

# **O CONSUMO DE DROGAS E OS COMPORTAMENTOS ADITIVOS: ALGUNS MODELOS TEÓRICO-EXPLICATIVOS**

**Carla Fonte**

Mestre Assistente - Faculdade de Ciências Humanas e Sociais (UFP)

[cfonte@ufp.pt](mailto:cfonte@ufp.pt)

### **Resumo**

O presente artigo pretende salientar algumas das abordagens teóricas que analisam e propõem factores explicativos para o consumo de drogas e a toxicod dependência. Colocam-se assim em evidência as abordagens clínicas; as teorias comportamentais; as teorias cognitivas e, as abordagens centradas nas dimensões culturais e eco-sociais. A autora apresenta os principais argumentos de cada uma delas, com uma análise crítica destas contribuições defendendo a compreensão da toxicod dependência à luz da teoria do sujeito autopoietico.

### **Abstract**

The purpose of this article is to analyse some of the theoretical models that describe and explain the addictive behaviour. Clinical models, behaviour theory, cognitive theory and some ecological-cultural models are presented. The author presents the main subjects of each theory with a critical analysis. In conclusion drug use and abuse is presented as a phenomenon to be understood with the contributions of the "Sujeito Autopoietico" theory.

## 1. INTRODUÇÃO

O consumo de drogas e a toxicodependência evidencia-se, nas últimas décadas, um tema social de interesse público, levando diferentes áreas do saber e da intervenção a debruçar-se no estudo e análise deste fenómeno. Estas áreas têm produzido diferentes olhares e diferentes discursos sobre as drogas. Contudo, se o consumo de drogas e a toxicodependência exige a partilha de linguagens e discursos, opera também dispersões conceptuais que nos conduzem a um exercício de análise e de clarificação dos conceitos (Fonte, 2006). Pretende-se com este texto apresentar os principais argumentos de alguns destes discursos.

Deste modo, cientes de que o discurso sobre o fenómeno droga não é um discurso científico independente, mas que se situa em autonomia e heteronomia face a outros discursos, é possível encontrar diferentes sistemas explicativos, interpretativos, técnico-científicos sobre este fenómeno (Agra e Fernandes, 1993).

Apresentam-se de seguida alguns destes sistemas que se têm debruçado sobre o fenómeno.

## 2. ABORDAGENS CLÍNICAS

As abordagens clínicas são aqui interpretadas como tendo duas linhas: o modelo psiquiátrico e o modelo psicodinâmico.

No modelo psiquiátrico, a toxicodependência é encarada como uma perturbação mental, uma desordem psíquica e interpretando-a como um dado clínico. A toxicodependência é assim assimilada a categorias e quadros psicopatológicos pré-existentes, procurando sintomas e diagnósticos de situações clínicas idênticos aos grupos psiquiátricos característicos de diferentes patologias. Recorre-se aos conceitos de dependência física e de dependência psicológica para avaliar o grau de envolvimento do sujeito com as substâncias psicoactivas e ao conceito de escalada como indicador do comportamento (Agra & Fernandes, 1993; Fonte, 2003).

Nesta linha surgem alguns autores que assentam a definição clínica de quem é toxicómano no conceito de escalada. Neste distinguem a escalada de utilização dos produtos (das “drogas leves” às “drogas pesadas” ou diferentes drogas) e a escalada dentro de um mesmo produto (aumento progressivo das doses, que, caso não aumente o efeito sentido, sinaliza o fenómeno da tolerância (Olievenstein, 2000). Porém, não existe entre os especialistas um consenso relativamente à noção de escalada, visto que se tem verificado alguma evidência empírica de que a utilização regular de drogas não conduz inevitavelmente à escalada.

No modelo psicodinâmico, surge o conceito de personalidade toxicofílica. Esta, traduz um modo de organização instintivo-afectivo muito elementar que seria característico dos toxicómanos verdadeiros, permitindo, assim, distingui-los das toxicomanias acidentais, associadas ou não a determinados quadros clínicos (Karon & Widener, 1995). Existe assim uma preocupação com a identificação de uma estrutura de personalidade prévia, característica do toxicodependente, e responsável pelo abuso de substâncias. Salienta-se contudo que, diferentes autores e diferentes estudos, chegaram a traços e organizações de personalidade diferentes, enquanto que estudos mais recentes, revelaram que não será sequer possível definir uma personalidade-tipo do toxicodependente.

A título de exemplo, autores como Bergeret (1981), chegaram à conclusão de que não existe uma estrutura de personalidade específica do toxicodependente, defendendo que as características de personalidade devem ser analisadas tendo em conta se são prévias ou adquiridas após o consumo, concluindo, através de diferentes estudos, que qualquer estrutura mental pode conduzir a comportamentos de adicção.

