

TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN PSIQUIATRÍA MILITAR

PAULA A. CORZO P., M.D.^{1*}

¹Residente del Programa de Psiquiatría, Facultad de Medicina, Universidad Militar de Nueva Granada

Resumen

En Psiquiatría Militar, dadas las situaciones de conflicto interno o externo al que frecuentemente se deben enfrentar los miembros de las Fuerzas Armadas, el trastorno por estrés posttraumático es de gran relevancia, lo que exige estudiarlo y analizarlo con profundidad. Es claro que las experiencias emocionalmente fuertes transforman al ser humano y que mientras hay individuos que luego de sufrir experiencias de ese tipo logran superarlas sin que se evidencien grandes secuelas, otros, por el contrario, parecen quedarse para siempre en el acontecimiento. Se plantea la hipótesis de que aunque el trastorno por estrés posttraumático a existido siempre, es la forma de describirlo y de interpretar su sintomatología la que ha ido cambiando, o tal vez, evolucionando. Para demostrar el planteamiento y para detectar aspectos que orienten un mejor manejo, teniendo en cuenta que los cuadros clínicos no se presentan de igual manera y que la crueldad de las guerras es cada vez mayor, se hace un análisis del abordaje hecho al trastorno por estrés posttraumático en algunos de los más importantes conflictos armados a nivel mundial.

Palabras clave: trastornos de combate, neurosis de guerra, trastorno por estrés posttraumático, guerra

POSTRAUMÁTIC STRESS DISORDER IN MILITARY PSYCHIATRY

Abstract

Post traumatic Stress Disorder is of great relevance In Military Psychiatry, given the situations of internal or external conflict which the members of the Armed Forces frequently must face, which demands to study it and to analyze it with depth. It is clear that emotionally strong experiences transform the human being and that, while there are individuals that after undergoing experiences of that type manage to surpass them without great sequels, others, seem to remain forever in the event. One considers the hypothesis that although post traumatic stress disorder has always existed, is the form to describe it and to perhaps interpret its symptomatology that has been changing, or perhaps, evolving. In order to demonstrate this exhibit and to detect aspects that direct to a better management, we make an analysis of the approach taken to the post traumatic stress disorder in some of the most important armed conflicts at world-wide level, taking into account that the clinical pictures are not presented in similar fashion and that the cruelty of the wars is even greater with time.

Key words: combat disorders, post-traumatic stress disorders, war

TRANSTORNO POR ESTRÉS POS-TRAUMÁTICO NA PSIQUITRIA MILITAR

Resumo

Na psiquiatria militar, dado as situações do conflito interno ou externo a que freqüentemente se devem enfrentar os membros das forças armadas, o transtorno por stress pós-traumático é de grande relevância, que exige estudar-lo e o analisar-lo com profundidade. E claro que as experiências emocionalmente fortes transformam ao ser humano e que há indivíduos que após ser submetidos a experiências desse tipo conseguem superar-lhas sem seqüelas; outros, pelo contrario, parecem ficar sempre dentro do evento. Considera-se a hipótese que embora o transtorno por stress pós-traumático, a existido sempre, a mudado ou evoluído o jeito de descrever e interpretar sua sintomatologia. Para demonstrar a exposição e detectar os aspectos que orientam uma manipulação melhor, considerando que os quadros clínicos não aparecem da maneira igual e que a crueldade das guerras é cada vez maior, se fazem uma análise de abordagem feito o transtorno por stress do pós-traumático em alguns dos conflitos armados mais importantes do mundo.

Palavras-chave: distúrbios de guerra, transtornos de estresse pós-traumáticos, guerra

Recibido: Mayo de 2009

Aceptado: Junio 30 de 2009

* Correspondencia: paulaariadnaccp@yahoo.com Dirección Postal: Servicio de Psiquiatría, Hospital Militar Central, Tr. 3 No. 49-00, Tel. 3232921 Bogotá, D.C., Colombia

Introducción

Para las Fuerzas Armadas a nivel mundial, cuyos miembros conforman un importante grupo susceptible de presentar Trastorno por Estrés Posttraumático (TEPT), el interés por el estudio de esta patología ha sido de gran importancia, tanto así que la Medicina Militar, a lo largo de la historia, ha tratado de explicar una serie de síntomas para los cuales no había ninguna explicación, utilizando términos como "corazón de soldado", "corazón irritable" "palpitaciones" y "shell shock". Entre 1914 y 1918, Thomas Lewis redefinió el síndrome como "síndrome de esfuerzo", en una forma que era más consistente con las exigencias de la época y con un proceso de transformación del concepto de enfermedad de corazón. De una descripción estática anatómica, pasó a una descripción dinámica y fisiológica (1).

