
Revisão da Literatura

Comorbidade entre transtorno de estresse pós-traumático e abuso e dependência de álcool e drogas: uma revisão da literatura

Comorbidity of post traumatic stress disorder (PTSD) with alcohol and drug abuse and dependency: a literature review

HELOISA DE SOUZA DANTAS¹, ARTHUR GUERRA DE ANDRADE²

¹ Mestranda do Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP).

² Professor-associado do Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP); professor titular da Faculdade de Medicina do ABC (FMABC).

Recebido: 26/09/2007 – Aceito: 20/02/2008

Resumo

Contexto: Pesquisas revelam uma alta comorbidade entre o transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) e o abuso e dependência de álcool e drogas (ADAD). **Objetivos:** Descrever a natureza da associação entre TEPT e ADAD, as diferenças entre os gêneros feminino e masculino, bem como os principais tratamentos utilizados. **Métodos:** Pesquisa bibliográfica entre os anos de 1995 e 2007 no PubMed, utilizando os termos “trauma” AND “alcohol”, “trauma” AND “substance abuse”, “trauma” AND “dependence”, “trauma” AND “drugs”, “posttraumatic stress” AND “alcohol”, “posttraumatic stress” AND “substance abuse”, “posttraumatic stress” AND “dependence”, “posttraumatic stress” AND “drugs”. **Resultados:** As seguintes hipóteses foram identificadas: 1) o abuso de substâncias aumenta os riscos para a ocorrência de TEPT em virtude de estilos de vida que expõem mais o sujeito à ocorrência de traumas e pelo fato de as drogas potencializarem as seqüelas do trauma; 2) o TEPT levaria ao aumento do uso de álcool e drogas acompanhado de possível abuso com o objetivo de aliviar sintomas decorrentes do transtorno. **Conclusões:** A identificação precoce da comorbidade entre o TEPT e o ADAD é fundamental para o bom prognóstico do paciente, bem como o atendimento adequado às vítimas de situações traumáticas para que sejam minimizadas as chances da ocorrência do TEPT.

Dantas, H.S.; Andrade, A.G. / Rev. Psiq. Clín 35, supl 1; 55-60, 2008

Palavras-chave: Transtorno de estresse pós-traumático, abuso e dependência de álcool e drogas, comorbidade, gênero, tratamento.

Abstract

Background: The literature reveals high comorbidity rates between post traumatic stress disorder (PTSD) and substance abuse and dependence (SAD). **Objectives:** This paper seeks to describe the relationship between the two disorders; the gender differences; and the primary treatments used to reduce PTSD as well as SAD symptoms. **Methods:** A review of the literature between 1995 and 2007. A PubMed search was used to find articles with the key words: “trauma” AND “alcohol”, “trauma” AND “substance abuse”, “trauma” AND “dependence”, “trauma” AND “drugs”, “post traumatic stress” AND “alcohol”, “post traumatic stress” AND “substance abuse”, “post traumatic stress” AND “dependence”, “post traumatic stress” AND “drugs”. **Results:** The following hypotheses were identified: 1) Substance abuse increases the risk of PTSD occurrence due to life styles that expose the individual to traumas and due to the fact that alcohol and drugs can increase the consequences of the traumatic event; 2) Alcohol and drugs are sometimes used by PTSD patients with the intent to relieve symptoms of their disorder, which in turn may lead to eventual abuse. **Conclusions:** The early identification of comorbidity between PTSD and SAD is essential for a good prognosis for the patient. It is also important to help minimize the chances of PDST in victims of the traumatic events.

Dantas, H.S.; Andrade, A.G. / Rev. Psiq. Clín 35, supl 1; 55-60, 2008

Key-words: Post traumatic stress disorder, drug and alcohol abuse and dependence, comorbidity, gender, treatment.