Também R. Bucher (1986, citado por Agra e Fernandes, 1993, pp 60) defende:

**“A personalidade do toxicodependente permanece enigmática: não se sabe dizer porque é que, em determinado momento, um jovem começa a drogar-se – nem porque é que outros param, em determinado momento de o fazer”.**

Não se evidenciou, até hoje, uma estrutura de personalidade única ou um carácter predisponente à dependência de drogas, do mesmo modo que nenhuma causalidade directa ou exclusiva pode ser responsabilizada.

A mesma posição adopta Amaral Dias (1982, pp32) quando conclui, após uma revisão de alguns trabalhos nesta área, que “torna-se óbvio a inexistência de uma estrutura de base única”, reconhecendo, ainda, que “a nossa experiência clínica mostra-nos a enorme variedade nosográfica no mesmo indivíduo quando posto em diferentes circunstâncias”.

Deste modo, o modelo psicanalítico, para além de classificar tipos de toxicodependentes ou de toxicodependências, tem procurado caracterizar a dinâmica psico-emocional envolvida na toxicodependência. É dada atenção ao percurso biográfico do consumidor, à história das suas relações precoces, ao seu vivido quotidiano, à sua relação na família (Karon & Widener, 1995), verificando-se, com este modelo, uma deslocação de uma abordagem de carácter mais estático (como o será o estabelecimento de quadros clínicos) para uma abordagem de carácter mais dinâmico (Agra e Fernandes, 1993).

À semelhança do que acontece noutros modelos, verifica-se, no interior da própria teoria psicanalítica, alguma dispersão de quadros de referência. Ou seja, no que diz respeito a este modelo, não há consenso entre os diferentes autores, embora existam alguns conceitos que são propostos de uma forma consensual pelos vários autores. Assim acontece com conceitos como o de regressão, identificação e depressão (Arlow, 1995).

O conceito de regressão refere-se à ideia de que o toxicodependente teria dificuldade em lidar com frustrações ou mal-estar e refugiar-se-ia em satisfações primárias, procurando a satisfação imediata e total, servindo-se da droga para obter esse efeito. O conceito de identificação implicaria que os toxicodependentes tivessem problemas ao nível da construção de uma identidade adulta e autónoma, refugiando-se, por isso, em gratificações primárias. Também a problematização das instâncias parentais aparece como central, sendo as figuras do pai ausente e da mãe superprotectora, temas recorrentes a propósito do toxicómano (Arlow, 1995).

Em suma, o modelo psicanalítico faz uma descrição psicopatológica do toxicodependente: o indivíduo e o seu funcionamento constituem o eixo central deste modelo explicativo. Verifica-se aqui, relativamente ao modelo psiquiátrico, uma deslocação da classificação para a compreensão; da perturbação para o indivíduo que a carrega, da causa do sintoma para o seu significado.

### 3. TEORIAS COMPORTAMENTAIS

As teorias comportamentais têm uma escassa quantidade de produção científica em torno do fenômeno da droga em termos explicativos, destacando-se a contribuição destas teorias em termos interventivos.

Nestes modelos, a toxicodependência é entendida como um comportamento aprendido por dois processos básicos: o reforço positivo e negativo (Gonçalves, 1990). Assim, as teorias comportamentais correspondem ao deslocamento da explicação centrada no indivíduo doente (abordagens clínicas) para a explicação centrada no comportamento-substância.

A iniciação aos consumos é interpretada como ocorrendo por um processo de reforço positivo. Ou seja, os efeitos positivos (prazer) decorrentes do consumo servem de reforço para voltar a consumir. No entanto, a manutenção dos consumos faz-se por reforço negativo (Hayes, Follete, & Follete, 1995). Quando a dependência psicológica já está instalada e surge o mal-estar associado à síndrome de abstinência, o consumo serve para aliviar este estado. Assim, o estado de dependência, uma vez instalado, é mantido por respostas condicionadas e incondicionadas à droga (Wilson, 1995).

Segundo Sedler e Zeidenberg (1982, citado por Fernandes, 1990, pp40),

**“as contingências de reforço positivo podem ser primárias (prazer intenso que se segue ao consumo) ou secundárias (reforço social proporcionado, por exemplo, pela pertença a uma subcultura específica). Também as contingências de reforço negativo podem ser primárias (terminação do síndrome de abstinência através de novo consumo) ou secundárias (interpretação de estímulos neutros presentes na situação de falta, no sentido da sua vivência como sinais de abstinência)”.**

O processo de aprendizagem das condutas de uso de drogas é então colocado em destaque, sendo a dependência compreendida como o resultado dum comportamento que é induzido pelas consequências da sua ocorrência anterior. As estratégias de intervenção, segundo o modelo comportamental, passam pela manipulação das consequências ou reforços, com base no pressuposto de que o consumo é iniciado e mantido por estes (Wilson, 1995).