Tanto el término "síndrome de guerra" como "trastorno post-combate", son de origen reciente y se han utilizado para definir aquellos individuos que desarrollan sintomatología, ya sea durante su entrenamiento o durante las operaciones militares y que hoy día se conoce como fatiga de combate (1). Esto define entonces el efecto inmediato del combate, que se manifiesta por una inhabilidad para funcionar especialmente a causa de fatiga física y mental, sin que se evolucione o no a lo que se denomina Trastorno de Estrés Posttraumático (TEPT), aunque los síntomas autonómicos sean prominentes en estos individuos (1-3).

Evolución del concepto de TEPT

La guerra de Boer. Anthony Bowlby en 1901, concluyó que la excitación de la batalla, que generalmente seguía al estrés y a la fatiga del combate, podía producir una forma de neurastenia que se caracterizaba por la aparición de síntomas funcionales nerviosos. Describió síntomas como dolor en brazos, cefalea occipital, dolor cervical, dolor lumbar y dolor en las extremidades, por lo que generalmente eran los reumatólogos quienes manejaban estos casos, muchos de ellos asociados con parálisis de mayor o menor grado (4-6). En su estudio se revisaron las historias clínicas de 6200 soldados discapacitados posterior a la guerra de Boer, de los que sólo once habían sido diagnosticados con enfermedades psicológicas. Seis de ellos tenían diagnóstico de debilidad nerviosa, tres de neurastenia, uno de histeria y uno de shock nervioso. Este último presentaba además el antecedente de contusión por onda explosiva sin heridas en el cuerpo, a la que había desarrollado fatiga, debilidad, parálisis funcional del brazo derecho y temblor izquierdo, asociado a discinesia y ansiedad, siendo uno de los prime-

ros pacientes en los que se describió y reportó *shell shock* (5). De acuerdo con esto se puede anotar que los criterios iniciales y ambiguos de fatiga en combate se identificaron inicialmente en aquella época y que los soldados traumatizados por el estrés del combate somatizaban sus temores en trastornos del corazón o trastornos psicológicos (4-6).

Primera guerra mundial. La Psiquiatría Militar se encontraba apenas en sus inicios durante la primera guerra mundial, creyéndose se inició en la medida en que los médicos generales comenzaron a enfrentar pacientes con una serie de síntomas que no lograban comprender y a los que se les dio el nombre de "shell shock" o "fiebre de trincheras" e incluso, "trastorno de acción del corazón", términos orientados a tratar de explicar alteraciones funcionales y que se asociaban con el estrés del combate (4-6). La recolección de la información de los autores de esa época se hizo con base en los registros estadísticos de pacientes admitidos, siendo en muchas ocasiones inconsistente, debido a la poca comprensión de la sintomatología encontrada y a la ambigüedad en su descripción (4-6). De acuerdo con los datos de las tarjetas de admitidos en los hospitales, la incidencia de las enfermedades psiquiátricas durante la primera guerra mundial en forma global, fue alrededor del 6,25% (4-6).

Varios autores estudiaron las alteraciones mentales que sufrían los soldados en las trincheras describiéndolas como astenia neurocirculatoria, corazón de soldado, corazón irritable y neurosis traumática (1,2). En Inglaterra las neurosis traumáticas planteaban serias dificultades a todas las partes implicadas, siendo un psiquiatra británico quien acuñó el concepto de *shell shock*, en los estudios que realizó en soldados británicos (1,2). Estos soldados no deseaban ser tratados como cobardes en combate, los médicos que los diagnosticaban no querían tener que diagnosticar cobardía y las autoridades militares no sabían como explicar el hecho de que un soldado que había afrontado el combate de manera satisfactoria se hundiera de repente. La importancia de este fenómeno se aumentó porque más de 200 soldados británicos fueron condenados a muerte y ejecutados por el delito de cobardía (1,2).

