



Traumebevidst tilgang (TBT)

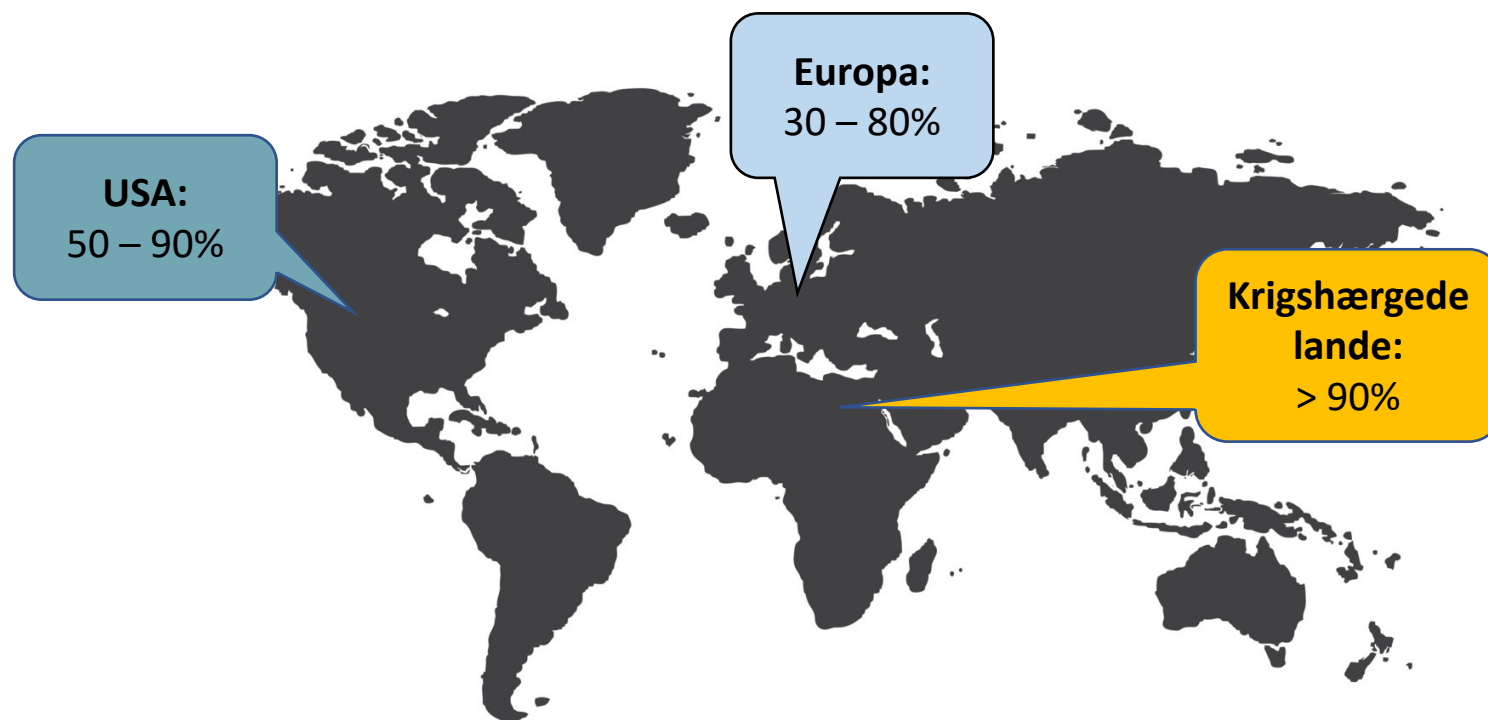
En organisatorisk tilgang til
at arbejde med sårbare personer

Af Cæcilie Böck Buhmann, speciallæge i psykiatri

1. DEL

Forekomsten af traumer

HVOR MANGE HAR TRAUMER?



Ikke nemt at fastslå, da det afhænger af målemetode og befolkningen der undersøges

