dos toxicodependentes os leprosos da América contemporânea, inicialmente ignorando-os e eventualmente enjaulando-os, numa tentativa do estilo ‘longe da vista, longe do coração’ de prevenir que a peste se espalhasse.” (p. 10)

De facto, o consumo de substâncias psicoactivas não representa um acontecimento estático, e este fenómeno influencia, e é influenciado, por contextos culturais, sociais e comunitários em constante evolução, que por sua vez moldam e são moldados pelos sistemas de valores e estilos de vida dos indivíduos que neles existem, gerando perspectivas acerca desta questão fundamentais para a vida de inúmeros indivíduos. O consumo de droga representa actualmente um fenómeno universal (Ferreira-Borges & Filho, 2004a; Schuckit, 1995), um “Inimigo Número Um da Saúde Pública” (Califano Jr., 2001, p. 10), que tem vindo a ser considerado um dos maiores desafios que as sociedades actuais defrontam, e uma epidemia (Rokach, 2005; Sindelar & Fiellin, 2001; *Substance Abuse & Mental Health*

Administration [SAMHSA], 2001). A quantidade de vidas que afecta torna a clareza das definições associadas a esta questão extremamente importante, como se percebe através de uma ponderação de White (2007), relacionada com a definição de recuperação:

“Uma definição particular de recuperação [ou toxicod dependência], ao definir quem está e quem não está em recuperação [ou quem é e quem não é toxicod dependente], pode também ditar quem é (...) estigmatizado, (...) quem é contratado [ou] (...) despedido, quem continua em liberdade [ou] (...) vai para a prisão, quem continua num casamento [ou] (...) se divorcia, quem retém [ou] (...) perde a custódia dos filhos, e quem recebe [ou não] (...) benefícios governamentais [ou estatais]. Definir a recuperação pode também ter consequências de grande importância para as instituições e os papéis profissionais (...) [utilizar determinada palavra] pode desviar bilhões de dólares [ou milhões de euros] de uma instituição cultural para outra [e.g.] (...) dos hospitais para as prisões.” (p. 230)

Este excerto demonstra o quão determinante para inúmeras vidas se pode tornar a escolha dos conceitos e da linguagem relacionados com o consumo de drogas, escolha que, para além disto, também influencia o progresso científico e a melhoria das nossas intervenções com indivíduos, famílias e comunidades (Galanter, 2007; Laudet, 2007; White, 2007; Zinnbauer & Pargament, 2005). Sublinha-se que, até este ponto, as noções de *droga* e de *substâncias psicoactivas* têm sido aqui utilizadas quase sem distinção. Assim, recorrendo às tipologias apresentadas em anexo (ver Anexo A2), estabelece-se o que se entende por drogas, como uma noção menos abrangente e englobada no conceito mais amplo de substâncias psicoactivas. Reflectindo a prática comum nesta área (Ferreira-Borges & Filho, 2004a), ao longo deste estudo designa-se por *droga* qualquer uma das substâncias psicoactivas cuja produção, comercialização e consumo sem receita médica³ sejam actualmente ilícitas no nosso país – independentemente das suas origens e efeitos – excluindo, por isso, o álcool, o tabaco e o café. Esta perspectiva irá permitir um certo grau de simplicidade, dado que o objecto deste estudo se delimita na toxicod dependência, não abrangendo outros aspectos da dependência de substâncias psicoactivas, como o alcoolismo ou o tabagismo.

Tendo em mente esta distinção, a toxicod dependência, por sua vez, poderia ser definida como a dependência de qualquer droga, mas esta definição estaria incompleta sem uma melhor explicação de o que é entendido por dependência. Como ponto de partida para essa

³ O consumo de determinadas substâncias só não é considerado um abuso em casos nos quais as substâncias são tomadas sob prescrição médica (e.g., consumo de metadona num programa de substituição opiácea), sendo, nesses casos, mais apropriadamente designadas por *medicamentos* (Patrício, 1997; para uma opinião divergente, ver O'Brien, 1994, p. 1566).

breve explicação, afirma-se que a utilização, o abuso e a dependência são fases distintas do consumo de substâncias psicoactivas para as quais existem diferenças substanciais relativamente fáceis de discernir (ver Anexo A3). Sublinha-se que a trajectória da utilização ao abuso e à dependência é altamente personalizada e que não progride de uma forma linear (DiClemente, 2003), e que, de facto, a toxicodependência representa mais do que a simples utilização de drogas. Assim, e de certa forma em consonância com Robinson e Berridge (2003), o termo *toxicodependência* é utilizado ao longo deste trabalho para indicar um estado reversível representado pela busca e consumo compulsivos de drogas, que impede ou debilita gravemente a participação do indivíduo em outras actividades, independentemente dos factores psicológicos ou físicos que mantêm esses comportamentos compulsivos.

A toxicodependência afecta diversas áreas da vida e do funcionamento humano, afligindo o indivíduo, a sua família, amigos e redes sociais mais próximas (e.g., colegas, vizinhos), as comunidades onde existem toxicodependentes e, num sentido mais alargado, perturbando também as culturas e sociedades de todo o mundo. Especificamente, as suas consequências incluem um aumento da utilização dos recursos de saúde (Sindelar & Fiellin, 2001), da morbilidade e da mortalidade (Zocalli et al., 2007), e uma redução da saúde mental e física (Laudet et al., 2006; Rokach, 2005), da produtividade profissional e escolar (Magura, 2003; Rokach, 2005), e da auto-estima do consumidor (Sindelar & Fiellin, 2001). A toxicodependência também está directamente relacionada com a degradação de bairros, de famílias, de instituições e de valores sociais (e.g., o casamento), com o aumento do crime e da violência (Laudet et al., 2006; Rokach, 2005; Sindelar & Fiellin, 2001), e, para além disto, ainda contribui para o alastramento de doenças infecto-contagiosas incluindo o HIV/SIDA, as hepatites B e C e a tuberculose (Rokach, 2005).

Economicamente, os custos públicos relacionados com a droga são avassaladores⁴ visto que gera despesas que incluem custos com: o policiamento (e.g., rusgas e maior policiamento em bairros degradados/zonas de diversão nocturna); tribunais e prisões; a saúde (e.g., devido a *overdoses*, doenças físicas e mentais provocadas pelos consumos repetidos); e o emprego e a formação visto, por exemplo, que a toxicodependência afecta as capacidades de aprendizagem e de trabalho (Magura, 2003) e que a maioria dos toxicodependentes inicia os seus consumos problemáticos em faixas etárias jovens (Schuckit, 1995).

Da perspectiva do toxicodependente, a vida perde todo o sentido – os seus objectivos exclusivos passam a ser conseguir dinheiro para a droga, encontrar onde a comprar, obter

⁴ Por exemplo, calcula-se que em 1992 as despesas globais devidas à toxicodependência nos EUA tivessem rondado os 97 biliões de dólares (Sindelar & Fiellin, 2001).

material para a consumir, consumi-la de uma forma relativamente segura e, por vezes, disfarçar os seus consumos (Mullen & Hammersley, 2006). Os seus interesses, capacidades e recursos vocacionais, sociais, familiares, recreativos e espirituais são menosprezados. Deixa de ser uma pessoa comum com problemas, defeitos, potenciais, lutas e satisfações, para ser um escravo de um mercado que não tem cara. Para além das questões já mencionadas, as dificuldades financeiras (Laudet et al., 2006), o desemprego (Magura, 2003), a alienação social e dos seus próprios sentimentos (Mullen & Hammersley, 2006; Rokach, 2005) e as taxas elevadas de comorbilidade psiquiátrica nesta população (Laudet, Magura, Cleland, Vogel & Knight, 2003) poderão contribuir para os elevados níveis de stress e para a baixa qualidade de vida que se têm registado nestes indivíduos (Laudet et al., 2006).

Combater este grave problema revela-se ainda mais urgente quando se considera a quantidade de pessoas que, por ele, são afectadas. Apesar das taxas de consumo de drogas no nosso país serem comparativamente mais elevadas do que as taxas de consumo mundiais, ainda representam das mais baixas entre os países da União Europeia, com uma excepção para o consumo problemático de heroína que, no nosso país, a par do Luxemburgo e do Reino Unido, atinge as percentagens mais elevadas. O consumo de drogas tende a começar cada vez mais cedo em Portugal, sendo alarmante a prevalência de consumo das diferentes drogas na população escolar em comparação com a população geral (Feijão, 2004; ver Anexo A4).

Como aprender com a experiência de outras nações, intervindo antes que as consequências deste flagelo atinjam proporções maiores em Portugal? Caminhamos em que direcção em matéria de drogas e toxicoddependência? As respostas a questões como estas poderão ser fulcrais para a evolução mais ou menos problemática daquilo que actualmente já representa um problema premente. Certamente será benéfico fornecê-las através de vários prismas e, como já vimos, a Psicologia tem obrigação de responder perante esta situação.

1.2. Recuperação: os seus contextos e caminhos

A ideia sobreavaliada de que os toxicoddependentes raramente conseguem ultrapassar os seus problemas de consumo de drogas tem raízes nas taxas elevadas de recaída entre pessoas que conseguem abandonar temporariamente os seus hábitos de consumo (Gossop et al., 2002) e no facto de que a recaída pode ocorrer mesmo depois de anos de abstinência (Laudet, 2007; White & Kurtz, 2006). No entanto, a recuperação é possível e frequente, facto que justifica a afirmação de que há esperança de um futuro sem drogas para os toxicoddependentes (e.g., TBFICP, 2007). Os factores influentes para a manutenção da recuperação aparentam ser a motivação para a mudança, as influências positivas da família, a

força derivada da espiritualidade/religiosidade, e a ajuda proporcionada pela terapia, para além da capacidade de recordar problemas associados ao consumo e da participação em grupos de entreaajuda (Califano Jr., 2001; Flynn et al., 2003).

O sucesso dos tratamentos está correlacionado com uma série de resultados positivos, como a redução dos custos para a sociedade e o melhoramento do funcionamento individual e familiar (Sindelar & Fiellin, 2001). Na vida dos ex-toxicodependentes esses resultados positivos reflectem-se no emprego, na adopção de estilos de vida mais convencionais e de actividades mais pró-sociais, na percepção de maior apoio social e numa motivação mais elevada (Magura, 2003; Flynn et al., 2003). Relevando para a perspectiva adoptada neste estudo, alguns indivíduos experimentam mudanças de tal modo profundas que percebem os processos de toxicodependência e recuperação como bênçãos das quais derivaram um significado e propósito de vida que lhes eram desconhecidos, atingindo uma recuperação *enriquecida* (White & Kurtz, 2006).

Este ponto focaliza algumas questões teóricas relacionadas com a recuperação da toxicodependência que, novamente, se desenvolvem em anexo devido à sua importância para a área da reabilitação da adicção. Essencialmente, mencionam-se teorias da mudança (uma vez que as terapias de recuperação da toxicodependência, no fundo, visam mudar os toxicodependentes) e questões relacionadas com a definição de recuperação da toxicodependência, introduzindo-se, por fim, a distinção dos diversos contextos de recuperação e tratamentos actualmente existentes.

Têm sido aplicados diversos modelos e teorias à área do tratamento da adicção para explicar a mudança e, dessa forma, orientar as intervenções com os utentes. Distinguem-se três tipos de mudança: a mudança incremental consciente, que se processa de forma planeada; a mudança transformacional ou quântica, que se distingue pela intensidade emocional que lhe está associada e pelo seu carácter repentino, positivo e permanente; e um estilo de mudança que os sociólogos têm denominado de *deriva* (White & Kurtz, 2006). Abordam-se estes tipos de mudança no Anexo B1, destacando-se o modelo das fases de mudança de Prochaska e DiClemente (Prochaska, DiClemente & Norcross, 1992; DiClemente, 2003) e a noção de auto-eficácia mencionada por Bandura (2003), como estando relacionados com a mudança incremental; a mudança transformacional, que comprova que qualquer pessoa pode mudar (White, 2004; White & Kurtz, 2006); e uma revisão efectuada por Cook (1988) acerca da conversão religiosa aplicada à mudança que ocorre em comunidades terapêuticas.

Alguns autores têm vindo a advogar que ocorra uma mudança paradigmática na área do tratamento da toxicodependência, no sentido de se caminhar para um paradigma de

recuperação. Enquanto os tradicionais paradigmas da patologia e da intervenção incidem na origem, gravidade e complexidade da perturbação, o paradigma da recuperação evidencia a recuperação da toxicodependência, e de perturbações semelhantes, e postula que o estudo científico das soluções vividas para esses problemas podem melhorar os esforços de iniciação e manutenção da recuperação. Ao invés da saliência que actualmente se atribui à estabilização biopsicossocial dos indivíduos afectados, tal mudança enfatizaria a gestão prolongada da sua recuperação e salienta as práticas orientadas para o bem-estar (Laudet, 2007; White, 2007; White & Kurtz, 2006), estando altamente em concordância com a perspectiva característica da psicologia positiva (ver Marujo et al., 2007).

Surge, assim, o conceito de *capital de recuperação*, que diz respeito aos recursos (e.g., financeiros, sociais, pessoais) que determinado indivíduo tem à sua disposição para iniciar e manter a sua recuperação (Laudet et al., 2006), incluindo o apoio que o indivíduo pode derivar da sua espiritualidade/religiosidade. A fase inicial da recuperação é marcada por baixos níveis de adaptação (White & Kurtz, 2006), apesar de que o envolvimento inicial em tratamento representa um passo importante em direcção à recuperação (Simpson, 2004). Importa, portanto, referir que as experiências espirituais/religiosas podem servir, para algumas pessoas, como catalisadores para a iniciação da recuperação, e que as crenças, os rituais e as relações de apoio que se estabelecem em contextos espirituais/religiosos podem fornecer uma base para a manutenção da recuperação (White & Whitters, 2005). O capital de recuperação representa um conceito chave para um paradigma focado na recuperação. A distinção do seu papel em contextos de recuperação diferentes permite orientar as tomadas de decisão clínicas. Ao implicar que nem todos os indivíduos com problemas relacionados com o consumo necessitam de tratamentos profissionais, pode-se emparelhá-los com as estruturas de apoio que correspondem às suas necessidades, dependendo da gravidade dos problemas e da quantidade e qualidade dos capitais de recuperação dos indivíduos (White & Kurtz, 2006).

Independentemente do paradigma pelo qual a área do tratamento de perturbações relacionadas com o abuso de substâncias se orienta, o seu principal objectivo concretiza-se na recuperação dos toxicodependentes, mas, apesar deste conceito assumir uma importância extrema para a vida de muitos indivíduos, como vimos no ponto anterior, ainda não existe unanimidade relativamente ao significado de recuperação. Esta falta de especificidade turva a compreensão da eficácia relativa das intervenções e dos tratamentos existentes, uma vez que contribuiu para a variabilidade nos resultados das pesquisas e avaliações desses tratamentos e intervenções (White, 2007), pelo que o Anexo B2 aborda questões ligadas a este tema.

As pessoas que se encontram em recuperação normalmente notam que o apoio familiar e social, a espiritualidade e a motivação representam para elas importantes fontes de força (Laudet, 2007). Da mesma forma, a ocupação laboral e pós laboral, e a existência de uma rede significativa de apoio social, têm sido apontadas como fundamentais para a manutenção da recuperação (Galanter, Dermatis, Bunt, Williams, Trujillo & Steinke, 2007; Mullen & Hammersley, 2006; Laudet, 2003; O'Brien, 1994), enquanto as situações que conduzem ao stress, e a incapacidade de lidar com o mesmo, têm sido relacionadas com a recaída (Laudet et al., 2006). Considera-se, portanto, que as situações de risco (e.g., que envolvam pessoas ou lugares associados ao consumo) devem ser evitadas (Mullen & Hammersley, 2006; Goeders, 2004); o risco que lhes está associado poderá dever-se, entre outras causas, a mecanismos de condicionamento pavloviano (O'Brien, 1994; Siegel, 2004).

Existem, deveras, diversos caminhos para a recuperação que, de uma forma genérica, dependem do capital de recuperação do indivíduo, da gravidade das suas perturbações e do tipo e história dos seus consumos. A recuperação pode processar-se através da auto-ajuda, da ajuda-mútua (ou entreajuda) e de tratamentos profissionais, assunto extensivamente desenvolvido no Anexo B3. Restringindo-nos ao tema deste trabalho, importa sublinhar que de entre as associações de entreajuda mencionadas por White e Whitters (2005), conta-se o *Teen Challenge* (nome original do Desafio Jovem), que surgiu inicialmente em 1961 nos EUA. Como no caso do Desafio Jovem, diversas organizações de entreajuda baseadas na fé oferecem tratamentos em comunidades terapêuticas (e.g., Vida e Paz), modalidade esta que representa uma forma generalizada de tratamento para a toxicodependência (Ravenna, Hölzl, Costarelli, Kirchler & Palmonari, 2001).

