

# Transtorno de estresse pós-traumático em dependente do álcool

## Post-traumatic stress disorder and alcoholism

GILDA PULCHERIO<sup>1</sup>, CARMEN VERNETTI<sup>2</sup>, MARLENE NEVES STREY<sup>3</sup>, SIBELE FALLER<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Mestre em Psicologia Social pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS). Instituto de Prevenção e Pesquisa em Álcool e outras Dependências (IPPAD).

<sup>2</sup> Psiquiatra. Instituto de Prevenção e Pesquisa em Álcool e outras Dependências (IPPAD).

<sup>3</sup> Professora do Programa de Pós-graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS). IPPAD

<sup>4</sup> Psicóloga. Centro de Pesquisa em Álcool e Drogas (CPAD), Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). IPPAD

Instituição onde foi realizado o trabalho: Instituto de Prevenção e Pesquisa em Álcool e outras Dependências (IPPAD). Av. Carlos Gomes, 141/310 – 90480-003 – Porto Alegre, RS

Recebido: 06/08/2007 – Aceito: 23/04/2008

### Resumo

**Contexto:** Os transtornos comórbidos entre dependentes químicos têm se mostrado a regra e não a exceção. O transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) é um transtorno de ansiedade que se desenvolve após evento traumático, com importante sintomatologia. Quase 100% dos dependentes químicos que procuram tratamento relatam história de traumas, e as prevalências de TEPT têm variado entre 30% e 60%. Entre os alcoolistas, as prevalências de TEPT variam de 10% a 40%. Apesar das altas prevalências, tais transtornos carecem de investigação pelos clínicos. **Objetivos:** Tem-se como objetivo relatar o caso de um alcoolista com transtorno bipolar e sintomas de TEPT há alguns anos, cujo resultado de tratamento deveu-se ao reconhecimento da última comorbidade e abordagem conjunta das patologias. **Métodos:** Paciente masculino, 40 anos, participou em uma pesquisa do Instituto de Prevenção e Pesquisa em Álcool e outras Dependências (IPPAD), que investiga a exposição a eventos traumáticos e TEPT em dependentes químicos, respondendo a vários instrumentos. Realizou entrevistas com uma das pesquisadoras visando a este relato de caso. Os resultados foram avaliados por entrevistas com o paciente e aplicação da Davidson Trauma Scale (DTS). **Resultados:** A DTS foi respondida por ocasião da participação na pesquisa e um ano após, para avaliar resultados de tratamento. No primeiro momento, o paciente pontuou um score total de 75 pontos e, no segundo, de 40 pontos. A melhora deveu-se ao reconhecimento do TEPT e seu tratamento com psicoterapia psicodinâmica, terapia cognitivo-comportamental e abordagem familiar como estratégias terapêuticas utilizadas. Para o tratamento psicofarmacológico foram utilizados carbonato de lítio, sertralina e clonazepan. **Conclusões:** A investigação de traumas e TEPT deve ser rotina no atendimento de alcoolistas. O reconhecimento precoce desta comorbidade pode prevenir sua cronicidade, favorecer a aderência e promover o tratamento adequado.

*Pulcherio G, et al. / Rev Psiq Clín. 2008;35(4):154-8*

**Palavras-chave:** Estresse pós-traumático, paciente alcoólatra, comorbidade.

### Abstract

**Background:** Psychiatric comorbidity is common among addicted patients. Post-traumatic stress disorder (PTSD) is a highly symptomatic anxiety disorder of acute onset after a major distressing life-event. **Objectives:** In clinical practice, patients suffering from drug addiction invariably report the occurrence of psychologically stressful episodes, with frequencies of PTSD ranging from 30% to 60%. Among patients suffering from alcohol dependence, the prevalence of PTSD is estimated to range between 10% and 40%. **Methods:** We report the case of a 40-year old alcoholic man presenting with comorbid bipolar disorder and long-lasting symptoms of PTSD. The subject was an outpatient at the Institute for Prevention and Research on Alcohol and Other Addictions (Instituto de Prevenção e Pesquisa em Álcool e Outras Dependências – IPPAD), being assessed for the occurrence of PTSD with the aid of several psychometric instruments. **Results:** Data derived from clinical sessions and research interviews include the Davidson Trauma Scale (DTS), which was administered at baseline and after one year of follow-up, yielding scores of 75 and 40 respectively.