HVEM OPLEVER TRAUMER

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



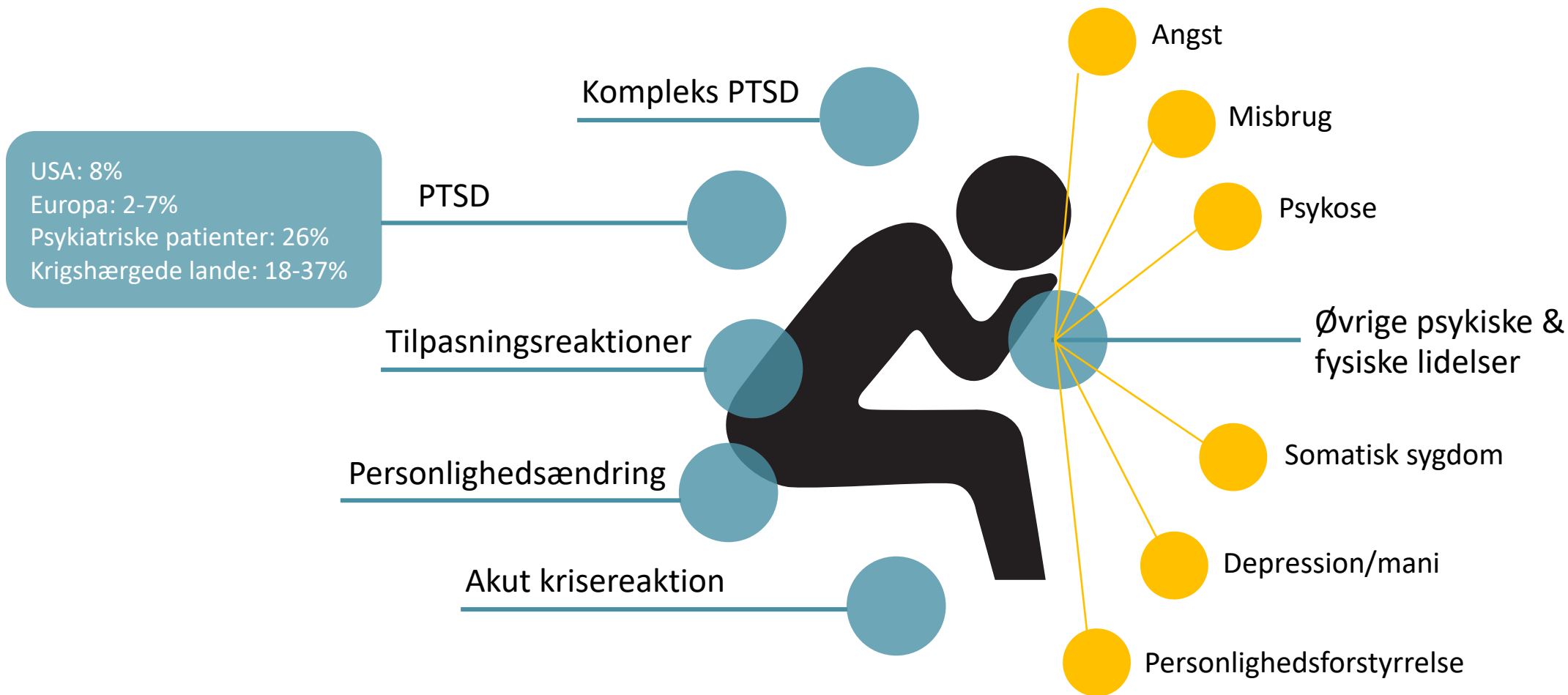
Data fra DanFund 2019

HVEM BLIVER SYGE AF TRAUMER

Faktorer af betydning for udvikling af PTSD

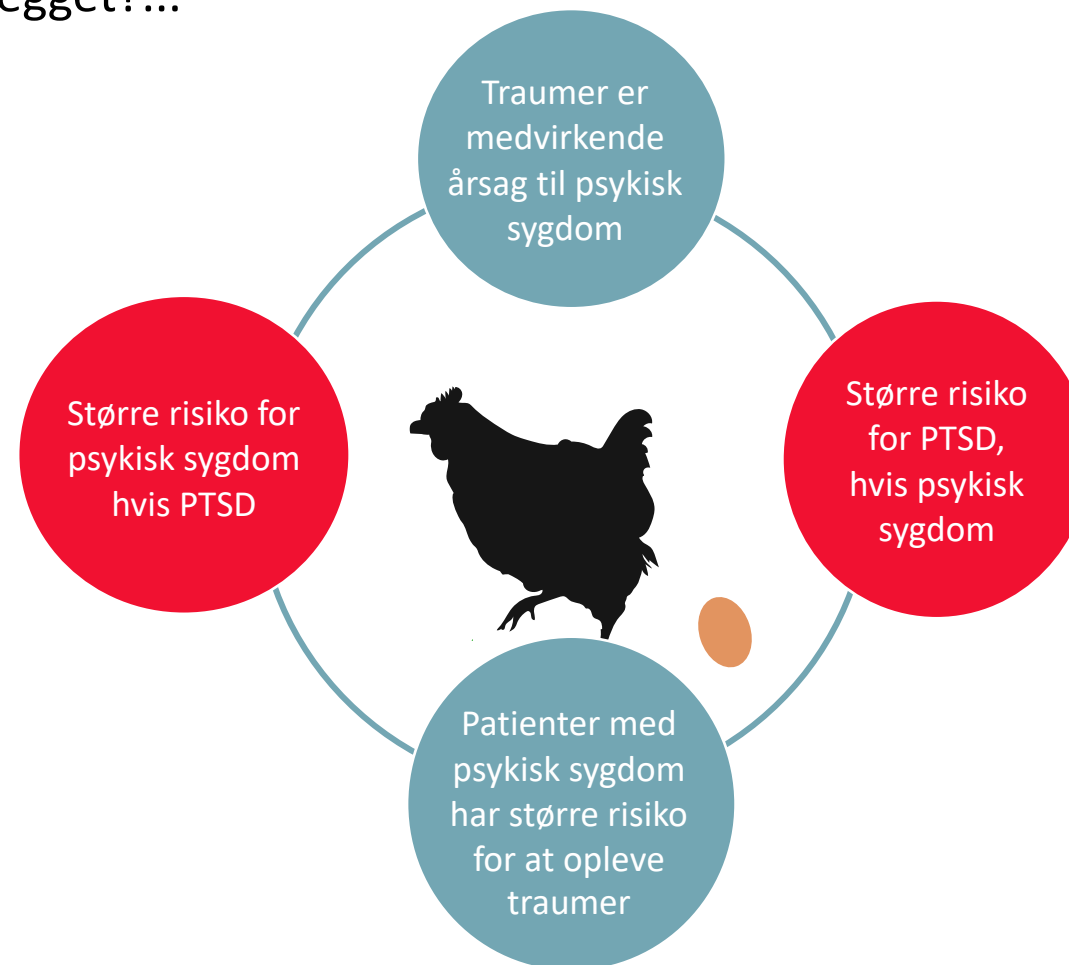


KONSEKVENSEN AF TRAUMER



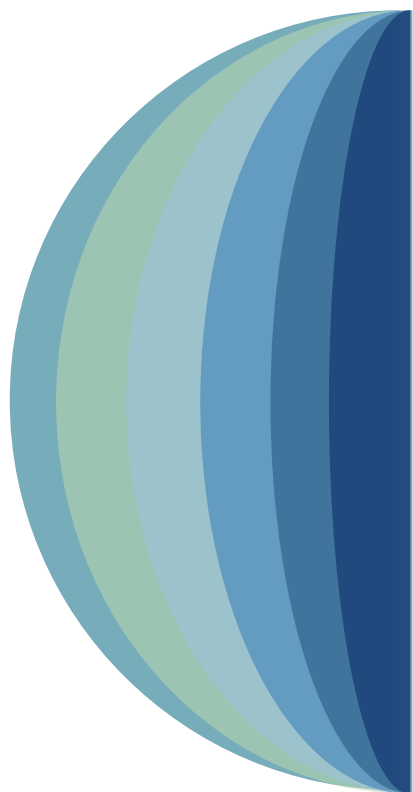
TRAUMER, PSYKISK SYGDOM OG PTSD

Hvad er hønen og ægget?...



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

2. DEL

Hvorfor arbejde med en traumebevidst tilgang?

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?