De facto, White e Kurtz (2006) advogam que a variedade de organizações de ajuda-mútua aumenta a importância de que os profissionais ligados à área do tratamento das dependências as estudem, desenvolvendo relações com membros dessas associações e fornecendo informações aos seus clientes sobre os grupos locais que mais se adequam às suas necessidades específicas. Estes autores afirmam ainda, e num tom integrativo, que as “combinações de recursos naturais, de redes de recuperação por ajuda-mútua e de tratamentos profissionais poderão gerar resultados de recuperação amplificados para os indivíduos e as famílias com os problemas de maior gravidade e complexidade” (p. 49).

Relativamente aos tratamentos profissionais, as técnicas existentes englobam a farmacoterapia, o aconselhamento profissional, intervenções focadas na melhoria motivacional, técnicas de Exposição a Estímulos (*Cues*), de Prevenção de Recaídas e outras que implicam a gestão de contingências, e ainda intervenções de Terapia Cognitivo-

Comportamental, Terapia de Apoio Expressiva (*Supportive-Expressive Therapy*) e Terapia Interpessoal (Sindelar & Fiellin, 2001; Shearer, 2007; Woody, 2003; ver Anexo B3).

Apesar de existirem provas moderadas acerca da eficácia dos tratamentos que existem, esta decresce na proporção inversa das necessidades dos indivíduos e da gravidade das suas perturbações, que aumenta a importância de se manter em perspectiva a necessidade de fornecer tratamentos abrangentes que não focalizem somente uma ou algumas das vertentes humanas. Por exemplo, a psicoterapia deve ser sempre acompanhada de intervenções na área social, uma vez que uma grande quantidade de toxicod dependentes se encontra em situações sociais e económicas extremamente precárias, com fraco acesso ao sistema de segurança social, a apoios de saúde, à habitação e ao emprego (Shearer, 2007).

Nesse sentido, sublinha-se aqui que a “desintoxicação”, ou desabituacão física, representa o primeiro momento do tratamento (Rokach, 2005), e também o mais curto e fácil (Patrício, 1997). Diversas substâncias podem ajudar a controlar os consumos auto administrados, desordenados e nocivos, pela parte dos toxicod dependentes; a administração de fármacos facilita a desabituacão física, mas não equivale à recuperaçao ou ao tratamento do toxicod dependente uma vez que esses objectivos englobam muito mais do que a recuperaçao da dependência física da droga (Miguel, 2006; O’Brien, 1994; Goeders, 2004; Patrício, 1997; Rokach, 2005; Schuckit, 1995; Sindelar & Fiellin, 2001; Shearer, 2007; White, Laudet & Becker, 2006; White & Kurtz, 2006; Zocalli et al., 2007; para uma explicaçao extensa acerca da farmacoterapia, ver Patrício, 1997, pp. 183-197 e Schuckit, 1995, pp. 365-375).

2. O Desafio Jovem

As informaçoes aqui apresentadas provêm, na sua maioria, da consulta do *site* da instituicão (<http://www.desafiojovem.pt>) e de conversas informais com técnicos da mesma, o que justifica a escassez de referências teóricas que se verifica neste ponto. Descrevem-se aqui diversos aspectos da instituicão estudada, que englobam os fundamentos que baseiam a sua actuaçao e as regras, técnicas e intervençoes empregues nas suas comunidades terapêuticas.

2.1. Fundamentos e características do programa terapêutico

O Desafio Jovem é uma instituicão cristã sem fins lucrativos, legalmente constituída em Portugal em 1981, que alcançou o estatuto de Instituicão Particular de Solidariedade Social (IPSS) em 1990. Esta instituicão focaliza a prevençao primária, secundária e terciária da toxicod dependência, implementando diversos programas (e.g., de prevençao em escolas) e cooperando oficialmente com diversos organismos públicos. Possui cinco centros licenciados

pelo Serviço de Prevenção e Tratamento da Toxicodependência (SPTT), com uma capacidade total para receber cerca de 166 utentes num mesmo período de tempo (Desafio Jovem, s.d., O Desafio Jovem em Portugal, Comunidade Terapêutica), e uma comunidade de reinserção que também é sede da instituição e se encontra vinculada à Segurança Social (Desafio Jovem, s.d., Fanhões – Comunidade de Inserção).

Realçando a dimensão deste estudo, somente cerca de 26% dos 2899 utentes que passaram pelo programa de recuperação da instituição o completaram (incluindo repetentes que retornaram após desistir), desde que existe em Portugal até 2002 (Desafio Jovem, s.d., Grau de sucesso do Programa do Desafio Jovem entre 1978 e 2002).

O Desafio Jovem emprega uma abordagem holística e centrada no indivíduo, denominada *bio-psico-socio-espiritual*, e entende a vertente espiritual dos indivíduos como a base para o seu relacionamento consigo próprios e com os outros (Fidalgo, 2000). De facto, o fundamento central do programa do Desafio Jovem corresponde à fé cristã, na qual se baseia. Assim sendo, a Bíblia, enquanto Palavra de Deus, é aceite como verdade absoluta, pautando a acção da instituição e as vidas dos seus cooperadores. Neste sentido, presume-se que a apresentação dos pressupostos terapêuticos do programa, recorrendo aos fundamentos teológicos que os baseiam, permitirá uma compreensão mais completa e, conseqüentemente, mais válida dos processos que influenciam os utentes do Desafio Jovem, e essa compreensão importa para o esclarecimento dos factores que influenciam a conclusão deste programa pelos seus utentes. De facto, o director da instituição indica que a ambição de “recuperar, reinserir e dignificar” os toxicodependentes com quem a instituição contacta “passa por cada indivíduo respeitar um conjunto de valores cristãos, que constituem factores determinantes para o sucesso do programa terapêutico” (Desafio Jovem, s.d., Mensagem de Boas Vindas). O Anexo C engloba uma apresentação mais extensa da instituição e do seu programa, para além da transcrição dos versículos bíblicos (a partir de Sociedade Bíblica de Portugal [SBP], 1968) referidos ao longo do trabalho, mas que não se citaram textualmente, no sentido de facilitar o acesso aos mesmos.

Importa referir que a admissão ao programa terapêutico do Desafio Jovem se precede por um período de acompanhamento nos seus centros de atendimento (i.e., Cafés Convívio⁵). O processo de admissão dura cerca de cinco semanas, podendo demorar mais ou menos

⁵ Essencialmente, os Cafés Convívio divulgam a instituição, dando a conhecer o seu modelo de intervenção e fundamentos, preparando futuros utentes para o que irão encontrar no programa e auxiliando-os ao longo do processo de avaliação necessário para a sua integração nas comunidades terapêuticas do Desafio Jovem. Muitas vezes, presta-se apoio às famílias de toxicodependentes nestes centros de atendimento, nos quais os toxicodependentes também recebem apoio social (e.g., acompanhamento a consultas, oferta de comida e roupa [Desafio Jovem, s.d., Cafés-Convívio]).

tempo, dependendo da disponibilidade (i.e., comparência e motivação) demonstrada pelo utente, e envolve a realização de análises, uma avaliação médica e outra psicológica (para determinar o grau de perturbações que afectam o futuro utente), e ainda uma entrevista com o director do centro no qual o utente será admitido, de forma a facilitar a sua integração no mesmo (Desafio Jovem, s.d., Admissão). A existência de perturbações relacionadas com a esquizofrenia e com delírios impossibilitam a integração nas comunidades terapêuticas da instituição, as quais também não podem admitir utentes diabéticos insulino-dependentes, portadores de doenças infecto-contagiosas activas ou que estejam no último trimestre de uma gravidez. A admissão implica, ainda, o pagamento de uma jóia referente às despesas mensais associadas ao internamento, mas esses encargos são, frequentemente, assumidos pelas igrejas que cooperam com a instituição, pois muitos utentes não têm possibilidades para os suportar.

Fazem parte dos quadros da instituição alguns psicólogos (um dos quais trabalha a tempo inteiro na instituição) e um psiquiatra, cujos papéis se concretizam na avaliação psicológica de potenciais utentes, no acompanhamento psicológico aos utentes e na formação dos conselheiros e da restante equipa técnica, e cuja orientação é fortemente Rogeriana.

Uma vez aderindo ao programa, os novos utentes deparam-se com um ambiente completamente distinto daquele que os rodeava (e.g., pautado por relacionamentos interpessoais intensos e pela existência de regras e horários). Durante o programa, são fomentadas ocupações de desenvolvimento físico, social, intelectual e ocupacional, que permitem aos utentes reaprender a descobrir tempos de lazer gratificantes e incompatíveis com o consumo, e reconstruir as suas capacidades que potenciem a sua reintegração.

O principal objectivo da instituição constitui-se na apresentação de “alternativas de vida já provadas e confirmadas, que permitam viver, e não sobreviver, na actual sociedade”, através das quais se pretende que os utentes não só terminem os seus consumos, mas também readquiram “o posicionamento crítico em relação à sociedade em que vive[m] (...) [e que reencontrem] o seu lugar nela, não só numa perspectiva económica e social, mas também [através de] uma integração afectiva e emocional” (Desafio Jovem, s.d., Objectivos Programáticos). Assim, o utente é envolvido em diversas “actividades laborais, académicas, psicossociais, lúdicas e espirituais [cujo] (...) objectivo é proporcionar aos residentes a aquisição de conhecimentos técnicos, profissionais, sociais e outras competências que (...) o ajudarão na inibição dos consumos, (...) [facilitando também] a sua integração socioprofissional na sociedade” (Desafio Jovem, s.d., Metodologia).

Apesar de o programa se basear na abstinência total de drogas, álcool e tabaco (pelo que a desabituação física dos utentes se realiza, geralmente, a frio), por vezes é administrado

Subutex pela via sublingual (um fármaco à base de buprenorfina simultaneamente agonista e antagonista opiáceo, ou seja, que estimula e bloqueia os receptores opiáceos [Patrício, 1997; Schuckit, 1995]). Este medicamento permite realizar a desabitação física, em cerca de oito ou quinze dias, de dependentes de heroína e de indivíduos que se encontrem em programas de metadona, respectivamente, e, no Desafio Jovem, é administrado somente nas comunidades de Salvaterra de Magos e de Cucujães, por um técnico competente (cada uma destas comunidades tem uma capacidade máxima para seis utentes nestas condições, de cada vez).

Um elemento distintivo do programa do Desafio Jovem relaciona-se com a realização de cultos, de orações e de outras actividades relacionadas com o cristianismo, que representam uma constante nas suas comunidades (ver Anexo C2). A instituição anuncia Jesus Cristo como “a cura total para o homem total”, explicitando a crença de que a cura para todos os hábitos se concretiza na pessoa de Jesus Cristo – o poder de todo o pecado e hábito submete-se a Cristo, que proporciona a possibilidade de mudar de vida a qualquer pessoa, seja toxicod dependente, alcoólico, etc. Assim, os utentes do Desafio Jovem são confrontados com o facto de não terem de ser “escravos do pecado”, reflectindo a crença de que Cristo limpou e livrou cada um dos seus pecados (e.g., SBP, 1968, I João 1 e 2:1-2, II Coríntios 5:17-21).

Indivíduos associados ao Desafio Jovem indicam que a vida de Jesus, explícita nos evangelhos (SBP, 1968, Mateus, Marcos, Lucas, João), reflecte o modelo de excelência para o desenvolvimento intelectual, físico, espiritual e social de um ser humano, e que, apesar do passado e das adversidades que surgem ao longo da vida, o conhecimento individual dessa verdade e de que é possível tomar responsabilidade pelos próprios actos, decidindo o rumo da própria vida, liberta. Assim, tal como diversos versículos bíblicos anunciam, o primeiro passo para a mudança passa por crer no amor de Deus, expresso pelo sacrifício de Jesus Cristo e também na sua ressurreição (SBP, 1968, Romanos 3:21-31, Romanos 5:1-11). De facto, acredita-se que o principal motor para a mudança dos utentes do Desafio Jovem é a vontade, o poder e a benevolência de Deus, que podem ser expressos através dos actos dos que Nele crêem (SBP, 1968, Actos 3:1-12, 16), neste caso, dos cooperadores e utentes mais antigos da instituição.

O cerne das técnicas de *coping* apresentadas por esta instituição concretizam-se no conhecimento da Bíblia e do amor de Deus, passando também pelo apoio social que advém de pertencer a uma comunidade de fé partilhada, e considera-se que um estudo bíblico consistente e orientado pode fomentar o desenvolvimento das estruturas cognitivas que

permitem ao indivíduo reorganizar o seu estilo de vida de forma mais positiva (SBP, 1968, Romanos 12:2).

Tal como no caso do Desafio Jovem, na maioria das comunidades terapêuticas a toxicod dependência é considerada uma perturbação da “pessoa inteira”, pelo que se entende a recuperação em termos de mudanças específicas nos estilos de vida e nas identidades dos indivíduos, pois a dependência de substâncias não é considerada o problema central mas representa um sintoma de uma perturbação mais extensa e profunda (Kressel, De Leon, Palij & Rubin, 2000; Ravenna et al., 2001). Em consonância com outros tipos de tratamento (ver Anexo B3), em comunidades terapêuticas os tratamentos têm, geralmente, o objectivo de potenciar uma mudança psicossocial nos seus utentes, representando um processo de crescimento pessoal. Nestes contextos, a mudança decorre de processos nos quais os utentes aprendem “a reconhecer os seus pensamentos, percepções e sentimentos internos que produzem os seus comportamentos autoderrotistas” (De Leon cit. por Galanter, 2007, p. 267) e a utilizar técnicas de *coping* mais eficazes para lidar com a vida quotidiana sem o recurso às drogas. Aplicam-se técnicas de reestruturação cognitiva e de resolução de problemas, e fortalece-se a personalidade do indivíduo, que, se necessário, é redefinida numa nova base através da revisão das suas relações com os outros e dos seus sistemas de valores, fomentando-se também a sua consciência de si mesmo e da realidade (Ravenna et al., 2001).

Apesar das semelhanças teóricas entre outras comunidades terapêuticas e o Desafio Jovem, muitas não focalizam o crescimento espiritual dos seus utentes, que representa o baluarte para a recuperação na perspectiva da instituição estudada. No Desafio Jovem, como já vimos, o reconhecimento de que Jesus Cristo é a solução para os problemas que surgem de hábitos antigos e danosos torna-se central, a par do reconhecimento da natureza debilitante e incorrecta desses hábitos e das características pessoais que os mantêm. Assim, através do estudo bíblico, os utentes do programa apreendem a necessidade e possibilidade de mudar (SBP, 1968, I João 1, 2:1-2) e deparam-se com o facto de que Deus os ajuda, pessoalmente, a efectuarem as mudanças necessárias (SBP, 1968, João 14:22-27). Os processos de aprendizagem salientam os pensamentos, percepções e sentimentos debilitantes do utente, que são abordados como elementos de um carácter que se tornou danificado devido a uma vida insatisfatória e desprovida de amor e sentido, e não tanto como fruto de cognições distorcidas. Assim, administram-se currículos didácticos que abordam determinados temas (e.g., gestão da ira, amor e auto-aceitação), que apesar de, no entender dos técnicos da instituição, não representarem a principal causa da mudança dos seus utentes, apoiam e orientam a reestruturação do seu carácter, que começa e é dirigida pelo amor de Deus.

Possivelmente, o reconhecimento individual pelo utente de que Deus perdoa os seus erros, que o ama e que tem um propósito para a sua vida (apesar do seu passado, por mais sombrio e tenebroso que tenha sido) poderá servir como um potente catalizador para a mudança, permitindo-lhe encarar o passado como uma experiência a partir da qual pode aprender e não como um conjunto de padrões inalterável que define a sua vida, tanto presente como futura.

