

Ligne directrice sur l'admissibilité

État de stress post-traumatique

Date de révision : 22 janvier 2025

Date de création : mai 2011

Codes CMI-11 : 6B40, 6B41

Code médical d'ACC : 00620 état de stress post-traumatique

Définition

L'**état de stress post-traumatique (ÉSPT)** est une affection de la catégorie « Troubles liés à des traumatismes et des facteurs de stress » du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, cinquième édition (révision du texte) (DSM-5-TR)*. L'ÉSPT se caractérise par l'apparition de symptômes psychiatriques après l'exposition à un ou plusieurs événements traumatisants.

Les symptômes caractéristiques de l'ÉSPT se développent sous quatre aspects :

- intrusion
- évitements
- perturbations sur la cognition et l'humeur
- changements dans l'excitation et la réactivité.

Norme diagnostique

Un diagnostic doit avoir été posé par un médecin qualifié (un médecin de famille ou un psychiatre), une infirmière praticienne ou un psychologue agréé.

Le diagnostic est fondé sur un examen clinique. Les documents à l'appui doivent être aussi complets que possible.

Si les signes et les symptômes suggèrent un ÉSPT et qu'un diagnostic d'ÉSPT n'est pas confirmé, l'ÉSPT (provisoire) peut être envisagé en consultation avec un conseiller en invalidité.

Caractéristiques cliniques

Un certain nombre de facteurs contribuent au développement de l'ÉSPT, y compris les influences biologiques, psychologiques et environnementales. Aucune des considérations relatives à l'ÉSPT à elle seule n'est suffisante pour le développement de l'ÉSPT, et elles interviennent à divers niveaux pour contribuer à son apparition et à sa progression.

Considérations biologiques : Les examens d'imagerie par résonance magnétique (IRM) réalisés chez les personnes souffrant d'ÉSPT montrent une activité altérée dans certaines régions du cerveau telles que l'amygdale, l'hippocampe et le cortex cingulaire antérieur.

La recherche montre que des changements dans la chimie du cerveau et le métabolisme de certains neurotransmetteurs peuvent avoir une incidence sur le développement de l'ÉSPT. Les hormones de stress, comme le cortisol et l'adrénaline, sont libérées en réponse au stress. Les personnes atteintes d'ÉSPT peuvent présenter un dérèglement des réactions aux hormones de stress qui entraîne une augmentation de l'excitation physiologique et de l'hyperréactivité. Par exemple, il peut y avoir une augmentation des concentrations de norépinéphrine, une diminution des concentrations de glucocorticoïde et des changements dans la fonction hémisphérique gauche.

La génétique peut avoir une incidence sur la susceptibilité d'une personne à développer un ÉSPT par une interaction avec des facteurs environnementaux.

Considérations psychologiques : Les différences individuelles peuvent influencer la réponse au traumatisme, ainsi que les résultats du traitement. Les facteurs psychologiques persistants associés à des réactions émotionnelles négatives, comme l'humeur dépressive et l'anxiété, sont des facteurs de risque pour le développement de l'ÉSPT. Des antécédents de problèmes de santé mentale peuvent accroître le risque de développer un ÉSPT.

Considérations relatives à l'environnement : Le fait d'avoir été exposé antérieurement à un traumatisme et la gravité de ce traumatisme semblent augmenter le risque de développer un ÉSPT en réaction à d'autres événements traumatisants par la suite. Le mécanisme derrière cette sensibilisation n'est pas bien compris. L'adversité pendant l'enfance, le dysfonctionnement familial, la discrimination ethnique, le racisme et le soutien social avant l'exposition à un événement influent sur le risque d'ÉSPT.

L'ÉSPT est plus fréquent chez les personnes de sexe féminin. Le risque accru pour les personnes de sexe féminin semble être attribuable à une plus grande probabilité d'exposition à la violence sexuelle pendant l'enfance, aux traumatismes sexuels et à d'autres formes de violence. Les personnes de sexe féminin diagnostiquées d'un

ÉSPT sont plus susceptibles d'éprouver une dégradation de plus longue durée avec des niveaux plus élevés d'émotions négatives et de symptômes physiques. Il a été démontré que les anciens combattants appartenant à une minorité sexuelle, y compris les anciens combattants transgenres, présentent un risque accru d'ÉSPT comparativement à leurs pairs hétérosexuels cisgenres. Les minorités sexuelles englobent toute personne dont l'orientation sexuelle diffère de l'hétérosexualité.

Ensemble de critères

Les critères de l'ÉSPT pour les personnes âgées de plus de six ans sont tirés du *DSM-5-TR*.

La présente ligne directrice sur l'admissibilité (LDA) fournissent les *critères de diagnostic DSM-5-TR*; toutefois, la [Classification internationale des maladies, 11^e édition \(CIM-11\)](#) est également considérée comme une norme diagnostique acceptable.