Introdução

O interesse pela compreensão do impacto na saúde mental de eventos traumáticos cresceu no século XX, especialmente em épocas de guerra. Com o tempo, verificou-se que alguns dos sintomas presentes em sobreviventes de campos de concentração e ex-combatentes de guerra, tais como pensamentos intrusivos, pesadelos, hipervigilância, *flashbacks*, afastamento de qualquer atividade social, anestesia emocional, entre outros, obedeciam a um padrão semelhante ao de mulheres que tinham sido vítimas de violência sexual (Ozer *et al.*, 2003). O crescente interesse pela compreensão do impacto de experiências traumáticas e o desenvolvimento de pesquisas a respeito fizeram com que o termo transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) fosse introduzido em 1980 no Manual de Diagnóstico e Estatística dos Distúrbios Mentais (DSM-III) (Davidson, 1995).

Atualmente o Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais, em sua quarta edição revisada – DSM-IV-TR (Associação Americana de Psiquiatria, 2002), estabelece que o TEPT caracteriza-se pelo desenvolvimento de sintomas específicos após a ocorrência de um evento traumático intenso, envolvendo a participação direta ou

não do paciente/vítima. Entre os eventos diretos, estão combate militar, agressão pessoal violenta (ataque sexual e/ou físico, assalto à mão armada, roubo), seqüestro, ser tomado como refém, entre outros. Entre os eventos indiretos, encontram-se tanto os acontecimentos que são testemunhados pela pessoa, como presenciar morte não-natural de outro indivíduo em virtude de ataque violento ou de acontecimentos vivenciados por outros que a pessoa toma conhecimento, tais como sério acidente ou ferimentos graves sofridos por um membro da família ou amigo íntimo. O DSM-IV-TR ainda descreve os sintomas físicos e emocionais do TEPT em três domínios: 1) evento traumático é persistentemente revivido; 2) esquiva persistente de estímulos associados com o trauma e entorpecimento da responsividade geral (não presente antes do trauma), e 3) sintomas persistentes de excitabilidade aumentada (não presentes antes do trauma).

Para o diagnóstico, é necessário que o quadro sintomático esteja presente por mais de 1 mês e a perturbação esteja causando prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo. Na tabela 1, são apresentados os critérios diagnósticos em tabela adaptada segundo o DSM-IV-TR.

Tabela 1. Critérios diagnósticos do DSM-IV-TR para transtorno de estresse pós-traumático

A. Exposição a um evento traumático no qual os seguintes quesitos estiveram presentes:

- (1) a pessoa vivenciou, testemunhou ou foi confrontada com um ou mais eventos que envolveram morte ou grave ferimento, reais ou ameaçados, ou uma ameaça à integridade física, própria ou de outros
- (2) a resposta da pessoa envolveu intenso medo, impotência ou horror

B. O evento traumático é persistentemente revivido em uma (ou mais) das seguintes maneiras:

- (1) recordações aflitivas, recorrentes e intrusivas do evento, incluindo imagens, pensamentos ou percepções
- Nota: Em crianças pequenas, podem ocorrer jogos repetitivos, com expressão de temas ou aspectos do trauma
- (2) sonhos aflitivos e recorrentes com o evento
- (3) agir ou sentir como se o evento traumático estivesse ocorrendo novamente (inclui um sentimento de revivência da experiência, ilusões, alucinações e episódios de *flashbacks* dissociativos, inclusive aqueles que ocorrem ao despertar ou quando intoxicado)
- (4) sofrimento psicológico intenso quando da exposição a indícios internos ou externos que simbolizam ou lembram algum aspecto do evento traumático
- (5) reatividade fisiológica na exposição a indícios internos ou externos que simbolizam ou lembram algum aspecto do evento traumático

C. Esquiva persistente de estímulos associados com o trauma e entorpecimento da responsividade geral (não presente antes do trauma), indicados por três (ou mais) dos seguintes quesitos:

- (1) esforços no sentido de evitar pensamentos, sentimentos ou conversas associadas com o trauma
- (2) esforços no sentido de evitar atividades, locais ou pessoas que ativem recordações do trauma
- (3) incapacidade de recordar algum aspecto importante do trauma
- (4) redução acentuada do interesse ou da participação em atividades significativas
- (5) sensação de distanciamento ou afastamento em relação a outras pessoas
- (6) faixa de afeto restrita (por ex., incapacidade de ter sentimentos de carinho)
- (7) sentimento de um futuro abreviado (por ex., não espera ter uma carreira profissional, casamento, filhos ou um período normal de vida)