En un estudio publicado en el 2003 en el que los autores revisaron 567 historias clínicas de veteranos que habían participado en la primera guerra mundial y que habían sido manejados entre cinco y diez años con diagnósticos de trastorno de funcionamiento del corazón (200), con diagnóstico de *shell shock* (200) y designados como Gassed (167), se encontró que en 1917 a todos los habían reclasificado como neurastenia (2). Los resultados de este estudio mos-

traron que la existencia de los *flashbacks* durante la primera guerra mundial fue casi nula, con un reporte de tres casos que corresponde a un 0,5% en una muestra de 640 casos. En este estudio también se encontró que en las historias clínicas de los pacientes de la primera guerra mundial se describían otros síntomas asociados a los *flashbacks* como sueños recurrentes, ansiedad, pobre memoria, dificultad para dormir, irritabilidad, dificultad para concentrarse, respuesta de exaltación, pérdida de interés, desapego y evitación, aunque los tres últimos síntomas, solo fueron referidos por uno de los tres casos revisados para cada síntoma (2). En diciembre de 1914, Eliot describió la histeria (una paraplejía que afectaba a los hombres sorprendidos por el fuego de la artillería), asumiendo que al ser causada por una fuerte explosión, se podían presentar alteraciones en el funcionamiento del sistema nervioso y el individuo aparecer de pronto ciego, sordo, con temblores severos o con parálisis, hemiplejía o paraplejía (7,8). De esa forma se llegó entonces a la conclusión que el terror intenso causado por las fuertes explosiones, originaba los trastornos histéricos (7,8).

En 1918 se reportó el caso de Thomas Hughes, quien fue hospitalizado con diagnóstico de *shell shock* y quien presentaba vértigo, pesadillas de combates frecuentes, claustrofobia, temblores, dolor de cabeza, insomnio, debilidad, irritabilidad, depresión y alucinaciones visuales y auditivas. Un año después, el mismo paciente fue descrito como racional y razonable, a pesar de que permanecía apático. Sin embargo en 1920, Thomas ya había perdido el interés en todo y en todos, informando que veía rostros en la noche y la figura de una persona que se paraba en la habitación; esto le sucedía mientras se despertaba y se asociaba a sensación de miedo a ser exterminado por alguien, miedo a ser golpeado o a que algo le sucediera. Un año después se reportó que su sintomatología había cedido con psicoterapia (2).

En 1923 se reportó el caso de un infante de marina que mientras era atendido por psicoterapia refería reviviscencias frecuentes de experiencias de la guerra asociado a sueños de combates, alteraciones de la memoria y de la concentración (2,8). Posteriormente, en 1927, se describió el caso de un individuo por *shell shock* en Craiglockhart, que refería alucinaciones hipnagógicas en las que veía un hombre con la garganta expuesta y que fueron interpretadas como *flashbacks* (2,8). Por la misma época se describió el caso de Lord Moran quien escribió las memorias de lo que había sido su propia experiencia en relación al *shell shock* y al miedo (9). Moran describió el miedo como un problema

para el militar pero también para la práctica médica en el contexto de la guerra. Habló de lo que parecía ser una nueva enfermedad al examinar a un sargento que se veía malhumorado y apático, describiéndolo de la siguiente manera: “*permanecía mirando el fuego, no se había afeitado y sus pantalones estaban a medio colocar, no se le podía sacar nada, no parecía enfermo, estuvimos de acuerdo en dejarlo descansar, dejarlo quedar en su cuarto hasta que el batallón saliera de las trincheras. Pero el siguiente día cuando todos se habían ido para la línea de fuego se quitó la vida con un tiro en la cabeza. Nunca pensé en que pudiera hacer tal cosa ya que parecía algo muy remoto en ese momento*” (9). Las memorias de Moran sirven para explorar la tensión entre juicio social acerca de la culpabilidad y la aproximación clínica y el análisis de una nueva enfermedad “*shellshock*” o “*tensión de guerra*”, y evaluar la forma en que estas tensiones desplazaron el concepto de valor por sí mismo (9-11). En esta guerra se generaron entonces unas nuevas alteraciones mentales, las que además se presentaron en un número considerable de situaciones.