Critère A

A été confronté à la mort ou à une menace de mort, à une blessure grave ou encore à une agression sexuelle d'une (ou plusieurs) des manières suivantes :

1. vivre directement un ou des événements traumatisants
2. être témoin, en personne, d'un événement traumatisant que subit toute autre personne
3. apprendre qu'un membre de sa famille ou un ami proche a vécu un événement traumatisant violent. En cas de décès ou de menace de mort d'un membre de la famille ou d'un ami, les événements doivent avoir été violents ou accidentels.
4. être exposé de manière répétée ou extrême à des détails horribles d'un événement traumatisant (p. ex. premiers intervenants ramassant des restes humains, agents de police qui entendent de manière répétée des détails concernant des violences faites à des enfants).

Remarque : Le critère A4 ne s'applique pas à l'exposition par des médias électroniques, la télévision, des films ou des photos, sauf si cela est lié au travail.

Critère B

Présence d'au moins un des symptômes d'intrusion suivants associés à l'événement traumatisant, qui sont apparus après que l'événement traumatisant s'est produit :

1. souvenirs répétitifs, involontaires et envahissants de l'événement traumatisant

2. rêves récurrents dont le contenu ou les émotions, ou les deux sont liés à l'événement et qui provoquent un sentiment de détresse
3. réactions dissociatives (p. ex. rappels d'image) au cours desquelles la personne se sent ou agit comme si l'événement traumatisant se reproduisait. (Ces réactions peuvent survenir à différents niveaux, la réaction la plus intense étant la perte de conscience de l'environnement actuel.)
4. sentiment intense ou prolongé de détresse psychique lors de l'exposition à des indices internes ou externes évoquant ou ressemblant à un aspect de l'événement traumatisant
5. réactivité physiologique marquée lors de l'exposition à des signaux internes ou externes pouvant évoquer ou ressembler à un aspect de l'événement traumatisant.

Critère C

Évitement persistant des stimuli associés à l'événement traumatisant, ayant débuté après que celui-ci s'est produit, comme l'indique au moins un des symptômes suivants :

1. évitement ou tentative d'évitement des souvenirs, pensées ou sentiments pénibles relatifs à l'événement traumatisant ou qui y sont étroitement associés
2. évitement ou tentative d'évitement des rappels externes (gens, endroits, conversations, activités, objets, situations) qui ramènent à l'esprit des souvenirs, pensées ou sentiments pénibles relatifs à l'événement traumatisant ou qui y sont étroitement associés.

Critère D

Perturbations négatives sur la cognition et l'humeur associées à l'événement traumatisant, qui ont commencé ou ont empiré après que l'événement traumatisant s'est produit, comme l'indiquent au moins deux des symptômes suivants :

1. incapacité de se souvenir d'éléments importants de l'événement traumatisant (typiquement attribuable à une amnésie dissociative et pas à d'autres facteurs comme une blessure à la tête, ou la consommation d'alcool ou de drogues)
2. croyances ou attentes négatives, à propos de soi-même, d'autrui ou du monde, persistantes et exagérées (p. ex. « Je suis une mauvaise personne », « On ne peut faire confiance à personne. », « Le monde est un endroit tout à fait dangereux », « Tout mon système nerveux est détruit de façon permanente »)
3. idées déformées persistantes concernant la cause ou les conséquences de l'événement traumatisant qui poussent la personne à se blâmer ou à blâmer

- autrui
4. état émotionnel négatif persistant (p. ex. peur, horreur, colère, culpabilité, ou honte)
 5. réduction nette de l'intérêt pour des activités importantes ou bien réduction de la participation à ces mêmes activités
 6. sentiments de détachement ou de marginalisation par rapport aux autres
 7. incapacité persistante de ressentir des émotions positives (p. ex. incapacité d'éprouver des sentiments de bonheur, de satisfaction ou d'affection).

Critère E

Profondes modifications de l'état d'éveil et de la réactivité associées à l'événement traumatisant, qui ont commencé ou ont empiré après que l'événement traumatisant s'est produit, comme l'indiquent au moins deux des symptômes suivants :

1. irritabilité et accès de colère (avec peu ou pas de provocation) qui s'expriment typiquement sous forme d'agression verbale ou physique envers des gens ou des objets
2. comportement irréfléchi ou autodestructeur
3. hypervigilance
4. étonnement démesuré
5. problèmes de concentration
6. troubles du sommeil (p. ex. difficulté à s'endormir ou à rester endormi ou sommeil agité).

Critères F

La perturbation (les symptômes décrits aux critères B, C, D et E) dure plus d'un mois.

Critère G

La perturbation entraîne une détresse ou une incapacité cliniquement significative dans les dimensions sociale, professionnelle, ou toute autre dimension importante du fonctionnement.

Critère H

La perturbation n'est pas attribuable aux effets physiologiques d'une substance (p. ex. médicament ou alcool) ou à une autre affection.