3. DEL

Traumereaktioner

PSYKOPATOLOGIEN



ICD-10

- PTSD
- Belastningsreaktion
- Tilpasningsreaktion
- Varig personlighedsændring efter katastrofeoplevelse
- Dissociative lidelser

Andre

- Komplex PTSD (ICD-11)
- Psykotisk PTSD
- Dissociativ PTSD (DSM 5)
- Forlænget sorgreaktion (ICD-11)

F 43.0 AKUT BELASTNINGSREAKTION

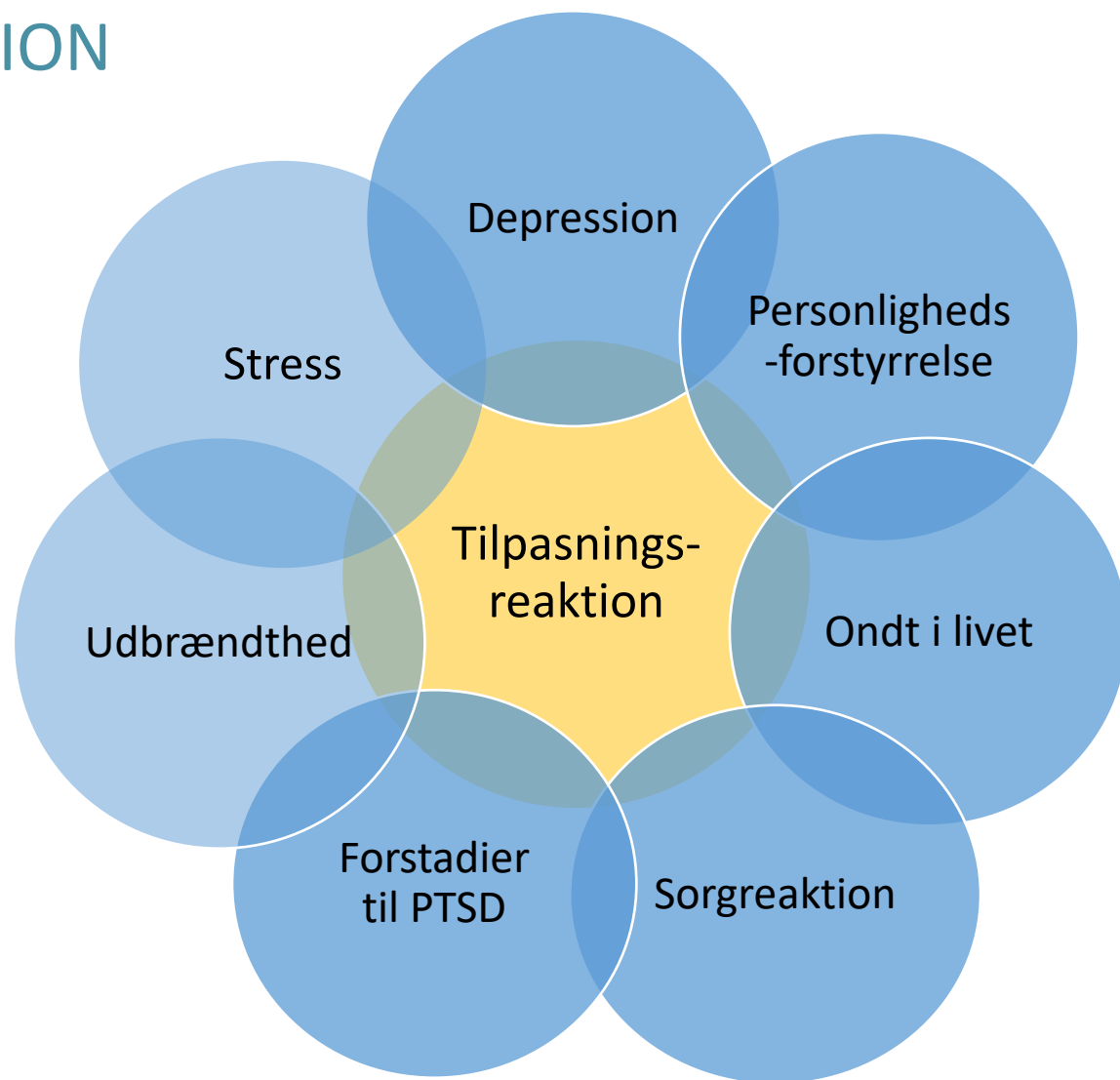
Udsættelse for exceptionel svær fysisk eller psykisk belastning
(af katastrofekarakter)

Umiddelbart efterfulgt af:

- Symptomer som ved generaliseret angst
- Tilbagetrukkethed
- Bevidsthedsindsnævring
- Desorientering
- Vrede eller verbal aggressivitet
- Fortvivlelse eller håbløshed
- Overdreven eller formålsløs hyperaktivitet
- Ubehersket og overdreven sorgreaktion

F 43.2 TILPASNINGSREAKTION

- Traume eller belastning der ikke er af katastrofekarakter - inden for en måned
 - Emotionelle og adfærdsmæssige symptomer
 - Opfylder ikke kriterier for anden lidelse
- Dækker meget bred vifte af problemstillinger
- I tiltagende grad kronisk og årsag til erhvervsevnetab



