



# Introduktion til traumebevidst tilgang (TBT)

Underviser: Cæcilie Böck Buhmann, speciallæge i psykiatri

# HVEM OPLEVER TRAUMER

- Ca. halvdelen af befolkningen i Danmark oplever traumer i løbet af livet



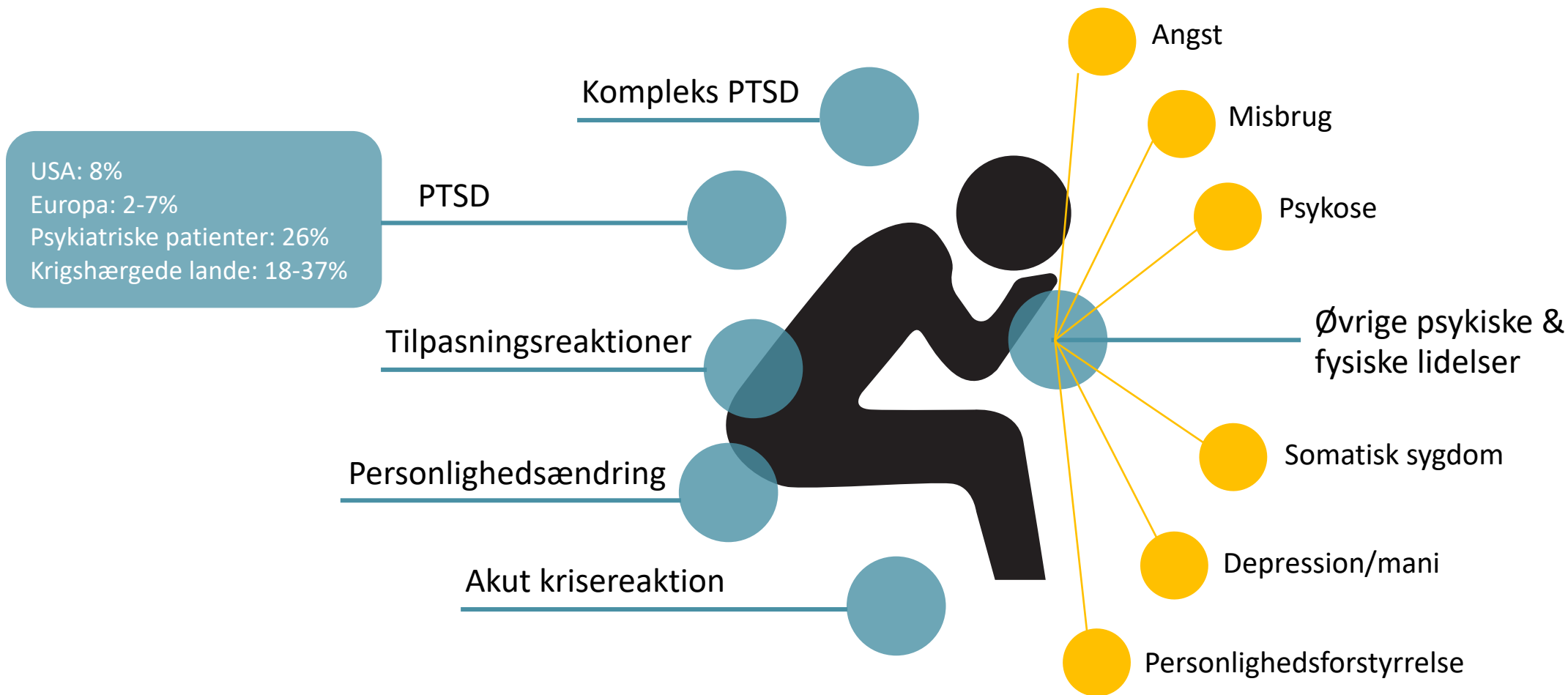
Data fra DanFund 2019

# HVEM BLIVER SYGE AF TRAUMER

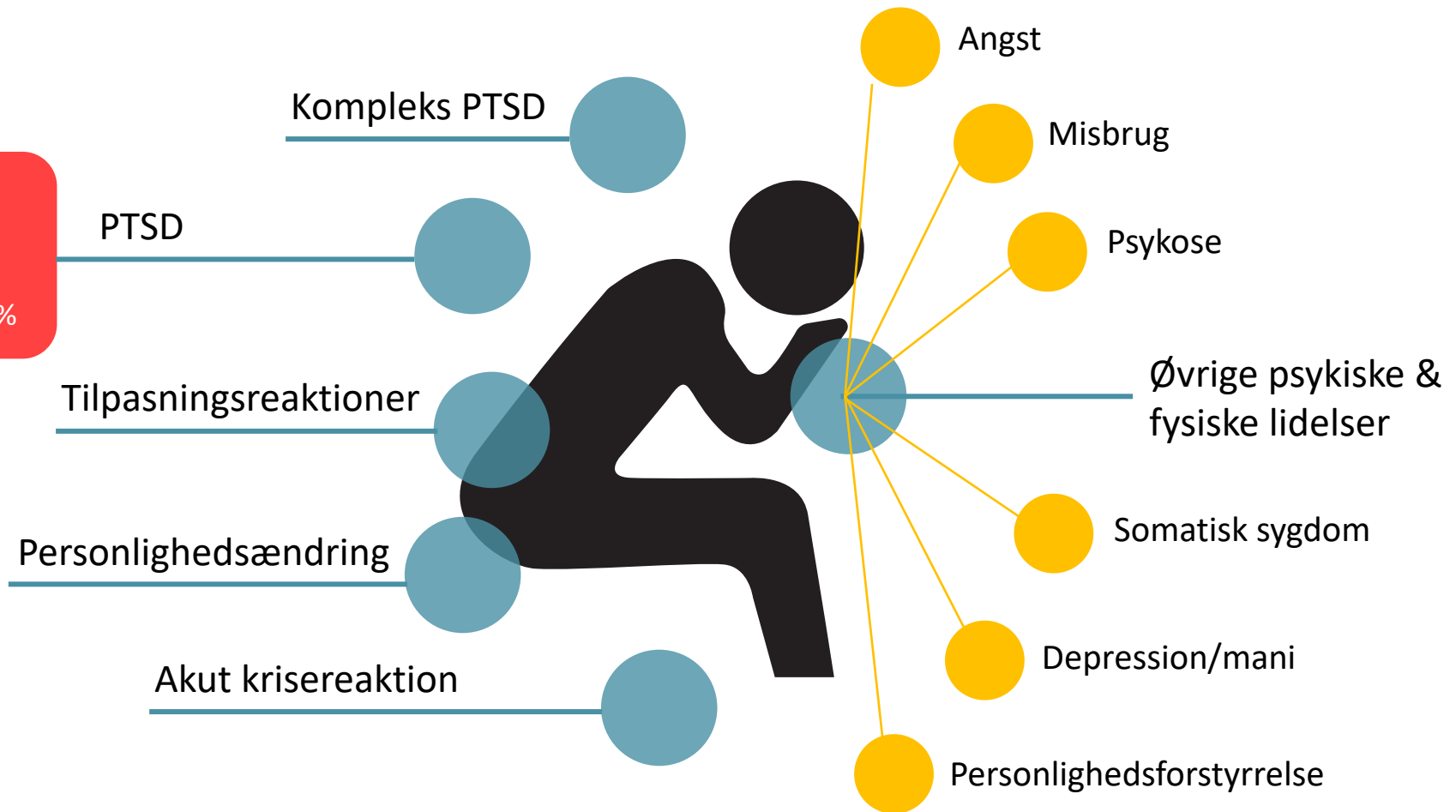
Faktorer af betydning for udvikling af PTSD