### 4. TEORIAS COGNITIVAS

O comportamento aditivo, segundo os modelos cognitivos, tem vindo a ganhar destaque na literatura sobre o fenómeno droga. Podemos considerar que são sobretudo dois os modelos que se aplicam à compreensão e explicação do uso de drogas e da toxicodependência: o modelo de reestruturação cognitiva, desenvolvido por Ellis (1988; 1995) e Beck (1991; 1995; 1997), e a teoria dos constructos pessoais de Kelly (1963).

#### 4.1. TERAPIA RACIONAL EMOTIVA

Os fundamentos desta teoria decorrem das propostas de Beck (1991; 1995; 1997) que compreende a existência no nosso funcionamento mental dos pensamentos automáticos – um “nível de pensamento que opera simultaneamente com o nível mais óbvio e superficial de pensamento” (Beck, 1997; Ellis, 1995) – e para as suas consequências na esfera emocional e

comportamental, nomeadamente quando esse pensamento conduz a distorções cognitivas (Fonte, 2003).

Assim, a terapia racional emotiva, tal como outros modelos do paradigma da reestruturação cognitiva (Gonçalves, 1991), estabelece o pressuposto de que todos os seres humanos respondem primariamente à sua representação cognitiva do meio e não directamente ao meio em si (Gonçalves, 1991). Esta representação cognitiva é constituída por crenças actuais do sujeito. As crenças são cognições, ideias e filosofias e é a elas que se atribuem a causa e a manutenção dos distúrbios emocionais e comportamentais, e não aos processos inconscientes, como defendiam as abordagens mais psicodinâmicas, ou às contingências de reforço, referidas pelos comportamentalistas (Ellis, McInerney; DigIuseppe e Yeager, 1988).

São as nossas crenças que alimentam os pensamentos automáticos. Deste modo, de acordo com a Terapia Racional Emotiva (Ellis, 1988; 1995), existem quatro padrões de dinâmica cognitiva que explicam o início e a manutenção dos comportamentos adictivos: o padrão “baixa tolerância à frustração”; o padrão “intoxicação como confronto”; o padrão “intoxicação igual a incapacidade”; e o padrão “procura de estimulação” (DiGiuseppe & MacInerney, 1990, citado por Alves, 1993). A cada um destes padrões estão associadas determinadas crenças, tendo sido identificado um conjunto de crenças ou dinâmicas cognitivas muito presentes nos toxicodependentes, e que deverão constituir o cerne do tratamento.

Estes autores salientam cinco crenças principais: (1) denegação – minimização do problema (por exemplo, “posso parar de consumir quando quiser”); (2) expectativas dos efeitos – ideia de que a droga significa sempre bem-estar, excitação, prazer; (3) padrão criado por ansiedade desconfortante e pela baixa tolerância à frustração – crença de que o sujeito não pode ou não deve tolerar o mal-estar; (4) percepções de baixa auto-eficácia (alimentadas pelas recaídas); (5) sentimento de culpa, desânimo e desistência. Estas crenças funcionam segundo o seguinte esquema mental: um evento problemático “produz” crenças irracionais, estas conduzem a mal-estar emocional, que “produz” crenças disfuncionais, causando baixa tolerância à frustração e conduzindo, assim, ao consumo como forma de alcançar alívio. Ou seja, este modelo enfatiza os processos cognitivos subjacentes à procura e manutenção dos consumos (Freeman & Reinecke, 1995; Fonte, 2003).

## 4.2. TEORIA DOS CONSTRUCTOS PESSOAIS

A teoria dos constructos pessoais foi desenvolvida por George Kelly (1963), que introduziu uma metáfora – a pessoa como cientista – cujo primeiro significado é o de que, no seu quotidiano, as pessoas se comportam como os cientistas. Isto é, ambos observam eventos, interpretam-nos, realizam predições e testam a validade das suas hipóteses.

Para este autor os processos psicológicos são dirigidos pelo modo como cada pessoa antecipa os acontecimentos, encarando o indivíduo como “pessoa em movimento”. Esta ideia de movimento tem presente o pressuposto de que o universo se encontra em constante evolução e que é uma criação das pessoas. Isto não significa a inexistência da realidade, significa que só se pode conhecer através de interpretações. Assim, na teoria dos constructos pessoais, a pessoa é motivada pela antecipação ou predição dos eventos futuros através dos seus constructos. Isto não significa que fazemos antecipações precisas, mas que o nosso comportamento, nos mais diversos contextos, é determinado por aquilo que esperamos (antecipamos) que aconteça. Os constructos pessoais constituem as vias pelas quais proce-

demos a essa antecipação. Kelly (1963) define os constructos pessoais como dimensões de significado definidas através do contraste. Por exemplo, o significado de saúde surge por contraste com o de doença.