D. Sintomas persistentes de excitabilidade aumentada (não presentes antes do trauma), indicados por dois (ou mais) dos seguintes quesitos:

- (1) dificuldade em conciliar ou manter o sono
- (2) irritabilidade ou surtos de raiva
- (3) dificuldade em concentrar-se
- (4) hipervigilância
- (5) resposta de sobressalto exagerada

E. A duração da perturbação (sintomas dos critérios B, C e D) é superior a 1 mês

F. A perturbação causa sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo

Especificar se:

Agudo: se a duração dos sintomas é inferior a 3 meses

Crônico: se a duração dos sintomas é de 3 meses ou mais

Especificar se:

Com início tardio: se o início dos sintomas ocorre pelo menos 6 meses após o estressor

Além de o TEPT trazer inúmeros prejuízos na vida do indivíduo, o problema torna-se mais complexo, visto que ao menos um transtorno psiquiátrico adicional está presente em 88,3% dos homens e em 79% das mulheres (Kessler *et al.*, 1995). Geralmente o TEPT é acompanhado de depressão, outros transtornos de ansiedade e abuso de substâncias psicoativas (McFarlane, 2000).

Em relação à comorbidade entre o TEPT e o abuso e dependência de álcool e drogas (ADAD), pesquisas revelam que 34,5% dos homens diagnosticados com TEPT tiveram problemas relacionados ao ADAD quando comparados com 15,1% dos homens que não tiveram diagnóstico para TEPT. Na população feminina, 26,9% das mulheres diagnosticadas com TEPT apresentavam ADAD quando comparadas com 7,6% das mulheres que não tinham o transtorno (Kessler *et al.*, 1995).

O estudo de populações que apresentam ADAD revela que entre 30% e 58% dos indivíduos tiveram TEPT em algum momento de suas vidas, e entre 20% e 38% apresentaram diagnóstico de TEPT no momento em que as pesquisas foram realizadas (Triffelman *et al.*, 1995; Najavits *et al.*, 1998).

A natureza da relação entre ADAD e TEPT ainda é bastante controversa (McFarlane, 1998), sendo fundamental compreender o fenômeno para que pacientes que apresentem a comorbidade possam receber o tratamento adequado às suas necessidades.

Este artigo revisa dados da literatura sobre a natureza da relação entre ADAD e TEPT, verifica as principais diferenças e especificidades do problema entre os gêneros masculino e feminino e expõe os principais tipos de tratamento e resultados encontrados.

Métodos

Pesquisa bibliográfica no PubMed utilizando os termos: “trauma” AND “alcohol”, “trauma” AND “substance abuse”, “trauma” AND “dependence”, “trauma” AND “drugs”, “posttraumatic stress” AND “alcohol”, “posttraumatic stress” AND “substance abuse”, “posttraumatic stress” AND “dependence”, “posttraumatic stress” AND “drugs”. Todas as pesquisas limitaram a busca de artigos entre os anos de 1995 e 2007.

Resultados

Natureza da relação entre ADAD e TEPT

A natureza da relação entre ADAD e TEPT é bastante controversa e ainda não se sabe exatamente as causas de sua alta comorbidade (McFarlane, 1998). Alguns estudos mostram que há uma causalidade entre os dois problemas. Nesse sentido, alguns autores observam que a diminuição dos sintomas de TEPT causaria concomitantemente a diminuição ou melhora do quadro de ADAD, assim como o ADAD levaria a uma diminuição dos sintomas do TEPT (Coffey *et al.*, 2007).