S'il y a lieu, préciser :

Avec symptômes dissociatifs : Les symptômes de la personne satisfont aux critères d'ÉSPT et, de plus, en réaction à l'agent stressant, la personne présente les symptômes persistants ou récurrents de l'un ou l'autre des états suivants :

1. Dépersonnalisation : Sentiment persistant ou récurrent d'une personne d'être détachée de ses propres processus mentaux ou de soi-même comme si elle ne faisait qu'observer (p. ex. sentiment de vivre dans un rêve, que son corps n'est pas réel ou que tout se passe au ralenti).
2. Déréalisation : Sentiment persistant ou récurrent que l'environnement n'est pas réel (p. ex. le monde environnant ne semble pas réel, la personne a l'impression d'être dans un rêve, se sent distante ou détachée de soi).

Remarque : Pour utiliser ce sous-type, les symptômes dissociatifs ne doivent pas être attribuables aux effets physiologiques d'une substance (p. ex. moments d'absence, comportement pendant une intoxication alcoolique) ou à une autre affection (p. ex. crises d'épilepsie partielles complexes).

Préciser si :

Avec manifestation différée : S'il n'y a pas satisfaction de tous les critères de diagnostic au moins six mois après l'événement (bien que l'apparition et la manifestation de certains symptômes puissent être immédiates et que tous les critères ne soient pas satisfaits dans l'immédiat).

Considérations liées à l'admissibilité

Section A : Causes et/ou aggravation

Facteurs causaux ou aggravants par rapport à facteurs prédisposants

Les facteurs causaux ou aggravants ont pour effet direct de causer ou d'aggraver le trouble psychiatrique faisant l'objet de la demande.

Les facteurs prédisposants rendent une personne plus susceptible de développer l'affection faisant l'objet de la demande. Il s'agit d'expériences ou d'expositions qui ont une incidence sur la capacité de la personne de gérer le stress. Par exemple, de la violence grave durant l'enfance peut être un facteur prédisposant à l'apparition d'un trouble psychiatrique important plus tard dans la vie. Ces facteurs n'ont pas pour effet de causer une affection faisant l'objet d'une demande. L'admissibilité partielle ne devrait pas être envisagée pour des facteurs prédisposants.

Les symptômes physiques ou constitutionnels sont prévalents chez les personnes ayant un diagnostic psychiatrique et sont souvent associés à une détresse psychologique. Les symptômes physiques et mentaux coexistent souvent. Les symptômes physiques associés aux troubles psychiatriques sont inclus dans l'admissibilité/l'évaluation. Toutefois, lorsqu'un symptôme se transforme en un diagnostic séparé et distinct, le nouveau diagnostic devient une considération distincte en matière d'admissibilité.

Aux fins de l'admissibilité à Anciens Combattants Canada (ACC), on considère que les facteurs suivants causent ou aggravent les conditions énumérées dans la section des définitions de la présente LDA, et peuvent être pris en considération avec les éléments de preuve pour aider à établir un lien avec le service. Les facteurs énumérés dans la section A ont été déterminés sur la base d'une analyse de la littérature scientifique et médicale actualisée, ainsi que des meilleures pratiques médicales fondées sur des données probantes. Des facteurs autres que ceux énumérés à la section A peuvent être pris en considération, mais il est recommandé de consulter un conseiller en invalidité ou un conseiller médical.

Les conditions énoncées ci-dessous sont fournies à titre indicatif. Dans chaque cas, la décision doit être prise en fonction du bien-fondé de la demande et des éléments de preuve fournis.

Facteurs

1. Vivre directement un **événement traumatisant** avant l'apparition clinique ou l'aggravation d'un ÉSPT.

Les événements traumatisants peuvent comprendre :

- le fait d'être exposé au combat militaire
- le fait d'être victime d'une agression physique ou de subir des menaces d'agression physique
- le fait d'être victime d'une agression sexuelle ou de subir des menaces d'agression sexuelle
- le fait d'être enlevé
- le fait d'être pris en otage
- le fait d'être victime d'une attaque terroriste
- le fait d'être torturé
- le fait d'être incarcéré en tant que prisonnier de guerre
- le fait d'être victime d'une catastrophe naturelle ou d'origine humaine
- le fait d'être victime d'un grave accident de véhicule automobile
- le fait de tuer ou de blesser une personne lors d'un acte non criminel
- le fait de subir un incident médical catastrophique soudain.

