

Félagsleg ógn og áfallastreituröskun

Andri Steinþór Björnsson¹ og Jóhann Pálmar Harðarson¹

¹Háskóla Íslands, Sálfræðideild

Í greiningakerfum er gert ráð fyrir að áföll séu tilteknir atburðir sem fólk þarf að hafa lent í til þess að geta greinst með áfallastreituröskun. Hið svonefnda viðmið A í DSM greiningakerfinu tilgreinir að þessir atburðir felist í lífshættu, alvarlegum líkamsmeiðslum eða kynferðisofbeldi. Deilt hefur verið um þetta viðmið í 45 ár og ýmsar rannsóknir hafa leitt í ljós að atburðir sem ná ekki viðmiðinu geta engu að síður leitt til áfallastreitueinkenna. Í þessari grein gagnrýnum við núverandi nálgun og leggjum til þá kenningu að áföll séu skynjuð ógn sem er einungis hægt að skilja með vísun í þróunarsögu okkar tegundar. Lífshætta er vissulega ein slík ógn. En önnur mikilvæg ógn er sú sem við köllum félagslega. Hún felst í því að upplifa mikla höfnun eða niðurlægingu. Hér er ekki um að ræða tvenns konar atburði, lífshættulega eða félagslega. Við eigum við lífsreynslu sem er afmörkuð, endurtekin og/eða samfelld yfir tiltekið tímabil, þar sem fólk upplifir ógn við líf, félagslega ógn eða hvort tveggja. Við segjum frá rannsóknum sem sýna fram á að félagsleg ógn er mun algengari en lífsógn og að báðar gerðir af ógn hafi svipuð áhrif á áfallastreitueinkenni. Áhrifin eru enn meiri þegar báðar gerðir af ógn leggjast saman. Það sem meira er, allir þátttakendur með áfallastreituröskun sögðu frá mikilli skynjaðri ógn, sem var yfirleitt félagsleg. Við rekjum í lokin hvaða áhrif þetta nýja sjónarhorn gæti haft á kenningar um þróun áfallastreituröskunar. Við leggjum jafnframt til hvernig hægt væri að meta áföll og áfallastreitueinkenni í klínisku starfi. Við köllum eftir frekari rannsóknum á félagslegri ógn og þætti hennar í þróun áfallastreituröskunar.

Éfnisorð: Áfallastreituröskun, viðmið A, lífsógn, félagsleg ógn.

Í 45 ár hefur það verið gert að nauðsynlegu skilyrði fyrir því að greinast með áfallastreituröskun að hafa upplifað atburð sem nær því viðmiði að teljast vera áfall. Í þessari yfirlitsgrein gagnrýnum við þessa nálgun og leggjum til nýtt sjónarmið. Samkvæmt því síðarnefnda felast áföll í huglægu mati á alvarlegri ógn, sem aðeins er hægt að skilja með vísun í þróunarsögu okkar tegundar. Við höldum því fram að það sé ekki bara um að ræða ógn við líf fólks, heldur líka það sem við köllum félagslega ógn, sem felst í því að upplifa mikla höfnun eða niðurlægingu. Við rekjum rannsóknir okkar á þessu nýja hugtaki og hvernig það tengist áfallastreitueinkennum og komumst að þeirri niðurstöðu að það þurfi að betrumbæta greiningakerfi, sálrænt mat á áföllum og áfallastreituröskun og jafnvel kenningar um þróun þessarar röskunar.

Deilan um viðmið A¹

Áfallastreituröskun var fyrst kynnt til sögunnar í þriðju útgáfu greiningakerfis Ameríska geðlæknafélagsins (Diagnostic and statistical manual of mental disorders; DSM) árið 1980. Framsetningin var sú að fólk þyrfti að hafa upplifað *atburð* sem næði hinu svonefnda viðmiði A til þess að geta greinst með röskunina.