Nos últimos anos, modelos explicativos foram formulados para compreender melhor a relação entre TEPT e ADAD. Uma hipótese é de que problemas relacionados ao uso de substâncias aumentam os riscos para a ocorrência de TEPT em virtude de estilos de vida que expõem mais o sujeito à ocorrência de traumas ou pelo fato de o uso de álcool e outras drogas contribuir para a potencialização dos efeitos do trauma, que poderia levar ao aparecimento do TEPT (Jacobsen *et al.*, 2001).

Outra hipótese é de que o TEPT levaria ao aumento do uso de álcool e drogas acompanhado de possível abuso e dependência, com o objetivo de aliviar sintomas decorrentes do transtorno (Breslau *et al.*, 2003). Em uma população de mulheres vítimas de violência doméstica, o consumo pesado de álcool esteve associado aos sujeitos que apresentavam mais sintomas traumáticos (quando comparadas com as mulheres abstinentes e que faziam uso moderado de bebidas alcoólicas). Os autores do estudo acreditam que o álcool pode ser utilizado para combater os sintomas causados pelo trauma (Kaysen *et al.*, 2007). Outra pesquisa avaliou se experiências traumáticas durante a infância estariam associadas ao início precoce do alcoolismo (início da dependência antes dos 25 anos), quando comparado com indivíduos que não desenvolveram o alcoolismo precocemente (aqueles que apresentaram sintomas de dependência depois dos 25 anos). Os resultados apontaram que pacientes que desenvolveram o alcoolismo mais precocemente tiveram um número maior de experiências traumáticas severas durante a infância. Um número maior de mulheres teve diagnóstico para o TEPT durante a vida e, especificamente no caso das mulheres alcoolistas, a severidade das experiências na infância esteve associada à severidade do consumo de outras drogas e problemas relacionados (Dom *et al.*, 2007).

A associação entre o TEPT e o ADAD também poderia ser explicada por outros fatores genéticos ou ambientais, que poderiam levar aos dois fenômenos simultaneamente. Nesse sentido, um evento traumático poderia tanto levar ao desenvolvimento do TEPT quanto a outros transtornos psiquiátricos, dependendo da maior ou menor vulnerabilidade da pessoa. Ou seja, nessa abordagem não haveria a relação direta e causal entre o TEPT e o ADAD, mas uma co-ocorrência dos dois problemas a partir de um terceiro fator (evento traumático) que originaria os demais transtornos (Breslau *et al.*, 2003).

Diferença entre os gêneros

Baseados em um grande levantamento epidemiológico realizado nos Estados Unidos para verificar a distribuição, a correlação e a consequência dos transtornos psiquiátricos na população norte-americana, Kessler *et al.* (1995) identificaram que, apesar de mais homens (61%) que mulheres (51%) terem passado por eventos traumáticos na vida, a ocorrência de TEPT era duas

vezes maior para a população feminina (10%) que para a masculina (5%). Com o tempo, outras pesquisas também encontraram dados semelhantes, em que mulheres apresentaram maior vulnerabilidade para o desenvolvimento do transtorno que os homens, apesar de os homens terem sido expostos a um número maior de eventos traumáticos durante a vida (Breslau *et al.*, 1999; Hapke *et al.*, 2006).

Na literatura, há basicamente dois tipos de explicação para a compreensão da vulnerabilidade maior das mulheres no desenvolvimento do TEPT. A primeira delas parte do pressuposto de que características inerentes ao sexo feminino fariam com que as mulheres tivessem uma maior vulnerabilidade para o desenvolvimento do problema após sofrerem violência física (Breslau *et al.*, 1999). Já a outra abordagem identificou que o gênero em si não seria um fator predisponente para a ocorrência de estresse pós-traumático, mas que alguns tipos de traumas, mais especificamente a ocorrência de abuso sexual e estupro, aumentariam a suscetibilidade para o desenvolvimento do transtorno. Nessa explicação, pelo fato de as mulheres terem uma probabilidade maior de serem vítimas de violência sexual durante a vida e serem mais abusadas sexualmente, um número maior de indivíduos do sexo feminino acabaria desenvolvendo o TEPT (Cortina e Kubiak, 2006; Hapke *et al.*, 2006).