Segunda guerra mundial. El estadio de síndrome de esfuerzo fue transformado en tres publicaciones de Paúl Wooden en el *British Medical Journal* en 1941 y de ser una forma de enfermedad cardíaca poco explicable, pasó a ser una enfermedad funcional con características psicológicas. Al comparar una muestra de 175 soldados admitidos a la unidad de síndrome de esfuerzos en el Hospital Mill Hill EMS, con una población control también Militar, pudo demostrar que los hombres con síntomas cardíacos funcionales exhibían una respuesta emocional aumentada a las actividades estresantes, concluyendo que se daba una división de subtipos en el síndrome de esfuerzo: Constitucional, Inducido Post infecciosos, Psiconeurótico y, Fatiga Física. (10-11,112). Sin embargo estaba equivocado el argumento de que el síndrome de esfuerzo era una reacción emocional peculiar de las personalidades sociopáticas y de los sujetos con casi cualquier forma de psiconeurosis (10-12). En 1945 Roy Grinker y John Spiegel observaron que los síntomas gastrointestinales fluían en abundancia y en variedad, en contraste con los frecuentes síndromes cardíacos observados en la guerra anterior, pues para 1941, los problemas de enfermedad ácido péptica no ulcerosa representaban el mayor problema médico en las Fuerzas Militares (10-12).

Durante la segunda guerra mundial Abraham Kardiner publicó un libro sobre neurosis traumática de guerra que se convirtió en el punto de partida para definir posteriormente los síntomas que conformarían el TEPT (12). Hizo

descripciones clínicas como la presencia de hipervigilancia permanente o de sensibilidad aumentada a los estímulos ambientales, similar a la que se presentaba en el campo de combate, pero que permanecía durante el proceso de reorganización emocional, estableciéndose en muchas ocasiones de forma crónica (12). Kardiner, junto con Herbert Spiegel, desarrollaron además, tratamientos para integrar las experiencias traumáticas (12).

Guerra de Vietnam. En 1952 apareció la primera edición del DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*), año en que los psiquiatras norteamericanos estaban tratando activamente a los veteranos de la segunda guerra. En esa primera edición se incluyó el diagnóstico “reacción a gran estrés”, que describía los síntomas de aquellos individuos expuestos a situaciones de estrés intolerable (13). En la segunda edición del DSM, publicada en 1968, durante uno de los picos de la guerra de Vietnam (la ofensiva del Tet), esa clasificación desapareció y se reemplazó por la de “trastorno adaptativo de la vida adulta” (13). A pesar de las medidas preventivas en salud mental desarrolladas por el ejército norteamericano, se estima que la guerra de Vietnam (1964-1973) dejó unos 70.0000 veteranos con enfermedades mentales (14) y el denominado síndrome post-Vietnam se diagnosticó con una alta frecuencia en la década de 1970, hecho que constituyó uno de los factores importantes para que la Asociación Psiquiátrica Americana incluyera al TEPT como una de las patologías en el DSM-III de 1980 (14), siendo así como se inicia una nueva época, con el reconocimiento de la comunidad científica, para esta entidad nosológica (14,15).

Aunque otros factores influyeron en la inclusión del TEPT, como los resultados de estudios en poblaciones civiles, tanto en mujeres como en niños víctimas de abusos, violaciones y maltrato físico o psicológico, porque se amplió el ámbito del tipo de trauma más allá de las situaciones bélicas, incluyendo incluso a las víctimas de desastres naturales o de desastres provocados por el hombre, (14-16), fue con los veteranos de la guerra de Vietnam que se comenzó a prestar real atención a los efectos del TEPT (13,17). En 1970, cuando la guerra de Vietnam estaba en uno de sus picos más altos, la organización Veteranos de Vietnam Contra la Guerra –que fue la primera organización de veteranos de una guerra aun en curso en oponerse a ella– empezó a buscar ayuda psicológica fuera de los ámbitos oficiales (13). En poco tiempo, jóvenes psiquiatras como Chaim Shatam y Robert Lifton, lograron desarrollar un fuerte movimiento, integrado por veteranos, que sirvieron para tomar conciencia y compartir las secuelas de la guerra (13). En 1978, Charles

Figley, veterano de Vietnam e investigador sobre el tema, publicó el primer libro de esta nueva era del estudio del trauma: *Un breve recorrido a la traumática historia del estudio del trauma psicológico en veteranos, en el que se delimitan las características principales de lo que luego se conocería como trastorno por estrés posttraumático* (13).