Global response to treatment was achieved after the recognition and appropriate treatment of the latter condition, along with the combined approach to other comorbid disorders. **Discussion:** The investigation of traumatic events should be encouraged in the clinical management of alcoholic patients.

*Pulcherio G, et al. / Rev Psiq Clín. 2008;35(4):154-8*

**Key-words:** Posttraumatic stress disorder, alcoholic patient, comorbidity.

## Introdução

O II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil, estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país, realizado pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (Cebrid), com indivíduos entre 12 e 65 anos, constatou que 12,3% da população brasileira é dependente do álcool. Maior prevalência de homens, 19,5% *versus* 6,9% de mulheres. A região Sul tem 9% de dependentes do álcool, e, em todas as regiões do país, há mais dependentes do álcool do sexo masculino<sup>1</sup>.

O National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (Nesarc), conduzido pelo National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA), em 2001-2002, entrevistando indivíduos com 18 anos ou mais, constatou que 30,3% dos respondentes tinham algum transtorno por uso do álcool, sendo 17,8% por abuso e 12,5% por dependência, ao longo da vida<sup>2,3</sup>. O interessante achado do estudo de que 13,86% dos dependentes do álcool, ao longo da vida, não preenchiam os critérios para consumo abusivo sugere, de acordo com os autores, um novo campo de pesquisa para esse subgrupo, ou seja, a investigação da co-ocorrência de abuso e dependência do álcool<sup>4</sup>.

Para os sujeitos que apresentavam algum transtorno por uso do álcool, no último ano, foram encontradas prevalências de 18,85% para transtornos do humor e 17,05% para transtornos de ansiedade<sup>5</sup>.

A associação das dependências químicas com outros transtornos mentais já está bem documentada<sup>5,6</sup>. No entanto, há relatos atuais do aumento de transtornos graves entre os portadores de transtornos mentais, possivelmente, pela maior oferta de drogas à sociedade<sup>7,8</sup>. O abuso ou dependência do álcool podem co-ocorrer em até 85% dos portadores do transtorno de humor bipolar<sup>9</sup>. A presença de comorbidades é a regra, e não a exceção, para ambas as patologias<sup>10,11</sup>.

Entre os usuários de substâncias psicoativas, os transtornos de humor e os ansiosos são os mais frequentes. Entre os que buscam tratamento, a metade deles pode ter depressão maior associada, e cerca de um terço ser portador de algum transtorno bipolar<sup>9</sup>. O estudo do Nesarc mostrou que 40,69% dos que procuraram tratamento por abuso/dependência do álcool tinham algum transtorno de humor e 33,38% eram portadores de algum transtorno de ansiedade<sup>5</sup>.

O transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) é um transtorno de ansiedade que se caracteriza pela ocorrência de um evento traumático externo no qual a pessoa experimentou ou testemunhou severa ameaça à sua vida ou à vida de outros, com intensos sentimentos de medo, impotência ou horror (APA)<sup>12</sup>. São considerados eventos potencialmente traumáticos as agressões violentas (assalto ou ameaça com arma, espancamento, violência sexual); outras experiências (acidente de moto ou carro, desastre natural, doença fatal); saber da experiência de outros (agressões físicas, estupro, acidente grave) ou morte súbita e inesperada de parente ou amigo muito próximo. Este último evento tem se mostrado o mais prevalente em estudos epidemiológicos e apresenta um risco moderado para TEPT<sup>13</sup>.

O evento é o “gatilho” que levará ao desenvolvimento da sintomatologia do TEPT. Em uma investigação de eventos traumáticos com dependentes químicos brasileiros, todos relataram ter experimentado pelo menos um evento da lista, assim como todos pontuaram algum sintoma de TEPT<sup>14</sup>. Reynolds *et al.*<sup>15</sup>, comparando dependentes químicos com TEPT e sem TEPT, constataram que 94% dos avaliados experimentaram pelo menos um evento traumático, de acordo com os critérios do DSM-IV.