# KONSEKVENSEN AF TRAUMER



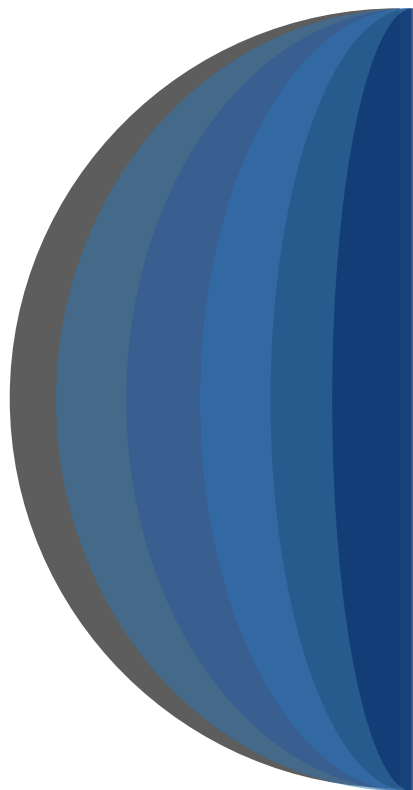
USA: 8%  
Europa: 2-7%  
Psykiatriske patienter: 26%  
Krigshærgede lande: 18-37%



## VIDEN OM TRAUMER

---

Hvad ved vi om forekomsten af traumer og PTSD hos psykiatriske patienter...?



I amerikanske studier anslås det, at 49-100% af patienter med svær psykiatrisk lidelse har været udsat for traumer (men studierne er af ældre dato).

Det anslås at PTSD-prævalensen er op til 50% blandt patienter med svær psykiatrisk lidelse.

- Mere komplicerede sygdomsforløb
- Mindre effekt af behandling
- Større risiko for udadreagerende adfærd
- Større brug af sundhedsydelser
- Højere forekomst af misbrug og selvdestruktiv adfærd

# TRAUMEBEVIDST TILGANG (TBT)

---

Definition af traumebevidst tilgang:

”En organisation kan defineres som at arbejde med en traumebevidst tilgang (TBT), **når alle medarbejdere i organisationen har en forståelse af, at traumer** kan have en indgribende effekt på individet, familier, grupper, organisationer og samfund. Organisationen skal som helhed **aktivt undgå retraumatisering** ved, at medarbejderne **forstår de mulige veje til recovery og genkender symptomer** på traumer hos patienter, pårørende, personale og andre involverede i organisationen. Denne viden om traumer **skal integreres i politikker, procedurer og praktiske handlinger** i mødet med patienter og kolleger.”

Nationalt TBT Center

# TRAUMEBEVIDST TILGANG (TBT)

---

## Traumebevidst vs. traumespecifik

*En traumespecifik tilgang*  
er specifikke terapeutiske interventioner,  
*mens en traumebevidst tilgang*  
omhandler organisatorisk kultur og praksis

## GRUNDPRINCIPPERNE I TBT:

---



Sikkerhed



Pålidelighed og gennemsigtighed



Peer-støtte



Samarbejde og gensidighed



Empowerment, stemme og  
valgmuligheder



Kulturelle, historiske og  
kønsmæssige problemstillinger

# INDSATSOMRÅDER



Interventioner ift. patienter / borgere / klienter



Fysiske rammer



Personalets traumer



Organisation og ledelse



Hvordan ville du overføre dette til din egen organisation?

## DF 43.1 PTSD

---

A. Tidligere udsættelse for exceptionel svær belastning (af katastrofekarakter)

B. Genoplevelser.

- Tilbagevendende genoplevelse af traumet i "flashbacks", påtrængende erindringer el. mareridt *eller*
- stærkt ubehag ved udsættelse for omstændigheder, der minder om traumet

C. Undgåelse af alt der minder om traumet

D. Øget alarmberedskab

- delvis, evt. fuld amnesi for den traumatiske oplevelse *eller*
- vedvarende symptomer på psykisk overfølsomhed el. alarmberedskab med mindst to af følgende:
  - ind- el. gennemsovningsbesvær
  - irritabilitet el. vredesudbrud
  - koncentrationsbesvær
  - Øget vagtsomhed
  - tilbøjelighed til sammenfaren