O programa do Desafio Jovem compõe-se de quatro fases, durando cerca de um ano, e engloba ainda um período de *Estágio* em regime de externato, também com uma duração de doze meses. A divisão temporal das quatro fases do programa, que se desenrolam em regime de internato, é flexível, correspondendo, de forma individualizada, à progressão de cada utente relativamente ao grau de autonomia e responsabilização que demonstram, e fazendo-se acompanhar de uma conquista progressiva de direitos (Desafio Jovem, s.d., Fases do programa; ver Anexo C4). De uma forma bastante geral, a primeira fase serve para que o utente lide interiormente com as suas falhas e com alguns erros que cometeu no passado, a segunda fase auxilia na resolução de questões pendentes do passado, relativas a relacionamentos desfeitos ou a questões legais/sociais, e a terceira fase focaliza a inserção num novo grupo de amigos/numa igreja, ou seja, a criação de uma nova rede social mantendo a distância da antiga. Por último, a quarta fase incide sobre a formação profissional, o conseguir arranjar trabalho e a aprendizagem de como gerir o tempo livre. Existe ainda um período de estágio e a possibilidade de permanecer no centro de reinserção, em Fanhões, após o programa, ou em alguma das “casas de saída”⁶ que a instituição possui. Importa referir que é durante a primeira fase que ocorre a grande maioria das desistências prematuras deste programa (Desafio Jovem, s.d., Grau de sucesso do Programa do Desafio Jovem entre 1978 e 2002; ver Fidalgo, 2000, entrevista nº2).

Desde o início do programa, ocupa-se algum tempo dos residentes com artesanato, agropecuária, floricultura, outras actividades que asseguram a manutenção das comunidades e formações profissionais de ordens diversas, para fomentar a sua responsabilidade e sentido de participação comunitária, facilitando a sua futura reinserção.

Para facilitar o ajustamento social do indivíduo, o programa incentiva e ajuda a que este enfrente e resolva os seus problemas relacionais. Este aspecto tem lugar desde o início do programa, dada a intensa vivência em grupo característica do ambiente encontrado em

⁶ As casas de saída representam apartamentos de reinserção, especificamente concebidos para facilitar a transição do indivíduo do ambiente das comunidades terapêuticas para a realidade exterior. Nestas casas, os indivíduos são confrontados com uma “maior responsabilização de atitudes, comportamentos, tarefas e (...) uma saudável disciplina de vida” (Desafio Jovem, s.d., Apartamentos), continuando a usufruir do apoio dos técnicos da instituição.

comunidades terapêuticas, e inclui o auxílio prestado na reconstrução de laços familiares e a integração dos utentes em igrejas locais.

Em geral, o ambiente das comunidades terapêuticas serve como uma base social para facilitar e direccionar a mudança dos toxicod dependentes ao enfatizar o valor de determinados comportamentos, sentimentos, pensamentos e atitudes, enquanto outros são desvalorizados (Ravenna et al., 2001) e, em adição, a existência de muitos conselheiros que outrora foram toxicod dependentes, e que muitas vezes iniciaram as suas recuperações nos programas onde agora cooperam, desempenha um importante papel para a recuperação dos indivíduos. Blume (1977, cit. por Cook, 1988) e Cook (1988) indicam diversas vantagens e desvantagens deste tipo de conselheiro, dos quais se realça que representam exemplos vivos de esperança e da possibilidade de mudança, servindo de modelos para os toxicod dependentes, o que sublinha a importância da modelagem para a recuperação em comunidades terapêuticas, como alguns autores mencionam (Polcin & Zembre, 2004; Ravenna et al., 2001). De facto, grande parte dos técnicos e conselheiros do Desafio Jovem passaram pelo programa como utentes, para além de que todos os conselheiros e directores das comunidades terapêuticas desta instituição, e as suas famílias, residem nas mesmas. Esta vivência diária permite aos utentes da instituição visualizar, através da vida dos que os rodeiam, que o melhoramento pessoal é um processo constante que não se processa instantaneamente (SBP, 1968, Filipenses 1:6), que mesmo no meio das dificuldades é possível escolher o caminho que se pretende seguir (SBP, 1968, Hebreus 12:1-2, Naum 1:7) e que é possível viver as verdades bíblicas, especialmente o amor e a entrega da sua vida pelos outros (SBP, 1968, Romanos 13:9-10).

No que concerne à reconstrução de laços familiares, muitas vezes desfeitos devido aos consumos, a instituição encontra-se aberta às famílias, no sentido de originar um espaço de apoio à reconciliação entre os familiares, permitindo inicialmente que estes tomem contacto com os recursos e com o funcionamento da comunidade terapêutica, bem como com o ambiente no qual o utente se encontra inserido, podendo, assim, reforçar a sua mudança. Neste sentido, também se promovem seminários e encontros de pais, nos quais se abordam questões relevantes para as problemáticas abordadas pelo Desafio Jovem.

De forma relacionada, a instituição mantém uma estreita relação com as igrejas locais, nas quais pretende integrar os seus utentes uma vez que sejam “graduados” (i.e., que tenham concluído o programa de reabilitação com sucesso). O objectivo dessa integração baseia-se na perspectiva cristã acerca da importância de cada indivíduo estar activamente envolvido num corpo local que busca a Deus, e aproxima-se da noção que tem surgido acerca da importância do apoio social para a manutenção de uma recuperação estável, demonstrando,

também, que o programa do Desafio Jovem se encontra concebido de forma a que auxilie os seus utentes a descobrir uma solução significativa e duradoura para as questões que enfrentam nas suas vidas. A integração dos utentes em igrejas locais permite que usufruam de uma nova rede social que os mantenha afastados, quando acabam o programa, das antigas redes sociais associadas ao mundo da droga, conferindo-lhes valor para enfrentarem a vida. Para além de representar uma fonte de suporte social, a integração nas igrejas, permite que os utentes participem activamente em actividades de cariz social, sentindo-se úteis e conquistando um lugar na sociedade.

3. Factores gerais que influenciam a conclusão dos tratamentos

Como verificámos na *Introdução*, a conclusão dos tratamentos por parte dos toxicodependentes (o termo equivalente utilizado na literatura é *retention* ou “retenção”) é de extrema importância para a sua recuperação, uma vez que permite que sejam expostos aos conteúdos terapêuticos essenciais para efectuarem e manterem as mudanças de que necessitam nas suas vidas (*National Institute on Drug Abuse* [NIDA], 1999). Dadas as elevadas taxas de desistência e as pequenas percentagens de toxicodependentes que chegam sequer a entrar em tratamento, os tratamentos para a toxicodependência têm englobado, cada vez mais, um componente de motivação, fazendo-se notar pressupostos do Modelo Trans-Teórico da mudança (Prochaska et al., 1992; DiClemente, 2003) que explicitam a urgência de encorajar os dependentes para a mudança (Brown, O’Grady, Battjes & Katz, 2004).

Dessa forma, vários estudos têm focalizado processos relevantes para a conclusão dos tratamentos, como a adesão e o envolvimento nestes. Como veremos seguidamente, esses estudos têm identificado diversos factores que influenciam os processos mencionados, orientando, com base nos seus resultados, o desenvolvimento de intervenções específicas cujo objectivo é fomentar a conclusão dos tratamentos.

3.1. Factores influentes para a adesão, o envolvimento e a conclusão

A adesão ao tratamento é de importância fulcral, tornando-se óbvia a sua relação com a conclusão dos tratamentos – i.e., se os indivíduos não iniciarem o tratamento, não o poderão concluir –, e tem sido indicada como um objectivo primário, particularmente no tratamento da dependência da cocaína (Stotts, Mooney, Sayre, Novy, Schmitz & Grabowski, 2007). Como razões para a adesão, os utentes geralmente indicam a acumulação de consequências devidas ao consumo e o desejo de uma vida melhor (Laudet et al., 2006; Laudet & White, 2008).

Como se referiu na *Introdução*, uma vez em tratamento, as taxas de abandono precoce são significativamente elevadas (Zocalli et al., 2007) e têm sido documentadas altas taxas de desistência especialmente durante os primeiros noventa dias após a admissão ao tratamento (Simpson, 2004). De facto, 70% dos utentes que aderem ao programa do Desafio Jovem acabam por desistir prematuramente, dos quais mais de metade desiste na primeira semana (Desafio Jovem, s.d., Grau de sucesso do Programa do Desafio Jovem entre 1978 e 2002).

A conclusão dos tratamentos pode entender-se como um índice cumulativo de factores de diversas ordens que influenciam a evolução e os resultados do tratamento, e que incluem características do paciente e características do programa de tratamento – nas quais se englobam também as do terapeuta (Simpson, 2004). No entanto, e antes de apresentar os indicadores apontados na literatura, é necessário referir que Stotts e colegas (2007) afirmam que uma grande quantidade dos estudos existentes tem vindo a produzir resultados ambíguos relativamente à maioria desses indicadores, acautelando para o facto de que a aplicabilidade desses resultados é, de certa forma, questionável.

De entre as características do paciente indicadas pela literatura destacam-se como indicadores mais fiáveis para a futura retenção do toxicodependente em tratamento os níveis maiores de motivação, de prontidão para o tratamento e de auto-eficácia (Ball et al., 2006; Joe, Simpson & Broome, 1998; Laudet, 2003; Laudet, 2007; Laudet et al., 2003; Longshore & Teruya, 2006; NIDA, 1999; Simoneau & Bergeron, 2003; Simpson, 2004; Simpson & Joe, 1993; Simpson, Joe, Rowan-Szal & Greener, 1995, 1997; Wild, Cunningham & Ryan, 2006). A motivação, que pode ser efémera e influenciada por factores que ultrapassam o programa (O'Toole, Pollini, Ford & Bigelow, 2006; Simoneau & Bergeron, 2003), representa um conceito multifactorial e dinâmico (Joe et al., 1998; Wild et al., 2006).

Também a existência de perturbações de menor gravidade desempenha um papel importante para a conclusão dos tratamentos (Simpson, 2004), visto que para indivíduos com problemas mais graves, a retenção num determinado tratamento residencial aparenta ser benéfica, e até mesmo essencial, mas a existência de perturbações mentais mais graves e a maior utilização de drogas antes do tratamento (especialmente de psicoanalépticos) representam, normalmente, uma barreira ao envolvimento favorável em tratamento e à sua conclusão (Ball et al., 2006; Polcin & Zembre, 2004; Simpson, 2004).

Para além destes factores, tem vindo a ser estudada uma verdadeira bateria de variáveis como potenciais influências para o envolvimento e a retenção nos tratamentos e, como já se mencionou, os resultados de diversos estudos têm sido ambíguos relativamente à maioria destes indicadores, podendo reflectir a imperfeição das metodologias utilizadas, a

falta de clareza relativamente à definição dos constructos a estudar ou a realmente fraca associação entre as variáveis e os processos de tratamento estudados. De qualquer forma, mencionam-se essas variáveis dado o foco e os resultados de uma quantidade de estudos, que têm sugerido o valor preditor de algumas delas face à conclusão dos tratamentos.

Um dos indicadores estudados concretiza-se na estabilidade social dos indivíduos, que inclui o seu estado civil e estatuto legal, o facto de estarem empregados e de terem estado menos vezes presos, e ainda o apoio social de que usufruem. A influência destes factores sobre a conclusão dos tratamentos relaciona-se com a importância de que as redes sociais dos indivíduos apoiem o facto de se encontrarem em tratamento, servindo como um reforço para que consigam prevalecer até ao fim dos mesmos e recuperar (Joe et al., 1998; O'Toole et al., 2006; Ravenna et al., 2001; Simoneau & Bergeron, 2003; Simpson, 2004; Simpson & Joe, 1993; Simpson, Joe, Rowan-Szal & Greener, 1995, 1997; Stotts et al., 2007).

O contexto geral da vida dos toxicodependentes aparenta estar associado à sua conclusão dos tratamentos, ao influenciar a sua motivação, e albergam-se sob esse cabeçalho a história familiar e infância do toxicodependente, o apoio paternal que recebeu (a relação deste factor com o envolvimento e a retenção em tratamento poderá ser mediada por mecanismos de vinculação e de esquemas mentais), os stressores que enfrenta e a sua percepção de competência. Por exemplo, ter crescido num bairro onde o consumo de drogas seja considerado normal ou encarar a morte de alguém próximo enquanto está em tratamento poderá dificultar a conclusão dos tratamentos, tal como ter desenvolvido um estilo de vinculação inseguro (Bowlby, 1988, cit. por Cormier & Cormier, 1997) poderá debilitar a confiança do toxicodependente nos outros e por conseguinte também nos prestadores de cuidados, minando o processo terapêutico (Simoneau & Bergeron, 2003; Simpson, 2004; Simpson, Joe, Rowan-Szal & Greener, 1997).

O facto de os toxicodependentes terem tido, pelo menos, uma experiência prévia de tratamento (Ravenna et al., 2001; Simpson & Joe, 1993; Simpson et al., 1995), de manterem a expectativa de no futuro reduzirem os seus consumos (Simpson & Joe, 1993), de consumirem doses mais elevadas de metadona (Simpson & Joe, 1993)⁷ e de apresentarem menores níveis de hostilidade (Joe, Broome, Rowan-Szal & Simpson, 2002) também aparentam aumentar o envolvimento e a retenção nos tratamentos. Para além da hostilidade, determinados traços temperamentais e de carácter medidos pelo *Temperament and Character Inventory* (Zocalli et al., 2007) – i.e., dependência de recompensas, persistência, e capacidade

⁷ Este factor poderá ser relevante especialmente para programas de tratamentos em externato que mantêm a substituição opiácea, mas não aparenta ser muito aplicável ao contexto específico do Desafio Jovem.

de cooperação e de auto-transcendência – indicam probabilidades mais elevadas de envolvimento uma vez que podem influenciar a motivação para aderir aos tratamentos e às regras das comunidades terapêuticas, mediando, potencialmente, a manutenção de certos comportamentos e a sensibilidade a determinadas recompensas (Zocalli et al., 2007).

Tem também sido investigada a relação entre a conclusão dos tratamentos e a gravidade da dependência, a história, os padrões e a idade de início dos consumos (Ball et al., 2006; Joe et al., 1998; O’Toole et al., 2006; Ravenna et al., 2001; Simpson, 2004; Simpson, Joe, Rowan-Szal & Greener, 1995, 1997; Stotts et al., 2007), e, finalmente, entre a conclusão dos tratamentos e dados demográficos como a raça, o sexo e a idade (Ball et al., 2006; O’Toole et al., 2006; Simpson, Joe, Rowan-Szal & Greener, 1995, 1997; Stotts et al., 2007).

De entre as características do programa de tratamento que influenciam a sua conclusão sobressaem o contexto, o clima e a localização do programa, o nível de intensidade do tratamento e a sua ênfase psicossocial, a existência de elevadas expectativas em relação aos pacientes e de políticas claras, os recursos, as regras, a estruturação e os sistemas de gestão do programa, e ainda as capacidades e características do seu *staff*, incluindo que uma elevada proporção deste seja constituída por indivíduos recuperados (NIDA, 1999; Simoneau & Bergeron, 2003; Simpson, 2004; Simpson et al., 1995; Stotts et al., 2007).

De facto, os programas de tratamento que mais envolvem os seus utentes costumam prestar serviços públicos e sociais, oferecem serviços de aconselhamento consistentes e focalizam as necessidades particulares dos seus utentes (Ball et al., 2006; Simpson, 2004). Neste sentido, os programas de tratamento devem englobar serviços de diversas ordens (NIDA, 1999) e devem oferecer serviços simultaneamente padronizados (potenciando a sua consistência e organização) e específicos (melhorando a relação do programa de tratamento e do seu *staff* com cada indivíduo que dele necessita).

Tal como para a psicoterapia em geral, sabe-se que a qualidade da relação terapêutica influencia fortemente os resultados e a conclusão dos tratamentos (NIDA, 1999; Simpson, Joe, Rowan-Szal & Greener, 1995, 1997) e, para além disto, a percepção que o toxicodependente tem da utilidade do tratamento influencia a sua conclusão, uma vez que o indivíduo pode acreditar que o tratamento já foi bem sucedido ou que não será bem sucedido, e poderá, assim, abandoná-lo prematuramente (Ball et al., 2006; Bell et al., 1996; Simoneau & Bergeron, 2003). Para além destes, outros factores apontados como influentes para a desistência do tratamento incluem a falta de preparação para a mudança, a fraca percepção da necessidade de ajuda (Laudet, 2003; Mullen & Hammersley, 2006), o carácter espiritual/

religioso do programa (Laudet, 2003) e problemas interpessoais que surgem durante o tratamento (Ball et al., 2006).