Af hverju var þetta gert með þessum hætti? Ein skýring er sú að það kvað við nýjan tón í þessari útgáfu greiningakerfisins. Fyrstu tvær útgáfurnar höfðu verið gagnrýndar fyrir óljós og huglæg viðmið og að það væri lítill áreiðanleiki í greiningum á milli matsfólks. Þetta átti að breytast í þriðju útgáfunni. Áföll ættu því að felast í atburðum sem hver sem er gæti

Andri Steinþór Björnsson PhD er prófessor í klínískri sálfræði við Sálfræðideild Háskóla Íslands. Jóhann Pálmar Harðarson Cand.Psych. er doktorsnemandi við sömu deild. Fyrirspurnum vegna greinarinnar skal beint til Andra, Nýja-Garði, Sæmundargötu 12, 102 Reykjavík. Netfang: asb@hi.is.

¹ Þróun DSM með tilliti til viðmiðs A er lýst nánar af Andra Steinþóri Björnssyni (2025).

metið utan frá og mælt hvort hefðu átt sér stað eða ekki. Huglæg upplifun fólks skipti minna máli. Í fyrstu tilraun var viðmiðið orðað þannig að um væri að ræða atburð sem væri óvanalegur og myndi vekja vanlíðan hjá næstum öllum. Þetta hugtak, atburður, var ekki skilgreint nánar, en helstu flokkar þeirra voru ofbeldi (eins og nauðgun), náttúruhamfarir (til dæmis snjóflóð) og slys (svo sem bílslys) (APA, 1980). Í endurbætttri þriðju útgáfu kerfisins (DSM-III-R, APA, 1987) var tekið fram að einstaklingurinn þyrfti ekki að hafa lent sjálfur í áfallinu heldur gæti verið nægjanlegt að fréttu af því að ástvinur hafi lent í því.

Í fjórðu útgáfu kerfisins (APA, 1994) var tekið fram að auk lífshættu gæti áfall falist í því að verða fyrir ógn við líkamlegt heilbrigði (physical integrity of the self) eða verða fyrir alvarlegum meiðslum. Hið fyrrnefnda var ekki skilgreint nánar og hefur alla tíð þótt nokkuð óljóst. Jafnframt var bætt við viðmið A að einstaklingurinn þyrfti að bregðast við áfallinu með miklum ótta, hryllingi eða vanmætti.

Í fimmtu útgáfu DSM (APA, 2013) var viðmiðinu breytt þannig að líkamlegt heilbrigði var tekið út og kynferðisofbeldi sett í staðinn. Viðbótin um huglæg viðbrögð við áfallinu á borð við hrylling var tekin út. Einnig var tekið fram að fólk gæti upplifað áfallastreitueinkenni við það að koma endurtekið að atburðum, eins og slysum, þótt það tengdist ekki fórnarlömbunum beint. Nánast engar breytingar urðu á viðmiðinu í endurbætttri útgáfu sem kom út 2022.

Viðmið um áföll hafa því verið svipuð síðustu 45 árin. Áföll felast í atburðum, sem einkum fela í sér lífsógn. Það er svo rætt í löngu máli í DSM kerfinu hvaða dæmi teljast vera áföll og hver eru það ekki. Í greiningu á röskuninni er litið til þessa viðmiðs til að meta hvort tilefni sé til þess að meta nánar áfallastreitueinkenni. Og það eru til sjálfsmatskvarðar, eins og Life Events Checklist for DSM-5 (LEC-5; Weathers o.fl., 2013a), sem skima fyrir því hvort fólk hafi orðið fyrir „raunverulegu“ áfalli eða ekki.

Í hinu svonefnda International Classification of Diseases (ICD), sem Alþjóðlega heilbrigðisstofnun gefur út, kom áfallastreituröskun fyrst fram í 10. útgáfu, sem gefin var út 1993. Þar

kemur fram svipaður skilningur á áföllum og í þriðju útgáfu DSM. Það voru svo litlar breytingar gerðar á viðmiðinu um áföll í 11. útgáfu kerfisins sem kom út 2019. Þar er þó tekið fram að það sé nóg að verða vitni að atburðinum eða fréttu af áfalli sem einhver nákominn hafi orðið fyrir. Einnig má nefna að matsmanneskja virðist hafa meira ráðrúm í ICD kerfinu en í DSM kerfinu til að ákvarða hvort tiltekinn atburður sé nógu ógnandi til að geta talist vera áfall (Hyland o.fl., 2021).

