

Resumo: 1. A legislação recentemente aprovada no âmbito da Estratégia Nacional de Luta contra a Droga (Abril de 1999) - Lei 30/2000 de 29 de Novembro, que descriminaliza os consumos de substâncias ilícitas e o diploma que define o regime geral de políticas de prevenção e redução de riscos e minimização de danos - tem suscitado variadíssimas críticas, sendo a mais comum, a da alegada desresponsabilização dos Toxicodependentes.

2. A emergência da toxicoddependência num indivíduo, fruto da interacção de vários factores, não acontece à revelia da capacidade de escolha do próprio.

3. A dependência psicológica de drogas - conceito chave na fenomenologia dos comportamentos de adicção particularmente em situações de recaída - continua a ser um enigma.

Palavras-chave: Saúde Pública; Efeitos colaterais; Doença; Síndrome; Opção; Compulsão; Impulsão; Dependência psicológica.

Résumé: 1. La Loi dernièrement approuvée dans le cadre de la " Estrágia Nacional de Luta contra a Droga " (Abril, 1999) - Loi 30/2000 de 29 novembre, que décriminalise les usages de substances illicites et le diplôme qui établit le régime général des politiques de prévention et de réductions de risques et minimisations de dans - a déclenché des critiques les plus diverses, entant la plus comune celle de la soi-disant *deresponsabilisation* des toxicomanes .

2. L'émergence de la toxicomanie dans un sujet, résultat de l'interaction de plusieurs facteurs, ne se produit pas à l'insu de la capacité de choix du sujet lui même.

3. La dépendance psychologique de drogues - concept-clé dans la phenomonologie des comportements d'addiction, en particulier en situation de rechute - reste toujours un énigme.

Mots Clé: Santé publique; Effets collateraux; Maladie; Syndrome; Option; Compulsion; Impulsion; Dépendance psychologique.

Abstract: 1. The legislation recently approved within the National Strategy of Fight Against Drugs (April 1999) - Law 30/2000 of 29 November, de-criminalising the use of drugs and the by-law defining the general regime of the policies of prevention, harm reduction and minimisation of damages has been originating several criticisms, the most common being the alleged non-liability of the Drug addicts.

2. The appearance of drug addiction in an individual, fruit of the interaction of several factors, does not happen without the influence of the will of that individual.

3. The psychological dependence from drugs - a key concept in the phenomenon of addiction behaviours, specially in relapse situations - is still an enigma.

Keywords: Public Health; Side effects; Illness; Syndrome; Option; Compulsion; Impulsion; Psychological dependence.

Tornar-se toxicoddependente: opção ou fatalidade? (1)

João Salgado Ribeiro

1

Os dois diplomas legais recentemente aprovados (Lei 30/2000 de 29 de Novembro e resolução do Conselho de Ministros 30/2001) têm dado ensejo a leituras críticas por vezes violentas, contra o que apelidaram de política de laxismo e de desresponsabilização. A própria Nota da Conferência Episcopal Portuguesa de 26 de Abril de 2001 exprime-se também no mesmo sentido: "criam-se salas de injeção assistida para os toxicoddependentes, trocam-se gratuitamente seringas e, nas campanhas de promoção ou nos proémios justificativos das leis, nunca se diz uma palavra que vá na linha de sugerir uma responsabilidade no exercício da liberdade".

Afinal, serão os toxicoddependentes desresponsabilizados pelos actos ilícitos que praticam, quando consomem?

Os diplomas legais acima referidos pressupõem que a toxicoddependência é uma doença⁽²⁾. A Estratégia Nacional de Luta contra a Droga assim o entende:

"O princípio humanista significa o reconhecimento da plena dignidade humana das pessoas envolvidas no fenómeno das drogas e tem como corolários a compreensão da complexidade e relevância da história individual, familiar e social dessas pessoas, bem como a consideração da toxicoddependência como uma doença e a consequente responsabilização do Estado na realização do direito constitucional à saúde por parte dos cidadãos toxicoddependentes e no combate à sua exclusão social, sem prejuízo da responsabilidade individual" (Ponto 8. 3).