Remarque :

- Une blessure morale liée au service peut survenir en réponse à un événement traumatisant. On entend par « préjudice moral » la détresse psychologique, émotionnelle et spirituelle qui découle d'actes ou du fait d'être témoin d'actes qui vont à l'encontre des valeurs ou des croyances morales et éthiques d'une personne. La détresse qui en résulte peut contribuer au développement de l'ÉSPT. Les événements préjudiciables sur le plan moral sont souvent associés à des situations où les personnes ressentent un profond sentiment de culpabilité, de honte ou de trahison en raison de leurs propres actes ou de ceux d'autrui. Ce type d'actes peut certainement se produire dans le contexte d'une guerre, d'un combat ou d'autres expériences très difficiles sur le plan moral.
 - L'exposition répétée à un traitement préjudiciable ou injuste peut être considérée comme un événement traumatisant.
2. **Être témoin en personne** d'un événement traumatisant que subit toute autre personne avant l'apparition clinique ou l'aggravation d'un ÉSPT.

Les événements traumatisants dont la personne est témoin peuvent comprendre le fait d'assister :

- à la menace ou à la blessure grave d'une autre personne
 - à la mort non naturelle d'une autre personne
 - à de la violence physique ou sexuelle infligée à une autre personne
 - à une catastrophe médicale affligeant un membre de sa famille ou un ami proche.
3. Apprendre qu'un **membre de sa famille ou un ami proche a vécu un événement traumatisant violent ou accidentel** au cours des deux années précédant l'apparition clinique ou l'aggravation d'un ÉSPT.

Les événements traumatisants peuvent comprendre :

- une agression physique
- une agression sexuelle
- un accident grave
- une blessure grave.

Remarque : La relation entre les personnes qui jouent un rôle de leadership et leurs subordonnés doit être considérée comme comparable à celle d'un proche parent ou d'un ami lorsqu'on examine un événement traumatisant.

4. Être **exposé de manière répétée ou extrême** à des détails horribles d'un événement traumatisant avant l'apparition clinique ou l'aggravation d'un ÉSPT.

Les expositions peuvent comprendre :

- le fait de voir ou de ramasser des restes humains
- le fait d'être témoin de l'évacuation de personnes grièvement blessées ou d'y participer
- le fait d'être exposé de manière répétée aux détails d'actes de violence ou d'atrocités infligées à d'autres personnes
- des répartiteurs exposés à des événements traumatisants violents ou accidentels.

Remarque : Si l'exposition qui correspond au quatrième facteur a lieu par l'entremise de médias électroniques, de la télévision, de films et d'images, l'exposition doit être liée au travail.

5. Vivre ou travailler dans un **environnement hostile ou dangereux** pour une période d'au moins quatre semaines précédant l'apparition clinique ou l'aggravation d'un ÉSPT.

Les situations ou cadres où la menace pour la vie et l'intégrité physique est omniprésente peuvent comprendre :

- le fait de vivre sous la menace d'une attaque d'artillerie, de missile, à la roquette, de mines ou à la bombe
- le fait de vivre sous la menace d'une attaque nucléaire, ou avec un agent biologique ou chimique
- le fait de participer à des combats ou à des patrouilles de combat.

6. Vivre le décès d'un **membre de sa famille ou d'un ami proche** au cours des deux années précédant l'apparition clinique ou l'aggravation d'un ÉSPT.

Remarque : La relation entre les personnes qui jouent un rôle de leadership et leurs subordonnés doit être considérée comme comparable à celle d'un proche parent ou d'un ami.

7. Être dans l'incapacité d'obtenir **le traitement clinique approprié** de l'ÉSPT.

Section B : Affections dont il faut tenir compte dans la détermination de l'admissibilité/l'évaluation

La section B fournit une liste des problèmes de santé diagnostiqués et des catégories qui sont considérées, aux fins d'ACC, comme devant être inclus dans la détermination de l'admissibilité, et l'évaluation d'un ÉSPT.

- Tous les autres troubles liés à des traumatismes et à des facteurs de stress
- [Trouble de l'adaptation](#)
- [Troubles anxieux](#)
- [Troubles bipolaires et connexes](#)
- [Troubles dépressifs](#)
- Troubles dissociatifs
- [Troubles des conduites alimentaires et de l'ingestion d'aliments](#)
- Troubles neurodéveloppementaux
 - Trouble du déficit de l'attention/hyperactivité
- Troubles obsessionnels-compulsifs et connexes
- Trouble douloureux (*Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, quatrième révision; texte révisé [DSM-4-TR]* diagnostic de troubles de l'Axe I)
- Trouble à symptomatologie somatique avec douleur prédominante (antérieurement trouble douloureux dans le *DSM-4-TR*)
- Troubles de la personnalité
- [Troubles du spectre de la schizophrénie et autres troubles psychotiques](#)
- Troubles du rythme veille-sommeil
 - Trouble de l'insomnie
 - Trouble de l'hypersomnolence
- [Troubles liés à l'utilisation de substances](#)

Remarque :

- Si des affections précises sont énumérées pour une catégorie, il ne faut tenir compte que de ces affections dans la détermination de l'admissibilité et l'évaluation d'un ÉPST. Autrement, il faut tenir compte de toutes les affections de la catégorie dans la détermination de l'admissibilité et l'évaluation d'un ÉSPT.
- Une admissibilité distincte est requise pour toute affection figurant dans le *DSM-5-TR* qui n'est pas incluse dans la section B de la présente LDA.
- Les troubles à symptomatologie somatique et apparentés, comme le trouble à symptomatologie neurologique fonctionnel (trouble de conversion), le trouble à symptomatologie somatique, la crainte excessive d'avoir une maladie et le syndrome de détresse physique (diagnostic *CIM-11*), sont admissibles séparément et évalués individuellement.