Er hægt að upplifa áfallastreitueinkenni í kjölfar þess að hafa lent í atburði sem nær ekki viðmiði A? Já, það er hægt. Það hafa birst ýmsar rannsóknir áratugum saman sem sýna eindregið að það er hægt að þróa með sér áfallastreitueinkenni eftir lífsreynslu eins og einelti og andlegt ofbeldi. Í einni allsherjargreiningu (meta-analysis) voru áfallastreitueinkenni borin saman eftir því hvort atburðurinn væri í samræmi við viðmið A eða ekki samkvæmt þriðju og fjórðu útgáfu DSM (Larsen og Pacella, 2016). Í ljós kom lítill munur. Svipaðar niðurstöður fengust með tilliti til fimmtu útgáfu DSM (Larsen og Berenbaum, 2017). Það er því ljóst að núverandi nálgun hefur ekki reynst vel til að greina á milli áfalla og annarrar lífsreynslu.

Við teljum að lausnin á deilunni um viðmið A felist ekki í því að skilgreina enn betur hvaða atburðir geti talist vera áföll. Við þurfum nýja nálgun. Við leggjum til að áföll felist í huglægru upplifun á ógn sem er einungis hægt að skilja með vísun í þróunarsögu okkar tegundar. Ógn við líf er tilgreind í viðmiði A, þótt þar sé áherslan á atburðinn sjálfan frekar en huglæga upplifun á ógninni. En það er einmitt þessi huglæga upplifun á lífsógninni sem virðist spá vel fyrir um áfallastreitueinkenni (Heir o.fl., 2016; Larsen og Berenbaum, 2017; Pinto o.fl., 2015). Þó er einnig til önnur gerð af ógn sem er ekki tilgreind í viðmiðinu. Við höfum kallað hana *félagslega ógn* (social threat; Andri Steinþór Björnsson, 2016; Björnsson o.fl., 2020; Hardarson o.fl., 2025a; 2025b) og hún felst í því að upplifa alvarlega höfnun eða niðurlægingu. Hér er um að ræða þá alkunnu staðreynd að við erum félagsleg dýr sem höfum alla tíð treyst á hóp fyrir aðgengi að fæðu, öryggi og maka. Að verða

ógnað með höfnun af hópnum eða niðurlægingu er, frá þróunarfræðilegu sjónarhorni, lífshættulegt. Nýverið setti Neuner (2023) fram kenningu um það hvernig félagsleg ógn getur haft áhrif á áfallastreitueinkenni.

Hér er ekki um að ræða tvenns konar atburði sem felast annars vegar í lífsógn og hins vegar í félagslegri ógn. Hér er frekar um að ræða lífsreynslu þar sem einstaklingur upplifir lífsógn, félagslega ógn eða báðar gerðir af ógn á sama tíma. Til dæmis getur vopnað rán verið bæði lífshættulegt og niðurlægjandi. Það sem skiptir miklu máli er huglæg upplifun, það sem einn upplifir sem lífshættu gerir einhver annar það alls ekki. Það sem ein manneskja upplifir sem niðurlægingu lítur önnur manneskja á sem óþolandi hegðun en tekur ekki til sín að öðru leyti. Við veltum upp þeim möguleika að það sé nauðsynlegt að upplifa slíka ógn til þess að áfallastreitueinkenni geti komið fram.

Félagsleg ógn og áfallastreitueinkenni

Við gerðum rannsókn þar sem við bárum saman hópa af fólki með félagsfælni, árattu-þráhyggjuröskun og svo enga röskun (Björnsson o.fl., 2020). Í ljós kom að félagsleg áföll voru algeng í öllum hópum. Það var hins vegar aðeins í félagsfælnihópnum sem um þriðjungur greindist með áfallastreituröskun eða mikil áfallastreitueinkenni (sem eru svipaðar niðurstöður og hjá Erwin o.fl., 2006, þótt þau hafi ekki skilgreint félagsleg áföll í sinni rannsókn). Við bárum hins vegar ekki kerfisbundið saman félagslega ógn og lífsógn í þessari rannsókn.