A investigação do National Comorbidity Survey (NCS) encontrou nos alcoolistas um risco três a quatro vezes maior que seus controles para o desenvolvimento de TEPT como transtorno comórbido<sup>16</sup>. E este se mostrou como o transtorno de ansiedade mais frequente, com prevalências de 5,6% para os que abusavam do álcool e 7,7% para os dependentes do álcool, no último ano<sup>17</sup>.

Os estudos com grupos específicos de pessoas que procuram tratamento têm mostrado que 30% a 60% dos usuários de substâncias psicoativas são portadores de TEPT<sup>18,15</sup>. Um estudo com alcoolistas em tratamento constatou que 25% dos pacientes eram portadores de TEPT atual. Do total da amostra, 81% dos homens e 73% das mulheres relataram ter experimentado pelo menos um evento traumático, e 60% relataram múltiplos traumas. A severidade dos sintomas estava associada ao número de eventos traumáticos<sup>19</sup>.

Uma pesquisa realizada na Turquia comparou TEPT, ao longo da vida, entre alcoolistas hospitalizados e grupo controle. Encontrou prevalências de 26,8% *versus* 8,3%. Nesse país, as prevalências de TEPT em alcoolistas têm variado entre 10% e 37%<sup>18</sup>.

Tem-se como objetivo neste relato de caso chamar a atenção para a necessidade da investigação de traumas e TEPT em usuários de substâncias psicoativas que buscam tratamento, principalmente, entre os alcoolistas.

Trata-se de um paciente em atendimento no Instituto de Prevenção e Pesquisa em Álcool e outras Dependências (IPPAD). Os dados foram colhidos por meio da participação do paciente em uma pesquisa que investiga a exposição a eventos traumáticos e TEPT em dependentes químicos e em entrevistas realizadas por uma das pesquisadoras.

## Relato de caso

Paciente do sexo masculino, 40 anos, branco, casado, natural do estado do Rio Grande do Sul, ensino médio completo, funcionário público afastado do trabalho há dois anos.

O paciente foi encaminhado para tratamento ambulatorial no IPPAD após alta hospitalar de 30 dias em unidade especializada para dependências químicas, com diagnósticos de transtorno por dependência do álcool e transtorno bipolar tipo II. Nas entrevistas de avaliação, foram confirmados os diagnósticos recebidos na internação, de acordo com os critérios do DSM-IV. Nessa ocasião, o paciente encontrava-se com 40 dias de abstinência e apresentava história de episódios depressivos graves (em uma ocasião ficou quase um mês acamado), loquacidade, irritabilidade, explosões de raiva, queixas de que “sua cabeça não parava de pensar” e de que “se sentia turbinado”. Internara-se após tentativa de suicídio, “jogando o carro contra uma árvore”. Negava episódios maníacos. Referia transtorno por dependência do álcool no avô paterno e sintomas de bipolaridade em uma tia materna. O tratamento farmacológico instituído na internação fora carbonato de lítio (900 mg), imipramina (75 mg) e clonazepan (4 mg). O paciente não fazia uso de medicação específica para o transtorno da dependência do álcool.

O conteúdo das entrevistas era o acidente vascular cerebral (AVC) sofrido pelo pai há alguns anos, que, desde essa época, permanecia em coma em uma clínica de cuidados intensivos. Em seu relato, o paciente mostrava-se muito ansioso dizendo que “sentia como se tivesse acontecido ontem”. Desde o AVC do pai, apresentava os seguintes sintomas:

- revivescência do trauma: não conseguia deixar de pensar no pai “todo o tempo”, tinha imagens dele acamado, pesadelos recorrentes com a morte de familiares, sofrimento psicológico intenso, dizendo “não ter paz” (critério B);
- esquiva: evitava ir à casa do pai na cidade e nunca mais fora à casa da praia, não dirigia mais carro, evitava qualquer lugar público, evitava participar dos problemas familiares, distanciamento afetivo da esposa e filhos (critério C);

- hiperexcitabilidade: insônia, irritabilidade, explosões de raiva, sudorese intensa, taquicardia, dificuldade de concentração para a leitura “não conseguindo ir além de uma página” (critério D);
- incapacidade laboral: estava afastado do trabalho há quase dois anos (critério F).