Menos redutora foi a postura do Legislador, quando fez aprovar, dois anos após o 25 de Abril, o Decreto-Lei n.º 792/76, em que a droga e a Toxicoddependência são perspectivadas num contexto pluridisciplinar.

Tendo em conta a "sua complexidade médico-psico-sociológica", assume-se que a toxicoddependência gera "a escravização da vontade, que tendencialmente transmuda o

infractor num doente e nessa medida impune, ou pouco menos, a uma imputação de culpa" (Preâmbulo do Decreto-Lei n.º 792/76). Digna de menção é ainda a orientação contida no Decreto-Lei n.º 365/82 que entende a toxicodependência como um comportamento desviante.

Foi nos anos 60 que a administração *Kennedy* nos Estados Unidos estabeleceu que os toxicodependentes deviam ser tratados como doentes, quando lançou a grande campanha de saúde pública, tendo Dole e Nyswander (1963) dado início à difusão generalizada, em Nova Iorque, do programa da substituição com metadona.

O conceito de doença aplicado à toxicodependência parte do pressuposto de que se trata de uma doença física. A doença não seria nem o resultado nem o sintoma de uma perturbação da personalidade mas antes uma doença progressiva e crónica. O consumo de drogas implica alterações biológicas na pessoa e impactos eventuais em todas as fases da sua vida. Por isso, o modelo de doença remete para um conceito abrangente que inclui a dimensão social, psicológica e biológica. Os pioneiros do modelo de doença aplicada ao alcoolismo e posteriormente à dependência de drogas foram Jellinek (1946) e Silktworth (1939). Entendiam o alcoolismo como resultado de uma "reação fisiológica atípica que estimula a mente de forma obsessiva" (Sheehan & Owen, 1999). Jellinek, que elaborou uma classificação tipológica da dependência alcoólica, formulou a hipótese de um factor X que predispõe o indivíduo com problemas a beber descontroladamente. Segundo esta corrente, onde se inspiraram os Alcoólicos Anónimos e posteriormente os Narcóticos Anónimos, o modelo de doença seria útil para consciencializar os dependentes de drogas/álcool de que a sua doença se pode tratar. Sendo doença, a pessoa não tem que ser censurada mas sim responsabilizada pela sua recuperação, tal como acontece com outras doenças.

Até essa data, a Administração americana deu prioridade a medidas de repressão como maneira de controlar os consumos e o tráfico de drogas (Musto, 1987). Foi esse, aliás, o papel do comissário Harry Auslinger, o primeiro "czar da droga", que esteve em funções de 1930 até 1962. Algumas reacções veiculadas pelos meios de comunicação social partilham a ideia de que o toxicodependente, enquanto doente, não é responsável pelos actos que decorrem dessa condição. Se ele é um doente, porquê sancioná-lo?

No entanto, as críticas mais violentas, conotadas com a corrente proibicionista, sustentam que os novos diplomas constituem uma forma de cedência e de laxismo: "facilitar o consumo de droga através do uso de metadona, a descriminalização do consumo e a criação de salas de injeção assistida, são medidas que vão permitir que os toxicodependentes se sintam confortáveis no seu consumo" (Durão Barroso, *in Público*, 26/03/01).