Guerra del Golfo Pérsico. Esta no fue la excepción de las guerras y varios estudios reportaron prevalencia de diferentes enfermedades mentales en los veteranos, poco tiempo después de su regreso del golfo (18-20). Pero mientras durante la segunda guerra mundial no se explicó ningún síndrome post-combate en términos de la exposición a tóxicos como sucedió en esta nueva guerra, aquí el síndrome tormenta del desierto fue atribuido a la exposición a múltiples agentes tóxicos como v acunas, humo de pozos petroleros, uranio, armas químicas y biológicas y , pesticidas órgano fosforados (217-,18,19,260)). En un estudio que incluyó 1871 veteranos de guerra australianos que habían asistido a la guerra del Golfo Pérsico entre agosto de 1990 y septiembre de 1991 se encontró un 9% de depresión, un 2% de distimia, un 1,4% de trastorno bipolar, un 5,1% de TEPT, un 2% de trastornos somáticos, un 1,5% trastornos de pánico, un 4,3% de abuso de alcohol y un 0,7% de abuso de sustancias (18,20).

Discusión

El concepto de Trastorno por Estrés Posttraumático (TEPT) ha evolucionado de acuerdo a como se han ido presentando los síntomas en los afectados, existiendo muchos debates en psiquiatría sobre su etiología (27). ¿Es acaso el propio trauma lo que causa la presentación del cuadro clínico? ¿O es la vulnerabilidad que tiene el individuo lo que hace que lo desarrolle? ¿O por el contrario, sólo la incapacidad del individuo de asumir su propia vida y enfrentarla, es lo que lo lleva a escapar de la realidad a través de la enfermedad?

Muchos autores opinan que no sólo es la exposición al evento traumático lo que ocasiona la patología, sino también los factores, genéticos, ambientales, intersíquicos, importantes en otras patologías mentales y que también hay que considerar en los pacientes con TEPT. Como factores ambientales se destacan los que ocurren en la niñez y aquellos que dependen de las condiciones sociales, económicas, culturales y políticas y que se resisten a ser modificados como la pobreza, la miseria, el maltrato y los grupos étnicos estigmatizados. Partiendo de todas estas observaciones fue que las culturas occidentales comenzaron a hablar de “síndrome de los niños de la guerra”,

TABLA 1. Resumen de la terminología que predominó en cada uno de los períodos de guerra

Guerra	Año	Síntomas	Diagnóstico
Guerra de Boer	1899-1902	Palpitaciones Debilidad Parálisis	Shock nervioso Reumatismo
1ra Guerra Mundial	1914-1918	Neurastenia Trastornos de acción del corazón	Shell shock Corazón Irritable
2da Guerra Mundial	1939-1945	Psiconeurosis Síndrome del esfuerzo Dispepsia	Síndrome de esfuerzo Síndrome post-combate
Guerra de Vietnam	1948-1960	Psiconeurosis Pesadillas Flashbacks	Trastorno adaptativo de la vida adulta
Guerra del Golfo Pérsico	1991	Síndrome del Golfo Pérsico	Síndrome tormenta del desierto

“síndrome de rape”, “síndrome del abuso sexual en niños” (10). Como refiere Judith Herman, la historia del trauma psíquico en los últimos 200 años dentro de la sociedad en general y dentro de la sociedad psiquiátrica, en particular, ha sido de reconocimiento.

En cuanto al TEPT relacionado con las guerras hay que tener en cuenta que las estrategias y tecnologías bélicas empleadas en ellas se han ido modificando, de tal forma que el tipo de exposición en cada una de ellas ha sido diferente, dificultándose así una preparación previa a la exposición (tabla 1).

Las guerras son cada vez más cruentas y el impacto sobre el individuo que de por sí tiene una vulnerabilidad pre-disponible o protectora, siempre es diferente, facilitando finalmente a que el cuadro clínico se perpetúe.