E. Optræder inden for 6 måneder efter den traumatiske oplevelse

---

# GENOPLEVELSER

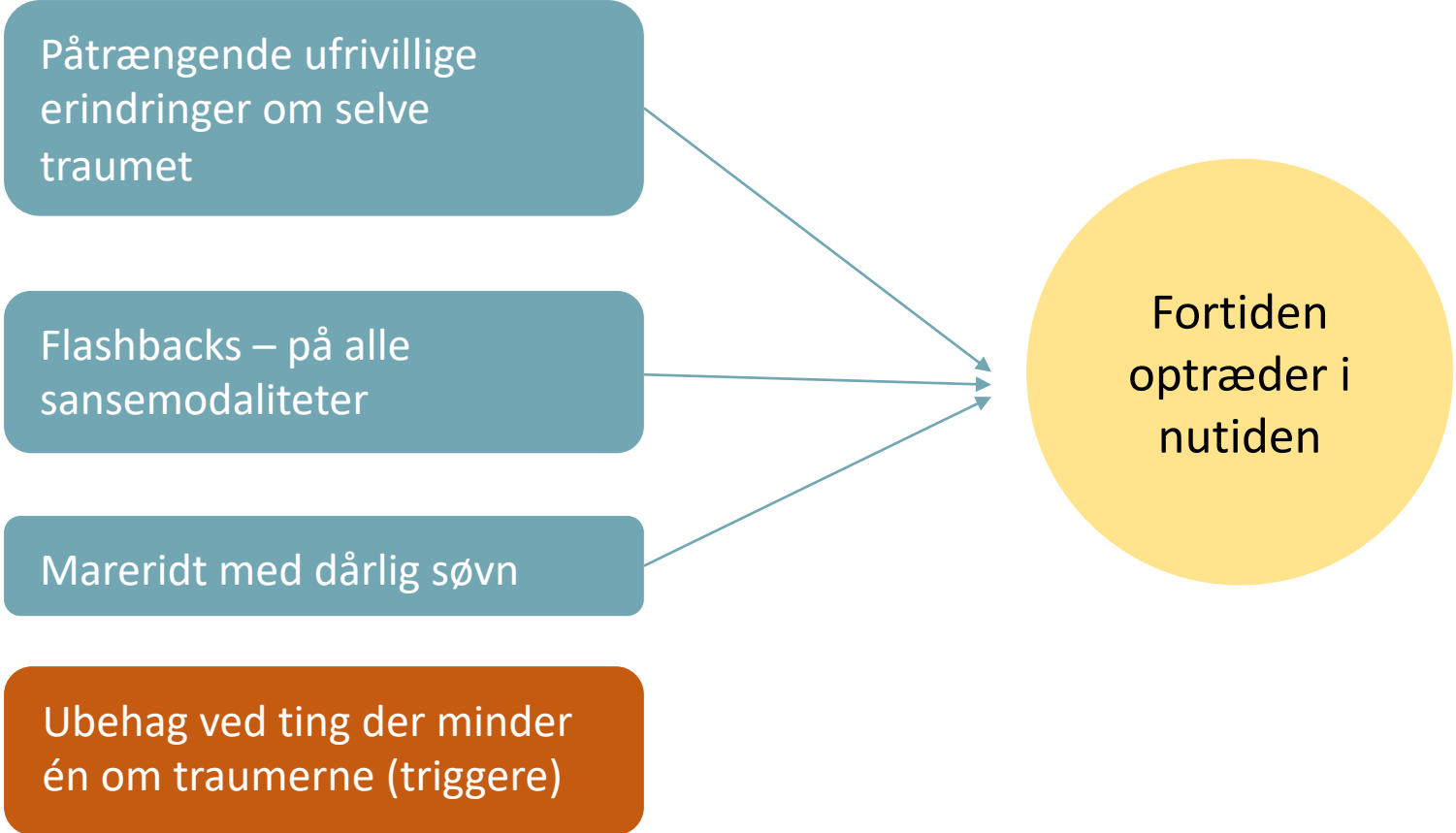
---

Påtrængende ufrivillige erindringer om selve traumet

Flashbacks – på alle sansemodaliteter

Mareridt med dårlig søvn

Ubehag ved ting der minder én om traumerne (triggere)



Fortiden  
optræder i  
nutiden

# FLASHBACKS

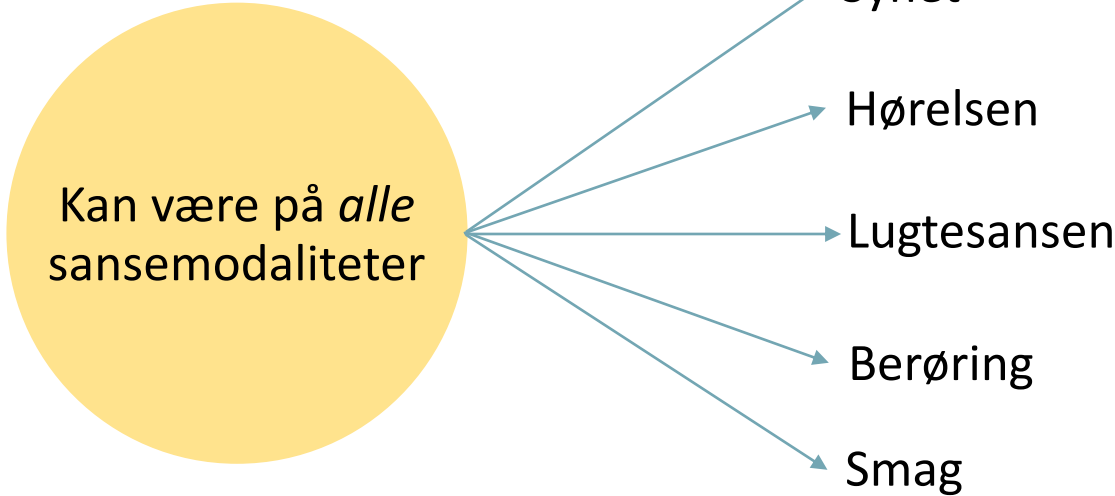
---

Tilbagevendende genoplevelser af traumerne – kan fx køre som en “film” for ens indre blik, mest hyppigt dog glimtvis (“flash”)

Helt livagtigt som om man var midt i traumerne igen

Genindspilninger af en tidligere reel oplevelse ofte set udefra, som en ”ud af kroppen” oplevelse