O paciente recebeu o diagnóstico de transtorno de estresse pós-traumático, que não fora elaborado apesar da sintomatologia clínica relevante. Ao iniciar o tratamento no IPPAD, seguiu a mesma prescrição farmacológica da internação. Como estava em abstinência e sem aparente risco de recaída, apesar dos sintomas de TEPT, não recebeu medicação específica para o alcoolismo. Até a internação, o paciente negava-se ao tratamento e não utilizava medicação psiquiátrica.

Após seis meses de tratamento, o paciente permanecia com ansiedade e insônia moderadas e sudorese intensa. Aumentou-se o clonazepan para 6 mg e a imipramina foi substituída pela sertralina, até dose de 50 mg, havendo melhora importante dos sintomas.

Aos cinco meses de tratamento, o paciente aceitou participar da pesquisa em andamento no IPPAD que investiga a exposição a eventos traumáticos e TEPT em dependentes químicos, quando foi entrevistado por uma das pesquisadoras. Respondeu a vários instrumentos e à Davidson Trauma Scale (DTS), na qual pontuou um escore total de 75 pontos. Nessas entrevistas, relatou que já fora espancado e assaltado em ocasiões de grande consumo de álcool. Fez uso de maconha em raras ocasiões e negou uso de outras drogas. Referiu sentir-se muito culpado pelo AVC do pai e em “total desamparo e impotência”. Desde o ocorrido saía do trabalho, visitava o pai na clínica e “ia beber até embriagar-se, tentando acalmar a dor com o álcool”.

Mantém-se há um ano e meio em atendimento no IPPAD, em abstinência do álcool, com tratamento psicoterápico psicodinâmico individual e grupo terapêutico de orientação cognitivo-comportamental, de comórbidos, ambos semanais. Inicialmente o tratamento psicoterápico focou a perda da figura paterna, sentimentos de culpa, desamparo e raiva, mas com atenção constante à dependência do álcool e a sintomas bipolares. No momento atual, esbateu-se a insônia, cessaram crises de raiva, agressões verbais e físicas, e houve aproximação afetiva da esposa e filhos. Apresentou melhoras nos sintomas de evitação e está saindo sozinho para locais públicos, embora com alguma ansiedade. Após muitos anos, consegue viajar com a família. Ainda evita situações que relembram o evento, como ir à casa de veraneio do pai. Não retornou ao trabalho. Mantém os diagnósticos de transtorno por dependência do álcool, transtorno afetivo bipolar II e transtorno de estresse pós-traumático. Faz uso de carbonato de lítio (600 mg), sertralina (50 mg) e clonazepan (6 mg).

## Discussão

Tem sido evidenciada a necessidade da investigação de traumas e TEPT na população em geral e em populações específicas<sup>20</sup>. Uma pesquisa que investigou TEPT em usuários de substâncias psicoativas encontrou 40% a mais de casos do que havia sido diagnosticado<sup>15</sup>.

No Brasil, há carência de estudos sobre trauma e TEPT em dependentes químicos. Um estudo com pacientes atendidos na rede básica de saúde constatou que 100% dos alcoolistas tinham experimentado algum evento traumático. Um número de 13,3% eram portadores de depressão grave e 83,3%, portadores de TEPT. Porém, trata-se de um estudo com número reduzido de indivíduos, sendo a maioria composto por mulheres<sup>21</sup>.

É importante lembrar que a maioria das pessoas não desenvolve TEPT após trauma. Elas podem não desenvolver algum transtorno psiquiátrico, como podem surgir outros transtornos como resposta ao trauma, entre eles a depressão maior e outros transtornos ansiosos.