Visto que a fase inicial do tratamento poderá colocar o toxicodependente sob uma tensão especialmente significativa, e que os tratamentos em comunidades terapêuticas implicam relacionamentos intensos – potenciando que ocorram atritos entre os seus residentes –, a aquisição de capacidades de *coping* e a aprendizagem de técnicas de resolução de problemas pela parte dos toxicodependentes durante o tratamento representam factores importantes para a sua conclusão. Juntam-se, também, a estes factores o aumento da auto-estima e a diminuição da utilização de drogas durante o tratamento (Joe et al., 1998, 2002; Laudet et al., 2003; Simpson, Joe, Rowan-Szal & Greener, 1995, 1997).

Claramente, a conclusão dos tratamentos para a toxicodependência depende de uma miríade de variáveis e do ainda maior número de interações que se estabelecem entre elas, e a compreensão exacta da natureza dessas interações e da forma como contribuem para a conclusão dos tratamentos ainda não é inequívoca. Neste sentido, importa estabelecer alguma ordem relativamente a que factores estudar mais aprofundadamente, para que se comecem a desvendar os elementos fundamentais para a conclusão da maioria dos tratamentos pela maior parte possível de utentes, sem, no entanto, omitir a importância devida à especificidade de cada caso neste campo de reabilitação humana.

De entre as variáveis indicadas, a motivação assume uma posição de destaque como factor que influencia a adesão, o envolvimento e a conclusão dos programas de tratamento para a toxicodependência. Uma das formas através da qual a motivação actua sobre a conclusão dos tratamentos concretiza-se na proporção directa que existe entre a sua existência inicial com a qualidade da relação terapêutica e com percepções mais favoráveis acerca da competência do conselheiro e do apoio oferecido pelos pares (Brown et al., 2004; Joe et al., 1998; Simpson, Joe, Rowan-Szal & Greener, 1997).

Apesar da relação existente entre retenção em tratamento e níveis mais elevados de motivação no início do mesmo, a motivação do utente deve ser medida ao longo do tratamento (Simpson, 2004), dada a sua natureza dinâmica, que possibilita a ocorrência de casos nos quais a elevada motivação inicial não resulte na conclusão do tratamento (O'Toole et al., 2006; Simoneau & Bergeron, 2003; Simpson, Joe & Rowan-Szal, 1997). A motivação é influenciada por diversos factores dos indivíduos e do seu ambiente – e.g., características da família, dos amigos, dos valores do bairro onde reside (Brown et al., 2004), do contexto do tratamento e das pessoas com quem contacta durante o mesmo (Simoneau & Bergeron, 2003). O apoio e a preocupação demonstrada pela rede de pares e pela família do utente

também influenciam a motivação deste para o tratamento, especialmente quando esse apoio e preocupação vêm da parte de um esposo ou parceiro (Brown et al., 2004).

Para além de poder variar ao longo do tempo, a motivação engloba diversas dimensões (e.g., externa, identificada [Wild et al., 2006]) e representa uma noção ampla que congrega variados conceitos (e.g., prontidão, resistência). Alguns autores têm-se debruçado sobre as diferentes dimensões da motivação, enquanto outros têm estudado especificamente diferentes aspectos dos conceitos que se podem agrupar sob a noção mais ampla de motivação.

Relativamente às dimensões da motivação, a sua dimensão externa (pressões judiciais, familiares, etc.) pode servir para manter o utente em tratamento sem, no entanto, afectar positivamente o seu envolvimento no mesmo. Nestes casos, o utente poderá simplesmente fazer “figura de corpo presente”, enquanto, na verdade, não pretende estar ali nem tem expectativas ou vontade de parar de consumir uma vez que termine o programa. A dimensão identificada da motivação, por sua vez, é geralmente mais importante para uma recuperação estável, e prediz níveis mais elevados de envolvimento e de retenção no tratamento, dado que a razão para o indivíduo se encontrar em tratamento está interiorizada e depende da sua volição (Wild et al., 2006).

Esta forma de distinguir diferentes tipos de motivação encadeia-se com a teoria da auto-determinação quando aplicada explicitamente a estudos relacionados com os tratamentos para a toxicod dependência (Wild et al., 2006). Neste contexto, a teoria da auto-determinação, estipula a existência de três tipos de motivação (Wild et al., 2006): externa (e.g., pressões sociais coercivas); introjectada (e.g., sentir culpa devido ao consumo contínuo de drogas); e identificada (e.g., um compromisso pessoal relativamente aos objectivos do programa) – sendo que este último tipo de motivação corresponde a que o utente percepcione diversos benefícios associados à redução dos seus consumos e que tenha um interesse genuíno no tratamento. De facto, a motivação identificada encontra-se associada a um maior envolvimento na mudança de diversos comportamentos de saúde, enquanto a motivação externa tem uma relação potencialmente inversa com o envolvimento (Wild et al., 2006).

O reconhecimento do problema relacionado com os consumos, o desejo de ajuda e a preparação (ou prontidão) para o tratamento são factores influentes na motivação para o tratamento e para a mudança (Simpson & Joe, 1993). De facto, alguns estudos demonstram a relação entre cada um destes conceitos e a retenção em tratamento, tendo-se demonstrado mais influentes para a retenção do que variáveis relacionadas com o passado de consumo, variáveis demográficas e outras variáveis contextuais. Alguns autores indicam,

inclusivamente, que a prontidão para o tratamento representa o factor mais influente para o sucesso de tratamentos residenciais de estada prolongada, como é o caso da instituição estudada neste trabalho (Joe et al., 1998; Longshore & Teruya, 2006; Simpson & Joe, 1993).

Neste sentido, a subdivisão da prontidão em três elementos interdependentes avançada por Evans, Czuchry e Sia (cit. por Simpson, 2004) ganha um relevo especial. Estes autores distinguem a prontidão para a mudança pessoal da prontidão para o programa de tratamento, e da prontidão para as actividades específicas da intervenção. Também a noção de resistência, discutida por Longshore & Teruya (2006) no contexto da reabilitação de toxicodependentes, poderá desempenhar um papel importante para a sua perseverança até à conclusão dos tratamentos. O reconhecimento dos problemas associados aos consumos, a prontidão para o tratamento (nas suas diversas formas) e a resistência contribuem, de formas distintas, para o envolvimento terapêutico inicial, o que nos permite ter uma noção da adequação do utente específico ao tratamento em causa (Longshore & Teruya, 2006; Simpson, 2004).

Utilizando o modelo de fases de mudança (Prochaska et al., 1992; DiClemente, 2003) como referência para enquadrar o processo de motivação relacionado com a adesão e conclusão dos tratamentos para a toxicodependência, o surgimento da motivação ocorre durante a fase de contemplação, na qual o indivíduo começa a reconhecer os problemas que os seus consumos lhe causam. Antes de existir um reconhecimento genuíno da parte do indivíduo acerca das consequências negativas dos seus consumos, a sua participação no tratamento poderá servir como um catalizador que aumenta a sua motivação para a mudança e que permite que interiorize a necessidade de mudar. Geralmente situações destas envolverão algum tipo de pressão externa para que o toxicodependente se encontre em tratamento mesmo sem ainda ter compreendido ou sentido a necessidade de uma mudança na sua vida. Apesar de que, como veremos seguidamente, se devem acautelar ao máximo situações que evoquem resistência ou reactância da parte do utente, a sua presença em tratamento, mesmo contra vontade, poderá ser benéfica pois poderá servir para gerar nele expectativas positivas em relação a actividades que não se coadunam com a droga, e para o sensibilizar relativamente às consequências nefastas dos seus hábitos, da sua dependência e do seu estilo de vida (Laudet, 2007; Longshore & Teruya, 2006; Simpson & Joe, 1993).

Em casos de maior sucesso, a motivação aumenta e, à medida que o utente se envolve na fase de preparação, e depois de acção, irá aumentar a sua ponderação acerca da mudança e depois irá começar a agir no sentido de mudar. Assim, ao medir estes elementos da motivação, é possível discernir em que fase de mudança um indivíduo se encontra. Valores elevados de reconhecimento do problema, em conjunto com valores mais baixos de desejo de

ajuda e de preparação para o tratamento, poderão indicar que se encontra na fase de contemplação, enquanto pontuações mais elevadas no reconhecimento do problema e no desejo de ajuda, em conjunto com pontuações menores na preparação para o tratamento, poderão indicar que o indivíduo se encontra na fase de preparação, e, por último, valores elevados em todas estas dimensões da motivação poderão indicar que o indivíduo se encontra na fase de acção (Longshore & Teruya, 2006; Simpson & Joe, 1993).

Finalizando este ponto, Longshore & Teruya (2006) conceptualizam a motivação como contendo elementos “positivos” e elementos “negativos” (no sentido em que uns aproximam o toxicodependente do tratamento e outros o afastam do mesmo). Enquanto as dimensões e os tipos de motivação já mencionados contribuem, teoricamente, para que o toxicodependente busque ou se mantenha em tratamento, a vertente negativa da motivação – que se concretiza na resistência e na reactância – expressa a vontade do toxicodependente de não continuar em, ou procurar, tratamento. Os autores citados apresentam a resistência como qualquer forma de oposição ao tratamento que pode aparecer como resposta a determinadas situações ou a eventos específicos, e dividem este conceito em duas vertentes: a resistência (que advém do conteúdo do tratamento) e a reactância (que surge da forma como o conteúdo é apresentado).

A noção de resistência encontra-se associada com a motivação externa, uma vez que esta actua de forma coerciva sobre o indivíduo. A teoria da reactância de Jack e Sharon Brehm (1981, cit. por Engle & Arkowitz, 2006) postula que a percepção de ameaças à liberdade leva os indivíduos a responder no sentido de restaurar essa liberdade ou eliminar a ameaça e, neste sentido, a resistência poderá clarificar a influência de diferentes tipos de motivação sobre a conclusão dos tratamentos. Por exemplo, em situações nas quais a motivação externa é elevada e a motivação identificada quase nula, os resultados serão provavelmente ainda piores do que em casos nos quais a motivação externa e identificada sejam baixas, uma vez que a pressão externa pode levar o utente a insistir contra o tratamento, ao invés de o convencer a participar activamente neste (Longshore & Teruya, 2006).

Assim, a variedade de resultados obtidos em diferentes estudos poderá, de facto, estar a reflectir uma falha conceptual: não se ter considerado a resistência como um elemento influente para e/ou constituinte da motivação. Em determinadas medidas, valores elevados de motivação podem reflectir quer uma prontidão elevada, quer uma resistência baixa, e a retenção mais longa poderá reflectir motivações identificadas e externas mais elevadas, enquanto a retenção mais curta pode reflectir motivações externas e resistência mais

elevadas. A resistência poderá ter dimensões múltiplas como, por exemplo, o cepticismo em relação ao valor do tratamento (Longshore & Teruya, 2006).

A, ainda inicial, compreensão de que se dispõe quanto ao que pode influenciar a conclusão dos tratamentos tem sugerido diversas intervenções designadas para fomentar esses casos de sucesso, que são apresentadas no Anexo D1. Estabelece-se, de certa forma utopicamente, como um ponto de partida para estimular o aumento das taxas de conclusão dos tratamentos para a toxicoddependência, que a formação dos conselheiros – profissionais, semi-profissionais ou voluntários – deve abordar extensivamente as questões que se agregam sob esse cabeçalho, pelo que a formação de todos os intervenientes na reabilitação da toxicoddependência (de acordo com o seu ponto de contacto com os toxicoddependentes) deveria salientar o treino da sensibilidade (não só cultural) e também das diversas técnicas referidas no Anexo D1 (Simoneau & Bergeron, 2003). Tendo em conta o actual panorama nacional e dados os escassos recursos (financeiros, humanos, etc.) que existem para fazer face à quantidade dos que seriam necessários para a realização satisfatória, atempada e compulsiva de formações tão abrangentes ao nível de conteúdo, este poderia constituir um dos objectivos a colocar num futuro algo distante, como que um horizonte em direcção ao qual caminhamos. Entretanto, de forma mais modesta e centrando a atenção nos obstáculos mais imediatos, para que possamos caminhar, poderia seleccionar-se uma porção das estratégias, abordagens e intervenções apresentadas em anexo de forma a que, gradualmente, se avance no sentido desse futuro, no qual a falta de formação e a incompetência não seriam responsáveis por quaisquer casos de insucesso neste tipo de terapia.

3.2. Um factor específico: a espiritualidade como factor de sucesso na conclusão dos tratamentos

O interesse científico pela espiritualidade e religiosidade tem aumentado ao longo das últimas décadas (Bergin, 1992; Ozorak, 2005; Paloutzian & Park, 2005; Piedmont, 2004), não existindo ainda um consenso acerca da sua definição (Pardini et al., 2000; Piedmont, 2005). Alguns investigadores advogam que as definições desses conceitos adoptadas para cada estudo se baseiem na perspectiva dos grupos estudados (Cook, 2004; Zinnbauer & Pargament, 2005), mas a escassez temporal para a realização do estudo presente impediu a avaliação experimental de como se compreende a espiritualidade e a religiosidade no Desafio Jovem, apesar de se ter construído um questionário que poderia ser utilizado para esse efeito (ver Anexo D3). Assim, definiram-se esses conceitos de acordo com a percepção da investigadora sobre a perspectiva cristã evangélica actual acerca deles, que se baseia na sua

interacção com praticantes dessa fé. Demonstra-se em anexo (ver Anexo D2) que a religiosidade (i.e., a vivência da religião) pode ser extrínseca ou intrínseca, mas no que se segue deste trabalho o termo é utilizado para exprimir somente religiosidade intrínseca, ou seja, um conjunto de preceitos cujo único objectivo é fomentar o crescimento da espiritualidade. Por sua vez, a espiritualidade, ou a vivência do espírito, é vista como a busca por, e o relacionamento com, Deus.

Parece existir uma associação entre a presença de crenças espirituais/religiosas⁸ e a prevenção do consumo de drogas e do desenvolvimento de dependências, e tem-se vindo a notar a possibilidade de que estas crenças possam também influenciar a recuperação (Galanter, 2007; Laudet et al., 2006). A ênfase espiritual/religiosa dos programas poderá facilitar transformações substanciais de vida (Pargament, Koenig & Perez, 2000), fomentando a construção de uma vida melhor para além da abstinência (Poage, Ketzenberger & Olson, 2004).

À partida, a influência desses conceitos no contexto estudado dependerá da aceitação dos valores da instituição pelos seus utentes. Um utente não ter crenças espirituais/religiosas ou não compreender esse foco do tratamento, por exemplo, irá possivelmente debilitar a sua permanência no programa enquanto, por outro lado, quando os utentes aderem à filosofia do Desafio Jovem a sua permanência no programa torna-se facilitada. Quando os utentes não possuem previamente crenças semelhantes às da instituição, a assimilação de novas crenças poderá ocorrer através da conversão ou mudança transformacional (ver Anexo B1).

Emmons (2005) indica que a existência de emoções positivas poderá ser fundamental para que ocorra uma conversão ideológica deste tipo, mas o período de adaptação ao programa terapêutico do Desafio Jovem deverá envolver uma sensação de incómodo substancial por diversas razões mencionadas anteriormente, pelo que o desenvolvimento de emoções positivas nessa fase representa um desafio em si mesmo para a continuação dos utentes no programa. O ambiente familiar das comunidades desempenha, certamente, um papel na adaptação dos seus novos utentes, diminuindo o seu mal-estar, mas não actua de forma isolada.

A espiritualidade/religiosidade oferecem estratégias de *coping* eficazes para um grande número de pessoas, mesmo frente a problemas graves que estas possam estar a

⁸ No contexto do Desafio Jovem, a espiritualidade/religiosidade correspondem ao conceito de cristianismo/fé cristã (protestante evangélica). Convém, no entanto, frisar que as referências bibliográficas indicadas nestes contextos não significam que os autores mencionados se referissem explicitamente ao cristianismo nos seus trabalhos, apesar de que a maioria dos estudos efectuados acerca da espiritualidade/religiosidade têm tido como referência a fé cristã (Paloutzian & Park, 2005).

enfrentar nas suas vidas (Paloutzian & Park, 2005a; Pargament et al., 2000), protegendo os indivíduos contra o stress (Laudet, 2007; Laudet et al., 2006). Este facto parece ser especialmente verdade para pessoas com condições sociais menos favorecidas (Pargament, Smith, Koenig & Perez, 1998), pelo que se poderá indagar acerca da importância acrescida das estratégias de *coping* espirituais/religiosas para os toxicodependentes. Especificamente, estes conceitos influenciam o *coping* porque, ao desempenharem um papel importante na busca pelo significado, fornecem uma base para a compreensão e interpretação das circunstâncias e situações com que o indivíduo se depara na sua vida. Pargament e colegas (Pargament et al., 2000; Pargament & Mahoney, 2002) referem vários métodos de *coping* espirituais/religiosos que permitem a manutenção de uma sensação de mestria e de controlo face aos eventos stressantes da vida, servindo para reduzir a apreensão que advém das limitações da força individual e para fomentar o apoio, a solidariedade e a identidade social, incentivando a intimidade com os outros e com Deus. Um dos métodos mencionados, denominado reavaliação religiosa, consiste em perceber eventos negativos como oportunidades para o crescimento e como parte da vontade de um Deus que ama e que é justo, cuja vontade nem sempre é inteligível, e permite, assim, manter as crenças quando são confrontadas devido a eventos difíceis, auxiliando os indivíduos a perceber oportunidades para o crescimento em situações de crise significativas (Pargament & Mahoney, 2002).