Um estudo investigou uma população de usuários de drogas com o objetivo de compreender, entre outros fatores, possíveis diferenças entre os gêneros feminino e masculino em relação à natureza do trauma sofrido e o desenvolvimento de sintomas de TEPT. A pesquisa revelou que um número maior de mulheres do que homens apresentava sintomas de TEPT, apesar de não haver diferenças entre os gêneros quanto ao número de eventos traumáticos sofridos, apenas em relação ao tipo de trauma: mulheres sofreram mais violência sexual e homens, mais violência física. O estudo ainda indicou que o uso de drogas injetáveis e de múltiplas drogas, bem como o diagnóstico de abuso e dependência de drogas, predisse a exposição a um evento traumático, mas não predisse o subsequente desenvolvimento do TEPT. O início do consumo de drogas precedeu a exposição a um evento traumático em sete anos, sendo que mulheres apresentaram uma diferença significativamente mais curta entre a idade de início do consumo de drogas (média de 17 anos e 3 meses) e a ocorrência dos sintomas de TEPT (média de 21 anos e 9 meses), quando comparadas aos homens, cuja idade média de início do consumo de drogas foi de 15 anos e 6 meses e a idade média da ocorrência dos sintomas de TEPT foi de 24 anos. Ou seja, o intervalo entre o início de consumo de drogas e a ocorrência dos primeiros sintomas de TEPT foi duas vezes maior para os homens do que para as mulheres, indicando uma possível diferença entre os gêneros no comportamento relacionado ao uso de drogas e o aumento da vulnerabilidade para o desenvolvimento de TEPT (Cottler *et al.*, 2001).

Em uma população de indivíduos com TEPT, indivíduos do sexo masculino revelaram ter uma probabilidade maior de consumir álcool em doses excessivas em comparação às mulheres (Green, 2003). Um outro estudo identificou que o início da dependência de álcool começa antes para os homens do que para as mulheres (Sonne *et al.*, 2003). Indivíduos do sexo masculino ainda consomem doses maiores de álcool e têm maior *craving* da substância, além de mais problemas legais relacionados ao uso. As mulheres, por sua vez, reportaram um número maior de traumas relacionados ao abuso sexual, maiores problemas no funcionamento global relacionados ao TEPT, além de terem uma probabilidade maior de testar positivo para o uso de cocaína no início do tratamento para alcoolismo. Na pesquisa, o TEPT costumou preceder a dependência de álcool para as mulheres (Sonne *et al.*, 2003).

Tratamento da comorbidade entre TEPT e ADAD

Pesquisadores apontam para o fato de que se há uma causalidade na relação entre TEPT e ADAD, haveria uma relação direta entre a diminuição dos sintomas de um transtorno em relação ao outro (Chilcoat e Breslau, 1998).

Em uma pesquisa realizada com três grupos de dependentes (dependentes de álcool, dependentes de cocaína e dependentes de cocaína e álcool) que passaram por eventos traumáticos durante a vida, estes foram seguidos por 28 dias durante período de abstinência. Os sintomas de TEPT e ADAD foram verificados em seis dias não subsequentes (dias 2, 5, 10, 14, 21 e 28). Os autores constataram que os sintomas de TEPT e ADAD diminuíram concomitantemente após os 28 dias de pesquisa, porém a diminuição não ocorreu de forma linear, sendo as maiores mudanças verificadas a partir do dia 14 e poucas mudanças entre os dias 21 e 28 (Coffey *et al.*, 2007).

Alguns estudos também revelam que a diminuição dos sintomas de TEPT e ADAD nem sempre é concomitante e a abstinência de álcool e drogas poderia levar a uma piora dos sintomas do TEPT (Back *et al.*, 2005).