Section C : Affections courantes pouvant découler, en totalité ou en partie, d'un état de stress post-traumatique ou/et de son traitement

La section C est une liste des conditions qui peuvent être causées ou aggravées par l'ÉSPT ou son traitement. Les conditions énumérées à la section C ne sont pas incluses dans l'admissibilité et l'évaluation de l'ÉSPT. Une décision d'admissibilité au droit à pension en raison d'une affection consécutive peut être prise si le bien-fondé de la demande le justifie et si les éléments de preuve médicale montrent l'existence d'une relation consécutive.

Les conditions autres que celles énumérées à la section C peuvent être prises en considération; il est recommandé de consulter un conseiller en invalidité ou un conseiller médical.

- [Apnée obstructive du sommeil](#)
- [Bruxisme](#)
- [Cardiopathie ischémique](#)
- [Dysfonction sexuelle](#)
- Mouvement involontaire des membres
- Syndrome des jambes sans repos
- Syndrome du côlon irritable
- [Trouble de l'hypofonction des glandes salivaires \(xérostomie\)](#)

S'il est allégué que le médicament prescrit en vue de traiter l'ÉSPT a causé, en tout ou en partie, l'apparition clinique ou l'aggravation d'une affection, il faut établir les faits suivants.

- Le médicament était prescrit pour traiter l'ÉSPT.
- La personne prenait déjà le médicament au moment de l'apparition clinique ou de l'aggravation de l'affection imputée au médicament.
- La littérature médicale actuelle corrobore le fait que l'apparition clinique ou l'aggravation de l'affection peut découler de la prise du médicament.
- Le médicament est prescrit à long terme de façon continue et ne peut raisonnablement être remplacé par un autre médicament, ou le médicament est connu pour ses effets persistants après l'arrêt du traitement.

Remarque : Un médicament peut faire partie d'une catégorie de médicaments. Un médicament peut produire des effets différents de ceux du groupe auquel il appartient. Ce sont les effets du médicament lui-même qui devraient être pris en compte.

Liens

Directives et politiques connexes d'ACC :

- [Bruxisme – Lignes directrices sur l'admissibilité](#)
- [Cardiopathie ischémique - Lignes directrices sur l'admissibilité](#)
- [Dysfonction sexuelle - Lignes directrices sur l'admissibilité](#)
- [Schizophrénie – Lignes directrices sur l'admissibilité](#)
- [Trouble de l'adaptation – Lignes directrices sur l'admissibilité](#)
- [Troubles anxieux – Lignes directrices sur l'admissibilité](#)
- [Troubles bipolaires et connexes – Lignes directrices sur l'admissibilité](#)
- [Troubles dépressifs – Lignes directrices sur l'admissibilité](#)
- [Troubles des conduites alimentaires et de l'ingestion d'aliments– Lignes directrices sur l'admissibilité](#)
- [Trouble de l'hypofonction des glandes salivaires \(xérostomie\) - Lignes directrices sur l'admissibilité](#)
- [Troubles liés à l'utilisation de substances – Lignes directrices sur l'admissibilité](#)
- [Troubles respiratoires du sommeil – Lignes directrices sur l'admissibilité](#)
- [Indemnité pour douleur et souffrance – Politiques](#)
- [Demandes de pension d'invalidité de la Gendarmerie royale canadienne – Politiques](#)
- [Admissibilité double – Prestations d'invalidité – Politiques](#)
- [Détermination d'une invalidité – Politiques](#)
- [Prestations d'invalidité versées à l'égard du service en temps de paix – Principe d'indemnisation – Politiques](#)
- [Prestations d'invalidité versées à l'égard du service en temps de guerre et du service spécial – Principe d'assurance – Politiques](#)
- [Invalidité consécutive à une blessure ou maladie non liée au service – Politiques](#)
- [Invalidité consécutive – Politiques](#)
- [Bénéfice du doute – Politiques](#)

Références compter à 22 janvier 2025

Disponible en anglais seulement

American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text rev.).

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5* (5th ed.).

American Psychiatric Association (Ed.). (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5-TR* (5th ed., text rev.).