No que diz respeito à aplicação desta teoria ao fenómeno da toxicodependência, esse processo ainda se encontra em fase de desenvolvimento (Dawes, 1985), tentando-se compreender como é que uma pessoa constrói e mantém a sua dependência. No entanto, o mesmo autor teoriza que a dependência é uma escolha elaborativa. Isto é, se por um lado a dependência de drogas é um comportamento disfuncional e auto-destrutivo, por outro, pode ser um comportamento adaptativo, dado que concede à pessoa a possibilidade de elaborar aspectos relevantes no seu sistema de construções pessoais (Dawes, 1985). Os contactos iniciais com a droga são determinantes importantes na probabilidade de se instalar dependência. Se a continuação do consumo implica uma elaboração do sistema de constructos, isto é, caso a pessoa antecipe de modo satisfatório aspectos da sua vida relacionados com o consumo, então, a dependência é muito provável. Ou seja, à medida que o consumidor começa a apreciar os efeitos da droga, um subsistema de constructos começa a aparecer.

## 5. ABORDAGENS CENTRADAS NAS DIMENSÕES CULTURAIS E ECO-SOCIAIS

Nestas abordagens destacar-se-á os contributos das disciplinas da antropologia cultural e da etnologia. Estas salientam que o consumo de drogas tem sido uma constante cultural, e que nem sempre foi problemático, tendo ocorrido ao longo do tempo em diferentes sociedades, com diferentes fins e utilizações, sejam estas médicas, festivas ou religiosas. Por exemplo, em alguns países ocidentais desenvolveram-se formas de participação social e estilos de vida cujas configurações permitem falar de uma cultura própria: a cultura juvenil, em que são partilhados valores, ideais, objectos materiais (formas de arte, de lazer e de investimento no corpo).

J. Lima Barreto, (1982, citado por Agra e Fernandes, 1993, pp68), analisou a história do movimento Rock e dos usos de drogas, nos anos 60 e 70, e propôs uma interpretação para a expansão acentuada do uso de drogas no sector juvenil. Explica este autor que as ligações entre a música e a experiência de drogas indutoras da extensão preceptiva, da euforia dos sentidos e da exacerbação da comunicação, teriam funções comunitárias e integradoras procuradas pelos jovens.

Também Fernandes (1989), afirma que a droga no sector juvenil é um acontecimento sobretudo urbano: um fenómeno cuja extensão ganha contornos precisamente nas transformações recentes dos arranjos urbanos. Refere que, perceber a droga é perceber o momento actual de desordem nos arranjos que a urbe tradicional conhecia, é perceber a expressão da vida nos sistemas urbanos de configuração urbano-industrial.

Deste modo, as contribuições da antropologia cultural para a compreensão do fenómeno droga foram diversas. Em primeiro lugar, como já referimos, salientam que o consumo de drogas é uma constante em todas as épocas e culturas. Em segundo lugar, constataam que existe um padrão supra-individual no recurso às drogas, um padrão de consumo cultural que resulta da aprendizagem, que indica os limites, a razoabilidade e a perigosidade de cada droga, mantendo o uso como não disruptivo (Fernandes, 1990; Fonte, 2003). Por último, salientam que não é a droga em si, entidade dotada de propriedades farmacológicas,

que produz o fenómeno da toxicodependência, mas antes as expectativas dos consumidores em relação aos seus efeitos possíveis, expectativas que estão culturalmente codificadas (Comas, 1985).

Da mesma forma, a sociologia da desviância, a Escola de Chicago e a antropologia urbana, desde os anos 20, encaram as drogas como entidades cuja componente farmacológica é secundária e, até, relativamente arbitrária. Os seus usos participam dum universo simbólico e têm de ser esclarecidos por referência a um dado contexto sócio-histórico, datado em relação a um tempo, a um lugar geográfico e aos grupos que aí vivem (Agra & Fernandes, 1993).

Nesta linha de trabalhos, Cohen (citado por Fernandes, 1989) salienta que, por um processo de formação reactiva, uma sub-cultura se tornaria desviante, subvertendo o sistema de valores da classe média, e ofereceria uma solução colectiva na qual se poderia incluir o consumo de drogas. Também Becker (1963), desenvolve um modelo sequencial da desviância a partir da análise do comportamento de fumadores de haxixe e conclui que é a interpretação social da experiência com haxixe que transforma um comportamento ocasional do seu uso em padrões regulares e integrados de acção.

Ou seja, os autores desta linha explicativa defendem que as propriedades das drogas são, em grande medida, definidas culturalmente e que as suas manifestações nos psiquismos dependem do plano simbólico em jogo.

Estes trabalhos têm encontrado no Interaccionismo Simbólico um importante quadro teórico de referência. O criador do termo, Herbert Blumer (citado por Fernandes, 1995), sintetiza-o em três premissas básicas: (a) o ser humano orienta os seus actos em relação às coisas em função do que estas significam para ele; (b) a fonte desse significado é um produto social, que emana das actividades dos indivíduos ao interactuar; (c) a utilização do significado pelo agente produz-se através dum processo de interpretação própria, que supõe auto-interacção e manipulação de significados (Fernandes, 1995).