Quanto ao tratamento de indivíduos que apresentam comorbidade entre TEPT e dependência de álcool, o uso de sertralina, associado à terapia cognitiva comportamental para o alcoolismo, mostrou-se eficaz em 50% dos pacientes de um estudo de 12 semanas, randomizado, com desenho duplo cego e uso de placebo. Os autores, ainda, identificaram que indivíduos que obtiveram uma melhora dos dois transtornos tiveram uma probabilidade maior de concluir o estudo, sendo que a melhora nos sintomas do TEPT pareceu ter um impacto mais significativo na resposta ao tratamento da dependência de álcool do que o contrário. Esses dados sugerem que um tratamento adequado para TEPT é importante na melhora dos sintomas de pacientes que

têm comorbidade entre TEPT e dependência de álcool (Back *et al.*, 2005).

Outra investigação que utilizou sertralina no tratamento da comorbidade de TEPT e abuso e dependência de álcool pesquisou quatro grupos que poderiam apresentar ou não transtornos adicionais ao TEPT e à dependência de álcool, como depressão e outros transtornos de ansiedade. Os autores formularam hipóteses de que qualquer transtorno adicional prejudicaria a melhora dos sintomas do TEPT e dependência de álcool. No entanto, os resultados indicaram que os quatro grupos obtiveram índices de sucesso semelhantes (Labbate *et al.*, 2004).

Uma das dificuldades encontradas no tratamento do TEPT e ADAD é o fato de os indivíduos, muitas vezes, demonstrarem baixa aderência ao programa. Para verificar o nível de adesão ao tratamento entre adolescentes de uma residência de tratamento para drogas, uma pesquisa investigou três grupos de indivíduos: os que nunca tinham passado por qualquer evento traumático; os que tinham passado por eventos traumáticos, mas que não tinham desenvolvido o TEPT, e aqueles que passaram por eventos traumáticos e desenvolveram o transtorno. Os resultados mostraram que pacientes que tinham sido expostos ao trauma, mas não tinham desenvolvido TEPT, deixaram o tratamento antes dos adolescentes dos dois outros grupos. Os autores do estudo formularam duas hipóteses para compreender esse resultado. A primeira é de que tais pacientes apresentariam maior resiliência ao estresse, sentindo, de fato, menor necessidade de tratar possíveis sintomas relacionados ao trauma. Outra possibilidade seria o fato de esses pacientes negarem os sintomas relacionados ao TEPT e possivelmente terem um perfil de menor receptividade ao tratamento (Jaycox *et al.*, 2004).

Em relação à recaída durante o tratamento, uma pesquisa investigou três grupos que apresentavam ADAD: o primeiro era composto por indivíduos que não tinham passado por nenhum trauma na vida; o segundo era composto por indivíduos que tinham TEPT, e o terceiro por indivíduos que tinham passado por experiências traumáticas, mas não tinham desenvolvido o transtorno. Os resultados não mostraram diferenças significativas no tempo de recaída entre os pacientes dos três grupos; no entanto, aqueles que tinham TEPT apresentaram um risco maior de recaída do uso de substâncias diante de experiências intrapessoais e fisiológicas negativas, tais como raiva, medo e depressão no primeiro caso, e reações fisiológicas na lembrança do evento traumático no segundo caso (Norman *et al.*, 2007).

Discussão

A alta comorbidade entre indivíduos que apresentam TEPT e ADAD faz com que pesquisadores nos últimos anos tenham buscado compreender a natureza da relação entre os dois fenômenos, suas especificidades e diferenças entre os gêneros, e possíveis tratamentos que

pudessem contemplar a melhora do quadro como um todo (tanto dos sintomas do TEPT quanto do consumo abusivo e da dependência de álcool e outras drogas).

Apesar de não haver uma única explicação para a natureza da associação entre TEPT e ADAD, a maioria dos estudos acaba revelando que os sintomas associados ao transtorno muitas vezes antecedem o início do uso abusivo e dependência de álcool e drogas. Mesmo não sendo possível chegar a uma explicação única e causal entre os dois problemas, parece ser fundamental a identificação e o encaminhamento adequado do paciente, para que o TEPT não contribua para o aumento do uso de substâncias como uma forma de automedicação, e que o abuso e a dependência de álcool e drogas não sejam um facilitador da ocorrência de eventos traumáticos que possam, posteriormente, levar ao desenvolvimento do TEPT.