Kan være på *alle* sansemodaliteter



Synet

Hørelsen

Lugtesansen

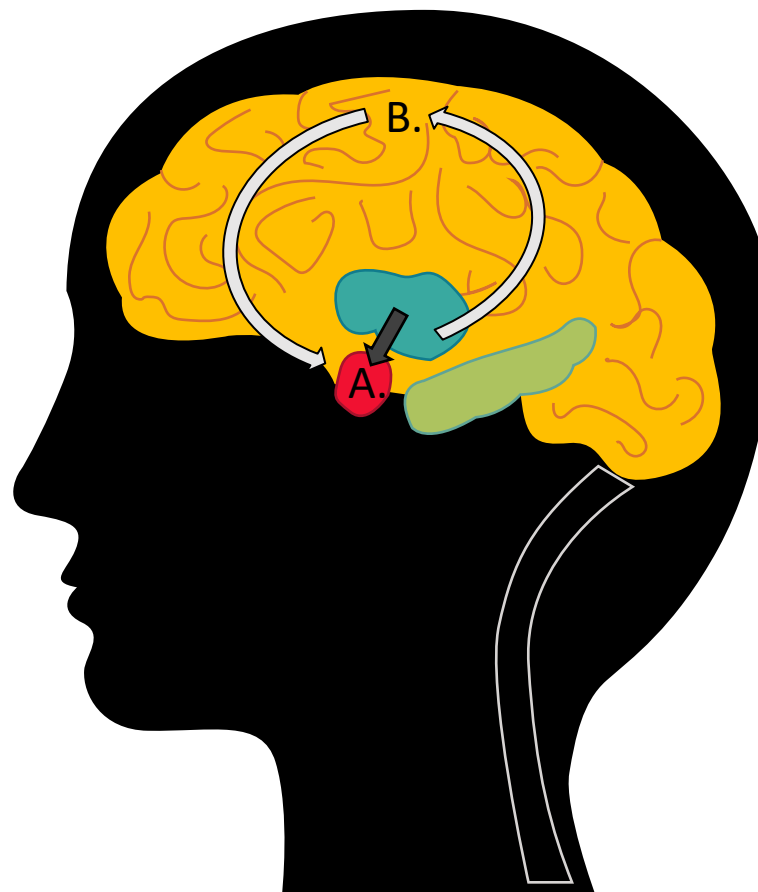
Berøring

Smag

# PTSD HJERNEN

---

- A. "Krybdyrshjernen"
- B. Den "sunde" hjerne



Cortex  
"Storehjernen"

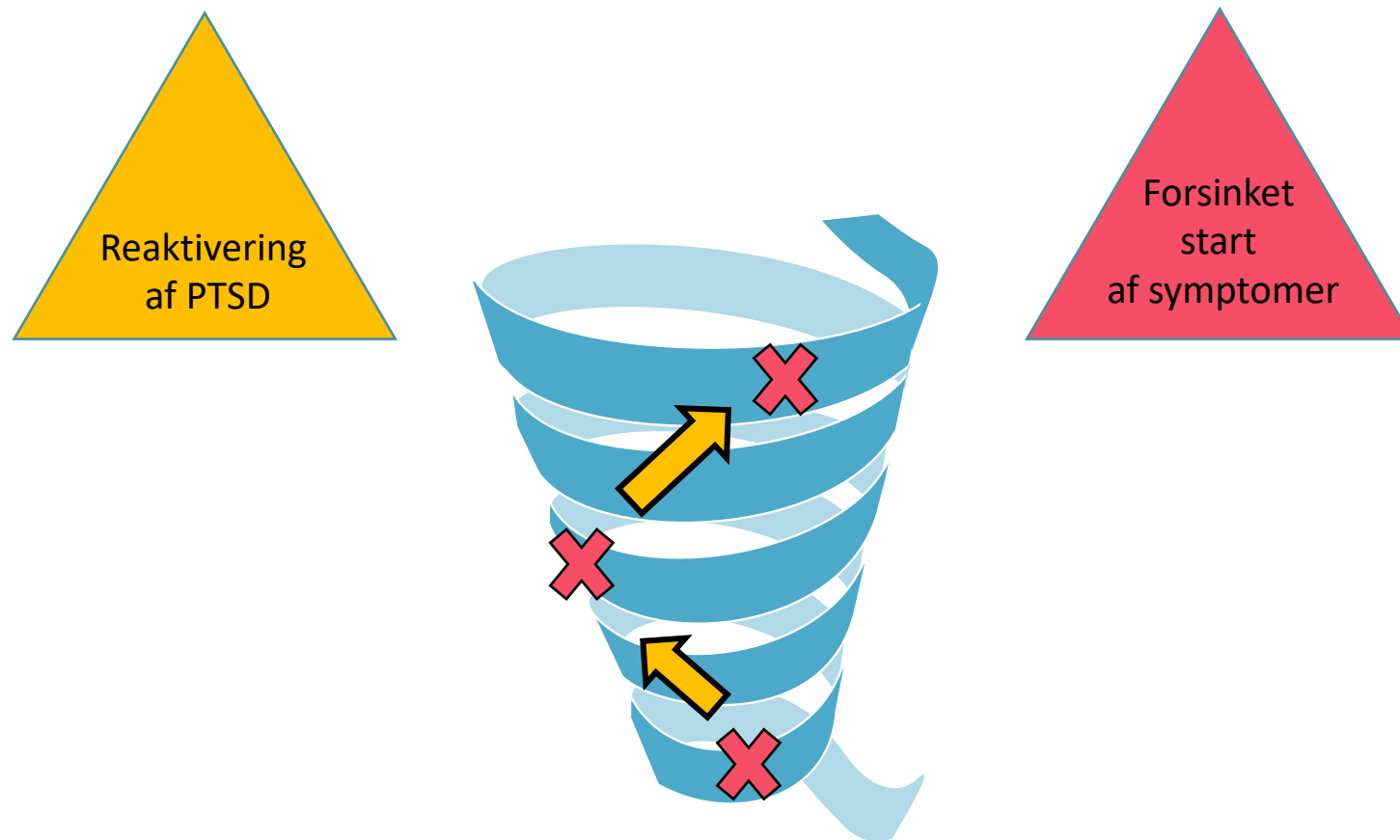
Hypothalamus

Amygdala

# TRAUMESPIRALEN


---

Sammenhængen mellem gamle og nye traumer



# UHENSIGTSMÆSSIG COPING

---

- 
- En adfærd tillært for at mindske psykisk smerte
  - Er skadelig eller farlig for patienten
  - Risiko for at den øges i takt med at terapi øger kontakt med traumeminder og følelser
  - Skal ikke nødvendigvis være fraværende for at behandling er mulig, men skal kunne drøftes og monitoreres