Os novos utentes encontram-se rodeados de pessoas que comungam as mesmas crenças e que lhes oferecem uma nova rede de apoio social, disponível e orientada para a recuperação, e, simultaneamente, servem para confirmar e manter as suas novas crenças quando estes as assimilam. De facto, muitos indivíduos recuperados afirmam a importância e utilidade do relacionamento com utentes com mais tempo de programa, pois servem como modelos que fomentam uma maior auto-eficácia para a recuperação e facilitam a sua aquisição de estratégias de *coping* eficazes (Laudet et al., 2006).

No contexto estudado, podemos especular que essa relação tenha também a importância de os novos utentes poderem interagir e aprender com outros que também já tiveram dúvidas semelhantes acerca da componente espiritual/religiosa do programa mas que as ultrapassaram. Como se menciona acima, as crenças espirituais/religiosas fornecem aos utentes uma perspectiva nova para enquadrarem os seus sofrimentos, permitindo que os encarem como oportunidades (e até indícios de uma necessidade) para o crescimento (Laudet & White, 2008). De facto, o crescimento por vezes ocorre através do sofrimento (Exline & Rose, 2005), pelo que as sensações negativas e o significativo mal-estar associado à fase inicial do programa podem ser amenizados quando o utente assimila as crenças do grupo,

praticando a sua fé, dado que daí pode obter força e paz interiores, estratégias de *coping* úteis, e ainda uma sensação de comunidade e de pertença (Rokach, 2005).

Tendo assimilado as crenças, os valores e as práticas fomentadas no Desafio Jovem, os utentes serão capazes de conservar o novo estilo de vida que as acompanha mesmo quando forem confrontados com estilos de vida concorrentes e potencialmente ameaçadores, para além de usufruírem de uma perspectiva incitante acerca do mundo, de uma identidade pessoal clara e do apoio e da aprovação dos seus companheiros (Pargament & Mahoney, 2002). A manutenção da sua vida espiritual dependerá da regularidade com que experimentam essa dimensão, o que inclui a oração, a meditação, a leitura da Bíblia e a participação em cultos.

O programa de recuperação do Desafio Jovem desenvolve uma perspectiva acerca da vida na qual Deus é central, baseando-se na noção de que Deus pode ser manifesto em todas as áreas da vida, como o casamento, o trabalho, o ambiente e as pessoas que nos rodeiam, e até na recuperação. Na medida em que os utentes do Desafio Jovem despertam espiritualmente, torna-se natural que invistam em objectivos que considerem congruentes com as suas crenças (Ozorak, 2005). Os utentes poderão perceber a sua cura e reabilitação como algo que possui um carácter divino, ou seja, algo que depende da vontade de Deus, do Seu poder, graça e misericórdia, e não exclusivamente da vontade própria do utente e da vontade dos que o apoiam. Assim, os utentes terão tendência para procurar concluir o programa de forma a poderem recuperar/serem curados (Pargament & Mahoney, 2002). É defendido pelos crentes que a Bíblia ensina as pessoas a confiar totalmente em Deus enquanto, ao mesmo tempo, fazem a sua parte para obter o que pretendem (SBP, 1968, Efésios 6:13, Josué 1:8-9, Marcos 11:20-26, Salmos 34:17; ver Anexo C3), pelo que, pela fé, a auto-eficácia dos utentes face à recuperação, considerada importante para que se mantenham em tratamento (pois se não acreditarem que conseguem concluí-lo, dificilmente isso ocorrerá), torna-se fortalecida (Bandura, 2003).

Estando em consonância com as, potencialmente, novas crenças do utente, os novos sonhos e objectivos que surgem ao longo do programa podem gerar um, também novo, significado e propósito para a sua vida (Laudet & White, 2008), que pode ajudar a controlar o humor e os afectos negativos, conferindo resistência em situações stressantes e, dessa forma, aumentando a probabilidade de que os indivíduos concluam o tratamento apesar das dificuldades (Laudet et al., 2006; Laudet & White, 2008).

Por último, apesar da noção de que os utentes poderão beneficiar da frequência de programas como o do Desafio Jovem, independentemente da fase de recuperação em que se encontram (Laudet, 2003), e de que, de uma forma geral, a espiritualidade/religiosidade

aparentam estar relacionadas com determinados resultados positivos de saúde física e mental (Exline & Rose, 2005; Park, 2005; Piedmont, 2005), os seus efeitos acabam por depender da percepção de Deus que os utentes desenvolvem. A investigação tem demonstrado que as pessoas que percebem Deus como uma figura que ama, tem compaixão e que responde, atingem um nível mais elevado de bem-estar pessoal do que as pessoas que descrevem Deus como sendo distante, ríspido, temível ou punitivo e, da mesma forma, as pessoas que procuram colaborar com Deus na resolução dos seus problemas relatam uma saúde mental mais equilibrada do que pessoas que simplesmente “entregam” passivamente os seus problemas a Deus – particularmente no caso de situações que sejam de alguma forma controláveis (Pargament & Mahoney, 2002). Como se tem vindo a perceber, o Deus apresentado pelo Desafio Jovem ama, tem compaixão e responde, mas requer também que as pessoas colaborem com Ele na resolução dos seus problemas.

III. METODOLOGIA

“Mais do que criar estudos artificiais, pretende-se co-construir conhecimento com as pessoas no seu meio natural.”

Marujo et al., 2007, p. 123

Neste capítulo discutem-se questões relacionadas com a metodologia e o método utilizado neste trabalho, resumindo-se também a análise dos resultados obtidos. O capítulo inicia-se com a exposição e justificação da metodologia aplicada, prossegue com a descrição do trabalho de campo realizado e conclui-se com a explicitação da análise de conteúdo efectuada. Novamente, recorre-se aos anexos para apresentação de dados importantes.

1. Escolhas metodológicas

Para estudar os factores que influenciam a conclusão do programa de tratamento para a toxicodependência proposto pelo Desafio Jovem, recorreu-se à perspectiva de três tipos de informadores chave: actuais utentes, utentes graduados (utentes que concluíram com sucesso o programa) e técnicos dessa instituição. A metodologia aplicada foi escolhida de forma a averiguar a perspectiva dos intervenientes directos no programa da instituição e teve em conta o carácter exploratório desta investigação, visto que nenhum estudo anterior focaliza este assunto. Para além disto, tendo em conta o tempo limitado para a realização deste trabalho, orientou-se a recolha e análise de dados através do foco num número reduzido de

casos, que se estudaram de forma aprofundada mas transversal, pelo que a metodologia escolhida é de carácter qualitativo.

Geralmente, compreende-se a metodologia qualitativa como sendo apropriada para análises exploratórias e iniciais de dados, pois a sua natureza, essencialmente descritiva, permite estudar fenómenos sociais de forma aprofundada e sensível à especificidade de cada caso (Paloutzian & Park, 2005a; Silverman, 2000). Em contraste com o que acontece em pesquisas quantitativas, que servem para testar as hipóteses geradas *a priori* pelo investigador, a análise qualitativa de dados resulta em categorias de informação discernidas posteriormente, através da extracção das opiniões dos informadores chave acerca do fenómeno estudado. De facto, a avaliação qualitativa “implica a interpretação dos fenómenos (psico)sociais a partir do ponto de vista do sentido/significado das pessoas estudadas (...) [utilizando o] ambiente natural como local da recolha de dados (e não um ambiente artificial)” (Marujo et al., 2007, p. 130) e servindo para gerar teorias, mais do que testá-las.

Como método, escolheu-se aplicar entrevistas semi-estruturadas com perguntas abertas a membros de cada um dos três grupos chave, dado que as entrevistas servem para obter relatos ricos e aprofundados da experiência de eventos ou de episódios na vida dos inquiridos. Para além disto, o facto de vivermos numa “sociedade de entrevistas” torna os seus papéis e regras conhecidos e partilhados por todos, diminuindo a importância de treinamentos exaustivos para a sua realização (Denzin & Lincoln, 2003; Silverman, 2000).

Este método permite uma observação aprofundada da perspectiva dos inquiridos acerca de fenómenos sociais, apesar de Denzin e Lincoln (2003) advertirem que os investigadores não representam entidades invisíveis ou neutras, pois são co-autores das interacções que pretendem estudar, influenciando-as. Para além da natureza interactiva e relacional das entrevistas, estes autores mencionam que o pesquisador deve ter alguns cuidados éticos em relação aos participantes no estudo, como garantir o seu consentimento informado, direito à privacidade e, de especial relevo aqui, a protecção de danos.

Em conjunto com a noção com que a investigadora se deparou de que questionar é intervir, e de que ao questionar-se acerca do positivo, fomenta-se que o positivo ocorra (Marujo et al., 2007), o direito dos participantes “à protecção de danos” levou à inclusão de questões apoiadas no método do Inquérito Appreciativo (Cooperrider & Whitney, 2005; Watkins & Mohr, 2001) e na Terapia Breve Orientada para as Soluções (TBOS; de Shazer & Berg, 1997; Selekman, 1993) nos guiões utilizados para as entrevistas (que se podem consultar no Anexo E). Mais do que proteger dos danos, pretende-se fomentar o bem-estar dos participantes, uma vez que a “natureza auto-reforçadora das emoções (...) positivas [pode

criar] espirais de virtuosidade que alarguem os reportórios dos comportamentos positivos” (Marujo et al., 2007). Apesar de Marujo e colegas (2007) se estarem a referir à mudança organizacional, é crença da autora do estudo presente que estes efeitos também ocorrem quando a intervenção (ou neste caso, o inquérito) se processa somente a nível individual, pois quanto “mais positivas forem as questões, maior o entusiasmo e mais possível é a manutenção da mudança” (Marujo et al., 2007, p. 123).

Assim, apesar da validade da identificação sistemática de factores de risco para a desistência, bem como das intervenções específicas para reduzir o atrito, para o melhoramento dos tratamentos no domínio do abuso de drogas (Simpson, Joe & Rowan-Szal, 1997), decidimos usar questões centradas nas razões do sucesso. Deste modo, as questões colocadas focalizaram-se mais nas histórias de êxito vividas no tratamento, e de possíveis casos de recuperação enriquecida, tentando ainda perceber o que diversos indivíduos em posições diferentes (tanto utentes, como técnicos) valorizam na forma como têm lutado contra as drogas, e nas suas próprias vidas e nas dos outros. Relacionando-se, também, com a escolha das questões aplicadas nas entrevistas, a dificuldade de mensuração de conceitos como a espiritualidade e a religiosidade conduziu à inclusão nos guiões de poucas questões que abordassem directamente estes conceitos⁹.

Para além dos enviesamentos, ao nível das opiniões expressas nas entrevistas, que podem surgir, tanto da natureza das próprias entrevistas, como de alguns conceitos estudados, surge outro problema relacionado com o facto de que todas as entrevistas foram gravadas no formato áudio, para posteriormente serem transcritas e, então, analisadas. A transcrição das entrevistas também representa um processo através do qual os dados são moldados, porque o acto de transcrição das entrevistas, do formato gravado para o formato escrito, representa um processo de interpretação, da parte do investigador, no qual podem ocorrer alguns erros como, por exemplo, a troca não intencional de uma palavra por outra devido à baixa qualidade da gravação (Poland, 1999). Em adição, a dificuldade ou impossibilidade em representar no papel determinados elementos da comunicação¹⁰ pode dar aos participantes um ar incoerente ou pouco articulado na transcrição escrita de conversas verbais (Poland, 1999). Apesar disto, o número reduzido de entrevistas realizadas e o facto de que a

⁹ Segundo Hill (2005) esses conceitos podem ser especialmente susceptíveis a enviesamentos de desejabilidade social, alguns inquéritos podem estar para lá das capacidades linguísticas de certos grupos e algumas medidas podem ser desinteressantes, levando a um enviesamento nas respostas.

¹⁰ Por exemplo, a gravação áudio não permite registar elementos da comunicação como uma anuência com a cabeça, e o registo no papel de elementos auditivos importantes requer a aplicação de sistemas de codificação complexos que raramente se utilizam (Poland, 1999).

investigadora desempenhou o papel de entrevistadora, tendo também transcrito todas as entrevistas, ajuda, de certa forma, a diminuir erros, como alterações acidentais de dados.

A metodologia utilizada neste estudo resulta numa colecção aprofundada de dados relacionados com a perspectiva de informadores chave acerca do fenómeno estudado. Os dados, apesar de bastante completos no que concerne aos casos específicos estudados, não são representativos devido aos factos já mencionados. Da mesma forma, a análise desses dados não é generalizável, apesar de permitir estabelecer e estudar-se algo relacionado de perto com a realidade vivida pelos inquiridos e, possivelmente, por muitos outros utentes do Desafio Jovem.

2. Recolha de dados

Aplicaram-se três entrevistas semi-estruturadas a membros de cada um dos grupos de informadores chave. Apesar de, ao todo, somente se terem aplicado nove entrevistas, procurou manter-se o equilíbrio e a variedade da amostragem, e estabeleceram-se critérios específicos para a escolha dos participantes de cada grupo. Dentro desses critérios, escolheram-se participantes que se encontrassem nos contextos o mais variados possível, apesar do pequeno número de entrevistas realizadas para cada grupo. A escolha de cada indivíduo dependeu também da relativa proximidade dos centros de Fanhões e de Castanheira do Ribatejo da área da residência da investigadora.

Todo o trabalho teórico associado a este estudo foi desenvolvido entre Novembro de 2007 e Junho de 2008 e, por sua vez, as entrevistas foram aplicadas em três locais distintos durante as primeiras duas semanas de Junho de 2008: no centro de reinserção da organização, em Fanhões, foram efectuadas duas entrevistas (Entrevistas 7 e 8, Anexo F); na comunidade terapêutica da Castanheira do Ribatejo realizaram-se quatro entrevistas (Entrevistas 1, 2, 3 e 9, Anexo F); e, por último, as três entrevistas a graduados ocorreram no Café Convívio da Quinta das Laranjeiras, em Moscavide. Especificamente, entrevistaram-se actuais utentes do Desafio Jovem que nunca tivessem estado num programa terapêutico dessa instituição, cujo pedido de tratamento fosse relacionado com o consumo de droga e que se encontrassem em tratamento há mais de seis e há menos de doze meses. Os objectivos que estes critérios expressam prendem-se com atingir um certo grau de coerência, tanto a nível do fenómeno estudado (e.g., excluindo a participação de utentes cuja perturbação se relacionasse mais com o álcool) como ao nível das circunstâncias contextuais próprias ao indivíduo (e.g., a perspectiva de um repetente do programa acerca da sua permanência neste será inevitavelmente influenciada pela sua participação anterior [DiClemente, 2003]).

Os critérios temporais foram estabelecidos por duas razões. Em primeiro lugar, com o intuito de perturbar o menos possível o seu processo de recuperação, não se entrevistaram utentes com menos de 6 meses de programa. Em segundo lugar, somente se entrevistaram utentes com menos de 12 meses de programa pois essa é a duração planeada do programa do Desafio Jovem, apesar da sua progressão ser individualizada e de muitos só concluírem o programa após mais do que um ano em tratamento.

No que diz respeito aos ex-utentes, o único critério estabelecido expressa a noção existente nesta área terapêutica de que o ex-toxicodependente poderá ser considerado recuperado após cinco anos de abstinência contínua (White & Kurtz, 2006). Assim, os entrevistados tinham todos completado o programa há mais de cinco anos e nenhum recaiu desde que o completou. Por último, as entrevistas aos técnicos tiveram em mente a maior representatividade possível da instituição, pelo que se seleccionaram técnicos com funções e níveis de responsabilidade diversos; no entanto, também a entrevista efectuada com um técnico que tinha graduado anteriormente no programa (Entrevista 9, Anexo F) teve em mente o critério referido acima para os graduados.