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

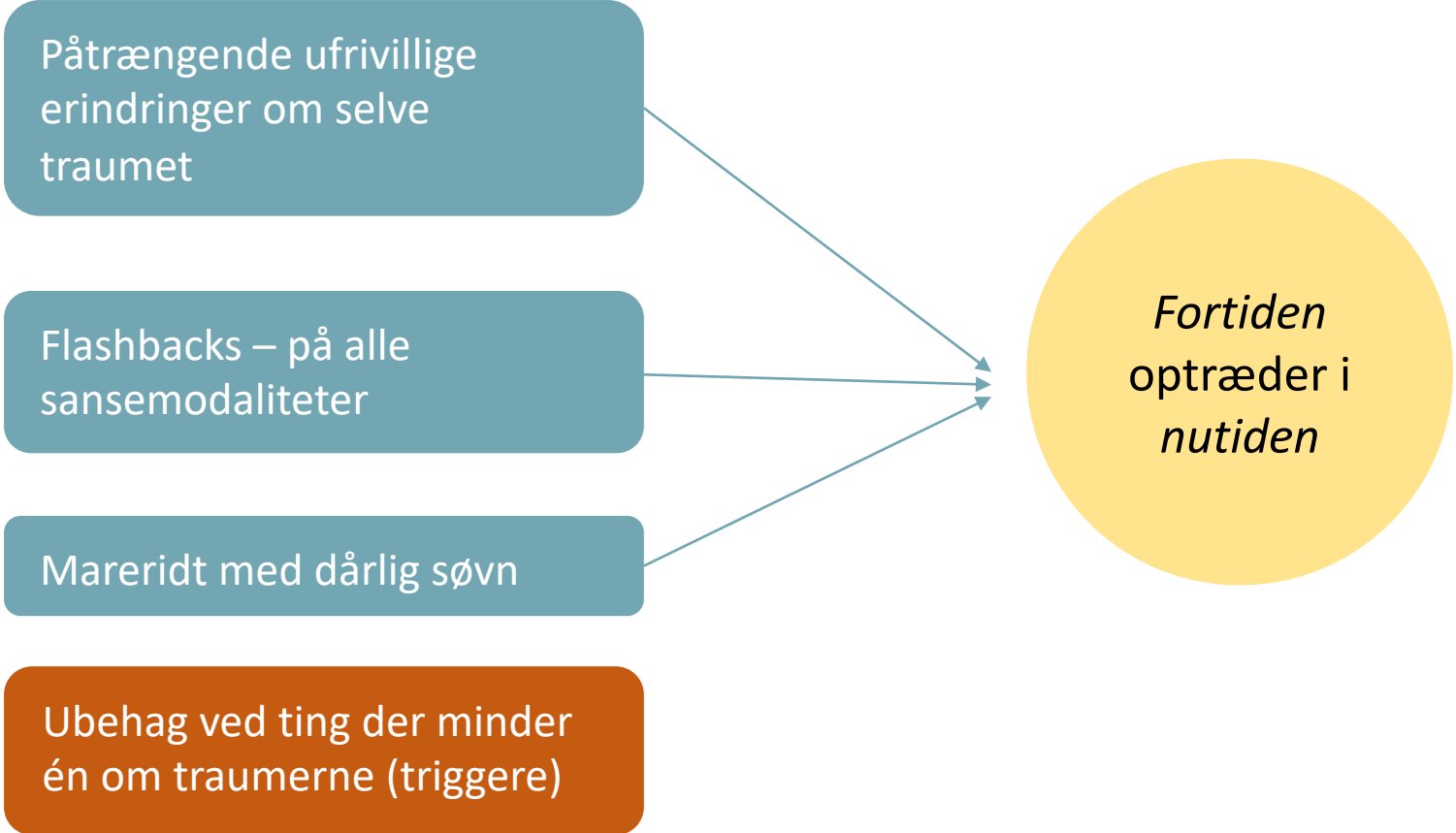
GENOPLEVELSER

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



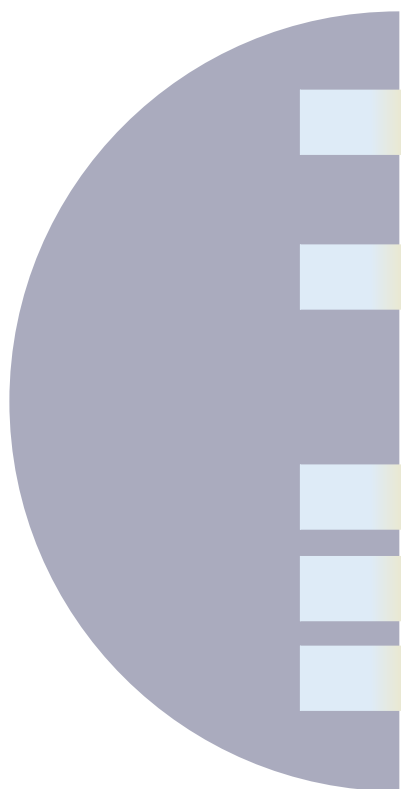
Synssansen

Hørelsen

Følesansen

Lugtesansen

UNDGÅELESADFÆRD



- Forsøg på at undgå alt hvad der kan minde én om traumerne – indre og ydre triggere
- Undgår for mange sansestimuli:
Situationer, steder, personer, aktiviteter, kropstillinger, følelser, tanker
- Isolationstendens
- Følelsesmæssigt “lukke sig inde” i sig selv
- Hæmmer funktionsniveau

PSYKISK OVERFØLSOMHED / ALARMBEREDSKAB

- Irritabilitet
- Vredesudbrud
- Koncentrationsbesvær
- Hukommelsesbesvær
- Kronisk anspændthed
- Følelse af at “være på vagt”
- Farer sammen ved mindste lyd