A literatura também revela a necessidade de se investir em mais estudos para compreender por que há maior prevalência do TEPT entre mulheres e verificar se, de fato, há uma maior vulnerabilidade para o desenvolvimento do problema inerente aos indivíduos do sexo feminino, independentemente do tipo de trauma sofrido, ou se a violência sexual, mais freqüente entre mulheres, estaria relacionada a uma maior vulnerabilidade para o desenvolvimento do transtorno. Até o momento não há resultados conclusivos a esse respeito, porém o aprofundamento do estudo do fenômeno poderia contribuir para a prevenção do desenvolvimento do TEPT entre vítimas de abuso sexual e, possivelmente, contribuir para a prevenção do uso abusivo de álcool e drogas entre esses indivíduos.

Em relação ao tratamento da comorbidade entre TEPT e ADAD, pesquisas até o momento indicam que há relativa eficácia dos sintomas de TEPT e da abstinência do uso de substâncias quando há utilização de sertralina, associada à terapia cognitiva comportamental para tratar os sintomas de dependência de álcool e drogas.

Conclusão

A alta prevalência e a gravidade da associação entre TEPT e ADAD revelam a importância da identificação do problema e do encaminhamento adequado para tratamento. A identificação precoce da comorbidade entre o transtorno e o ADAD é fundamental para o bom prognóstico do paciente, bem como o atendimento adequado às vítimas de situações traumáticas, para que sejam minimizadas as chances da ocorrência do TEPT, bem como a associação do quadro com o ADAD.

Referências

- Associação Americana de Psiquiatria. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais – DSM-IV-TR - Artmed, Porto Alegre, 2002.
- Back, S.E.; Jackson J.L.; Sonne, S.; Brady, K.T. - Alcohol dependence and posttraumatic stress disorder: differences in clinical presentation and response to cognitive-behavioral therapy by order of onset. J Subst Abuse Treat 29: 29-37, 2005.