No entanto, o transtorno por uso de substâncias psicoativas é um fator de risco para a exposição a traumas e desenvolvimento de TEPT<sup>16</sup>. A elaboração de diagnósticos comórbidos em dependentes químicos requer a atenção para a sobreposição de sintomas psiquiátricos e clínicos que comumente ocorrem, dificultando a avaliação<sup>22</sup>. A depressão maior desenvolve-se em quase 50% dos portadores de TEPT, sendo a comorbidade mais prevalente e com sintomas mais graves. A ideação suicida acomete três vezes mais quem tem diagnóstico de TEPT, comparando-se com quem não tem TEPT<sup>23</sup>.

Ao iniciar tratamento no IPPAD o paciente em estudo, que buscou ajuda em episódio depressivo e após tentativa de suicídio, relatou claramente sintomas de estresse pós-traumático em acordo com os critérios do DSM-IV: presença de um estressor grave, revivência do trauma, esquiva de estímulos associados e excitabilidade aumentada (APA)<sup>12</sup>. Esses sintomas também foram relatados na internação de 30 dias, mas o diagnóstico não foi reconhecido.

Acrescente-se o escore de 75 pontos na Davidson Trauma Scale (DTS), por ocasião de sua participação na pesquisa, já com alguns meses de tratamento. Para Davidson<sup>24</sup>, e um escore total de 40 pontos ou mais na DTS corresponde ao diagnóstico de TEPT, e, em geral, as pessoas que ingressam em tratamento apresentam de 70 a 120 pontos. Após um ano da aplicação da primeira escala, ela foi novamente aplicada, e o escore total foi de 40, confirmando as melhoras evidentes que o paciente apresentava. Por medir a frequência e severidade de cada sintoma, a Escala Davidson de Trauma tem se mostrado útil para avaliar resultados de tratamento.

Em suas primeiras entrevistas o paciente relatava visitas diárias ao pai, após as quais consumia grande quantidade de álcool, configurando a hipótese do alívio da tensão, ou seja, o consumo do álcool para aliviar sintomas de estresse<sup>18</sup>. Embora nem todos os estudos

comprovem a associação do consumo do álcool com trauma ou TEPT<sup>25</sup>, há extensa literatura apontando nessa direção<sup>19,26,16,27</sup>. Waldrop *et al.*<sup>28</sup>, investigando 72 sujeitos com dependência do álcool ou dependência de cocaína, encontraram uma correlação positiva entre a frequência da ingestão do álcool e a frequência dos sintomas de TEPT.

Em um estudo com dependentes de substâncias psicoativas, a grande maioria relata aumento do uso da droga após trauma (72,6%), assim como faz uma associação direta entre esse aumento e o trauma sofrido (64%)<sup>15</sup>.

Outras hipóteses incluem os comportamentos de risco dos alcoolistas que vulnerabilizam para traumas e TEPT, uma mesma raiz genética para ambas as patologias ou fatores ambientais<sup>25,18</sup>.

Vários modelos têm sido utilizados para o tratamento do TEPT, como a terapia cognitivo-comportamental (TCC) com e sem exposição, modelo psicodinâmico, manejo do estresse, dessensibilização, reprocessamento do movimento do olho, e outros. A TCC tem sido a mais validada com bons resultados<sup>26,29</sup>.

No tratamento do TEPT com dependentes químicos, há algumas controvérsias quanto à terapia de exposição. Estudos levantam a possibilidade das recaídas e abandonos precoces pelo estresse causado com a exposição aos traumas. Porém, tem sido mostrado que esses abandonos de tratamento não são diferentes dos que ocorrem entre os dependentes químicos sem TEPT<sup>26,27</sup>.

Um modelo recente, a Seeking Safety<sup>30</sup>, surge como mais uma alternativa para dependentes químicos com TEPT. Ele busca integrar, de forma conjunta, o tratamento do TEPT com o tratamento por uso da substância psicoativa.