Við fengum svo tækifæri til að taka þátt í Áfallasögu kvenna, sem er faraldsfræðileg rannsókn á áföllum og áhrifum þeirra þar sem öllum konum á Íslandi eldri en 18 ára var boðin þátttaka (sjá afallasaga.is). Í þessum hluta rannsóknarinnar voru tæplega 9000 konur (Hardarson o.fl., 2025a). Í ljós kom að konurnar voru mun líklegri til að segja frá mikilli félagslegri ógn en lífsógn þegar kom að þeirra alvarlegasta áfalli (eins og það var metið út frá lengri útgáfu af LEC-5 kvarðanum, sem einnig tók til lífsreynslu eins og af einelti sem náði ekki endilega

viðmiði A); 81% sögðu frá fyrrnefndu ógninni en aðeins 18% frá þeirri síðarnefndu. Þetta átti líka við um áföll sem flestir telja fyrirfram að felist einkum í lífshættu, til dæmis sögðu 83% þeirra sem höfðu lent í líkamsárás sig hafa upplifað mikla félagslega ógn en 61% þeirra lífsógn. Og þegar um kynferðisofbeldi var að ræða var hlutfallið 81% fyrir félagslega ógn en 25% fyrir lífsógn. Þegar félagsleg ógn eða lífsógn var mikil voru konurnar 2.5 sinnum líklegri til að vera með áfallastreituröskun miðað við konur sem sögðu ekki frá mikilli ógn. Og þegar um báðar gerðir af ógn var að ræða voru konurnar fimm sinnum líklegri til að vera með áfallastreituröskun. Helsti galli á þessari rannsókn var sá að einkenni voru rannsökuð með sjálfsmatskvörðum á borð við PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5, Weathers o.fl., 2013b), sem geta gefið til kynna líklega áfallastreituröskun en jafngildir þó ekki greiningu.

Í undirrannsókn í Áfallasögu kvenna kölluðum við inn konur sem voru annaðhvort með líklega áfallastreituröskun (50 konur) eða lítill sem engin áfallastreitueinkenni (59 konur) og notuðum klíníska greiningarviðtalið Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-5 (CAPS-5), sem er talið vera eitt helsta mælitæki til að meta áfallastreitueinkenni (Weathers o.fl., 2018). Í ljós kom mikill munur á hópnum tveimur (Hardarson o.fl., 2025b). Allar konurnar í áfallastreituhópnum sögðu frá mikilli skynjaðri ógn, sem var oftast félagsleg, alls sögðu 96% kvennanna í þeim hópi frá mikilli félagslegri ógn, aðeins 4% þeirra sagði frá lífsógn einvörðungu, 36% þeirra frá félagslegri ógn eingöngu, og 60% frá bæði lífsógn og félagslegri ógn. Alls sögðu 44.1% kvennanna í samanburðarhópnum frá því að hafa ekki upplifað neina slíka ógn, en 15.3% sögðu frá bæði félagslegri ógn og lífsógn, og 33.9% frá einvörðungu mikilli félagslegri ógn, og því einungis 6.7% frá eingöngu lífsógn. Helstu flokkar áfalla í fyrrnefndu hópnum voru andlegt ofbeldi (20% kvennanna), líkamlegt ofbeldi (20% kvennanna) og kynferðisofbeldi (38% kvennanna). Líkt og áður voru áfallastreitueinkenni alvarlegri þegar um báðar gerðir af ógn var að ræða.