Assim, consumir drogas, sendo aparentemente um comportamento observável e portanto descritível, é antes um acto: depende do sentido que faz para o sujeito, depende da forma como ele interacciona esse comportamento enquanto símbolo de alguma coisa em si e que a reacção dos outros também lhe devolve enquanto símbolo. O interaccionismo simbólico atribui grande importância aos processos de construção do sentido das condutas e, no caso das condutas reprovadas socialmente num dado momento, atribui grande importância também ao processo de reacção social que conduz à etiquetagem e ao estigma. Utiliza uma racionalidade fundamentalmente fenomenológica e interpretativa e privilegia as abordagens qualitativas, tendo como problemática o mundo concreto da experiência vivida e o sentido que esta faz para os actores envolvidos (Fernandes, 1995).

## **6. A TEORIA DO SUJEITO AUTOPOIÉTICO**

Esta teoria, desenvolvida por Agra (1990, 1991, 1993, 1997) tem vindo a ser explorada, teórica e empiricamente, por diferentes autores e investigadores, desde 1984. O consumo de drogas e a toxicodependência tem vindo a ser um dos objectos centrais da sua aplicação. Este modelo compreende o sujeito empírico como um sistema complexo, dotado de propriedades de auto-organização e de autopoiese, isto é, de poder de invenção e de criação de si

(Agra, 1991). O conceito de auto-organização implica, entre outras, a premissa de que o sujeito é sistema complexo, nem totalmente fechado, nem totalmente aberto ao exterior, que interage com o meio/mundo a partir de si próprio, e não por determinação de algo vindo do exterior.

Os sujeitos “são encarados como actores que se movem num dado contexto e numa dada temporalidade e que, ao longo do seu percurso existencial, vão construindo significações e sentidos próprios para o agir e para o posicionamento face ao mundo” (Manita, 2000, pp18). Dois aspectos se revelam fundamentais para a compreensão dos sujeitos e das suas acções: a temporalidade (e nela, os processos) e intencionalidade (suporte de construção das significações e dos sentidos).

A auto-organização é compreendida como a capacidade de construção de ordem a partir da desordem ou do ruído (Manita, 2000; 2001), considerando Agra (1990) que um sistema é auto-organizado quando é capaz de evoluir, de se transformar no sentido do cumprimento da sua finalidade última, a partir das suas interacções consigo próprio e com o meio.

O sujeito psicológico organiza-se, segundo o autor, em torno de três sistemas, constituindo-se como uma arquitectura de subsistemas articulados entre si. Assim, são descritos três subsistemas: o sistema de personalidade, o sistema de acção, ou sistema etoético, e o sistema de significação. Estes sistemas são hierarquizados e estabelecem relações de serviço e interferência mútua entre si.

O sistema de personalidade é a matriz de produção do sistema psíquico, tendo como função central dar um destino/significação psicológica ao substrato biológico e ao substrato sócio-cultural. Ou seja, é forma e não conteúdo, produzindo as condições de possibilidade do sistema de acção (Agra, 1990). São sete os estratos considerados no sistema de personalidade: neuropsicológico, psicosensorial, expressivo, afectivo, cognitivo, experiencial e político. Também estes estratos estabelecem interrelações diversas entre si.

Os estratos psicosensorial e neuropsicológico estão relacionados com as dimensões psicofisiológicas, sendo que possibilitam o desenvolvimento dos outros níveis de funcionamento psicológico (Manita, 1998). Quanto ao nível expressivo, é aquele que permite uma primeira construção de significado para os elementos provenientes do meio. O estrato afectivo diz respeito às dimensões interpessoais, emocionais e afectivas, permitindo a ligação ao outro, o contacto e o contracto interpessoal e social, estabelecendo um primeiro ponto de articulação entre os níveis sensorio-motor, perceptivo e cognitivo (Manita, 2000; 2001). Por sua vez, o estrato cognitivo materializa a integração das dimensões mais perceptivas e do pensamento, permitindo, deste modo, a construção de saber. No estrato experiencial, o sujeito estabelece formas particulares de construção de relações com o meio, já interferidas e integradas pelos estratos cognitivo e afectivo. Contudo, é no estrato político que é construído o sentido último, final, já que “a função do mesmo é integrar, organizar, num todo coerente e significante, a acção dos restantes estratos” (Manita, 1998, pp309).

Quanto ao sistema de acção, trata-se tal como o nome indica, de um sistema orientado para a acção, para a concretização das acções potenciadas pela matriz do sistema de personalidade. No sistema de acção, o autor (Agra, 1990) identifica quatro níveis: etológico, etológico-ético, ético-etológico e ético.

No nível etológico encontramos a acção pura, as acções de carácter mais psicofisiológico, dirigidas quase directamente pelo sistema nervoso central (Agra, 1990); no nível etológico-ético já se

verifica o conhecimento das circunstâncias do acto, ou seja, o acto é já, por assim dizer, reflectido; no nível ético-etológico predomina a cognição, o pensamento e a lógica; e, por fim, no nível ético, o agir vem inscrever-se em princípios gerais que orientam acção (Agra, 1990). Como refere Manita (1998, pp 314), “segundo estes níveis, os actos evoluem, embora sem ser por uma linha de continuidade, do mais simples para o mais complexo, do concreto para o abstracto, produzindo uma diferenciação e integração crescentes ao longo do processo evolutivo”.