Ou ainda: "É objectivamente errado facilitar uma coisa que é obrigatoriamente má" (J. A. S, *Expresso*, 01/03/01). Ora o que está em causa com as novas medidas é não só um problema de saúde pública (redução do risco de contágio pelo HIV e hepatites; melhoria da saúde física e das condições de vida) mas também uma questão de profilaxia social, tendente à redução da criminalidade e implicando a reinserção socio-profissional. Os consumidores problemáticos⁽³⁾ correm mais riscos se continuarem a injectar-se onde calha (casas de banho públicas, vãos de escada, recantos ou vielas), sem condições higiénicas de espécie alguma, nem as cautelas mínimas que permitam evitar situações de contágio de doenças de fácil propagação. No documento - *Combate à Toxicodependência: Mais saúde, mais prevenção do risco, mais segurança*⁽⁴⁾- tipifica-se desta forma o grupo de consumidores problemáticos de drogas: "depois de um trajecto prototípico de dez, doze, quinze anos de consumos, esses consumidores, que padecem hoje de problemas graves de saúde - nomeadamente pelo efeito de doenças infecto-contagiosas mortais - refugiaram-se na heroína e nos policonsumos, têm práticas de alto risco - como a partilha de seringas - e revelam normalmente vontade reduzida de se submeterem com sucesso a qualquer terapêutica de tratamento".

Também a ideia de desresponsabilização não se pode inferir do texto da Estratégia Nacional de Luta Contra a Droga (Abril de 1999), que, fiel ao princípio humanista, afirma explicitamente "sem prejuízo da liberdade individual". Assim, a nova Lei n.º 30/2000 de 29 de Novembro que descriminaliza os consumos estabelece claramente um regime sancionatório, para os comportamentos ilícitos (consumo, aquisição e obtenção para consumo) ou seja, citando Poiars (2000): "trata-se de uma descriminalização construtiva no sentido de promover o evitamento das condutas desaconselhadas". Isso equivale a dizer

que o toxicodependente é responsável pelos seus actos. Aliás, a jurisprudência do Supremo Tribunal de Justiça sempre recusou ver na toxicodependência uma circunstância atenuante, por se tratar da reiteração de um facto ilícito (o consumo de estupefacientes), um indício de culpa na formação da personalidade (Maia Costa, 2001). Não se pode iludir, no entanto, o impacto que a prevenção e redução de riscos e minimização de danos pode ter na investigação do fenómeno da toxicodependência. Não seria *clínicamente correcto* pôr em dúvida a urgência e vantagens desses programas, mas podem ocorrer efeitos colaterais indesejáveis, de que citarei apenas três:

- a tendência para generalizar o recurso às terapêuticas de substituição, desinserido de programas integrados, poderá induzir nos técnicos intervenientes a diminuição do interesse científico para investigar a natureza da toxicodependência, enquanto entidade bio-psico-social;
- a tendência para reduzir a dependência apenas à sua dimensão física, pode conduzir à negação da funcionalidade da dependência psicológica;
- o reforço das formas de controlo social dos toxicodependentes em programas de substituição, tem inevitavelmente reflexos na sua estigmatização.

2

De qualquer modo, a questão nuclear é a de saber se há, ou não uma etiopatogenia específica da toxicodependência, ou, por outras palavras, se ficar dependente de drogas de abuso é uma escolha do próprio ou uma fatalidade.

Quando alguém resolve experimentar drogas de abuso, pode acontecer que os primeiros consumos não venham a criar habitação. Mas o que acontece normalmente é que, de consumo em consumo, se venha a estabelecer uma relação de dependência.

Coube às Ciências Sociais - que nos EUA conheceram um incremento espectacular nos anos 40 e 50 do século passado, por influência dos sociólogos Alfred Lindersmith e Howard Becker, - o mérito de situar o fenómeno numa dimensão triangular. O consumo das substâncias psicoactivas faz emergir uma interacção entre três variáveis: personalidade, substância e contexto (Leary, 1957; Nowlis, 1975; Zinberg, 1984). Foi este modelo tri-factorial que a American Psychiatric Association viria a adoptar na

edição de 1980 do DSM III⁽⁵⁾, ao explicitar a natureza bio-psico-social da toxicodependência.