## **Eksempelvis:**

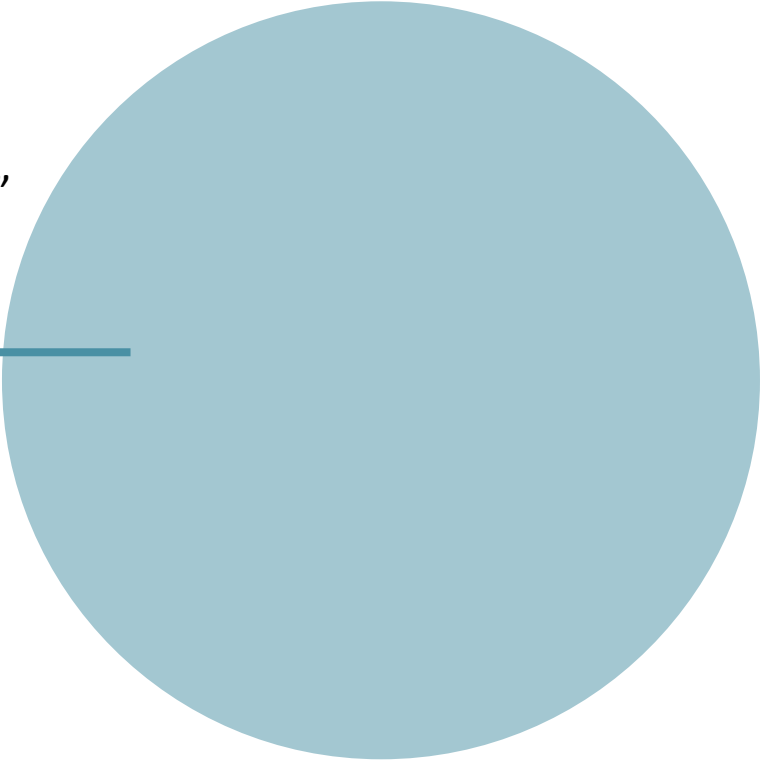
- Selvskade
- Misbrug af psykoaktive stoffer
- Spiseforstyrrelse
- Tvangshandlinger
- Overmotionering
- Forbrug af smertestillende (som respons på fysiske smerter)

## DEFINITION AF DISSOCIATION

---

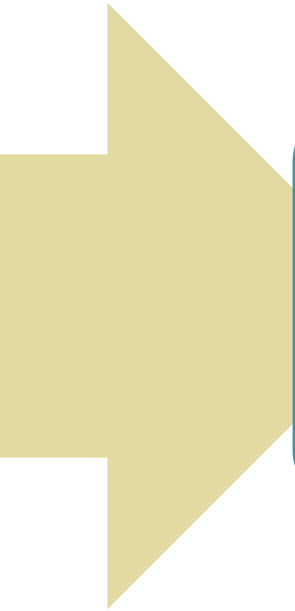
”Delvist eller fuldstændigt tab af den normale integration mellem erindring, identitetsbevidsthed, umiddelbare sanseoplevelser og beherskelsen af den legemlige motorik”  
*ICD-10*

---



# DISSOCIATION

... og afledte symptomer



Dissociation  
ved traumatisk  
hændelse

Dissociation  
ved ubehagelige  
følelser og  
kropslige  
reaktioner

Dissociation  
ved følelser og  
kropssansninger

Manglende  
evne til at  
mærke krop  
og følelser

PNES,  
Selvskade,  
Spiseforstyrrelse

# TEGN PÅ DISSOCIATION

---

... i klinikken

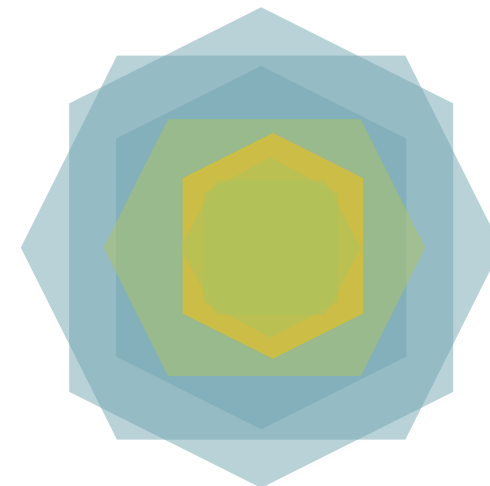


- Uvirkelighedsfølelse
- Ser ting udefra
- Kan ikke huske detaljer
- Kan ikke mærke noget
- Svimmel
- Kvalme
- "Mental"
- Fryser
- Fraværende
- "Spaced out"

## CASE

---

- 41 årig kvinde, alene med datter på 5 år
- Barndom præget af fysisk og psykisk vold samt meget voldelige seksuelle overgreb. Er flere gange truet med kniv eller jagtgevær ifm. overgreb. Krænket af far.  
Mor har et par gange overværet volden og overgrebene
- PTSD med regelmæssige flashbacks og mareridt.  
Sover meget dårligt. Koncentrations- og hukommelsesproblemer
- Udtalt dissociationstendens. "Ud af kroppen-oplevelser".  
Mærker ikke kroppen. Mærker ikke følelser.  
Ved ofte ikke hvordan hun er kommet fra A til B
- Motorisk meget urolig. Piller ved sit tøj eller andre ting.  
"Skjuler sig/ beskytter sig" bag sin jakke, der ligger på skødet
- Har ikke klaret at gennemføre uddannelse pga. koncentrationsproblemer



# BEHANDLINGSMULIGHEDER

---

Primære behandling er traumefokuseret psykoterapi:

- Traumefokuseret Kognitiv Adfærdsterapi (TF-KAT)
- Prolonged Exposure (PE)
- Eye Movement Desensitization & reprocessing (EMDR)
- Cognitive Processing Therapy (CPT)