Referencias

- Jones E, Hodgins R, McCarthy H. Flash backs of posttraumatic stress disorder the genesis of a 20th century diagnosis. *British Journal of Psychiatry*. 2003;182: 158-163.
- Jones E, Wessely S. Psychiatric Battle Casualties: an intra and inter war comparison. *British Journal of Psychiatry*. 2001;178:242-247.
- Jones E, Wessely S. War syndromes: the impact of culture on medical unexplained symptoms. *Medical History*. 2005;49:55-78.
- Maja D. Changes of Diagnosis of posttraumatic stress disorder Related to compensation seeking. *Croatian Medical Journal* 2004;45(4):427-433.
- Jones E, Hodgins R, McCarthy H, Everitt B, Beech C, Poynter D, Palmer I, Wessly S. Post Combat Syndromes from the boer war to the gulf war: a cluster analysis of the nature and attribution. *British Journal of Medicine*. 2002;16:321-397.
- Jones E, Hodgins R, McCarthy H, Everitt B, Beech C, Poynter D, Palmer I Wessly S. Post Combat Syndromes from the boer war to the gulf war: a cluster analysis of the nature and attribution. *British Journal of Medicine*. 2002;16:321-397.
- Jonas E, Palmer I, Wessly S. War Pensions (1900-1945) changing models of psychological understanding. *British Journal of Psychiatry*. 2002;180:374-379.
- Kozanic-Kovacic D, Bajs M. Change of Diagnosis of Posttraumatic Stress Disorder Related to compensation. *Croatian Medical Journal* 2004;215(4):427-433.
- Jones E. Flashbacks and posttraumatic stress disorder. *British Journal of Psychiatry*. 2003;183:75-81.
- May C, Moran L. Shellschock and the pathology of fear. *Journal of Royal Society of Medicine*. 1998;91:95-100.
- Grillan C, Morgan C, Davis M, Wick S. Effect of Darkness on Acoustic Startle in Vietnam veterans with PTSD *American Journal Psychiatry* 1998;155:812-817.
- Kloocke R, Schmie H, Priebe S. Psychological injury in the two world wars: changing concepts and terms in german psychiatry. *History of Psychiatry*. 16(1):043-060.
- Scheslasky S, Hansis F, Certlin L, Sabreo P. Historical Evolution of the Concept of Posttraumatic stress disorder. *Revista Brasileira de Psiquiatria* 2003;25(1):8-11.
- Cazabat E. Un breve recorrido a la traumática historia del trauma psicológico. *Revista de Psicotrauma*. 2002;1.
- Carvajal C. Trastorno por estrés post traumático: revisión clínica. *Revista Chilena de Neuropsiquiatria*. 2002;40(2):20-34.
- Gerona J L. Historia de Psiquiatria Militar Española (1800-1970). Tesis Doctoral. Universidad de Madrid.
- Beckham J, Moore S, Feldman M, Hertzberg M. Health Status, Somatization and severity of posttraumatic stress disorder in Vietnam combat veterans with posttraumatic stress disorder. *American journal of Psychiatry*. 1998;155:1565-1591.
- Swessely, Cumwin, Hotopf, Nicolau. Stability of recall of military hazards over time Evidens from the Persians Gulf War of 1991. *British Journal of Medicine*. 2003;183:314-322.
- Frueh C, Elhai J D, Anuk. Documented Combat Exposure of US Veterans Seeking threatmente for combat related posttraumatic stress disordern *British Journal of Psychiatry*. 2005;186:467-472.
- Kin J F, Creamer M C, Forbes , Mckenzie. War related psychological stressors and risk of psychological disorders in Australian veterans the 1991 gulf war.
- Randall, Marshall, Spitzer R, Liebowitz M. Review and critique of the new DSMIV Diagnosis of acute stress disordes. *American Journal of Psychiatry* 1999;756:1677-1685.
- Ford J D, Campbell K, Starzbach D. Posttraumatic stress symptomatology is associated with unexplained illness attributed to Persian Gulf War Military Service. *Psychosomatic Medicine* 2001;63:842-849.
- Soto L D. Instituto Superior de medicina Militar. *Revista Cubana de Medicina Militar*. 2001;30(3):183-189.

24. Hoge C, Castro C, Messer S, Mcgurk D. Combat Duty in Iraq and Afghanistan, Mental Health Problems and Barriers to care. *New England journal of Medicine*. 2004;351:13-22
25. Turner M A, Kiernon M, Mckechnie A. Acute Military Psychiatric Casualties from the War in Iraq. *British Journal of Psychiatry*. 2005;186:476-479.
26. Wesseley S. Risk Psychiatry and the Military. *The British Journal of Psychiatry*. 2005;186:459-466.
27. Engels Jr, Engel C, Liu X, McCarthu B, Miller R F, Visano R. Relationship of physical symptoms to posttraumatic stress disorder among veterans seeking care for gulf war related health concepts. *Psychosomatic Medicine*. 1999;62:739-775.