Helstu ályktanir

Allar konurnar sem voru með alvarleg áfallastreitueinkenni sögðu frá mikilli skynjaðri ógn, sem var mun oftari félagsleg ógn en lífsógn. Báðar þessar gerðir af ógn hafa svipuð áhrif á áfallastreitueinkenni, og áhrifin eru meiri þegar um báðar gerðir af ógn er að ræða. Hér erum við að stíga fyrstu skref með þessari nýju nálgun sem lítur á áföll sem skynjaða og alvarlega ógn. Samkvæmt henni hefur getan til að greina slíka ógn haft greinilegt afkomugildi í þróunarsögu okkar tegundar. Þessar niðurstöður lofa góðu þótt auðvitað eigi eftir að rannsaka mun betur félagslega ógn og lífsógn og tengsl þeirra við áfallastreituröskun. Við köllum eftir rannsóknum á þessari nýju hugsmið, meðal annars hvort það sé samvirkni á milli félagslegrar ógnar og líkamlegrar ógnar. Það þarf jafnframt að rannsaka betur hvaða einkenni eru sértæk fyrir áfallastreituröskun, og hvernig slík einkenni tengjast þessum tveimur ógnum.

Þessi nýja sýn á áföll og áfallastreituröskun kallar á endurskoðun á kenningum um þróun þessarar röskunar. Hingað til hefur ekki verið gert ráð fyrir þróunarfræðilegu sjónarhorni í ráðandi kenningum um áfallastreituröskun. Jafnframt verðum við að endurskoða hvernig er fjallað um áföll í greiningakerfum. Spurningin er ekki hvort skjólstæðingur hafi lent í atburði sem passar við skilgreiningu á áfalli samkvæmt einhverju greiningakerfi. Það gerir lítið úr upplifun fólks sem nær ekki viðmiði A og kemur í veg fyrir að fólk fái réttmæta greiningu og gagnreynda meðferð. Sú nálgun hefur heldur ekki orðið til þess að hjálpa okkur til að skilja hvers konar lífsreynsla getur leitt til áfallastreitueinkenna. Við þurfum ekki lengur að tala um atburði, en það er hægt að vísa í lífsreynslu sem átti sér stað einu sinni, eða oftari, eða samfelld yfir langt tímabil. Slíkt orðalag gefur til kynna upplifun frekar en einvörðungu atburði.

Spurningin sem skiptir máli er hvort tiltekinn skjólstæðingur sé með áfallastreituröskun. Við eigum að hætta að síða út þá einstaklinga sem ná ekki viðmiði A og spyrja frekar hvort viðkomandi hafi upplifað lífsreynslu þar sem hann, hún, hán eða þau hafi upplifað lífsógn eða félagslega ógn eða bæði. Það getur þó ekki

orðið að nauðsynlegu skilyrði fyrir því að halda áfram að spyrja því fólk man ef til vill ekki eftir hversu mikil ógnin var þegar um er að ræða áratuga gamalt áfall. Næsta skref væri að hjálpa skjólstæðingi að velja þá lífsreynslu sem hefur mest áhrif á líf viðkomandi núna með tilliti til einkenna eins og forðunar á stöðum og fólki sem minnir á áfallið. Og hvort viðkomandi upplifi áleitnar endurminningar eða martraðir um þessa lífsreynslu. Áleitnar endurminningar og neikvæð áhrif þeirra á virkni, til dæmis vegna forðunar, myndu teljast nauðsynleg skilyrði fyrir því að geta greinst með áfallastreituröskun. Það er svo umdeilt hversu mörg einkenni eru nægjanleg til þess að geta greinst með röskunina.

Við þökkum eftirfarandi:

Agnes Björg Tryggvadóttir, Anna Kristín Cartes-egna, Arna Hauksdóttir, Arnrun Tryggvadóttir, Auður Gróa Valdimarsdóttir, Auður Sjöfn Þórisdóttir, Álfheiður Steinþórsdóttir, Berglind Guðmundsdóttir, Bergrún Mist Jóhannesdóttir, Bryndís Lóa Jóhannsdóttir, Courtney Beard, Edda Björk Þórðardóttir, Elín Inga Bragadóttir, Emily Holmes, Freyja Ágústsdóttir, Gordon Asmundson, Guðjón Arnar Skúlason, Gunnar Smári Jónsson, Gunnar Tómasson, Inga Dröfn Wessman, Karen Guðmundsdóttir, Katrín Justyna Alexdóttir, Katrín Kristjánsdóttir, Kerry Young, Kristjana Þórarinsdóttir, Lára Sigurðardóttir, Lauren Page Wadsworth, Lovísa Hlynsdóttir, María Þóra Þorgeirsdóttir, Maya Alexandri, Paul Gilbert, Sigurbjörg Ludvigsdóttir, Sóley Dröfn Davíðsdóttir, Sóley Siggeirsdóttir, Stefan Hofmann, Thor Aspelund, Tómas Páll Þorvaldsson, Unnur Héðinsdóttir, Unnur Anna Valdimarsdóttir, Urður Njarðvík, Þórhildur Halldórsdóttir, Þorsteinn Guðmundsson, Þröstur Björgvinsson.

Social threat and post-traumatic stress disorder

Trauma has been conceptualised as *events* involving threat to life or sexual violence, e.g., according to Criterion A in the DSM system. However, it has been clear for several decades that people can experience post-traumatic stress disorder (PTSD) symptoms in response to events that do not meet that criterion. We criticize the current approach and advocate for reconceptualizing trauma as perceived *threats* that can only be understood with reference to the evolutionary history of our species. Threat to life is one. However, what we call social threat, perceived severe rejection or humiliation, is another. Here we are not referring to trauma as events but rather an experience involving either perceived life threat, social threat or both.

We describe research that clearly shows that when people describe their most severe trauma they are much more likely to report social threat than life threat. The association of life threat and social threat with PTSD symptoms is similar, and the association is much stronger when both threats are present. Every participant with PTSD or clinically significant PTSD symptoms reported high perceived threat at the time of the traumatic experience that was almost always social.

We conclude that this new approach is promising and we call for more research on these constructs. We believe that this new perspective, if confirmed in future research, calls for revised theories of the development and maintenance of PTSD. We also propose how trauma may be assessed and how PTSD can be diagnosed in this new framework.

Key words: *Post-traumatic stress disorder; Criterion A, life threat, social threat.*

Heimildir

- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-III* (3. útgáfa). Höfundur.
- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-III-Revised* (3. útgáfa, endurskoðuð). Höfundur.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV* (4. útgáfa). Höfundur.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5* (5. útgáfa). Höfundur.
- American Psychiatric Association (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5 Text Revision* (5. útgáfa, endurskoðuð). Höfundur.
- Andri Steinþór Björnsson (2016). Maðurinn er félagslegt dýr: Um afleiðingar þess fyrir sálmeinafræði og sálræna meðferð. Í Andri Steinþór Björnsson, Guðfinna Eydal og Katrín Kristjánsdóttir (ritstjórar), *Af sál* (bls. 273–313). Háskólaútgáfan.
- Andri Steinþór Björnsson (2025). Félagsleg áföll. Í Andri Steinþór Björnsson, Árni Kristjánsson, Heiða María Sigurðardóttir og Urður Njarðvík (ritstjórar), *Yfir-kennarinn: Afmælisrit til heiðurs Sigurði J. Grétars-syni prófessor* (bls. 17–34). Háskólaútgáfan.
- Björnsson, A. S., Hardarson, J. P., Valdimarsdóttir, A. G., Guðmundsdóttir, K., Tryggvadóttir, A., Thorarinsdóttir, K., Wessman, I., Sigurjonsdóttir, Ó., Davidsdóttir, S., og Thorisdóttir, A. S. (2020). Social trauma and its association with posttraumatic stress disorder and social anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 72, 102228. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2020.102228>
- Erwin, B. A., Heimberg, R. G., Marx, B. P., og Franklin, M. E. (2006). Traumatic and socially stressful life events among persons with social anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 20(7), 896–914. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2005.05.006>
- Hardarson, J., Hlynsdóttir, L., Skulason, A. G., Siggeirsdóttir, S., Thordardóttir, E. B., Halldorsdóttir, Þ., Tomasson, G., Holmes, E. A., Guðmundsdóttir, B., Valdimarsdóttir, U. A., Aspelund, T., Jakobsdóttir, J., Hauksdóttir, A., og Björnsson, A. S. (2025a). *Understanding the effects of life and social threats on post-traumatic stress and mental health: A cross-sectional study of 8,783 women in Iceland*. Óbirt handrit.