Considerando, em primeiro lugar, a variável personalidade, verifica-se que só as pessoas com características especiais, consubstanciadas numa certa vulnerabilidade psicológica (West, 2001), têm probabilidades de ficar dependentes. A generalidade das investigações, tanto epidemiológicas como incidindo nos processos e padrões de consumo, sugerem que os indivíduos que se tornaram toxicodependentes eram particularmente susceptíveis aos efeitos de determinado estímulo, fosse ele bioquímico, psicológico ou social. Parece haver, assim, indivíduos mais susceptíveis de se tornarem dependentes do que outros.

No que diz respeito à substância, esta terá de ser uma substância psicoactiva, dotada de forte potencial adictivo, capaz de produzir alterações cerebrais, afectando os sistemas de sensibilização e de recompensa.

Por fim, o ambiente em que o indivíduo está inserido. Há condições ambientais e sociais que favorecem a emergência da toxicodependência. São os factores de *stress*, os papéis sociais, a influência social (*peers pressure*) e as oportunidades.

Nenhuma destas variáveis actua isoladamente: é da interacção entre elas que resulta a emergência da síndrome de dependência⁽⁶⁾.

O indivíduo que se inicia nos consumos e vai tornar-se toxicodependente começa por agir num contexto de preferências pessoais: é a curiosidade, o desejo de experimentar, o apetecer-lhe, mas também, a crença de que o ambiente é convidativo e, como tal, facilitador (Zinberg, 1984). Uma pessoa, quando avalia as opções possíveis, escolhe a "melhor" alternativa, em concordância com as suas preferências pessoais e as suas crenças e actua de acordo com elas (Skog, 2000). O que se observa na clínica é que o toxicodependente fez uma opção quando se iniciou nos consumos, levado pelo desejo de repetir uma experiência que dá prazer, e quase sempre num contexto de conflito interno consigo próprio. Aliás, o fenómeno da toxicodependência remete sempre para um forte conflito de motivações: o indivíduo está ambivalente, desejando ao mesmo tempo continuar a consumir e parar com os consumos. Ele vive num estado de sofrimento psíquico, que ilusoriamente o convence de que, através da droga, pode atenuar ou eliminar esse sofrimento. A sua opção

é invariavelmente condicionada por forte apetência e por um conflito de motivações. A ambivalência e a flutuação de preferências são conceitos chave para compreender o comportamento dos toxicodependentes. Em linguagem psicanalítica, a dependência é entendida como formação de substituição dum conflito inconsciente: tem mais a ver com o funcionamento psíquico do indivíduo do que com os efeitos da substância.

Todavia, as opções nos toxicodependentes não são sempre racionais. Casos há em que a decisão de consumir coincide com uma fase de controle mental insuficiente. E nos casos com diagnóstico de comorbilidade psiquiátrica ou com alterações cerebrais graves, há razões para duvidar do carácter livre das suas opções. A sua patologia é certamente dominada por outros mecanismos, sendo a toxicodependência tão só uma complicação adicional.

Se o consumo é rigorosamente compulsivo, então não fica qualquer margem para a escolha livre, mas não parece ser esse o caso. Alguns autores consideram conceptualmente incoerente falar-se de compulsão interna, uma vez que o termo *compulsivo* que se aplica habitualmente aos quadros clínicos da psico-neurose obsessiva, se afigura inadequado para traduzir o significado de *craving* dos toxicodependentes. O comportamento obsessivo compulsivo é estereotipado e não induz nenhum prazer directo (Fenichel, 1945, p. 47), isto é, a compulsão é estranha ao ego, ao passo que o movimento impulsivo dos toxicodependentes é sintónico com o ego. A impulsividade é, pois, um factor essencial para explicar o curto-circuito que emerge nos comportamentos de dependência.