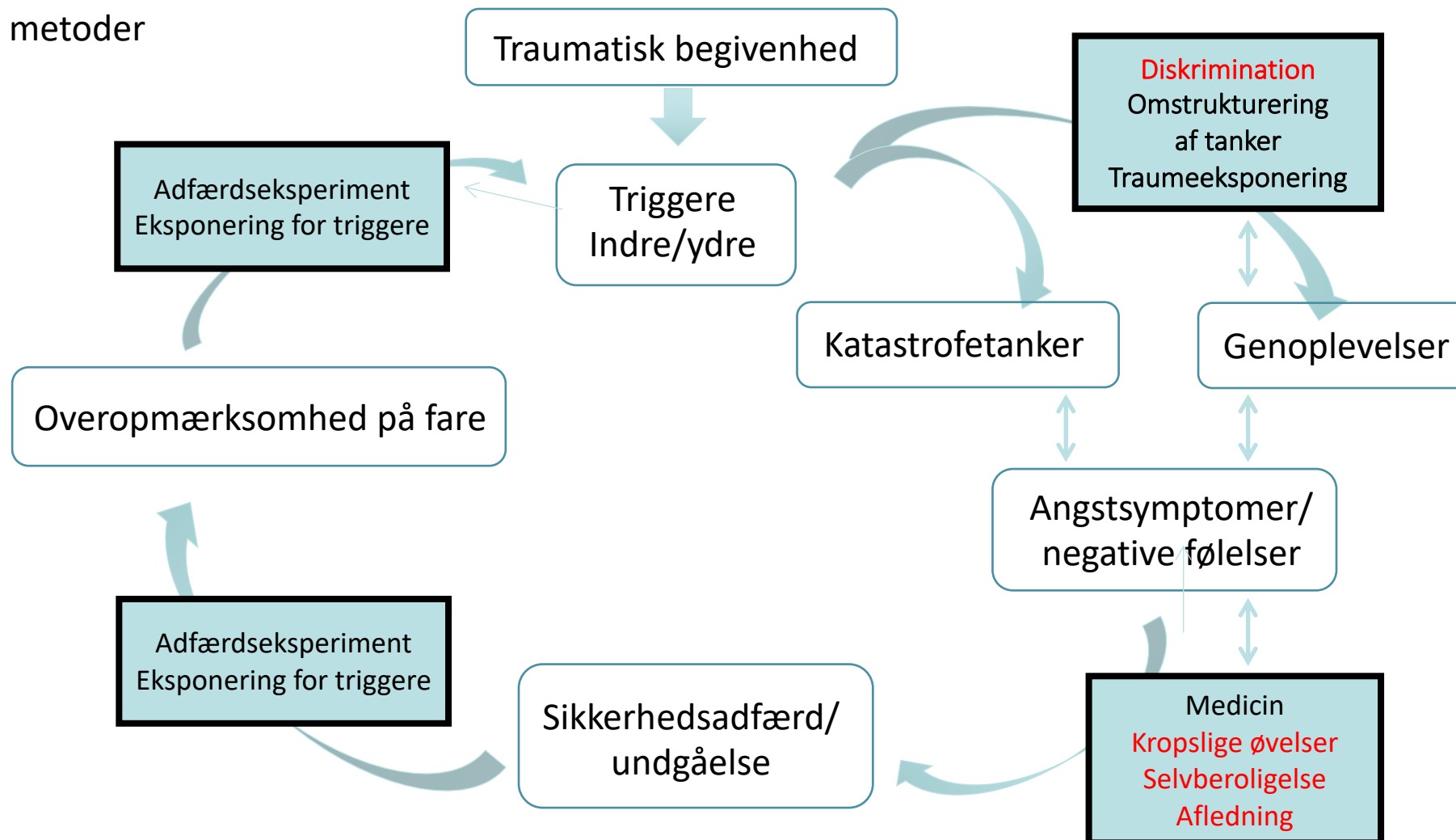
- Udred komorbiditet og somatisk sygdom
- Vær opmærksom på sociale omstændigheder
- Begræns samtidige belastninger

Kan (især ved søvnforstyrrelser) suppleres med:

- Medicin (SSRI / SNRI)
- Kropsterapi
- Mindfulness
- MDMA / Neurofeedback m.m.

# DEN ONDE CIRKEL

- med metoder



## ALARMBEREDSKAB

---



- Skab klare rammer og tryghed
- Giv i det omfang det er muligt patienten indflydelse på så meget som muligt af hverdagen og rammerne omkring behandlingen
- Start altid en samtale med at fortælle om formålet
- Tjek med patienten om han har behov for tilpasning af de fysiske rammer for at føle sig tryk
- Arbejd med vejrtrækningen
- Beroligelse af kroppen
- Afledningsøvelser (skift i fokus)
- Håndtering af følelser fx vrede
- Søvn

## LOW-AROUSAL METODER

---

- metoder til at dæmpe nervesystemet

### Beroligelse af kroppen

-  Gåtur
-  Yoga
-  Ball-stick massage
-  Fysisk træning
-  Kugledyne
-  Tai Chi / Qi-Gong
-  Body Awareness Therapy

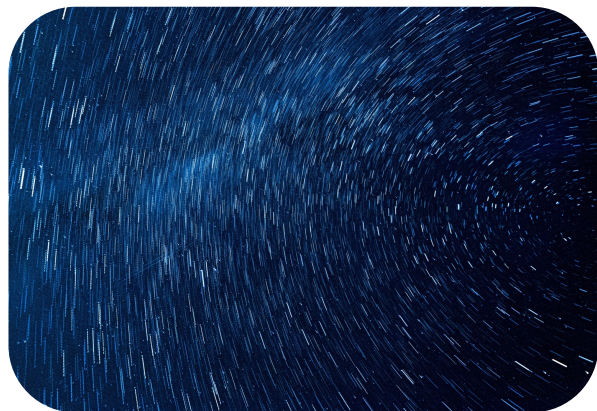


### Afledningsøvelser

- Tegning og maling (fx farvelægge mandala-tegning)
- Lytte til musik
- Deltage i madlavning, oprydning og borddækning
- Spille et spil
- Håndværk og håndarbejde
- Sportsaktiviteter