De um total de quinze entrevistas realizadas transcreveram-se apenas nove, uma vez que duas entrevistas se excluíram devido à má qualidade da gravação áudio e outras quatro entrevistas não atingiam os critérios determinados para cada grupo de informadores chave. Efectuou-se uma análise de conteúdo baseada nas nove entrevistas transcritas, que resultou da identificação de categorias e subcategorias provenientes das respostas, para as quais se registou a frequência. Encontram-se em anexo os guiões utilizados para os inquéritos (ver Anexo E), bem como a transcrição integral das entrevistas (ver Anexo F) e a análise de conteúdo global que nelas se baseia (Anexo G).

Os contactos com a instituição foram facilitados pelo facto de a investigadora conhecer pessoalmente alguns membros da mesma, o que facilitou, também, o contacto com os participantes dos grupos de técnicos e de ex-utentes e, pressupõe-se, a sua abertura perante a entrevista. Todos os inquiridos consentiram verbalmente em fornecer as entrevistas, que tiveram uma duração média de cerca de 35 minutos. Realizaram-se as entrevistas em salas o mais possível isoladas de barulhos e de interrupções externas, no sentido de garantir a confidencialidade das informações fornecidas e a qualidade da gravação. Indicou-se a todos os participantes que as entrevistas faziam parte do trabalho de campo necessário para a realização de uma tese de mestrado da entrevistadora e também se indicou, especificamente aos inquiridos dos grupos de graduados e de técnicos, que o objectivo das mesmas era determinar a sua opinião acerca de quais os factores que influenciam a conclusão eficaz do

programa do Desafio Jovem pelos seus utentes. Aos participantes do grupo de actuais utentes indicou-se que o objectivo era compreender melhor a forma como estes se estavam a adaptar ao programa. A investigadora/entrevistadora disponibilizou-se para responder a quaisquer questões que os entrevistados tivessem, antes e depois das entrevistas, apesar de nenhum entrevistado ter colocado questões adicionais.

3. Análise de dados

Torna-se importante definir o tipo de dados que se analisaram. Uma vez que as entrevistas representam narrativas activamente construídas pelos seus intervenientes (Denzin & Lincoln, 2003) e que o processo de análise de conteúdos tem uma natureza inerentemente interpretativa, as respostas às entrevistas devem encarar-se como algo que fornece um acesso mediado à experiência dos entrevistados. Neste sentido, os principais dados analisados neste estudo – que se concretizam nas transcrições das entrevistas realizadas e se encontram em anexo (ver Anexo F) – podem ser definidos como relatos parciais do encontro entre a investigadora e os participantes (Poland, 1999).

A análise dos dados teve uma base fenomenológica, apesar de o escasso tempo disponível ter impossibilitado que se seguissem, por exemplo, os procedimentos propostos por Hycner (1999) para a realização de uma análise deste tipo. Assim, as categorias de respostas e de significados que surgiram (apresentadas extensivamente no Anexo G), emergiram somente através da leitura sistemática das transcrições das entrevistas, grupo a grupo e pergunta a pergunta. Cada nova leitura destes dados tem a potencialidade de gerar análises ligeira ou substancialmente diferentes, dependendo do investigador que as realizar, das orientações teóricas e contextos de vida que lhe são próprios, e também do grau de imparcialidade conseguido nesta primeira análise. Para analisar estes dados, poderiam utilizar-se procedimentos analíticos mais complexos e sistemáticos do que os aplicados (Bryman & Burgess, 1999; Denzin & Lincoln, 2003; Silverman, 2000), mas os objectivos propostos com esta pesquisa justificam o recurso à técnica utilizada.

Este estudo é fundamentalmente descritivo e baseia-se num problema social claro, e o objectivo consiste em extrair as unidades de significado principais referidas pelos entrevistados que se relacionam com esse fenómeno. Ao nível da possibilidade de generalização das conclusões que se extraem dessa análise, importa ter em conta o pequeno número de entrevistas realizadas e a forma como foram escolhidos os participantes. A escolha dos entrevistados não foi aleatória, destacando-se que foi baseada em critérios já

mencionados, e que todos os inquiridos participaram de livre vontade¹¹. Apesar de nenhum indivíduo contactado se ter recusado a participar neste estudo, uma recusa poderia indicar determinadas atitudes ou percepções que dessa forma não seriam representadas, enviesando os resultados obtidos. Para além disto, especificamente no caso do grupo de ex-utentes, não se poderá afirmar a sua representatividade, pois todos foram contactados através de um Café Convívio no qual são cooperadores, implicando que concordam com as crenças e os valores da instituição.

A amostra de actuais utentes compõe-se por três indivíduos do sexo masculino com uma média de idades de 42 anos e que passaram uma média de 8 meses no programa. Podemos inferir que um destes indivíduos provinha de um extracto social baixo (ver Tabela 7 em anexo). A droga de escolha de dois dos indivíduos era a heroína, enquanto a do terceiro era a cocaína e, em média, o tempo de consumo foi de 13 anos, apesar de faltarem dados para um dos indivíduos (Tabela 8). Relativamente aos ex-utentes, a amostra compõe-se, também, por três indivíduos do sexo masculino, perfazendo uma média de 44 anos de idade e de 13 anos de abstinência (i.e., ter concluído o programa do Desafio Jovem há 13 anos; Tabela 21). Todos os ex-utentes indicaram a heroína como droga principal na altura do tratamento e, em média, o tempo de consumo foi de 12 anos (Tabela 22). Relativamente aos técnicos da instituição, entrevistaram-se dois indivíduos do sexo masculino e um do sexo feminino. As funções, na instituição, destes participantes são as de: director dos Cafés Convívio; conselheiro na comunidade terapêutica de Castanheira do Ribatejo; e psicóloga clínica. Faltando dados para um dos participantes, em média os técnicos entrevistados trabalham no Desafio Jovem há 14 anos.

No contexto deste estudo, ressaltam diversos dados importantes da análise dos conteúdos das entrevistas.

Todos os entrevistados indicaram a espiritualidade como um factor influente para a conclusão do programa pelos seus utentes, bem como a motivação (participantes diferentes indicaram-na nas suas vertentes identificada, externa e introjectada). Por exemplo, R. L. (Entrevista 4, Anexo F) demonstra claramente a sua motivação identificada para se manter no programa:

“eu queria que ela olhasse para mim e também se orgulhasse um bocadinho em mim e que visse em mim, “não, de facto o meu pai, por aquilo que passou, mas hoje é uma pessoa que é presente”, não é, antes foi ausente mas agora é presente, mudou, e isso interessa-me. Pronto,

¹¹ Este facto poderá ser relevante especialmente em relação ao grupo de utentes do Desafio Jovem, pois torna-se plausível que a vontade de participar possa reflectir algum tipo de predisposição relativamente ao programa.

reconquistar a minha filha e depois o objectivo de acabar o programa. De acabar alguma coisa na vida, que eu até ali (risos), nunca tinha acabado nada.”

Entrevista 5, p. 116, Anexo F.

Outros factores indicados incluem o apoio social/familiar, o ambiente dos centros, a identificação com o programa e a ocorrência de uma mudança interior. Alguns inquiridos relevaram a importância de os utentes terem objectivos adequados, não terem pressa em alcançá-los e não assumirem prematuramente que estão “curados”, e os utentes actuais do programa indicaram estes factores, permitindo inferir que tenham sido alertados para esta dificuldade ao longo do tratamento, preparando-os para lidar com pensamentos deste tipo que certamente ocorrem quando os utentes se começam a sentir um pouco melhor.

Como factores que podem impedir ou dificultar a conclusão dos tratamentos, um dos actuais utentes indicou a intensidade relacional e as regras e rotina do centro, e é de notar que a droga de escolha deste utente era a cocaína. A sua adaptação a um ambiente repleto de regras e no qual a vida se vive de forma algo rotineira contrasta, como o próprio indica, com as emoções intensas e euforia provocadas pelo consumo de cocaína:

“não é fácil viver em comunidade (...) porque eu tenho um feitiço, tu tens outro... enquanto se misturam vinte ou trinta pessoas numa comunidade, percebes, cada um com o seu feitiço, cada um com o seu modo de vida, percebes, são pessoas que vieram da prisão, ou pessoas que moraram na rua, ou pessoas mal tratadas (...), há que conseguir um equilíbrio para te poderes dar bem com toda a gente, inclusivo contigo mesmo, para poderes fazer este percurso, não é, para continuares aqui, para te maneres aqui. Não é fácil. Depois eu consumia... a minha droga era feita de emoções altas, é a cocaína, querias altas emoções e eu vim para a um sítio que... pronto, eu... temos aquela rotina diária, estás a ver? Foi muito, ainda hoje em dia é-me muito difícil habituar-me... é o levantar, vamos à capela, saímos, almoço, vamos trabalhar, pronto, eu... percebes? É aquela rotina...”

Entrevista 2, p. 75, Anexo F.

Apesar das dificuldades que poderão advir da intensidade relacional dos centros, o ambiente dos mesmos foi consistentemente descrito como algo positivo e importante para a conclusão do programa, especialmente no que concerne aos relacionamentos que se estabelecem entre os utentes e o *staff* do Desafio Jovem, e aos efeitos da, digamos, aprendizagem vicariante que se processa devido à partilha de “testemunhos”:

“e pronto, tive oportunidade de entrar aqui para o Desafio Jovem, estou cá há cerca de seis meses, de conhecer esta família, que para mim é uma família, que me tem dado um amor que... nunca o recebi... nem da minha própria família... aceitem-me da maneira como me

aceitaram, incentivarem-me mesmo por vezes eu sendo ingrato com eles, porque eles só tentaram-me ajudar e eu por vezes... (...) é assim, essas pessoas têm-se disponibilizado, o meu conselheiro e o director, têm sido... e as famílias, têm sido uma família como nunca tive.”

Entrevista 1, p. 59, Anexo F.

“os testemunhos a mim dão-me uma força muita grande, para ser sincero, dão-me muita força os testemunhos. Quando eu vejo que as pessoas realmente aconteceu algo de diferente nas vidas deles e algo mudou, e é isso que me incentiva a continuar e é isso que me dá forças para continuar... é uma das razões que me dá, a mim pelo menos é, porque me dá grande força para continuar e pelo menos para chegar... porque no fundo, eu se for a ver bem já estou a acabar o programa não é? Pelo que, doze meses, segundo o que... parece-me que é assim. Mas como eu também já tinha dito ao início o programa é para sempre”

Entrevista 3, p. 87, Anexo F.

Da leitura das transcrições das entrevistas efectuadas sobressai, especialmente, esta noção expressa por A. M., e por vários entrevistados, de que “o programa é para sempre”. De facto, as entrevistas com os utentes do Desafio Jovem (tanto actuais como graduados) demonstram ter ocorrido uma profunda alteração nas suas vidas, no sentido em que os seus objectivos deixaram de ser meramente parar com os consumos, para passarem a considerar o seu melhoramento pessoal como algo que os mantinha no programa. Esta noção prende-se com o surgimento de novos objectivos, de um novo significado e propósito para a vida enraizados nas novas crenças e está intimamente relacionada com o crescimento e o melhoramento pessoal contínuo:

“as drogas foi alguma coisa que nos levou até ali mas depois, de um momento para o outro, tudo se transformou. Há uma série de, a necessidade de aprender quem somos, porque estamos, porque fazemos, o que queremos fazer, o que devemos fazer, o que devemos aprender, em que já não tem muito a ver com drogas, tem a ver com uma mudança e um novo nascimento, se é que a gente pode falar assim e ir buscar alguma coisa à Bíblia, em que tudo mudou”.

Entrevista 4, p. 100, Anexo F.

“O programa é... caminhar sempre na direcção de Deus, convicto do que quero realmente. Convicto de manter esta minha mudança, convicto de querer ir mais além, de aprender mais, de saber mais e meter em prática tudo o que aprendo no dia-a-dia. Não é só o saber, ir à Bíblia ler, ou saber o versículo, ou saber isto, não, no dia-a-dia, com as pessoas, a minha

maneira de ver é pô-lo em prática. Não me interessa saber muito da Bíblia e não a pôr em prática.”

Entrevista 1, pp.66-67, Anexo F.

De forma algo relacionada, Miguel (2006) indica que o indivíduo possuir objectivos que valoriza, protege-o contra os consumos, particularmente quando esses objectivos se coadunam com os de outras pessoas com quem o indivíduo se relaciona, pois gera um sentido de utilidade e de propósito partilhado. De facto, esta noção poderá também ser importante para a permanência dos utentes em tratamentos para a toxicodependência baseados na fé, relacionando-se de perto com a mudança interior que decorre da sua adesão a um novo sistema de crenças:

“Tive mesmo um encontro com Deus, ao ponto de eu começar, ham... quando o director ia eu ia sempre às igrejas começava a dar testemunho, etc., e aí por volta dos cinco meses, seis meses, começou a crescer um desejo, um sonho de servir a Deus, de ser uma bênção, de ter projectos, de ter família, de vir a ter... ham... construir família, ter um filho... pronto eu idealizava isso tudo e isso era mais forte do que tudo aquilo que estava a acontecer e levou-me a superar todas as outras coisas”

Entrevista 9, p. 154, Anexo F.

Podemos ver, nas palavras, acima transcritas, de R. C., actualmente conselheiro em Castanheira do Ribatejo mas que passou pelo programa do Desafio Jovem há cerca de sete anos, que novos objectivos surgiram ao longo do programa, substituindo a vontade de simplesmente deixar de consumir, e que esses objectivos passavam também por ajudar outras pessoas, estando inserido no Desafio Jovem. Da mesma forma, F., um actual utente da instituição estudada, indica que estão a surgir nele desejos e objectivos semelhantes:

“como te estava a dizer, o programa é para toda a vida... os meus alvos era ficar a servir na Operação Josué, ou servir o Senhor no... pronto, vou continuar a lutar por isso, para que consiga continuar no programa, continuar no caminho do Senhor, seguir em frente, e aposto nisso. Se não for para a Operação Josué, servir na igreja, o Café Convívio, mas servir a Deus. Quer dizer, poder dar algo de mim, fazer algo como já fizeram por mim”

Entrevista 1, p. 68, Anexo F.

Neste sentido, a natureza relacional/social da espiritualidade/religiosidade cristã, em específico, que Donahue e Nielsen (2005) indicam ser demonstrada em determinados versículos bíblicos (e.g., SBP, 1968, Mateus 6:6-15; Mateus 7:12; Mateus 18:19-20), demonstra o potencial da espiritualidade/religiosidade para criarem um propósito de vida e

objectivos significativos, dada a noção de que a partilha de objectivos, propósito para a vida e crenças com outros indivíduos é importante. De facto, a maior parte dos entrevistados indicam o surgimento de este tipo de objectivos como um factor importante para a sua recuperação.

IV. CONCLUSÃO

1. Reflexões finais e implicações do estudo

Este trabalho estabelece a importância do estudo dos factores que influenciam a conclusão, pelos seus utentes, de programas de tratamento para a toxicod dependência, como o do Desafio Jovem, e pretende dar resposta às questões apresentadas na *Introdução*.

Com estas questões em mente, seguiu-se uma revisão da literatura relacionada com o tratamento da toxicod dependência, com os factores que influenciam a retenção e com a influência específica da espiritualidade nesse tipo de tratamento. O paradigma da recuperação (Laudet, 2007; White, 2007; White & Kurtz, 2006), a noção de capital de recuperação (Laudet et al., 2006) e a perspectiva da Psicologia Positiva (Marujo et al., 2007), com os quais a investigadora contactou de forma mais aprofundada ao longo da fase inicial deste trabalho, influenciaram o desenvolvimento dos guiões das entrevistas semi-estruturadas (ver Anexo E) que se aplicaram a membros de três grupos de informadores chave (ver Anexo F). A análise de conteúdo baseada nessas entrevistas (Anexo G) revela que tanto a espiritualidade/religiosidade como a motivação representam factores que influenciam a conclusão do programa do Desafio Jovem, relacionando-se, também, com diversos outros factores importantes para a retenção em tratamento (e. g., apoio social/familiar, ocorrência de uma mudança interior). Desta análise sobressai também a noção de que se poderão estabelecer relações passíveis de serem estudadas entre a espiritualidade/religiosidade e a motivação.