Australian Government. (2008). *Statement of Principles concerning posttraumatic stress disorder (Balance of Probabilities)* (No. 05 of 2008). [SOPs - Repatriation Medical Authority](#)

Australian Government. (2008). *Statement of Principles concerning posttraumatic stress disorder (Reasonable Hypothesis)* (No. 06 of 2008). [SOPs - Repatriation Medical Authority](#)

Australian Government. (2022). *Statement of Principles concerning posttraumatic stress disorder (Balance of Probabilities)* (No. 98 of 2022). [SOPs - Repatriation Medical Authority](#)

Australian Government. (2022). *Statement of Principles concerning posttraumatic stress disorder (Reasonable Hypothesis)* (No. 97 of 2022). [SOPs - Repatriation Medical Authority](#)

Black, D. W., Carney, C. P., Peloso, P. M., Woolson, R. F., Schwartz, D. A., Voelker, M. D.,
Barrett, D. H., & Doebling, B. N. (2004). Gulf War Veterans With Anxiety:
Prevalence, Comorbidity, and Risk Factors. *Epidemiology*, 15(2), 135–142.
<https://doi.org/10.1097/01.EDE.0000103188.18059.21>

Blosnich, J., Foynes, M. M., & Shipherd, J. C. (2013). Health Disparities Among Sexual Minority Women Veterans. *Journal of Women's Health*, 22(7), 631–636.

<https://doi.org/10.1089/jwh.2012.4214>

Blosnich, J. R., Gordon, A. J., & Fine, M. J. (2015). Associations of sexual and gender minority status with health indicators, health risk factors, and social stressors

- in a national sample of young adults with military experience. *Annals of Epidemiology*, 25(9), 661–667. <https://doi.org/10.1016/j.annepidem.2015.06.001>
- Bremner, J. D., Randall, P., Scott, T. M., Bronen, R. A., Seibyl, J. P., Southwick, S. M., Delaney, R. C., McCarthy, G., Charney, D. S., & Innis, R. B. (1995). MRI-based measurement of hippocampal volume in patients with combat-related posttraumatic stress disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 152(7), 973. <https://doi.org/10.1176/ajp.152.7.973>
- Breslau, N., Chilcoat, H. D., Kessler, R. C., & Davis, G. C. (1999). Previous exposure to trauma and PTSD effects of subsequent trauma: results from the Detroit Area Survey of Trauma. *American Journal of Psychiatry*, 156(6), 902-907. <https://doi.org/10.1176/ajp.156.6.902>
- Carbone, J. T., Holzer, K. J., Vaughn, M. G., & DeLisi, M. (2020). Homicidal Ideation and Forensic Psychopathology: Evidence From the 2016 Nationwide Emergency Department Sample (NEDS). *Journal of Forensic Sciences*, 65(1), 154–159. <https://doi.org/10.1111/1556-4029.14156>
- Chan, P. K. (2016). Mental health and sexual minorities in the Ohio Army National Guard [Case Western Reserve University School of Graduate Studies]. http://rave.ohiolink.edu/etdc/view?acc_num=case1458924994
- Chang, C. J., Fischer, I. C., Depp, C. A., Norman, S. B., Livingston, N. A., & Pietrzak, R. H. (2023). A disproportionate burden: Prevalence of trauma and mental health difficulties among sexual minority versus heterosexual U.S. military veterans. *Journal of Psychiatric Research*, 161, 477–482. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2023.03.042>

- Chin, S., Carlucci, S., McCuaig Edge, H. J., & Lu, D. (2022). Health differences by entry stream among Canadian Armed Forces officer cadets. *Journal of Military, Veteran and Family Health*, 8(3), 45–57. <https://doi.org/10.3138/jmvfh-2021-0124>
- Cochran, B. N., Balsam, K., Flentje, A., Malte, C. A., & Simpson, T. (2013). Mental Health Characteristics of Sexual Minority Veterans. *Journal of Homosexuality*, 60(2–3), 419–435. <https://doi.org/10.1080/00918369.2013.744932>
- Duncan, L. E., Cooper, B. N., & Shen, H. (2018). Robust Findings From 25 Years of PTSD Genetics Research. *Current Psychiatry Reports*, 20(12), 115. <https://doi.org/10.1007/s11920-018-0980-1>
- Finnegan, A., & Randles, R. (2023). Prevalence of common mental health disorders in military veterans: Using primary healthcare data. *BMJ Military Health*, 169(6), 523–528. <https://doi.org/10.1136/bmjmilitary-2021-002045>
- Gelernter, J., Sun, N., Polimanti, R., Pietrzak, R., Levey, D. F., Bryois, J., Lu, Q., Hu, Y., Li, B., Radhakrishnan, K., Aslan, M., Cheung, K. H., Li, Y., Rajeevan, N., Sayward, F., Harrington, K., Chen, Q., Cho, K., Pyarajan, S., ... & Department of Veterans Affairs Cooperative Studies Program (#575B) and Million Veteran Program (2019). Genome-wide association study of post-traumatic stress disorder reexperiencing symptoms in >165,000 US veterans. *Nature Neuroscience*, 22(9), 1394–1401. <https://doi.org/10.1038/s41593-019-0447-7>
- Geracioti, T. D., Jr, Baker, D. G., Ekhator, N. N., West, S. A., Hill, K. K., Bruce, A. B., Schmidt, D., Rounds-Kugler, B., Yehuda, R., Keck, P. E., Jr, & Kasckow, J. W. (2001). CSF norepinephrine concentrations in posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry*, 158(8), 1227–1230.