## HVORDAN KAN MAN MODVIRKE DISSOCIATION?

---



Dissociation bringer dig væk  
fra tilstedeværelse i nuet

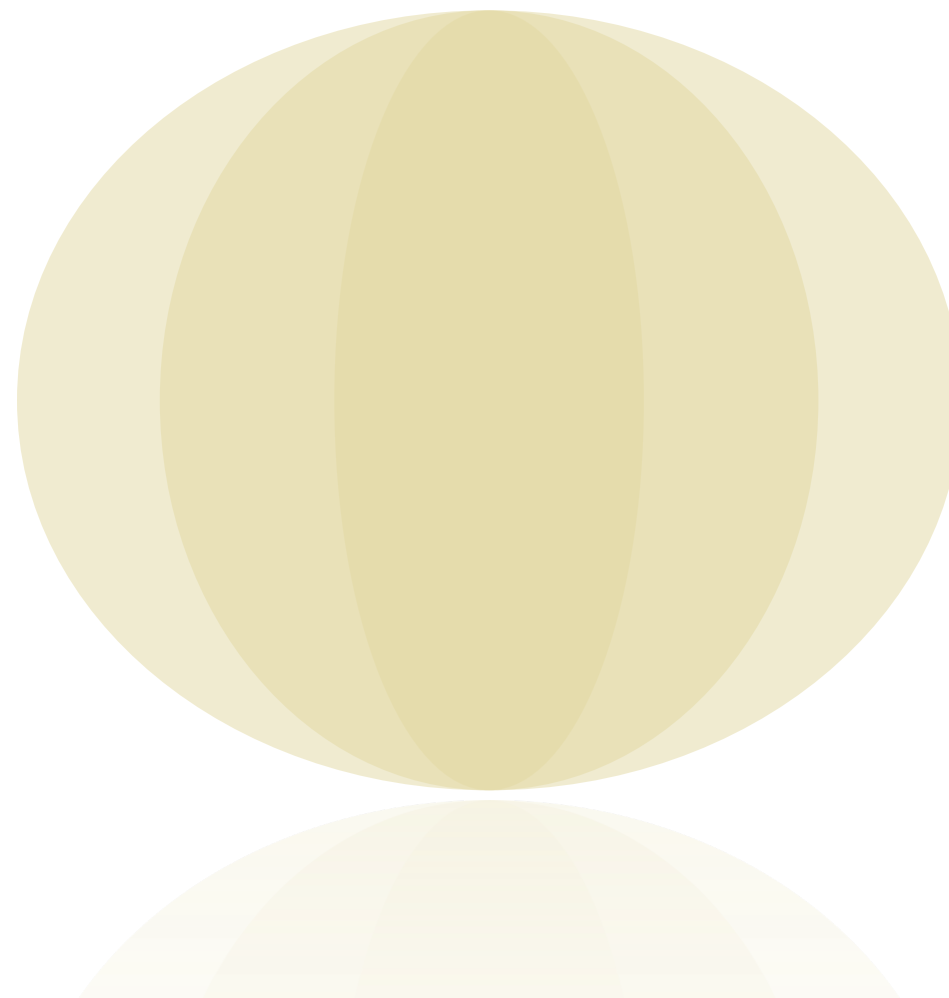


Brug dine sanser og din krop til  
at bringe dig tilbage i nutiden

## DISSOCIATIONSØVELSER

---

1. Beskriv hvad du ser uden for vinduet i så mange detaljer som muligt
2. Benævn alle hvide ting i rummet
3. Læg mærke til ryglænet mod din ryg, lår og bagdel mod stolesædet og dine fodsåler mod gulvet
4. Tæl mursten
5. Beskriv en plakat for hinanden, som I kan se i lokalet. Beskriv den som om, I beskrev den over telefonen (fakta, - ikke domme og associationer)
6. Stå op og hop, klap, ryst eller gå rundt



## DISKRIMINATIONSMETODEN

---

Anvendes **når en situation trigger** angst og genoplevelse eller tanker om, at situationen er ligesom traumesituationen.

Fokusér på **forskelle** (diskriminér) mellem dengang og nu (fokusér ikke på ligheder):

- Hvad karakteriserede dig, andre mennesker og situationen dengang?
- Hvad er anderledes i dag (i den situation, der gør dig angst)?

### Eksempel:

Hører hurtige skridt bagfra – de minder om noget fra traumetidspunkt.

**Dengang** var jeg udsat for et røveri, gik jeg alene i en park. Det var aften. Jeg havde min taske hængende over skulderen.

**Nu** er det dag. Her er mange mennesker. Jeg kan vende mig om og se hvem det er. Jeg har ikke taske med. Der er ingen fare.

# SØVN OG MARERIDT



## Almindelig god søvnhygiejne

Ikke kaffe og koffein efter kl. 16  
Køligt og mørkt lokale  
Sluk for elektriske apparater  
Drik varm mælk eller sløvende the



## Særlig traumerelateret håndtering

Tænd lyset når du vågner efter mareridt  
Skift stilling  
Brug afledningsøvelser og øvelser mod dissociation  
Dæmp alarmberedskab mest muligt inden søvn