Tal como já referimos, os três sistemas estabelecem entre si relações mutuamente produtivas. É da relação entre o sistema de personalidade e de acção que emerge o terceiro sistema – o sistema de significação - com os significados, os sentidos que o sujeito constrói. Este sistema é constituído, segundo Agra (1990; 1995), por planos de significação, que dizem respeito ao modo como o sujeito constrói a realidade e apreende o mundo, mediante a utilização dos componentes que fazem parte de si, ou seja, do seu sistema de personalidade e do seu sistema de acção. Os “sentidos e as significações estruturam-se de forma narrativa e vão ordenando a progressão existencial dos sujeitos em torno de diferentes modos de apreensão, tradução, construção e relação com o mundo, isto é, vão dando origem a diferentes posições de significação existencial” (Manita, 1998, pp315).

São quatro os planos de significação definidos pelo autor (Agra, 1990): ontológico, deontológico, lógico e teleológico. O plano ontológico refere-se a uma posição onde não se verifica reflexão nem questionamento do ser, somos o que somos, sem outras interrogações; no plano de significação deontológico identificamos já uma preocupação com o questionamento de si próprio; enquanto no plano lógico existe um plano de significação em que se estabelece uma interacção consigo próprio e com o mundo, procurando uma coerência interna e externa, tentando o sujeito encontrar uma unidade para o seu agir. Por último, o plano teológico é “um nível projectivo em que o sujeito é verdadeiramente construtor de si e do mundo que o rodeia, ou seja, a concretização de se realizar sujeito autopoietico” (Manita, 1998, pp317).

O autor desenvolve ainda este modelo aplicado ao fenómeno da transgressão, resultando daí a constituição de posições de significação transgressiva (Agra, 1990; 1995), que ocorrem simultaneamente com os planos de significação existencial previamente descritos. Assim, são quatro as posições de significação transgressiva propostas pelo autor: substantiva, solidária, solitária, e projectiva.

Segundo Agra (1990), na posição de significação transgressiva substantiva, os comportamentos do sujeito são assim porque não podem ser de outra forma. É um nível de comportamento simples, condicionado pelo biológico. Na posição transgressiva solidária, encontramos um nível de acção orientado pelas normas do grupo, em que o sujeito realiza as suas acções de determinado modo, porque é assim que o grupo o faz, por adesão acrítica às normatividades sociais dominantes. Por outro lado, na posição transgressiva solitária, encontramos já uma orientação e um projecto pessoal, ou seja, o sujeito é criador de uma sua lógica para a sua acção, de um saber sobre o fazer. Por último, a posição transgressiva projectiva é mais do que uma lógica pessoal de acção, pois o sujeito age de acordo com uma orientação que está para além de si próprio, sendo que esta orientação, ou projecto, pretende agir sobre o mundo, transformando-o, não se limitando às normas pré-existentes, mas constituindo uma “ética geral da existência” (1998, Manita, pp320). Saliente-se que “cada posição transgressiva é fruto de um processo de construção de sentidos a partir da significação que o sujeito atribui aos seus actos. O mesmo acto pode corresponder a diferentes posições de significação transgressiva”.

## 7. CONCLUSÃO: EM DEFESA DA TEORIA DO SUJEITO AUTOPOIÉTICO

Nas abordagens anteriormente mencionadas (clínicas, comportamentais e cognitivas), o objecto droga é introduzido em grelhas teóricas e em disciplinas constituídas anteriormente, a propósito de outros objectos (ex: psiquiatria, criminologia; psicanálise, behaviorismo, cognitivismo).

Nas *abordagens clínicas*, o indivíduo-doente constitui-se como o objecto que irradia as interrogações, os problemas e as hipóteses. Resuma-se de outro modo esta ideia: a análise central destes modelos é apenas o indivíduo em si mesmo. Parece-nos assim que, o material clínico da toxicod dependência, representa uma possibilidade perceptiva sobre o fenómeno, com um valor heurístico dentro de determinados limites. O problema aparece quando se toma a parte pelo todo, reduzindo a interrogação das drogas a uma realidade apenas clínica (Fernandes, 1989).

Nas *teorias comportamentalistas*, a substância-comportamento desencadeia as respostas e os reforços, produzindo o toxicod dependente, ou seja, nestas abordagens, assistimos ao deslocamento da explicação centrada no indivíduo (abordagens clínicas) para a explicação centrada na substância (Fernandes, 1990).

Quanto às abordagens *cognitivistas*, encontramos uma abertura aos processos que integram o meio, sendo que, faltavam as abordagens que procuram a explicação do uso de drogas e da toxicod dependência centrando-se no meio, ou seja, que procuram esclarecer o fenómeno droga a partir da interacção do indivíduo com as estruturas para lá de si (Agra e Fernandes, 1993).