<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.158.8.1227>

- Gorman, K. R., Kearns, J. C., Pantalone, D. W., Bovin, M. J., Keane, T. M., & Marx, B. P. (2022). The impact of deployment-related stressors on the development of PTSD and depression among sexual minority and heterosexual female veterans. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 14(5), 747–750. <https://doi.org/10.1037/tra0001102>
- Gauvin, D. E., Wolfson, C., Aiken, A. B., Feinstein, A., Raina, P., & VanTil, L. D. (2022). Correlates of posttraumatic stress disorder among Veterans in the Canadian longitudinal study on aging. *Journal of Military, Veteran and Family Health*, 8(1), 38–55. <https://doi.org/10.3138/jmvfh-2021-0030>
- Gressier, F., Calati, R., & Serretti, A. (2016). 5-HTTLPR and gender differences in affective disorders: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 190, 193–207. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.09.027>
- Harper, K. L., Blosnich, J. R., Livingston, N., Vogt, D., Bernhard, P. A., Hoffmire, C. A., Maguen, S., & Schneiderman, A. (2024). Examining differences in mental health and mental health service use among lesbian, gay, bisexual, and heterosexual veterans. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*. <https://doi.org/10.1037/sgd0000712>
- Holloway, I. W., Green, D., Pickering, C., Wu, E., Tzen, M., Goldbach, J. T., & Castro, C. A. (2021). Mental Health and Health Risk Behaviors of Active Duty Sexual Minority and Transgender Service Members in the United States Military. *LGBT Health*, 8(2), 152–161. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2020.0031>
- Ikin, J. F., Sim, M. R., Creamer, M. C., Forbes, A. B., McKenzie, D. P., Kelsall, H. L., Glass, D.

C., McFarlane, A. C., Abramson, M. J., Ittak, P., Dwyer, T., Blizzard, L., Delaney, K. R., Horsley, K. W. A., Harrex, W. K., & Schwarz, H. (2004). War-related psychological stressors and risk of psychological disorders in Australian veterans of the 1991 Gulf War. *British Journal of Psychiatry*, 185(2), 116–126. <https://doi.org/10.1192/bjp.185.2.116>

Ikin, J. F., Sim, M. R., McKenzie, D. P., Horsley, K. W. A., Wilson, E. J., Moore, M. R., Jelfs, P., Harrex, W. K., & Henderson, S. (2007). Anxiety, post-traumatic stress disorder and depression in Korean War veterans 50 years after the war. *British Journal of Psychiatry*, 190(6), 475–483. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.106.025684>

Karl, A., Schaefer, M., Malta, L. S., Dörfel, D., Rohleider, N., & Werner, A. (2006). A meta-analysis of structural brain abnormalities in PTSD. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 30(7), 1004-1031. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2006.03.004>

Kauth, M. R., & Shipherd, J. C. (2016). Transforming a System: Improving Patient-Centered Care for Sexual and Gender Minority Veterans. *LGBT Health*, 3(3), 177–179. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2016.0047>

Kilpatrick, D. G., Koenen, K. C., Ruggiero, K. J., Acierno, R., Galea, S., Resnick, H. S., Roitzsch, J., Boyle, J., & Gelernter, J. (2007). The serotonin transporter genotype and social support and moderation of posttraumatic stress disorder and depression in hurricane-exposed adults. *American Journal of Psychiatry*, 164(11), 1693-1699. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2007.06122007>

Lazar, S. G. (2014). The Mental Health Needs of Military Service Members and Veterans. *Psychodynamic Psychiatry*, 42(3), 459–478.

<https://doi.org/10.1521/pdps.2014.42.3.459>

Lees, T., Elliott, J. L., Gunning, S., Newton, P. J., Rai, T., & Lal, S. (2019). A systematic review of the current evidence regarding interventions for anxiety, PTSD, sleepiness and fatigue in the law enforcement workplace. *Industrial Health*, 57(6), 655–667. <https://doi.org/10.2486/indhealth.2018-0088>

Lehavot, K., Beckman, K. L., Chen, J. A., Simpson, T. L., & Williams, E. C. (2019). Race/ethnicity and sexual orientation disparities in mental health, sexism, and social support among women veterans. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 6(3), 347–358. <https://doi.org/10.1037/sgd0000333>

Lehavot, K., & Simpson, T. L. (2014). Trauma, posttraumatic stress disorder, and depression among sexual minority and heterosexual women veterans. *Journal of Counseling Psychology*, 61(3), 392–403. <https://doi.org/10.1037/cou0000019>