...eller

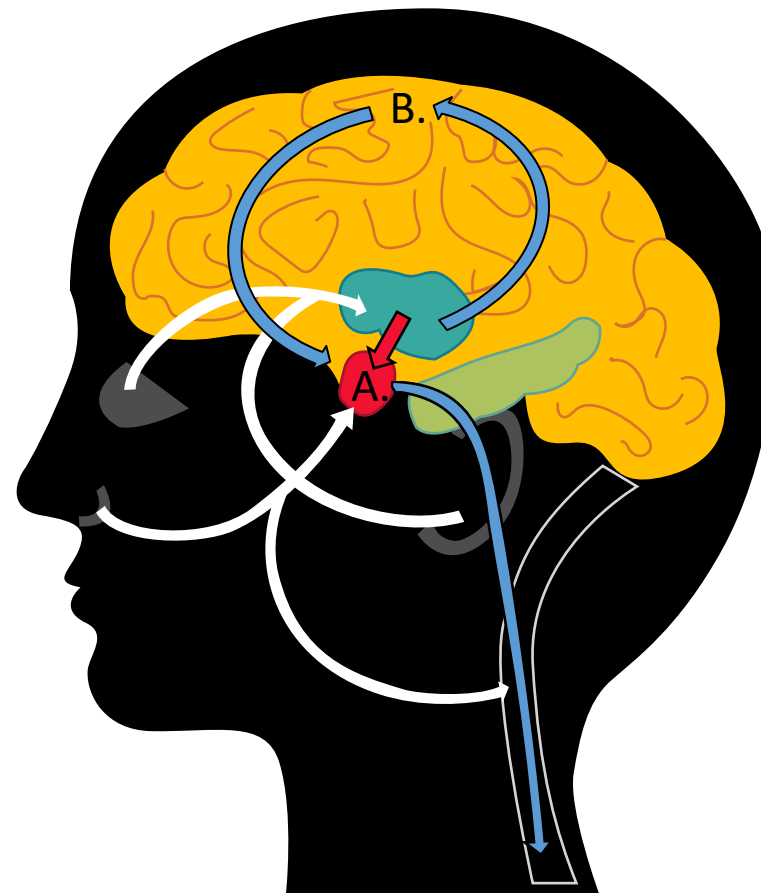
Hel eller delvis amnesi
for det hændte

THE “HIGH” ROAD & THE “LOW” ROAD

Joseph LeDoux: The Emotional Brain



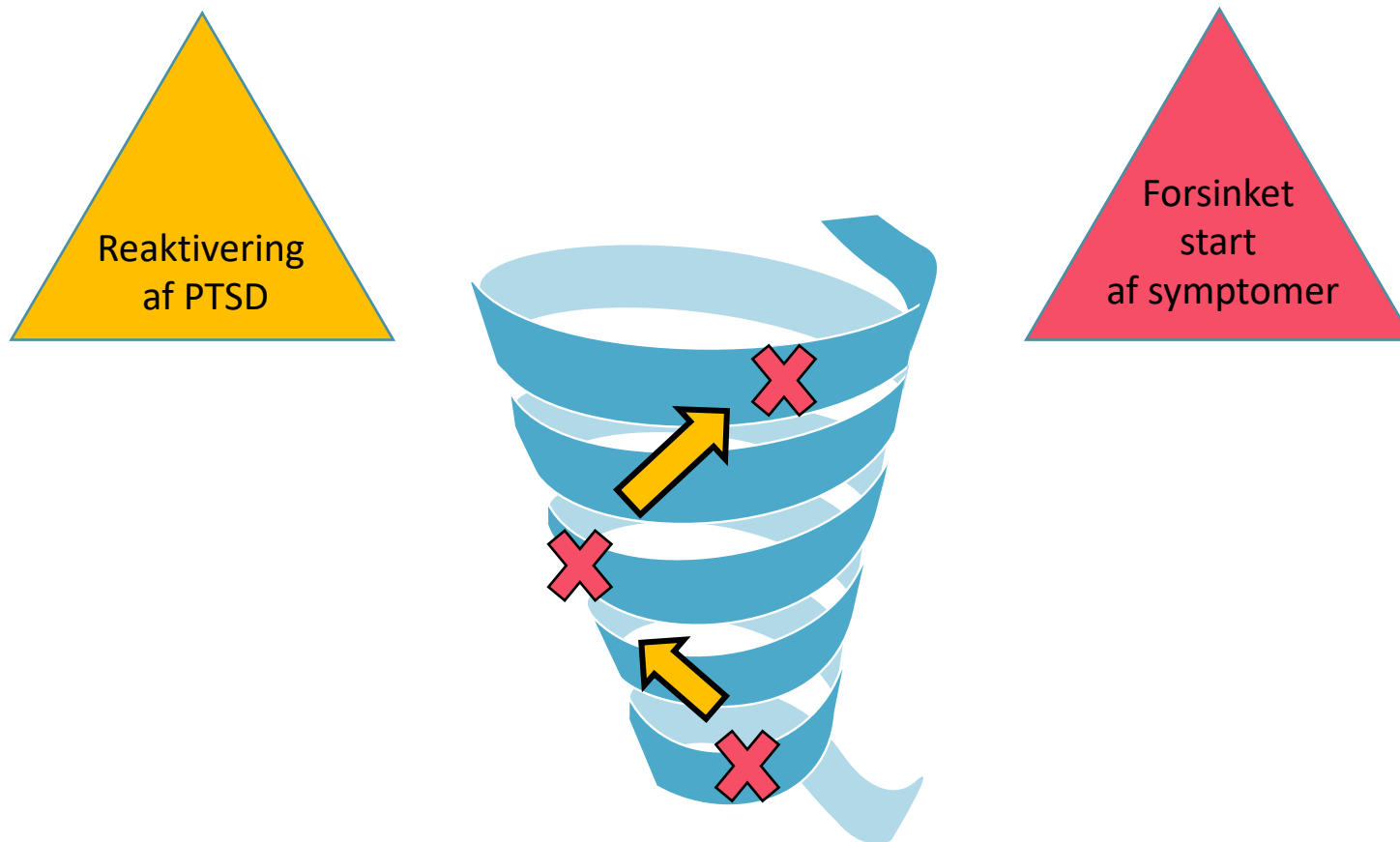
- A. “The low road”
- B. “The high road”



- Cortex
“Storehjernen”
- Hypothalamus
- Amygdala
- Hippocampus

TRAUMESPIRALEN

Sammenhængen mellem gamle og nye traumer



DF 62.0 Personlighedsændring efter katastrofeoplevelse

A. Eksponering for katastrofal stress (dvs. erfaring fra koncentrationslejr, tortur, katastrofe, langvarig udsættelse for livstruende situationer)

B. Personlighedsændringen skal være betydelig som angivet ved tilstedeværelsen af **mindst to af følgende:**

- En permanent fjendtlig eller mistroisk holdning til verden
- Social tilbagetrækning
- En konstant følelse af tomhed og/eller håbløshed

- En vedvarende følelse af “at være på kanten” eller truet uden nogen ydre årsag
- En permanent følelse af at være blevet ændret eller at være forskellig fra andre (fremmedgørelse)

C. Betydelig påvirkning af funktionsniveauet

D. Personlighedsændringen skal have udviklet sig efter katastrofeoplevelsen

E. Personlighedsændringen skal have været til stede i mindst to år

DF 62.0 Personlighedsændring efter katastrofeoplevelse

Et spektrum:



KOMPLEKS PTSD

PTSD symptomer **samt...**

1) Dysregulering af affekt

- ▷ Depressiv
- ▷ Vrede
- ▷ Manglende evne til at mærke og beskrive følelser
- ▷ Dissociation (depersonalisation og derealisation)

2) Nedsat selvværd

- ▷ Følelse af at være forkert, fiasko, værdiløs
- ▷ Skamfølelse
- ▷ Skyldfølelse

3) Interpersonelle problemer

- ▷ Social tilbagetrækning
- ▷ Overvældende at være tæt på andre mennesker

CASE – KOMPLEKS PTSD

- 31-årig kvinde vokset op i hjem præget af vold, seksuelle overgreb og omsorgssvigt
- Forlod hjemmet som 12-årig og kom ind i miljø med hashmisbrug
- Første gang indlagt som 15-årig og fik efter nogle år stillet skizofrenidiagnose
- Mange og langvarige indlæggelser i psykiatrisk regi de næste 15 år og ophold på socialpsykiatriske bosteder
- Massivt behandlet med antipsykotika fx flere antidepressiva, benzodiazepiner og stemningsstabiliserende
- Efter skift til voksenpsykiatri ændres diagnosen til emotionel ustabil personlighedsforstyrrelse
- Diagnose ændres til kompleks PTSD da hun er 30. Hun sættes i behandling herfor og stopper medicin. Kan bo i egen bolig og har en kæreste
- Fortsætter med at have nogle PTSD symptomer og perioder med selvskade og selvmordsadfærd som kræver indlæggelse, men disse er væsentlig færre

4. DEL

Uhensigtsmæssig coping og dissociation

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)

COMORBIDITET

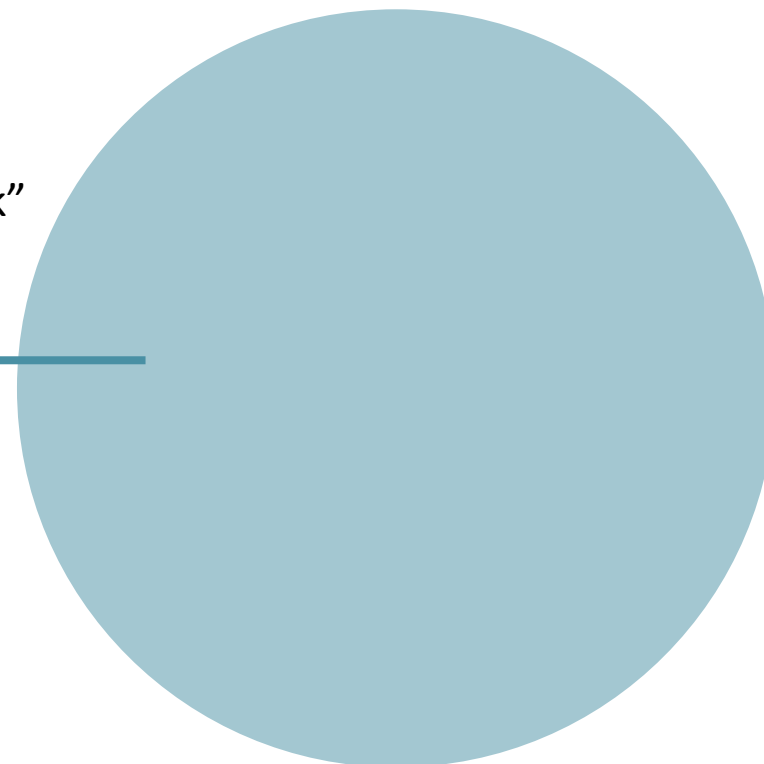
- og differentialdiagnoser

Depression	ADHD
Dissociative tilstande	Skizotypi og skizofreni
Personlighedsforstyrrelse	Angstlidelse (social, panik, generaliseret)
Paranoid psykose	Bipolar affektiv sindslidelse
Spiseforstyrrelse	Autisme-spektrum lidelse
OCD og sygdomsangst	Mental retardering
Misbrug	Smerter og fysisk lidelse