Grande parte da investigação e da literatura científica sobre a toxicod dependência produzida em Portugal, toma-a como mais um objecto dentro dos paradigmas já existentes, sendo que as grelhas explicativas vigentes lhe são mecanicamente aplicadas, encarando-a como um *enigma* - interrogação que encontra solução explicativa no quadro do paradigma (Kuhn, 1962) - e não como uma *anomalia* - interrogação fora das soluções paradigmáticas, por se tratar dum facto numa ordem diferente da ordem de factos de que o paradigma dá conta com êxito (Agra, 1997). Ora,

**“o saber das drogas não é mais um ramo das ciências constituídas. Não é um ramo das ciências biomédicas (dando conta das substâncias, já lhes escapa os indivíduos e os contextos); não é ramo das ciências psicológicas e do comportamento (dando conta dos indivíduos, já lhes escapa as substâncias e os contextos); não é do ramo das ciências sociais (dando conta dos contextos, já lhes escapam as substâncias e os indivíduos)” (Agra, 1997, pp12).**

Significa isto que, sendo a toxicod dependência da ordem do biopsicossocial (Fonte, 2006), a compreensão do fenómeno droga exige a interdisciplinaridade, a emergência de um paradigma que permita a interferência do biológico, do psicológico e do sócio cultural,

**“a toxicomania transborda as grelhas do saber institucionalizado, ela exige uma nova grelha compósita, transdisciplinar que possa dar conta entre os cruzamentos do biológico, social, cultural” (Agra, 1982, pp76).**

Assim, a investigação das toxicodependências não deverá, tendo em conta a natureza deste fenómeno, ter um método único, exigindo a articulação de diferentes métodos. Estes deverão ser, segundo Agra (1997): (1) a experimentação (laboratorial e social), que permitirá obter dados mais estruturo-funcionais, salientando o lado factual do fenómenos; (2) a observação, com técnicas de observação psicológica e etnográfica, permitindo a descrição das estruturas, funcionamento e processos dos consumidores e dos seus contextos, e, por último, (3) a interpretação, através de técnicas narrativas, que explorará a dimensão temporal e construção de significações.

É nesta linha de análise do fenómeno droga que Agra e colaboradores (1993, 1997) têm vindo a defender que o discurso da droga faz apelo, com o qual concordamos, a um novo paradigma que integre duas vertentes: uma vertente crítica das abordagens tradicionais e uma vertente, de proposta de um novo paradigma, posicionado numa linha oposta à das coordenadas epistemológicas das abordagens tradicionais, que opte por uma linha antropológica, naturalista e centrada nos processos. Os mesmos autores têm vindo a desenvolver, desde 1985, o modelo que se baseia no conceito de auto-organização, que já apresentamos, como conceito chave de uma teoria geral das dependências (Agra, 1993).

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AGRA, C.** (1982). A toxicomania: desordens bioquímicas e ordem social. *Psicologia*. III, 3 e 4, pp71-88.
- AGRA, C.** (1990). Sujet autopoétique et transgression. In: *Acteur social et délinquance – hommage à Christian Debuyst*. Bruxelles : Pierre Mardaga, ED.
- AGRA, C.** (1991). *Sujet autopoétique et toxicodépendance*. Comunicação apresentada no Centre International de Criminologie Comparée da Universidade de Montreal.
- AGRA, C. & Fernandes, L.** (1993). Droga enigma, droga novo paradigma. In C. Agra (Coord.) *Dizer a droga, ouvir as drogas*. Porto: Radicário.
- AGRA, C.** (1993). Dispositivos da droga – a experiência portuguesa. In C. Agra (Coord.) *Dizer a droga, ouvir as drogas*. Porto: Radicário.
- AGRA, C.** (1993). Ciência do comportamento adictivo. In C. Agra (Coord.) *Dizer a droga, ouvir as drogas*. Porto: Radicário.
- AGRA, C.** (1995). Da rapsódia à Sinfonia – sentido para a compreensão de um sistema de pensamento na área das drogas. *Toxicodependências*, 1, pp.26-32.
- AGRA, C.** (1997). Droga: dispositivo crítico para um novo paradigma. In *Droga: Situações e Novas Estratégias. Actas do Seminário promovido pelo Presidente da República*. Lisboa: Imprensa Nacional Casa da Moeda.
- ALVES, A.F.R.** (1993). *Organização Cognitiva e narrativa Protótipo em Toxicodependentes – estudo exploratório*. Dissertação de mestrado – Universidade do Minho. Braga. Portugal.
- ARLOW, J.** (1995). Psychoanalysis. In: Corsini, R. & Wedding, D. (Eds.). *Current Psychotherapies*. Itasca: IL Peacock.
- BECK, A. & WEISHAAR, M.** (1995). Cognitive Therapy. In: Corsini, R. & Wedding, D. (Eds.). *Current Psychotherapies*. Itasca: IL Peacock.
- BECK, A.** (1991). Cognitive therapy: a 30 year retrospective. *American Psychologist*, 46, pp368-375.
- BECK, A.** (1997). *Terapia Cognitiva. Teoria e Prática*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- BECKER, H.** (1963). *Outsiders. Studies in sociology of deviance*. New York: The Free Press of Glencoe.
- BERGERET, J.** (1981). *Le psychanaliste à l'écoute du toxicomane*. Paris: Bordas.