Andri Steinþór Björnsson is a professor of clinical psychology at the Department of Psychology at the University of Iceland. Jóhann Pálmar Harðarson Cand. Psych. is a doctoral student at the same department. Correspondence concerning this paper should be addressed to Andri, Nýi Garður, Sæmundargötu 12, 102 Reykjavík. E-mail address: asb@hi.is.

- Hardarson, J. P., Gudmundsdóttir, B., Jonsson, G. S., Johannesdóttir, B. M., Thorarinsdóttir, K., Tomasson, G., Holmes, E. A., Hauksdóttir, A. Valdimarsdóttir, U. A., Asmundson, G. og Björnsson A. S. (2025b). Association of social and life threat with symptoms of post-traumatic stress disorder and social anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 110, 102981. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2025.102981>
- Heir, T., Blix, I. og Knatten, C. K. (2016). Thinking that one's life was in danger: Perceived life threat in individuals directly or indirectly exposed to terror. *The British Journal of Psychiatry*, 209(4), 306–310. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.115.170167>
- Hyland, P., Karatzias, T., Shevlin, M., McElroy, E., Ben-Ezra, M., Cloitre, M., og Brewin, C. R. (2021). Does requiring trauma exposure affect rates of ICD-11 PTSD and Complex PTSD? Implications for DSM-5. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 13, 133–141. <http://dx.doi.org/10.1037/tra0000908>
- Larsen, S. E. og Berenbaum, H. (2017). Did the DSM-5 improve the traumatic stressor criterion? Association of DSM-IV and DSM-5 criterion A with posttraumatic stress disorder symptoms. *Psychopathology*, 50(6), 373–378. <https://doi.org/10.1159/000481950>
- Larsen, S. E. og Pacella, M. L. (2016). Comparing the effect of DSM-congruent traumas vs. DSM-incongruent stressors on PTSD symptoms: A meta-analytic review. *Journal of Anxiety Disorders*, 38, 37–46. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2016.01.001>
- Neuner, F. (2023). Physical and social trauma: Towards an integrative transdiagnostic perspective on psychological trauma that involves threats to status and belonging. *Clinical Psychology Review*, 99, 102219. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2022.102219>
- Pinto, R. J., Henriques, S. P., Jongenelen, I., Carvalho, C., og Maia, A. C. (2015). The strongest correlates of PTSD for firefighters: Number, recency, frequency, or perceived threat of traumatic events? *Journal of Traumatic Stress*, 28(5), 434–440. <https://doi.org/10.1002/jts.22035>
- Weathers, F. W., Blake, D. D., Schnurr, P. P., Kaloupek, D. G., Marx, B. P., og Keane, T. M. (2013a). *The Life Events Checklist for DSM-5 (LEC-5)*. Hægt er að nálgast þennan sjálfsmatskvarða á vefsíðu National Center for PTSD: www.ptsd.va.gov.
- Weathers, F. W., Litz, B. T., Keane, T. M., Palmieri, P. A., Marx, B. P., og Schnurr, P. P. (2013b). *The PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5)*. Hægt er að nálgast þennan sjálfsmatskvarða á vefsíðu National Center for PTSD: www.ptsd.va.gov.
- Weathers, F. W., Bovin, M. J., Lee, D. J., Sloan, D. M., Schnurr, P. P., Kaloupek, D. G., Keane, T. M., og Marx, B. P. (2018). The Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-5 (CAPS-5): Development and initial psychometric evaluation in military veterans. *Psychological Assessment*, 30(3), 383. <https://doi.org/10.1037/pas0000486>
- World Health Organization (WHO). (1993). *The International classification of diseases* (10. útgáfa). Höfundur.
- World Health Organization (WHO). (2019). *International classification of diseases* (11. útgáfa). Höfundur.