- Breslau, N.; Chilcoat, H.D.; Kessler, R.C.; Peterson, E.L.; Lucia, V.C. Vulnerability to assaultive violence: further specification of the sex difference in post-traumatic stress disorder. *Psychol Med* 29: 813-821, 1999.
- Breslau, N.; Davis, G.C.; Schultz, L.R. - Posttraumatic stress disorder and the incidence of nicotine, alcohol, and other drug disorders in persons who have experienced trauma. *Arch Gen Psychiatry* 60: 289-294, 2003.
- Chilcoat, H. D.; Breslau, N. Investigations of causal pathways between PTSD and drug use disorders. *Addict Behav* 23: 827-840, 1998.
- Cortina, L.M.; Kubiak, S.P. - Gender and posttraumatic stress: sexual violence as an explanation for women's increased risk. *J Abnorm Psychol* 115: 753-759, 2006.
- Coffey, S.F.; Schumacher, J.A.; Brady, K.T.; Cotton, B.D. - Changes in PTSD symptomatology during acute and protracted alcohol and cocaine abstinence. *Drug Alcohol Depend* 87: 241-248, 2007.
- Cotler, L.B.; Nishith, P.; Compton, W.M. - Gender differences in risk factors for trauma exposure and post-traumatic stress disorder among inner-city drug abusers in and out of treatment. *Compr Psychiatry* 42: 111-117, 2001.
- Davidson, J.R. - Posttraumatic stress disorder and acute stress disorder. In: Kaplan H.I., Sadock B.J. (eds.) - *Comprehensive Textbook of Psychiatry VI*, Williams & Wilkins, A Waverly Company, Baltimore, 1995, pp.1227-1236.
- Dom, G.; De Wilde, B.; Hulstijn, W.; Sabbe, B. - Traumatic experiences and posttraumatic stress disorders: differences between treatment-seeking early and late-onset alcoholic patients. *Compr Psychiatry* 48: 178-185, 2007.
- Green, B. - Post-traumatic stress disorder: symptom profiles in men and women. *Curr Med Res Opin* 19: 200-204, 2003.
- Hapke, U.; Schumann, A.; Rumpf, H.J.; John, U.; Meyer, C. - Post-traumatic stress disorder: The role of trauma, pre-existing psychiatric disorders, and gender. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 256: 299-306, 2006.
- Jaycox, L.H.; Ebener, P.; Damesek, L.; Becker, K. - Trauma exposure and retention in adolescent substance abuse treatment. *J Trauma Stress* 17: 113-121, 2004.
- Jacobsen, L.K.; Southwick, S.M.; Kosten, T.R. - Substance use disorders in patients with posttraumatic stress disorder: A review of the literature. *Am J Psychiatry* 158: 1184-1190, 2001.
- Kaysen, D.; Dillworth, T.M.; Simpson, T.; Waldrop, A.; Larimer, M.E.; Resick, P.A. - Domestic violence and alcohol use: trauma-related symptoms and motives for drinking. *Addict Behav* 32: 1272-1283, 2007.
- Kessler, R.C.; Sonnega, A.; Bromet, E.; Hughes, M.; Nelson, C.B. - Post-traumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 52: 1048-1060, 1995.
- Labbate, L.A.; Sonne, S.C.; Randal, C.L.; Anton, R.F.; Brady, K.T. - Does comorbid anxiety or depression affect clinical outcomes in patients with post-traumatic stress disorder and alcohol use disorders? *Compr Psychiatry* 45: 304-310, 2004.
- Maes, M.; Delmeire, L.; Mylle, J.; Altamura, C. - Risk and preventive factors of post-traumatic stress disorder (PTSD): Alcohol consumption and intoxication prior to a traumatic event diminishes the relative risk to develop PTSD in response to that trauma. *J Affect Disord* 63: 113-121, 2001.
- McFarlane, A.C. - Epidemiological evidence about the relationship between PTSD and alcohol abuse: the nature of the association. *Addict Behav* 23: 813-825, 1998.
- McFarlane, A.C. - Posttraumatic stress disorder: a model of the longitudinal course and the role of risk factors. *J Clin Psychiatry* 61: 15-20, 2000.
- Najavits, L.M.; Gastfriend, D.R.; Barber, J.P.; Reif, S.; Muenz, L.R.; Blaine, J., et al. - Cocaine dependence with and without PTSD among subjects in the National Institute on Drug Abuse Collaborative Cocaine Treatment Study. *Am J Psychiatr* 155: 214-219, 1998.
- Norman, S.B.; Tate, S.R.; Anderson, K.G.; Brown, S.A. - Do trauma history and PTSD symptoms influence addiction relapse context? *Drug Alcohol Depend* 90: 89-96, 2007.
- Op Den Velde, W.; Aarts, P.G.; Falger, P.R.; Hovens, J.E.; Van Duijn, H.; De Groen J.H.; Van Duijn, M.A. - Alcohol use, cigarette consumption and chronic post-traumatic stress disorder. *Alcohol Alcohol* 37: 355-361, 2002.
- Ozer, E.J.; Best, S.R.; Lipsey, T.L.; Weiss, D.S. - Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: a meta-analysis. *Psychol Bull* 129: 52-73, 2003.
- Reynolds, M.; Mezey, G.; Chapman, M.; Wheeler, M.; Drummond, C.; Baldacchino, A. - Co-morbid post-traumatic stress disorder in a substance misusing clinical population. *Drug Alcohol Depend* 77: 251-258, 2005.
- Sonne, S.C.; Back, S.E.; Diaz Zuniga, C.; Randall, C.L.; Brady, K.T. - Gender differences in individuals with comorbid alcohol dependence and post-traumatic stress disorder. *Am J Addict* 12: 412-423, 2003.
- Triffelman, E.G.; Marmar, C.R.; Delucchi, K.L.; Ronfeldt, H. Childhood trauma and post-traumatic stress disorder in substance abuse inpatients. *J Nerv Ment Dis* 183: 172-176, 1995.