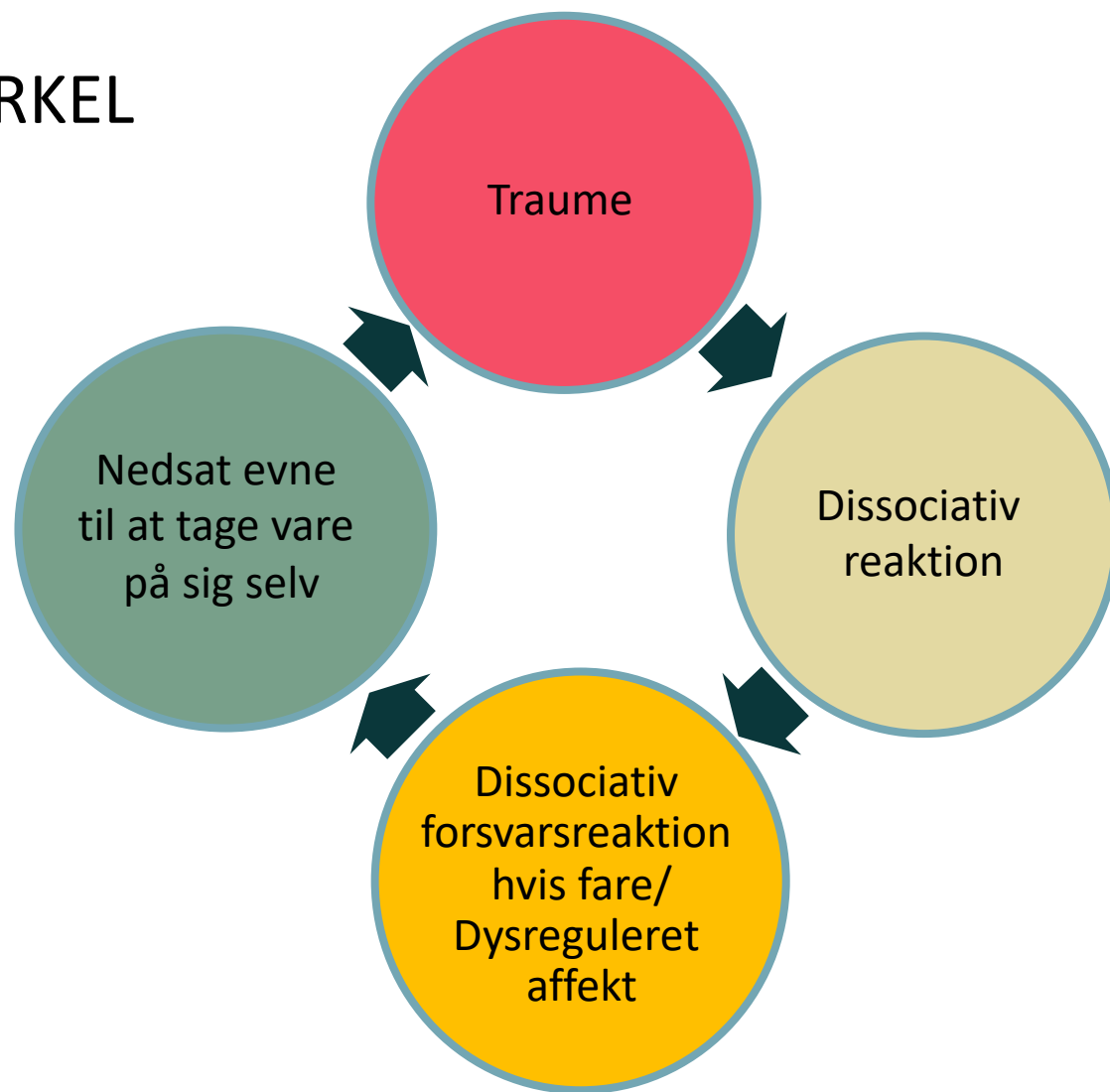
DEFINITION AF DISSOCIATION

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

- Et symptom
- En gruppe af lidelser
- En forsvarsmekanisme

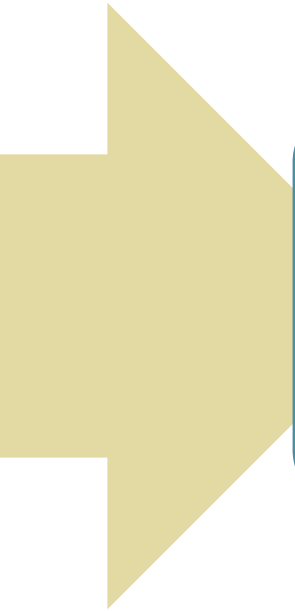


EN OND CIRKEL



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

DISSOCIATIVE SYMPTOMER

Psykoforme

Negative:

- Amnesi
- Depersonalisation
- Emotionel anæstesi

Positive:

- Flashbacks på alle sansemodaliteter
- Genoplevelse af traume: affektive og kognitive komponenter

Somatoforme

Negative:

- Analgesi
- Somatisk anæstesi
- Motorisk hæmning

Positive:

- Lokaliseret smerte
- Genoplevelse af traume: kropslige komponenter

TEGN PÅ DISSOCIATION

... i klinikken



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

DISSOCIATIVE LIDELSER (ICD-10 F44)

Dissociativ amnesi

Dissociativ fugue

Dissociativ stupor

Dissociative trance- og besættelsestilstande

Dissociative bevægelsesforstyrrelser

Dissociative kramper (PNES = psykogen non-epileptiske kramper)

Dissociative sanseforstyrrelser

Blandede dissociative tilstande

Multipel personlighed

Gansers syndrom ("Pseudodemens": Svarer forkert)

FALSKE MINDER...?

Dissociativ komponent

Forskning bekræfter at patienter med såvel barndoms- som voksentraumer kan have delvis eller hel amnesi for hændelserne

Alle minder er et narrativ (en fortælling/en konstrueret virkelighed)

Træd varsomt

Der er ofte "noget om det"