- COMAS, D. (1985). *El uso de drogas en la juventud*. Barcelona: Publicaciones de Juventud Y Sociedad, S.A.
- DAWES, A. (1985). Constructing drug dependence. In E. Butoon (Ed). *Personal Construct theory of mental health*. London: Croom Helm.
- DIAS, A. (1982). As teorias e as forças. *Psicologia*, III, 3 e 4, pp11-70.
- ELLIS, A. ; McInerney, J. ; Diguseppe, R. & Yeager, R. (1988). *Rational Emotive Therapy with alcoholics and substance abusers*. New York; Pergamon Press.
- ELLIS, A. (1995). Rational Emotive Behavior Therapy. In: Corsini, R. & Wedding, D. (Eds.). *Current Psychotherapies*. Itasca: IL Peacock.
- FERNANDES, L. (1989). Estratégias qualitativas de investigação do uso de drogas e da toxicodependência. *Análise Psicológica*, 1-2-3, 329-338.
- FERNANDES, L. (1990). *Os pós modernos ou a cidade, o sector juvenil e as drogas*. Porto: F.P.C.E.U.P.
- FONTE, C. (2006). Comportamentos Aditivos: Conceito de Droga, Classificações de Drogas e Tipos de Consumos. *Revista da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa*. 03, 104-112.
- FONTE, C. (2003). *Consumos de Álcool e Drogas Ilícitas em Estudantes da Universidade do Minho: da Estatística à Construção Narrativa de Significados*. Dissertação de Mestrado não publicada apresentada à Universidade do Porto – Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Porto, Portugal.
- FERNANDES, L. (1993). Territórios psicotrópicos. In C. Agra (Coord.) *Dizer a droga, ouvir as drogas*. Porto: Radicário.
- FERNANDES, L. (1995). O sítio das drogas. *Etnografia urbana dos territórios psicotrópicos. Toxicodependências*, 2, 22- 31.
- FREEMAN, A. & Reinecke, M. (1995). Cognitive Therapy. In: Gurman, A. & Messer, S. (Eds). *Essential Psychotherapies. Theory and Practice*. New York: The Guildford Press.
- GONÇALVES, O. (1990). *Terapia comportamental: manuais teóricos e manuais terapêuticos*. Porto: Edições Jornal de Psicologia.
- GONÇALVES, O. (1991). *Terapias Cognitivas: Teoria e prática*. Porto: Afrontamento.
- HAYES, S.; Follete, W. & Follete, V. (1995). Behavior Therapy: a contextual approach. In: Gurman, A. & Messer, S. (Eds). *Essential Psychotherapies. Theory and Practice*. New York: The Guildford Press.
- KARON, B. & Widener, A. (1995). Psychodynamic therapies in historical perspective: "Nothing human I consider alien to me". In: Bongar, B. & Beutler, L. (Eds.). *Comprehensive Textbook of Psychotherapy. Theory and Practice*. New York: Oxford University Press.
- KELLY, G. (1963). *A theory of personality: the psychology of personal constructs*. New York: Norton.
- KORK, D. (2002). Dutch coffee shops and trends in cannabis use. *Addictive Behaviors*. 27, pp 851-866.
- KUHN, T.S. (1962). *The structure of scientific revolutions*. Chicago: University of Chiago Press.
- MANITA, C. (2001). Evolução das significações em trajectórias de droga-crime(II): novos sentidos para a intervenção psicológica com toxicodependentes. *Toxicodependências*. nº3, pp59-72.
- MANITA, C. (2000). Das descobertas privadas aos crimes públicos: evolução dos significados em trajectórias de droga-crime. *Toxicodependências*. nº2, pp17-31.
- MANITA, C. (1998). *Auto-organização psicológica e transgressão. Análise empírico-crítica de duas figuras do comportamento desviante: criminosos e consumidores de drogas*. Dissertação de doutoramento apresentada à Universidade do Porto – Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Porto, Portugal.
- OLIEVENSTEIN, C. (2000). *La drogue, 30 ans après*. Paris: Editions Odile Jacob.
- SOARES, A. (2001). Uma proposta integrativa na terapia cognitiva da toxicodependência. *Toxicodependências*. Vol.7, nº 2, pp29-49.
- WILSON, G. (1995). Behavior Therapy. In: Corsini, R. & Wedding, D. (Eds.). *Current Psychotherapies*. Itasca: IL Peacock.