Com o paciente em estudo, a abordagem terapêutica inicial escolhida foi a terapia psicodinâmica, em razão dos intensos sentimentos de culpa, raiva e constrangimento que o paciente referia em relação ao pai. De acordo com Leahy *et al.*<sup>29</sup>, é essencial o tratamento dos sentimentos de culpa, raiva e abandono que determinam os sintomas. Nesses casos, a psicoterapia psicodinâmica está indicada. Juntamente com o atendimento individual, o paciente seguiu com TCC em grupo, semanalmente. Ressalta-se a participação ativa da esposa no tratamento do paciente, que por três meses recebeu atendimento pela terapeuta de família, do IPPAD. Pela conjugação dos fatores e o bom suporte familiar e financeiro, atribui-se os bons resultados obtidos no tratamento desse paciente. Embora, ainda, não tenha retornado ao trabalho. A literatura aponta o déficit funcional como seqüela importante do TEPT e, em alcoolistas, como fator de risco para recaídas<sup>27</sup>.

## Conclusões

Sabe-se que o correto diagnóstico e a investigação das comorbidades nos transtornos psiquiátricos são

de fundamental importância para bons resultados nos tratamentos. Tratando-se de dependentes químicos, os comportamentos de risco com o uso da substância os expõem mais a traumas, e o TEPT é uma comorbidade de alta prevalência. Os dependentes químicos com TEPT, em que se incluem os alcoolistas, apresentam mais sintomas de depressão, ansiedade, impulsividade, dificuldades interpessoais, problemas legais. Os alcoolistas com TEPT têm dependência mais grave, mais recaídas, mais abandonos de tratamento e pior prognóstico que aqueles que não têm TEPT.

O reconhecimento precoce dessa comorbidade pode favorecer a aderência e promover o tratamento adequado, prevenir recaídas e oferecer uma melhor qualidade de vida aos dependentes químicos. No caso em estudo, o paciente usufruiu da situação considerada “ideal” por alguns estudiosos: atendimento individual por psiquiatra, terapia de grupo com psicóloga e consultor em dependência química, e atendimento familiar. A estratégia a ser utilizada depende de cada caso, mas tem sido preconizado o tratamento conjunto dos transtornos para melhores resultados. A investigação de traumas e sintomas de TEPT deve ser rotina na avaliação de alcoolistas.