Ressaltam-se algumas falhas metodológicas deste estudo, relacionadas de perto com a escassez temporal para realização do mesmo, que poderiam ser colmatadas em estudos posteriores e que incluem o facto de se terem efectuado apenas três entrevistas a cada grupo estudado, não permitindo uma generalização dos dados obtidos, a baixa estruturação da análise de conteúdo, que seguiu procedimentos menos rigorosos que os propostos por alguns autores (e.g., Hycner, 1999) e não se terem avaliado empiricamente as noções de espiritualidade e religiosidade na perspectiva das populações estudadas. Apesar destas

limitações, este trabalho proporciona uma descrição abrangente de diversos aspectos relacionados com a problemática da toxicodependência e da sua recuperação, tendo a exploração dos temas tendido para a inclusão, dado o carácter preliminar do estudo.

Dos diversos temas abordados, surgem algumas implicações concretas para a acção de profissionais e linhas orientadoras para futuros estudos que desenvolvam este tema. Em primeiro lugar, ressalta-se a noção de que a aceitação pelos utentes das crenças espirituais/religiosas dos programas potencia, e possivelmente medeia, os efeitos positivos desses factores sobre a conclusão dos tratamentos. Neste sentido, no processo de referência poderá ser útil tomar em consideração as crenças espirituais/religiosas do indivíduo, encaminhando-o para instituições que reflectam essas mesmas crenças na estrutura dos seus programas, mas este facto não significa que as instituições não devam aceitar utentes que não comunguem previamente das suas ideologias.

Parece que o menor dos benefícios da incorporação de componentes espirituais/religiosas nos programas de tratamento de dependências, se concretiza no papel que estes conceitos desempenham para a adequação cultural (ou, diria, espiritual/religiosa) das intervenções com pacientes que já têm crenças espirituais e/ou religiosas antes do tratamento (Bergin, 1992). Quer os utentes se tenham convertido, quer tenham regressado à prática de crenças que já possuíam antes do tratamento, a espiritualidade/religiosidade oferecem-lhes técnicas de *coping* (Pargament et al., 2000), fomentam o seu acesso a redes de apoio social significativas (Hill, 2005) e permitem que redescubram ou recriem sonhos, objectivos e significado e propósito para as suas vidas (White et al., 2006), aumentando o seu capital de recuperação e a sua resiliência perante situações de vida difíceis de gerir. Assim, o estudo desses conceitos e das relações que estabelecem com a recuperação das toxicodependências tornam-se importantes objectivos num paradigma focado na recuperação e na perspectiva da psicologia positiva.

Fornecendo aos utentes uma protecção sólida contra as emoções negativas que poderão surgir ao longo do programa, a espiritualidade/religiosidade poderão auxiliar a que estes trabalhem activamente para atingir os seus novos objectivos, esforçando-se por concluir o programa, e encontram-se associadas a níveis de ansiedade mais baixos, diminuindo o risco de futuras recaídas (Pardini et al., 2000). No entanto, as relações que se estabelecem entre estes conceitos e as percepções específicas dos utentes acerca deles permanecem pouco claras. As experiências espirituais/religiosas específicas de cada utente, e anteriores à adesão ao tratamento, poderão relacionar-se de formas distintas com a apresentação desses elementos nos programas. Por exemplo, que efeito terá o cristianismo (essencialmente protestante)

vivido no programa do Desafio Jovem sobre a permanência em tratamento/recuperação de um utente que se afirma católico? Ou budista? Ou ateu?

A noção apresentada por Scheier e colegas (Scheier, Wrosch, Baum, Cohen, Martire, Matthews, Schulz & Zdaniuk, 2006; ver Anexo B1), de que, para além da sua auto-eficácia em relação à obtenção de determinado objectivo, o comportamento dos indivíduos depende da sua valorização desse objectivo, indica um outro efeito da espiritualidade/religiosidade. Vimos que a espiritualidade/religiosidade podem aumentar a auto-eficácia (Bandura, 2003) para a mudança de toxicod dependentes, e que a importância dos objectivos relacionados com estes conceitos é maior do que a de objectivos, digamos, seculares (Pargament & Mahoney, 2002) e, à luz das entrevistas realizadas, a autora do presente estudo propõe que esses conceitos medeiam de alguma forma a geração de uma motivação identificada para a mudança.

Poderemos ilustrar as relações que possivelmente se estabelecem entre a espiritualidade/religiosidade e a motivação, com base na teoria da auto-determinação como apresentada no capítulo III.3.1 (Wild et al., 2006), e recorrendo ao caso de um dos entrevistados para este trabalho, J. G. (Entrevista 6). Este utente graduado indica que, inicialmente, aderiu ao programa devido à coerção familiar (motivação externa) e à vontade de mudar de vida (reflectindo a insatisfação com a vida de consumos devido às suas consequências, apesar de demonstrar também falta de compromisso com a mudança, pelo que podemos inferir que essa sua motivação fosse introjectada):

“o facto de estar farto e se calhar também de alguma pressão familiar no sentido de, ‘ê pá, se não for agora, não apareças em casa porque não vale a pena, estás riscado da nossa lista’... isso passou-se comigo, os meus irmãos encostaram-me à parede e disseram-me ‘ê pá, se não for desta vez, escusas de contar connosco porque, nunca mais te queremos ver’. Pá, são pessoas que estão muito bem na vida, mas também eles precisam de Jesus! Meteram-me assim um bocado entre a espada e a parede, ‘ê pá, se calhar olha, vou ter que fazer a vontade a eles’... não era a mim, ‘eu vou ter que fazer a vontade a eles’. E fui-me nessa força”.

Entrevista 6, pp. 127, Anexo F.

“Conheci o Desafio Jovem através de uma pessoa amiga da minha mãe, que é tia do director do Desafio Jovem e no meio de tanta coisa que eu já tinha tentado, disse que era mais uma... pá, e não valia de nada, não havia razão para não tentar outra vez, e então avancei para o Desafio Jovem.”

Entrevista 6, p. 123, Anexo F;

De facto, este entrevistado indica que foram estes factores que o levaram a aderir ao programa e que, até certo ponto, permitiram que se mantivesse nele. No entanto, ao contactar com a espiritualidade/religiosidade da instituição e ao aceitar as crenças que fundamentam o seu programa, a sua motivação tornou-se identificada, potenciando a sua conclusão do programa de tratamento e, possivelmente, até a manutenção de uma recuperação estável:

“o que me levou até ao fim foi encostar-me a Deus e as coisas encarrilaram porque eu não tinha outra alternativa também... até um certo ponto vivi naquela situação, pá, não tenho outra alternativa. A partir daquele momento que comecei realmente a ter noção daquilo que era Deus e do que Deus queria de mim, comecei a dizer ‘não, é pá, já não é por causa deles, mas é por causa de Deus’, ‘Deus marca a minha vida’, e a partir daí levei o programa todo seguido”.

Entrevista 6, p. 129, Anexo F.

De forma relacionada, a conversão deste participante parece ter sido direccionada de fora, podendo corresponder a um exemplo de mudança transformacional (ver Anexo B1):

“eu só consigo ter um encontro real com Deus, dentro do centro, passado... dois meses de estar lá é que eu consigo ver que realmente Deus existe, ham, ‘Ele é real, isto aqui não é charlatice nenhuma, vale a pena tentar’. Foi num culto de manhã, um culto de baptismo no Espírito Santo, eu olhava para os lados e tal, falar línguas diferentes e o caneco, ‘quais línguas diferentes?’, entretanto o C. A. começa a orar pelo pessoal, então dentro de mim começa a sair uns sons esquisitos e naquele dia fomos todos baptizados no Espírito Santo... e eu ‘eh, isto é que é o baptismo no Espírito Santo? Então, realmente tive um encontro com Deus’... ‘até aqui tinha andado a apanhar bonés’. Pronto, a partir daí o programa do Desafio Jovem, aquilo que o Desafio Jovem nos propõe, começou a fazer sentido.”

Entrevista 6, pp. 127-128, Anexo F.

As crenças espirituais/religiosas apresentam um referencial de crenças imutável, que favorece a valorização e a auto-eficácia do indivíduo para atingir o objectivo de mudar, estando este objectivo, simultaneamente, em consonância com as origens das suas motivações externa e introjectada. Ao mesmo tempo, as crenças espirituais/religiosas do programa potenciam a geração de novos objectivos e sonhos, proporcionando uma oportunidade excepcional aos seus utentes de modificarem as suas vidas:

“toda a doutrina do Desafio Jovem tem a ver com ‘tu ainda podes ser um homem valente’, ‘tu ainda podes ter a tua casa’, ‘tu podes ter o teu emprego’, ‘tu podes ter a tua mulher’, ‘tu podes ter os teus filhos’, e isto, parecendo que não, são coisas que o diabo roubou durante o

tempo de droga, não é, o tempo da toxicodependência, e agora aquilo começa tudo a aparecer devagarinho como uma semente e vai tudo nascendo devagarinho”

Entrevista 4, pp. 103-104, Anexo F.

Assim, a conversão do utente a um novo sistema de crenças, orientado para a recuperação, que se processa em comunidades terapêuticas do Desafio Jovem, e que é facilitada pelo ambiente familiar dos centros e pela situação de crise na qual o utente se encontra (ver Anexo B1), facilitará o desenvolvimento da sua motivação identificada para a mudança.

Como direcções para futuras pesquisas, sugere-se a aplicação de mais entrevistas com os três grupos de informadores chave, sendo que as categorias de significados que surgissem dessas investigações poderiam indicar áreas importantes a abordar seguidamente, resultando em novas entrevistas mais específicas. Outro objectivo interessante para posteriores investigações relaciona-se com o estudo de diversas potencialidades humanas, característico da psicologia positiva, que se relacionassem especialmente com a espiritualidade/religiosidade cristãs expressas no programa do Desafio Jovem. Através de diversos métodos existentes para medir forças humanas como a esperança, o amor, o perdão e a gratidão, entre outros (Lopez & Snyder, 2003), poderiam averiguar-se tanto as alterações nessas potencialidades que ocorrem ao longo da exposição ao programa, como os efeitos dessas potencialidades para a adesão a, e conclusão do mesmo, e até para a futura manutenção da recuperação.

V. BIBLIOGRAFIA

- Atkins Jr., R. G., & Hawdon, J. E. (2007). Religiosity and participation in mutual-aid support groups for addiction. *Journal of Substance Abuse Treatment, 33*, 321-331.
- Ball, S. A., Carroll, K. M., Canning-Ball, M., & Rounsaville, B. J. (2006). Reasons for dropout from drug abuse treatment: Symptoms, personality, and motivation. *Addictive Behaviors, 31*(2), 320-330.
- Bandura, A. (2003). On the psychosocial impact and mechanisms of spiritual modeling. *The International Journal for the Psychology of Religion, 13*(3), 167-173.
- Bell, D. C., Atkinson, J. S., Williams, M. L., Nelson, R., & Spence, R. T. (1996). The trajectory of client progress. A longitudinal pilot study. *Journal of Substance Abuse Treatment, 13*(3), 211-218.

- Bergin, A. E. (1991). Values and religious issues in psychotherapy and mental health. *American Psychologist*, 46(4), 394-403.
- Brown, B. S., O'Grady, K. E., Battjes, R. J., & Katz, E. C. (2004). The Community Assessment Inventory – Client views of supports to drug abuse treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 27(3), 241-251.
- Bryman, A., & Burgess, R. G. (Eds.). (1999). *Qualitative research. Volume III*. London: Sage.
- Califano Jr., J. A. (2001). Carrots, Sticks, and Children – A revolution in drug policy. *America, June 4-11*, 10-13.
- Cook, C. C. (1988). The Minnesota Model in the management of drug and alcohol dependency: Miracle, method or myth? Part II. Evidence and conclusions. *British Journal of Addiction*, 83, 735-748.
- Cook, C. C. (2004). Addiction and spirituality. *Addiction*, 99, 539-551.
- Cooperrider, D. L., & Whitney, D. (2005). *Appreciative Inquiry: A positive revolution in change*. San Francisco: Berrett-Koehler Publishers, Inc.
- Cormier, S., & Cormier, W. H. (1997). Knowing yourself as a counsellor. In S. Cormier & W. H. Cormier, *Interviewing strategies for helpers: Fundamental skills and cognitive behavioral interventions* (4th Ed., pp. 11-34). Pacific Grove, USA: Thomson Brooks/Cole.
- Cornish, J. W., & O'Brien, C. P. (1996). Crack cocaine abuse: An epidemic with many public health consequences. *Annual Review of Public Health*, 17, 259-273.
- Cury, A. J. (2000). *A pior prisão do mundo*. São Paulo: Editora Academia de Inteligência.
- de Shazer, S., & Berg, I. K. (1997). 'What works?' Remarks on research aspects of Solution-Focused Brief Therapy. *Journal of Family Therapy*, 19, 121-124.
- Desafio Jovem (s.d.). Admissão. Acedido no dia 20 de Janeiro de 2008 através do URL "<http://www.desafiojovem.pt/artigo.php?tipo=mostrar&idartigo=8>".
- Desafio Jovem (s.d.). Apartamentos. Acedido no dia 20 de Janeiro de 2008 através do URL "<http://www.desafiojovem.pt/artigo.php?tipo=mostrar&idartigo=32>".
- Desafio Jovem (s.d.). Cafés-Convívio. Acedido no dia 20 de Janeiro de 2008 através do URL "<http://www.desafiojovem.pt/local.php?tipo=tipolocal&idtipolocal=2>".
- Desafio Jovem (s.d.). Fanhões – Comunidade de Inserção. Acedido no dia 20 de Janeiro de 2008 através do URL "<http://www.desafiojovem.pt/artigo.php?tipo=mostrar&idartigo=105>".
- Desafio Jovem (s.d.). Fases do programa. Acedido no dia 20 de Janeiro de 2008 através do URL "<http://www.desafiojovem.pt/artigo.php?tipo=mostrar&idartigo=11>".

- Desafio Jovem (s.d.). Comunidade Terapêutica. Acedido no dia 20 de Janeiro de 2008 através do URL “<http://www.desafiojovem.pt/local.php?tipo=tipolocal&idtipolocal=1>”.
- Desafio Jovem (s.d.). Grau de sucesso do Programa do Desafio Jovem entre 1978 e 2002. Acedido no dia 20 de Janeiro de 2008 através do URL “<http://www.desafiojovem.pt/artigo.php?tipo=mostrar&idartigo=22>”.
- Desafio Jovem (s.d.). Mensagem de Boas Vindas. Acedido no dia 20 de Janeiro de 2008 através do URL “<http://www.desafiojovem.pt/artigo.php?tipo=mostrar&idartigo=23>”.
- Desafio Jovem (s.d.). Metodologia. Acedido no dia 20 de Janeiro de 2008 através do URL “<http://www.desafiojovem.pt/artigo.php?tipo=mostrar&idartigo=10>”.
- Desafio Jovem (s.d.). O Desafio Jovem em Portugal. Acedido no dia 20 de Janeiro de 2008 através do URL “<http://www.desafiojovem.pt/artigo.php?tipo=mostrar&idartigo=2>”.
- Desafio Jovem (s.d.). Objectivos Programáticos. Acedido no dia 20 de Janeiro de 2008 através do URL “<http://www.desafiojovem.pt/artigo.php?tipo=mostrar&idartigo=9>”.
- Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S. (2003). *Collecting and interpreting qualitative materials*. Thousand Oaks, California, EUA: Sage.
- DiClemente, C. C. (2003). *Addiction and change: How addictions develop and addicted people recover*. New York: The Guilford Press.
- Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R. E., & Smith, H. L. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125(2), 276-302.
- Duckworth, A. L., Steen, T. A., & Seligman, M. E. P. (2005). Positive psychology in clinical practice. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 629-651.
- Emmons, R. A. (2005). Emotion and religion. In R. F. Paloutzian & C. L. Park (Eds.), *Handbook of the psychology of religion and spirituality* (p. 235-252). New York: The Guilford Press.
- Engle, D. E., & Arkowitz, H. (2006). Theories of resistance and ambivalence. In D. E., Engle, & H. Arkowitz, *Ambivalence in psychotherapy: Facilitating readiness to change* (pp. 13-51). Guilford: New York.
- Exline, J. J., & Rose, E. (2005). Religious and spiritual struggles. In R. F. Paloutzian & C. L. Park (Eds.), *Handbook of the psychology of religion and spirituality* (pp. 315-330). New York: The Guilford Press.
- Feijão, F. (2004). Aspectos epidemiológicos do uso de drogas. In C. Ferreira-Borges & H. C. Filho, *Alcoolismo e toxicoddependência: Manual Técnico 2* (pp. 55-82). Projecto Álcool, tabaco, drogas, saúde: Usos, abusos e dependências. Lisboa: Climepsi Editores.