Acresce que o comportamento toxicodependente varia de pessoa para pessoa, ao sabor da história pessoal de cada um, do seu discurso peculiar, do seu modo de viver a toxicodependência ou de organizar as suas defesas. Não existe um modelo teórico holístico da toxicodependência. Não é um fenómeno unívoco. Segue uma lógica paradoxal: para escapar ao sofrimento insuportável da dependência, o toxicodependente recorre a um "objecto" que o torna ainda mais escravo dessa dependência.

3

O estado de dependência induzido pelas substâncias psicoactivas de abuso (heroína, cocaína, anfetaminas)

em geral desenvolve-se gradualmente, após tomas repetidas dessas substâncias. Um tal estado, que se caracteriza pela necessidade incontornável de droga, que por sua vez leva frequentemente a pessoa a procurá-la por necessidade imperiosa, introduz alterações profundas no comportamento de um indivíduo.

Efectivamente, a dependência é um comportamento que afecta o indivíduo na sua totalidade. A sua configuração sindrómica⁽⁷⁾ compreende factores biológicos, psicológicos, culturais e económicos. É na interacção entre os diversos contextos e as flutuações do indivíduo que a dependência faz algum sentido.

Embora a distinção entre dependência física e a dependência psicológica remonte aos primórdios do pensamento Freudiano, só em 1968 o DSM II⁽⁸⁾ admitiu formalmente diferenças entre uma e outra. Historicamente, sabe-se que as teorias mais antigas sobre a dependência se situam no campo da psicanálise. Freud, especificamente, alertou para o fenómeno da dependência inerente ao consumo de álcool, morfina, tabaco e cocaína, ou às práticas de certos comportamentos patológicos, como a masturbação ou o jogo compulsivo. Ao longo da sua obra, vários são os artigos onde se podem descobrir elementos interessantes para construir uma teoria da dependência. Em 1890, no artigo "Tratamento Psíquico", encontramos a primeira referência ao termo dependência, quando se refere à relação de dependência ao médico hipnotizador. E no artigo "A sexualidade na etiologia das neuroses" (1898) escreveu, a propósito dos doentes que tomaram morfina, cocaína ou cloral: "*O sucesso do tratamento será apenas aparente enquanto o médico se contentar só com o desmame físico dos seus doentes, sem se preocupar com a fonte de onde emana a necessidade imperiosa da droga*". Nesse texto, Freud estabelece uma distinção entre desmame físico (ou síndrome de privação) e os efeitos psicológicos da dependência. Na mesma direcção vai a sua surpresa sobre o poder adictivo da cocaína que ele não sentiu grandemente em si quando a consumiu, nas que admitiu ser dominante em personalidades vulneráveis.

No entanto, a distinção entre dependência física e dependência psicológica presta-se a uma certa ambiguidade: enquanto que o diagnóstico da primeira obedece a critérios objectivos - tolerância e síndrome de privação - a depen-

dência psicológica furta-se à observação clínica directa porque se dilui na relação que o toxicodependente tem com a(s) droga(s). Os seus indicadores detectam-se nos silêncios e nas entrelinhas das entrevistas clínicas, ou no inesperado das associações e das memórias (Ribeiro, 1995) ou "schema memory" (Orford, 2001), que podem despertar um desejo inadiável de consumir (*craving*) e induzir as recaídas⁽⁹⁾.

No caso específico dos heroínómanos, "A dependência descreve um estado fisiológico alterado, produzido pela exposição repetida ao opiáceo, de tal modo que a interrupção do consumo origina uma síndrome de privação, caracterizada por alterações fisiológicas graves (dependência física) acompanhada de sintomas emocionais (dependência psíquica) - os determinantes mais fortes da compulsão para a droga" (Tice de Macedo, 2000).

Segundo a mais moderna conceptualização, a dependência actua em conexão com inúmeros estímulos relacionados com as drogas. Cada consumo de drogas activa especificamente determinadas estruturas do cérebro, deixando traços mnésicos que persistem no tempo, mesmo após a eliminação dos seus efeitos no corpo. Tais estímulos correlacionados com estímulos do ambiente (pessoas, lugares, coisas) adquirem o poder de activar os mesmos circuitos do cérebro, ainda que a droga esteja ausente (O'Brien, 1997).