Lynch, K. E., Gatsby, E., Viernes, B., Schliep, K. C., Whitcomb, B. W., Alba, P. R., DuVall, S. L., & Blosnich, J. R. (2020). Evaluation of Suicide Mortality Among Sexual Minority US Veterans From 2000 to 2017. *JAMA Network Open*, 3(12), e2031357. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.31357>

Mattocks, K. M., Kauth, M. R., Sandfort, T., Matza, A. R., Sullivan, J. C., & Shipherd, J. C. (2014). Understanding Health-Care Needs of Sexual and Gender Minority Veterans: How Targeted Research and Policy Can Improve Health. *LGBT Health*, 1(1), 50–57. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2013.0003>

McDonald, J. L., Ganulin, M. L., Dretsch, M. N., Taylor, M. R., & Cabrera, O. A. (2020). Assessing the Well-being of Sexual Minority Soldiers at a Military Academic

- Institution. *Military Medicine*, 185(Suppl 1), 342–347. <https://doi.org/10.1093/milmed/usz198>
- McNamara, K. A., Lucas, C. L., Goldbach, J. T., Kintzle, S., & Castro, C. A. (2019). Mental health of the bisexual Veteran. *Military Psychology*, 31(2), 91–99. <https://doi.org/10.1080/08995605.2018.1541393>
- Oakley, T., King, L., Ketcheson, F., & Richardson, J. D. (2020). Gender differences in clinical presentation among treatment-seeking Veterans and Canadian Armed Forces personnel. *Journal of Military, Veteran and Family Health*, 6(2), 60–67. <https://doi.org/10.3138/jmvfh-2019-0045>
- Olff, M., Langeland, W., Draijer, N., & Gersons, B. P. R. (2007). Gender differences in posttraumatic stress disorder. *Psychological Bulletin*, 133(2), 183–204. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.133.2.183>
- Pelts, M. D., & Albright, D. L. (2015). An Exploratory Study of Student Service Members/Veterans' Mental Health Characteristics by Sexual Orientation. *Journal of American College Health*, 63(7), 508–512. <https://doi.org/10.1080/07448481.2014.947992>
- Shipherd, J. C., Lynch, K., Gatsby, E., Hinds, Z., DuVall, S. L., & Livingston, N. A. (2021). Estimating prevalence of PTSD among veterans with minoritized sexual orientations using electronic health record data. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 89(10), 856–868. <https://doi.org/10.1037/ccp0000691>
- Richardson, J. D., Thompson, A., King, L., Ketcheson, F., Shnaider, P., Armour, C., St. Cyr, K., Sareen, J., Elhai, J. D., & Zamorski, M. A. (2019). Comorbidity patterns of psychiatric conditions in Canadian Armed Forces personnel. *The Canadian*

Journal of Psychiatry, 64(7), 501–510. <https://doi.org/10.1177/0706743718816057>

Stimpson, N. J., Thomas, H. V., Weightman, A. L., Dunstan, F., & Lewis, G. (2003).

Psychiatric disorder in veterans of the Persian Gulf War of 1991: Systematic review. *British Journal of Psychiatry*, 182(5), 391–403.

<https://doi.org/10.1192/bjp.182.5.391>

Tian, Y., Liu, H., Guse, L., Wong, T. K., Li, J., Bai, Y., & Jiang, X. (2015). Association of genetic factors and gene–environment interactions with risk of developing posttraumatic stress disorder in a case–control study. *Biological Research for Nursing*, 17(4), 364–372. <https://doi.org/10.1177/1099800415588362>

Thomas, M. M., Harpaz-Rotem, I., Tsai, J., Southwick, S. M., & Pietrzak, R. H. (2017). Mental and Physical Health Conditions in US Combat Veterans: Results From the National Health and Resilience in Veterans Study. *The Primary Care Companion For CNS Disorders*, 19(3). <https://doi.org/10.4088/PCC.17m02118>

Tolin, D. F., & Foa, E. B. (2008). Sex differences in trauma and posttraumatic stress disorder: A quantitative review of 25 years of research. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 5(1), 37–85. <https://doi.org/10.1037/1942-9681.5.1.37>

Trivedi, R. B., Post, E. P., Sun, H., Pomerantz, A., Saxon, A. J., Piette, J. D., Maynard, C., Arnow, B., Curtis, I., Fihn, S. D., & Nelson, K. (2015). Prevalence, Comorbidity, and Prognosis of Mental Health Among US Veterans. *American Journal of Public Health*, 105(12), 2564–2569. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2015.302836>

van der Kolk, B. A. (2003). Psychobiology of posttraumatic stress disorder. In J. Panksepp (Ed.), *Textbook of biological psychiatry* (pp. 319-344). Wiley-Liss.
<https://doi.org/10.1002/0471468975.ch11>

World Health Organization. (2019). *International and statistical classification of diseases and related health problems* (11th Revision). <https://icd.who.int/>