- Ferreira-Borges, C., & Filho, H. C. (2004a). *Alcoolismo e toxicodependência: Manual Técnico 2*. Projecto Álcool, tabaco, drogas, saúde: Usos, abusos e dependências. Lisboa: Climepsi Editores.
- Ferreira-Borges, C., & Filho, H. C. (2004b). Caracterização e perspectivas históricas. In Ferreira-Borges, C., & Filho, H. C., *Alcoolismo e toxicodependência: Manual técnico 2* (pp. 3-27). Projecto Álcool, tabaco, drogas, saúde: Usos, abusos e dependências. Lisboa: Climepsi Editores.
- Ferreira-Borges, C., & Filho, H. C. (2004c). Recursos comunitários e grupos de ajuda-mútua. In Ferreira-Borges, C., & Filho, H. C., *Alcoolismo e toxicodependência: Manual técnico 2* (pp. 419-428). Projecto Álcool, tabaco, drogas, saúde: Usos, abusos e dependências. Lisboa: Climepsi Editores.
- Fidalgo, A. F. (2000). *Toxicodependência: Composição e confronto de dois discursos dissonantes. O Estado e o Desafio Jovem*. (Seminário de investigação) Lisboa: Universidade Nova de Lisboa – Faculdade de Ciências Sociais e Humanas – Departamento de Sociologia.
- Flynn, P. M., Joe, G. W., Broome, K. M., Simpson, D. D., & Brown, B. S. (2003). Looking back on cocaine dependence: Reasons for recovery. *The American Journal on Addictions*, 12, 398-411.
- Galanter, M. (2006). Spirituality and addiction: A research and clinical perspective. *The American Journal on Addictions*, 15, 286-292.
- Galanter, M. (2007). Spirituality and recovery in 12-step programs: An empirical model. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 33, 265-272.
- Galanter, M., Dermatis, H., Bunt, G., Williams, C., Trujillo, M., & Steinke, P. (2007). Assessment of spirituality and its relevance to addiction treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 33, 257-264.
- Goeders, N. E. (2004). Stress, motivation, and drug addiction. *Current Directions in Psychological Science*, 13(1), 33-35.
- Gossop, M., Marsden, J., Stewart, D., & Kidd, T. (2003). The National Treatment Outcome Research Study (NTORS): 4-5 year follow-up results. *Addiction*, 98, 291-303.
- Gossop, M., Marsden, J., Stewart, D., & Rolfe, A. (1999). Treatment retention and 1 year outcomes for residential programmes in England. *Drug and Alcohol Dependence*, 57, 89-98.

- Gossop, M., Stewart, D., Browne, N., & Marsden, J. (2002). Factors associated with abstinence, lapse or relapse to heroin use after residential treatment - Protective effect of coping responses. *Addiction, 97*, 1259-1267.
- Hill, P. C. (2005). Measurement in the psychology of religion and spirituality: current status and evaluation. In R. F. Paloutzian & C. L. Park (Eds.), *Handbook of the psychology of religion and spirituality* (pp. 43-61). New York: The Guilford Press.
- Hycner, R. H. (1999). Some guidelines for the phenomenological analysis of interview data. In Bryman, A., & Burgess, R. G. (Eds.), *Qualitative research. Volume III* (pp. 144-164). London: Sage.
- Joe, G. W., Broome, K. M., Rowan-Szal, G. A., & Simpson, D. D. (2002). Measuring patient attributes and engagement in treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment, 22*, 183-196.
- Joe, G. W., Simpson, D. D., & Broome, K. M. (1998). Effects of readiness for drug abuse treatment on client retention and assessment of process. *Addiction, 93*(8), 1177-1190.
- Kressel, D., De Leon, G., Palij, M., & Rubin, G. (2000). Measuring client clinical progress in therapeutic community treatment. The therapeutic community Client Assessment Inventory, Client Assessment Summary, and Staff Assessment Summary. *Journal of Substance Abuse Treatment, 19*, 267-272.
- Laudet, A. B. (2003). Attitudes and beliefs about 12-step groups among addiction treatment clients and clinicians: Toward identifying obstacles to participation. *Substance Use & Misuse, 38*(14), 2017-2047.
- Laudet, A. B. (2007). What does recovery mean to you? Lessons from the recovery experience for research and practice. *Journal of Substance Abuse Treatment, 33*, 243-256.
- Laudet, A. B., Magura, S., Cleland, C. M., Vogel, H. S., & Knight, E. L. (2003). Predictors of retention in dual-focus self-help groups. *Community Mental Health Journal, 39*(4), 281-297.
- Laudet, A., Morgen, K., & White, W. L. (2006). The role of social supports, spirituality, religiousness, life meaning and affiliation with 12-step fellowships in quality of life satisfaction among individuals in recovery from alcohol and drug problems. *Alcoholism Treatment Quarterly, 24*(1-2), 33-73.
- Laudet, A. B., & White, W. L. (2008). Recovery capital as prospective predictor of sustained recovery, life satisfaction and stress among former poly-substance users. *Substance Use & Misuse, 43*(1), 27-54.

- Longshore, D., & Teruya, C. (2006). Treatment motivation in drug users: A theory-based analysis. *Drug and Alcohol Dependence*, *81*, 179-188.
- Lopez, S. J., & Snyder, C. R. (Eds.). (2003). *Positive psychological assessment. A handbook of models and measures*. Washington, D. C.: American Psychological Association.
- Magura, S. (2003). The role of work in substance dependency treatment: A preliminary overview. *Substance Use & Misuse*, *38*(11-13), 1865-1876.
- Maristela, M. G. (2004). Prefácio. In C. Ferreira-Borges & H. C. Filho, *Alcoolismo e toxicodependência: Manual técnico 2*, (pp. V-VI). Projecto Álcool, tabaco, drogas, saúde: Usos, abusos e dependências. Lisboa: Climepsi Editores.
- Marujo, H. A., Neto, L. M., Caetano, A., & Rivero, C. (2007). Revolução positiva: Psicologia positiva e práticas apreciativas em contextos organizacionais. *Comportamento Organizacional e Gestão*, *13*(1), 115-136.
- Miguel, N. (2006). Da escuta activa e interessada à elaboração de um olhar diferente. *Revista Toxicodependências*, *12*(1), 79-84.
- Miller, W. R. (1998). Researching the spiritual dimensions of alcohol and other drug problems. *Addiction*, *93*(7), 979-990.
- Mullen, K., & Hammersley, R. (2006). Attempted cessation of heroin use among men approaching mid-life. *Drugs: education, prevention and policy*, *13*(1), 77-92.
- National Institute on Drug Abuse. (1999). *Principles of drug addiction treatment: A research-based guide* (NIH Publication No. 99-4180). Bethesda, MD: National Institutes of Health.
- O'Brien, C. P. (1994). Overview: The treatment of drug dependence. *Addiction*, *89*, 1565-1569.
- O'Toole, T. P., Pollini, R. A., Ford, D., & Bigelow, G. (2006). Physical health as a motivator for substance abuse treatment among medically ill adults: Is it enough to keep them in treatment? *Journal of Substance Abuse Treatment*, *31*, 143-150.
- Ozorak, E. W. (2005). Cognitive approaches to religion. In R. F. Paloutzian & C. L. Park (Eds.), *Handbook of the psychology of religion and spirituality* (pp. 216-234). New York: The Guilford Press.
- Paloutzian, R. F., & Park, C. L. (Eds.). (2005). *Handbook of the psychology of religion and spirituality*. New York: The Guilford Press.
- Paloutzian, R. F., & Park, C. L. (2005a). Integrative themes in the current science of the psychology of religion. In Paloutzian, R. F. & Park, C. L. (Eds.), *Handbook of the psychology of religion and spirituality* (pp. 3-20). New York: The Guilford Press.

- Pardini, D. A., Plante, T. G., Sherman, A., & Stump, J. E. (2000). Religious faith and spirituality in substance abuse recovery. Determining the mental health benefits. *Journal of Substance Abuse Treatment, 19*, 347-354.
- Pargament, K. I., Koenig, H. G., & Perez, L. M. (2000). The many methods of religious coping: Development and initial validation of the RCOPE. *Journal of Clinical Psychology, 56*(4), 519-543.
- Pargament, K. I., & Mahoney, A. (2002). Spirituality: Discovering and conserving the sacred. In C. R. Snyder & S. J. Lopez (Eds.), *Handbook of positive psychology* (pp. 646-659). Oxford, UK: Oxford University Press.
- Pargament, K. I., Smith, B. W., Koenig, H. G., & Perez, L. M. (1998). Patterns of positive and negative religious coping with major life stressors. *Journal for the Scientific Study of Religion, 37*(4), 710-724.
- Park, C. L. (2005). Religion and meaning. In R. F. Paloutzian & Park, C. L. (Eds.), *Handbook of the psychology of religion and spirituality* (pp. 295-314). New York: The Guilford Press.
- Patrício, L. D. (1997). *Face à droga como (re)agir?* Lisboa: Antunes & Amílcar, Lda.
- Piedmont, R. L. (2004). Spiritual transcendence as a predictor of psychosocial outcome from an outpatient substance abuse program. *Psychology of Addictive Behaviors, 18*(3), 213-222.
- Piedmont, R. L. (2005). The role of personality in understanding religious and spiritual constructs. In R. F. Paloutzian & C. L. Park (Eds.), *Handbook of the psychology of religion and spirituality* (pp. 253-273). New York: The Guilford Press.
- Poage, E. D., Ketzenberger, K. E., & Olson, J. (2004). Spirituality, contentment, and stress in recovering alcoholics. *Addictive Behaviours, 29*, 1857-1862.
- Poiaras, C. A. (2004). Evolução da legislação sobre substâncias ilícitas. In C. Ferreira-Borges & H. C. Filho, *Alcoolismo e toxicod dependência: Manual Técnico 2* (pp. 199-208). Projecto Álcool, tabaco, drogas, saúde: Usos, abusos e dependências. Lisboa: Climepsi Editores.
- Poland, B. D. (1999). Transcription quality as an aspect of rigor in qualitative research. In Bryman, A., & Burgess, R. G. (Eds.), *Qualitative research. Volume III* (pp. 13-32). London: Sage.
- Polcin, D. L., & Zetmore, S. (2004). Psychiatric severity and spirituality, helping, and participation in Alcoholics Anonymous during recovery. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 30*(3), 577-592.
- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C., & Norcross, J. C. (1992). In search of how people change: Applications to addictive behaviors. *American Psychologist, 47*(9), 1102-1114.

- Ravenna, M., Hölzl, E., Costarelli, S., Kirchler, E., & Palmonari, A. (2001). Diary reports on emotional experiences in the onset of a psychosocial transition: Becoming drug-free. *Journal of Community & Applied Social Psychology, 11*, 19-35.
- Ribeiro, J. S. (2004). Políticas públicas sobre substâncias ilícitas. In C. Ferreira-Borges & H. C. Filho, *Alcoolismo e toxicodependência: Manual técnico 2* (pp. 189-198). Projecto Álcool, tabaco, drogas, saúde: Usos abusos e dependências: Lisboa: Climepsi Editores.
- Robinson, T. E., & Berridge, K. C. (2003). Addiction. *Annual Review of Psychology, 54*, 25-53.
- Rokach, A. (2005). Drug withdrawal and coping with loneliness. *Social Indicators Research, 73*, 71-85.
- Scheier, M. F., Wrosch, C., Baum, A., Cohen, S., Martire, L. M., Matthews, K. A., Schulz, R., & Zdzienicka, B. (2006). The Life Engagement Test: Assessing purpose in life. *Journal of Behavioral Medicine, 29*(3), 291-298.
- Schuckit, M. A. (1995). *Drug and alcohol abuse – a clinical guide to diagnosis and treatment* (4th ed.). New York: Plenum Press.
- Selekman, M. D. (1993). *Pathways to change: Brief therapy solutions with difficult adolescents*. New York: The Guilford Press.
- Shearer, J. (2007). Psychosocial approaches to psychostimulant dependence: A systematic review. *Journal of Substance Abuse Treatment, 32*, 41-52.
- Siegel, S. (2005). Drug tolerance, drug addiction, and drug anticipation. *Current Directions in Psychological Science, 14*(6), 296-300.
- Silverman, D. (2000). *Doing qualitative research: A practical handbook*. London: Sage.
- Simoneau, H., & Bergeron, J. (2003). Factors affecting motivation during the first six weeks of treatment. *Addictive Behaviours, 28*, 1219-1241.
- Simpson, D. D. (2004). A conceptual framework for drug treatment process and outcomes. *Journal of Substance Abuse Treatment, 27*, 99-121.
- Simpson, D. D., & Joe, G. W. (1993). Motivation as a predictor of early dropout from drug abuse treatment. *Psychotherapy, 30*(2), 357-368.
- Simpson, D. D., Joe, G. W., & Rowan-Szal, G. A. (1997). Drug abuse treatment retention and process effects on follow-up outcomes. *Drug and Alcohol Dependence, 47*, 227-235.
- Simpson, D. D., Joe, G. W., Rowan-Szal, G., & Greener, J. (1995). Client engagement and change during drug abuse treatment. *Journal of Substance Abuse, 7*, 117-134.

- Simpson, D. D., Joe, G. W., Rowan-Szal, G. A., & Greener, J. M. (1997). Drug abuse treatment process components that improve retention. *Journal of Substance Abuse Treatment, 14*(6), 565-572.
- Sindelar, J. L., & Fiellin, D. A. (2001). Innovations in treatment for drug abuse: Solutions to a public health problem. *Annual Review of Public Health, 22*, 249-272.
- Sociedade Bíblica de Portugal (1968). *A Bíblia sagrada contendo o velho e o novo testamento, traduzida em português por João Ferreira de Almeida. Edição revista e corrigida*. Lisboa: Sociedade Bíblica de Portugal.
- Stotts, A. L., Mooney, M. E., Sayre, S. L., Novy, M., Schmitz, J. M., & Grabowski, J. (2007). Illusory predictors: Generalizability of findings in cocaine treatment retention research. *Addictive Behaviours, 32*, 2819-2836.
- Substance Abuse & Mental Health Services Administration. (2001). Substance Abuse Prevention and Treatment, Recovery, Mental Health Services and Spirituality: Partnerships That Work. "A Life in the Community For Everyone". Acedido a 15 de Janeiro de 2008 através do URL "<http://www.samhsa.gov/FBCI/background.aspx>".
- The Betty Ford Institute Consensus Panel. (2007). What is recovery? A working definition from the Betty Ford Institute. *Journal of Substance Abuse Treatment, 33*, 221-228.
- Watkins, J. M., & Mohr, B. (2001). *Appreciative Inquiry: Change at the speed of imagination*. San Francisco: Jossey-Bass/Pfeiffer: A Wiley Company.
- White, W. (2004). Transformational change: A historical review. *Journal of Clinical Psychology/In Session, 60*, 461-470.
- White, W. L. (2007). Addiction recovery: Its definition and conceptual boundaries. *Journal of Substance Abuse Treatment, 33*, 229-241.
- White, W., & Kurtz, E. (2006). The varieties of recovery experience. *International Journal of Self Help and Self Care, 3*(1-2), 21-61.
- White, W., Laudet, A., & Becker, J. (2006). Life meaning and purpose in addiction recovery. *Addiction Professional, 7*, 56-59.
- White, W., & Whitters, D. (2005). Faith-based recovery: Its historical roots. *Counselor, 6*, 58-62.
- Wild, T. C., Cunningham, J. A., & Ryan, R. M. (2006). Social pressure, coercion, and client engagement at treatment entry: A self-determination theory perspective. *Addictive Behaviours, 31*, 1858-1872.
- Woody, G. E. (2003). Research findings on psychotherapy of addictive disorders. *The American Journal on Addictions, 12*(Supplement 2), S19-S26.

- Zinnbauer, B. J., & Pargament, K. I. (2005). Religiousness and spirituality. In R. F. Paloutzian & C. L. Park (Eds.), *Handbook of the psychology of religion and spirituality* (pp. 21-42). New York: The Guilford Press.
- Zocalli, R., Muscatello, M. R., Bruno, A., Bilardi, F., De Stefano, C., Felletti, E., Isgrò, S., Micalizzi, V., Micò, U., Romeo, A., & Meduri, M. (2007). Temperament and character dimensions in opiate addicts: Comparing subjects who completed inpatient treatment in therapeutic communities vs. incompleters. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 33(5), 707-715.