A dependência psicológica corresponde assim a um estado mental em que a representação da droga subsiste como recordação e evocação de algo que foi vivenciado simultaneamente como prazer e desprazer. Goza de autonomia parcial, ou seja, é determinada em parte por fenómenos biológicos. Seria assim, o reflexo psíquico de uma dependência biológica, produzida pelas propriedades de uma substância. Dir-se-ia que o pulsar biológico resultante da estimulação de memórias ou efeitos residuais armazenados na memória, pode activar desejos incontroláveis, a que corresponde a fase do "drug wanting" (Robinson & Berridge, 2001). Seria o sistema biológico a influenciar o sistema psíquico. Um caso típico é o do cheiro a limão que, num abstinente de heroína, pode, por si só, despertar a vontade de consumir.

Graças à capacidade de codificação da memória (Pally, R., 1997), a dependência psicológica é verosimilmente a força real, psico-afectiva, que se esconde por detrás da dependência das drogas. Toda a recaída obriga a refazer o ciclo adictivo. Conviver com a dependência psicológica é gerir um processo de equilíbrios instáveis,

cujos mecanismos subjacentes continuam a ser um enigma e, como tal, um desafio para a investigação. ■

João Salvado Ribeiro
Assessor Superior de Saúde
Av. Columbano Bordalo Pinheiro, 87, 2º 1070-062 Lisboa
E-mail: joao.salvado@sptt.min-saude.pt

Notas

(1) Comunicação apresentada no "I Congresso Internacional da área da Psicologia Criminal e do Comportamento Desviante", 24, 25 e 26 de Maio 2001. Torre do Tombo, Lisboa.

(2) Segundo a perspectiva da patologia orgânica que se desenvolveu a partir da primeira metade do séc. XIX, o modelo doença caracteriza-se pela existência de um conjunto de sintomas correlacionados com uma etiopatogenia específica cuja natureza era comprovada pelo exame anatomo-patológico.

Em oposição existe o modelo de doença equiparado a síndrome - isto é, conjunto de sintomas ou de sinais que constituem uma individualidade clínica mas não etiológica.

Em patologia mental a noção de doença é mais difícil de estabelecer, uma vez que faltam elementos para a definir, como seja o substracto anatomo-patológico ou uma etiologia definida.

A tradição europeia, influenciada pela psicanálise, prefere ver a toxicodependência como uma situação de sofrimento psíquico.

(3) "Consumo de droga injectada ou consumo de longa data, ou regular de opiáceos, cocaína ou de anfetaminas." (OEDT, Relatório Anual, 1999, p.19).

(4) Resolução do Conselho de Ministros nº39/2001 - DR, I, 9.4.2001, que aprova o Plano Nacional de Luta contra a Droga e a Toxicodependência-Horizonte 2004.

(5) Terceira edição do *Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders* (DSM).

(6) Segundo a Organização Mundial de Saúde, (OMS, 1975), deve entender-se por toxicodependência: "O estado psíquico e por vezes físico, resultante da interacção entre um organismo vivo e uma droga, caracterizando-se por respostas comportamentais ou outras que compreendem sempre compulsão para consumir a droga de maneira regular ou periódica a fim de sentirem os seus efeitos psíquicos, em ordem a evitar o desconforto da sua privação".

(7) Deve-se a Edwards *et al.* (1981) a expressão "drug dependence syndrome" que veio a ser adoptada pelo ICD 10 (International Classification Diseases, sistema de classificação oficial da OMS), em 1992. Esses autores definem o síndrome como "clustering of phenomena so that not all components need always be present, or not always present with the same intensity." (citado in *Addiction or dependence?*, *Addiction* (2000), 95 (5), pp. 661-665.