## Referências

1. Carlini EA, Galduróz JCF, Silba AAB, et al. II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil. Cebrid – Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas. Unifesp – Universidade Federal de São Paulo. 2006.
2. Hasin DS, Stinson FS, Ogburn E, Grant BF. Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV alcohol abuse and dependence in the United States – results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Arch Gen Psychiatry*. 2007;64(7):830-42.
3. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. Alcohol use and alcohol use disorders in the United States: main findings from the 2001-2002 National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC). U.S. Alcohol Epidemiologic - Data Reference Manual, Volume 8, number 1, January 2006.
4. Hasin DS, Grant BF. The co-occurrence of DSM-IV alcohol abuse in DSM-IV dependence – results of the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions on Heterogeneity that Differ by Population Subgroup. *Arch Gen Psychiatry*. 2004;61(9):891-6.
5. Grant BF, Stinson FS, Dawson DA, Chou P, Dufour MC, Compton W, et al. Prevalence and co-occurrence of substance use disorders and independent mood and anxiety disorders – results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Alcohol Research & Health*. 2006;29(2):107-20.
6. Pulcherio G, Bicca C. Avaliação dos transtornos comórbidos. In: Pulcherio G, Bicca C, Silva FA (eds.). *Álcool, outras drogas, Informação – o que cada profissional precisa saber*. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2002. p. 79-90.
7. Zaleski M, Laranjeira RR, Marques ACPR, Ratto L, Romano M, Alves HNP, et al. Diretrizes da Associação Brasileira de Estudos do Álcool e outras Drogas (ABEAD) para o diagnóstico e tratamento de comorbidades psiquiátricas e dependência de álcool e outras substâncias. *Rev Bras Psiquiatr*. 2006;28(2):142-8.
8. Compton WM, Conway KP, Stinson FS, Grant BF. Changes in the prevalence of major depression and comorbid substance use disorders in the United States between 1991-1992 and 2001-2002. *Am J Psychiatry*. 2006;163:2141-7.
9. Ribeiro M, Laranjeira R, Cividanes G. Transtorno bipolar do humor e uso indevido de substâncias psicoativas. *Rev Psiquiatr Clín*. 2005; 32(Supl.1):78-88.
10. Berk M, Dodd S. Bipolar II disorder: a review. *Bipolar Disorders* 2005; 7(1):11-21.
11. Compton WM, Cottler LB, Jacobs JL, Ben-Abdallah A, Spitznagel EL. The role of psychiatric disorders in predicting drug dependence treatment outcomes. *Am J Psychiatry*. 2003;160(5):890-5.
12. American Psychiatric Association. Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM-IV-TR). 4.ed. Porto Alegre: Artmed; 2002.
13. Breslau N, Kessler RC, Chilcoat HD, et al. Trauma and posttraumatic stress disorder in the community. *Arch Gen Psychiatry*. 1998;55(7):626-32.
14. Faller S, Pulcherio G, Strey M. Trauma e sintomas de estresse pós-traumático em dependentes químicos. *Rev Psiquiatr RS* 2006;28(3):261-2.
15. 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 and Alcohol Dependence*. 2005; 77:251-8.
16. Stewart SH, Grant V, Ouimette P, Brown PAJ. Are gender differences in post-traumatic stress disorder rates attenuated in substance use disorder patients? *Canadian Psychology*. 2006;47(2):110-24.
17. Petrakis IL, Gonzalez G, Rosenheck R, Krystal JH. Comorbidity of Alcoholism and Psychiatric Disorders: an Overview. *Alcohol Research & Health*. 2002;26(2):81-9.
18. Evren C, Can S, Evren B, Saatcioglu O, Carmak D. Lifetime posttraumatic stress disorder in Turkish alcohol-dependent inpatients: relationship with depression, anxiety and erectile dysfunction. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*. 2006;60(1):77-84.
19. Dragan M, Lis-Turlejska. M. Prevalence of posttraumatic stress disorder in alcohol dependent patients in Poland. *Addictive Behaviors* 2007;32(5):902-11.
20. Cusack KJ, Frueh C, Brady K. Trauma history screening in a community mental health center. *Psychiatr Services* 2004;55:157-62.
21. Stein AT, De Carli E, Casanova F, Pan MS, Pellegrin LG. Transtorno de estresse pós-traumático em uma unidade de saúde de atenção primária. *R Psiquiatr RS* 2004;26(2):158-66.
22. Schuckit MA. Comorbidity between substance use disorders and psychiatric conditions. *Addiction*. 2006;101(Suppl.1):76-88.
23. Marshall RD, Olfson M, Hellman F, et al. Comorbidity, impairment, and suicidality in subthreshold PTSD. *Am J Psychiatry*. 2001;158(9):1467-73.
24. Yehuda R, Davidson J. Diagnosis and treatment of posttraumatic stress disorder. In: *Clinician's Manual on Posttraumatic Stress Disorder*. London: Science; 2000. p. 29-52.
25. Breslau N, Davis GC, Schultz LR. Posttraumatic stress disorder and the incidence of nicotine, alcohol, and other drug disorders in persons who have experienced trauma. *Arch Gen Psychiatry*. 2003;60(3):289-94.
26. Coffey SF, Schumacher JA, Brimo ML, Brady KT. Exposure therapy for substance abusers with PTSD – translating research to practice. *Behavior Modification*. 2005;29(1):10-38.
27. Riggs DS, Rukstalis M, Volpicelli JR, Kalmanson D, Foa EB. Demographic and social adjustment characteristics of patient with comorbid post-traumatic stress disorder and alcohol dependence: Potential pitfalls to PTSD treatment. *Addictive Behaviors*. 2003;28(9):1717-30.
28. Waldrop AE, Back SE, Verduin ML, Brady KT. Triggers for cocaine and alcohol use in the presence and absence of posttraumatic stress disorder. *Addictive Behaviors*. 2007;32(3):634-9.
29. Leahy RL, Mc Ginn LK, Busch N, Milrod BL. Transtornos de ansiedade. In: Gabbard OG, Beck JS, Holmes J (eds.). *Compêndio de Psicoterapia de Oxford*. Porto Alegre: Artmed; 2007. p. 192-226.
30. Najavits LM; Seeking Safety. A treatment manual for PTSD and substance abuse. New York: Guilford Press; 2002.