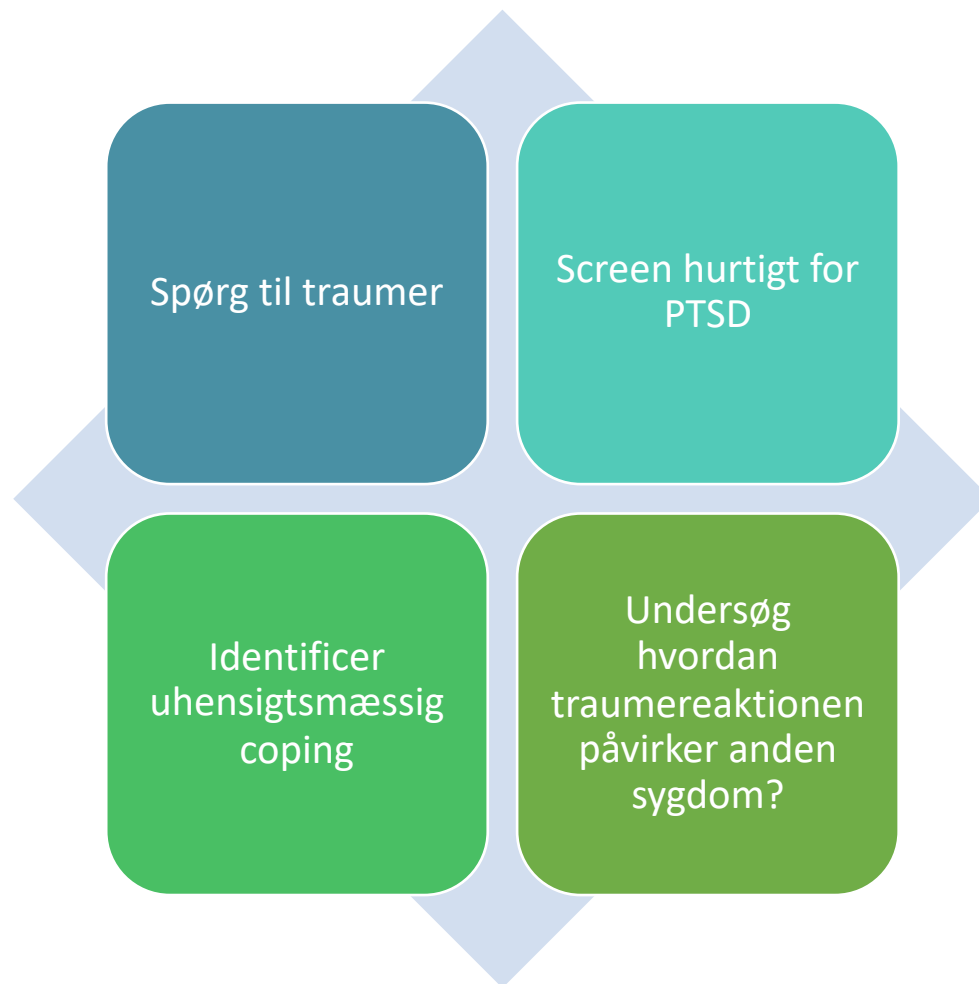
## ”Imaginary rescripting”

At gendigte en anden slutning på de typiske mareridt



## Evt. medicinsk behandling men IKKE benzodiazepiner

## FORSLAG TIL KLINIKERE



## FORSLAG

... til personer uden klinisk funktion

- Overvej om du overhovedet bør spørge
- Overvej et medfølende og passende svar til en person, der selv fortæller det
- Husk medmenneskeligheden
- Vurder grænsen mellem professionalisme og nyfikenhed
- Sørg for at passe på dig selv
- Overvej om og hvordan det skal formidles til kolleger

# SÅDAN KAN DU TALE OM TRAUMER

---

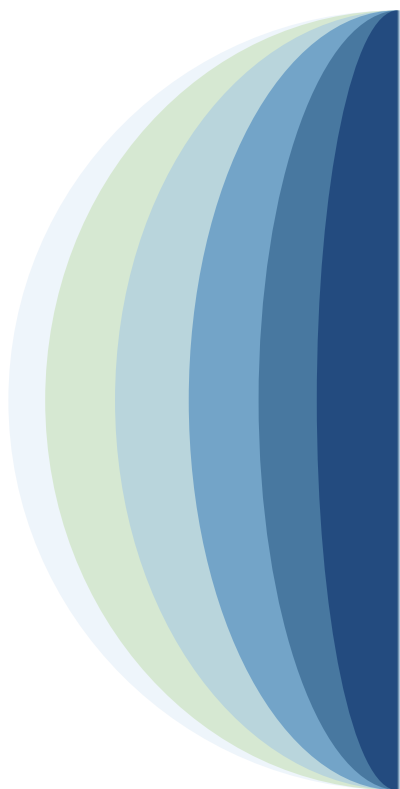
Vær ikke bange for at tale om traumer



- Har du nogensinde været udsat for alvorlige traumer som fx vold, seksuelle overgreb eller alvorlige ulykker?
- Genoplever du traumerne enten i dine drømme eller når du er vågen, ved fx at se hændelserne igen og igen for dit indre blik?
- Er der ting du undgår, fordi det minder dig om traumerne, fx steder, mennesker, TV-udsendelser eller bestemte aktiviteter?
- Prøver du at lade være med at tænke på traumerne?
- Er der dele af dit liv eller af de traumatiske hændelser, som du ikke husker så godt?
- Oplever du, at du hele tiden er på vagt og skanner dine omgivelser?
- Har du en tendens til nemt at blive forskrækket eller fare sammen fx ved en pludselig lyd eller bevægelse?
- Kan du blive vred eller voldelig, når du bliver forskrækket?

## UNDGÅ TAB AF VIDEN

---



- Hvordan kan vi registrere væsentlige oplysninger om pleje og traumestatus i vores egne systemer?
- Hvordan kommunikerer vi / patienten væsentlige oplysninger til andre behandlere omkring patienten?
- Hvordan undgår vi, at patienten skal sige det samme igen og igen?

## MERE VIDEN?

Se mere på [www.traumeklinikken.dk](http://www.traumeklinikken.dk)



### Gratis virtuelle forelæsninger kan streames:

- **Hvorfor fokus på traumer i psykiatrien og hvordan kan man arbejde traumebevidst med dem** af *Overlæge, Ph.d. Cæcilie Buhmann, Psykiatrien VEST i Slagelse & psykolog, ph.d. Sofie Folke, Forsvarets Veterancenter*
- **Behovet for traumebevidsthed i psykiatrien fra et brugerperspektiv** af *Helle Cleo Borrowman, Landsforeningen Spor – Brugerforening for voksne med senfølger af seksuelle overgreb i barndommen*
- **Erfaringer med implementering af TBT på intensivt sengeafsnit i Slagelse** af *Afdelingssygeplejerske Anette Bramming-Hansen og specialsygeplejerske Isabell Malm Junker*
- **Erfaringer med implementering af TBT i psykiatrien i Region Syddanmark** af *Mathilda Randris Andersen, Kvalitetskonsulent, Psykiatrien i Region Syddanmark*
- **Det nationale arbejde med at implementere TBT i psykiatrien** af *Sygeplejerske, Ph.d. Jesper Bak, Sygeplejerske, Ph.d. Jacob Hvidhjelm og Sygeplejerske, Ph.d. Lene Lauge Berring* *initiativtagere til det Nationale TBT Center*