(8) Segunda edição do *Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders* (DSM)

(9) Uma investigação feita em Londres, sobre as dicas (cues) que despertam nos heroínómanos indícios de *craving*, enumerou algumas situações típicas: 1) encontrar alguém conhecido que ainda consome heroína; 2) passar em locais de algum modo associados aos opiáceos; 3) ver agulhas ou seringas; 4) ver papéis de prata; 5) ver-se mentalmente a consumir heroína; 6) pensar que alguém conhecido ainda consome; 7) estar descompensado; 8) andar angustiado ou aborrecido com a vida (Michael Gossop, 1990). "Compulsion, Craving and Conflict" in D. M. Warburton (ed.). *Addiction Controversies*, London: Harwood Academic Publishers, pp. 236-249.

Referências Bibliográficas

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 2nd Ed. (DSM II). American Psychiatric Association, 1968 (Washington DC).

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd Ed. (DSM III). American Psychiatric Association, 1980 (Washington DC).

Fenichel, O. (1945). "Etats de transition entre les impulsions morbides et les compulsions" in *Perversions et Névroses Impulsives, Théorie Psychoanalytique des Névroses*. Paris: PUF.

Freud, S. (1890; 1984). *Traitement Psychique, in Résultats, Idées, Problèmes (1890-1920)*. Paris: PUF.

Freud, S. (1930; 1971). *Malaise dans la civilisation*. Paris: PUF.

Freud, S. (1898; 1984). *La sexualité dans l'étiologie des neuroses*. Paris: PUF.

Jellinek, E. M. (1946). *The disease concept of alcoholism*. New Haven, CT: Hillhouse Press.

Leary, Timothy (1957). *La Politique de l'extase*. Paris: Fayard.

Macedo, Tice (2000). "Contributo das Neurociências para a Compreensão da Toxicodependência". *Toxicodependências*, 6 (3), 03-16.

Maddux, James F. et al. (2000). "Addiction or dependence?" *Addiction*, 95 (5), 661-665.

Maia Costa, Eduardo (2001). "Novos rumos da política sobre drogas". *Toxicodependências*, 7 (1), 3-15.

Musto D. (1987). *The American disease. Origins of narcotic control*. Oxford University Press. Inc. New York. 1987 (1973).

Nowlis, Helen (1975; 1979). *A verdade sobre as drogas*. Lisboa: GPCCD.

O'Brien, Ch. P. (1997). "Progress in the science of addiction". *American Journal of Psychiatry*, 154 (9).

Orford, Jim (2001). "Addiction as excessive appetite". *Addiction*, 96 (1) 15-31.

Pally, R. (1997). "Memory: brain systems that link past, present and future". *International Journal of Psychoanalysis*, 78, 1223-1234.

Poiares, C. (2000). "Descriminalização construtiva e intervenção juspsicológica no consumo das drogas ou recuperar o tempo perdido. . ." *Toxicodependências*, 6 (2), 7-16.

Ribeiro, J. S. (1995). "Dependência ou dependências? Incidências históricas na formalização dos conceitos". *Toxicodependências* 1 (3), 5-13.

Robinson, Terry E. & Barridge, Kent C. (2001). "Mechanisms of Action of Addictive Stimuli - Incentive-sensitization and addiction". *Addiction*, 96 (1), 103-114.

Sheehan T. & Owen, P. (1999). "The Disease model in addictions" - *A comprehensive guidebook*. New York: Oxford University Press.

Silkworth, W. D. (1939). "The doctor's opinion". *Alcoholics Anonymous* (pp. XXI-XIV). New York: Alcoholics World Service.

Skog, Ole-Jordan. (2000). "Addicts choice". *Addiction* 95 (9), 1309-1314.

West, Robert. (2001). "Theories of Addiction". *Addiction*, 96 (1), 3-13.

Zinberg, N. (1984). *Drug, set and settings: the basis for controlled intoxicant use*. New Haven: Yale University Press.