Kun hvad patientens system er klar til

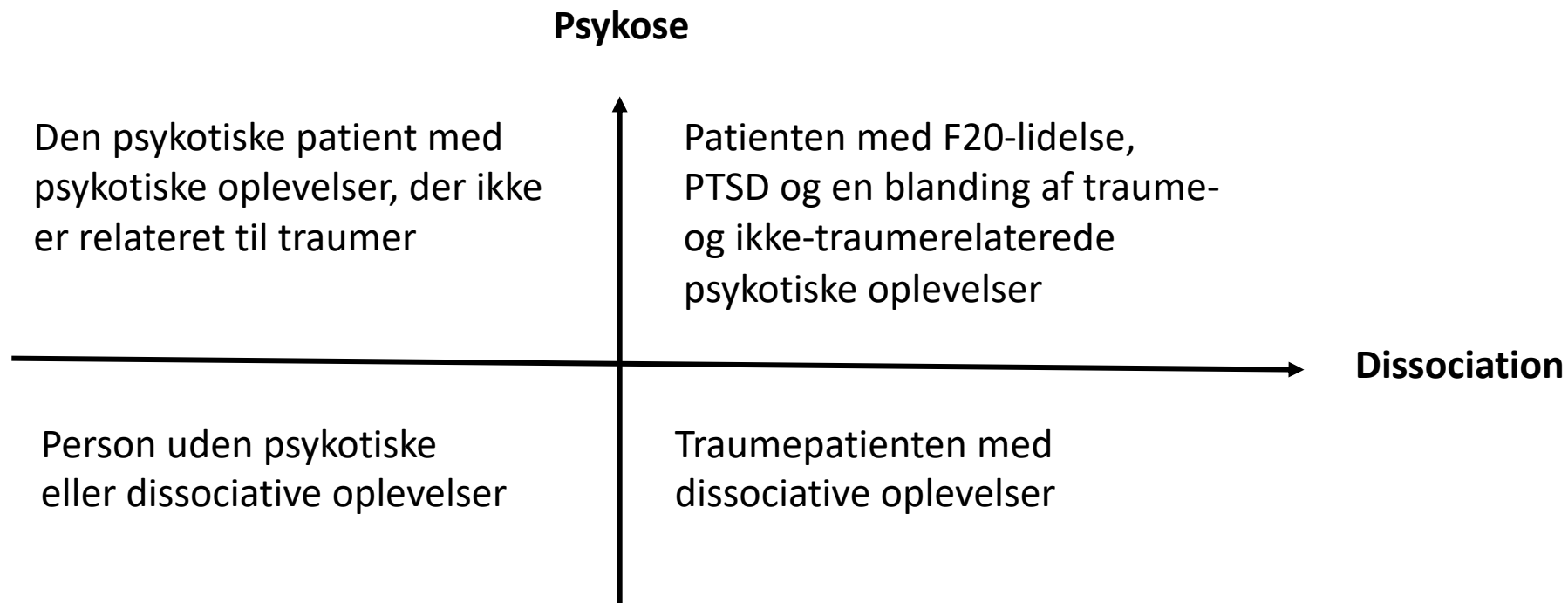
Vær påpasselig med OCD-patienter

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

HALLUCINATION / DISSOCIATION

Kan patienter med psykose dissociere?

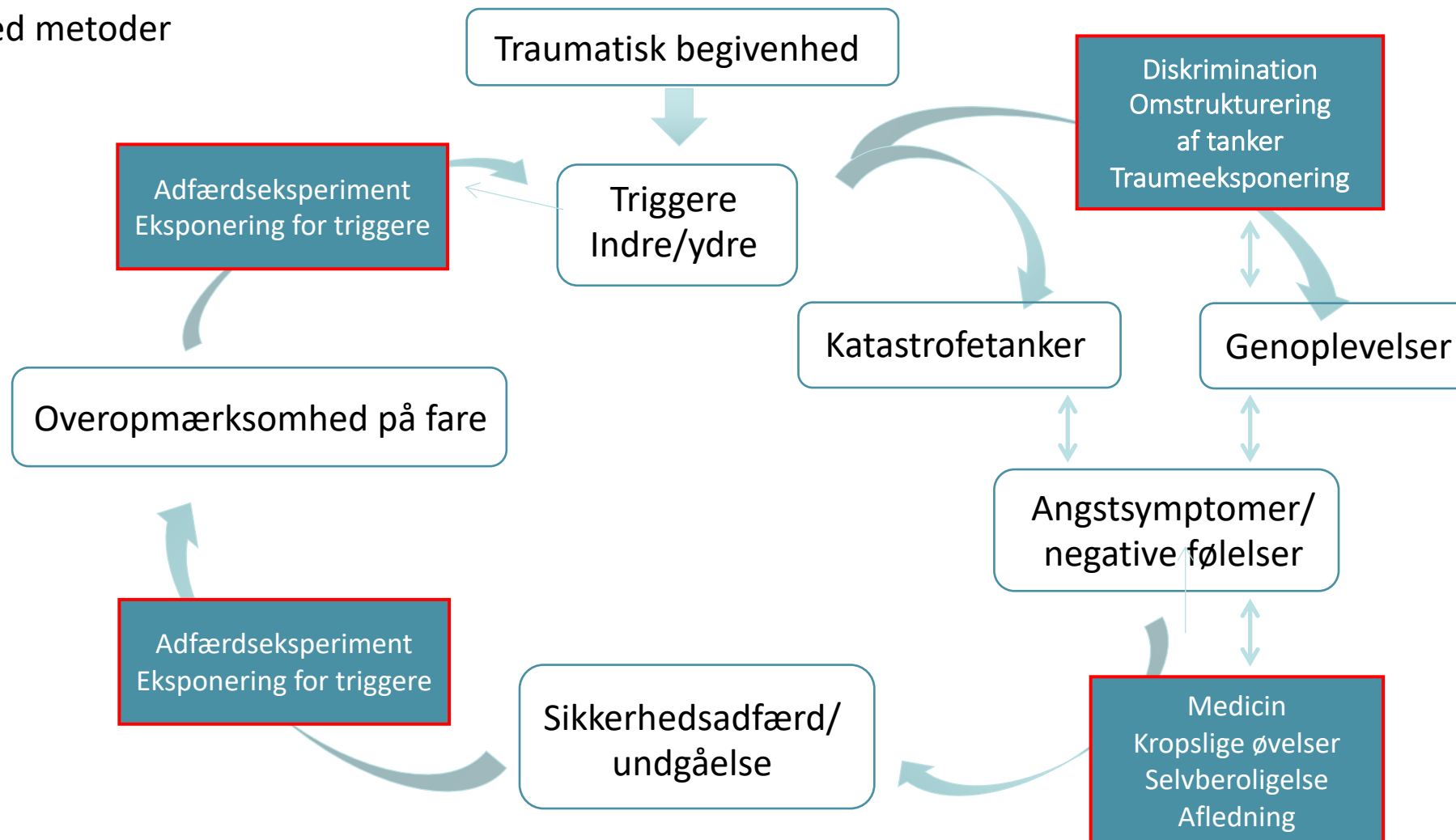


5. DEL

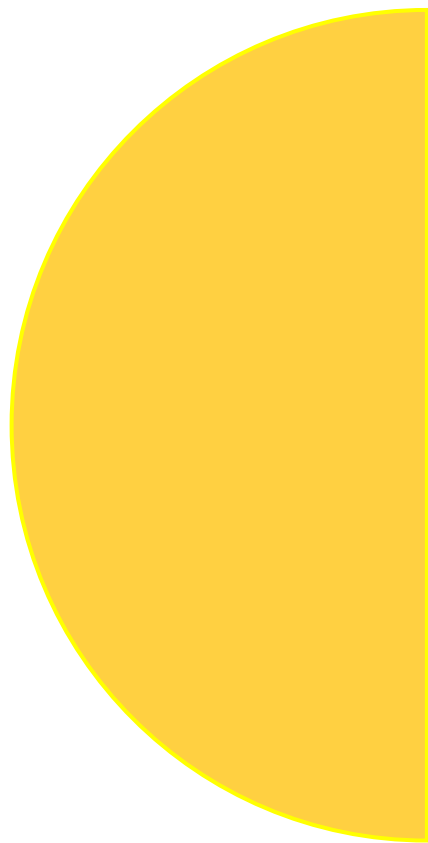
Interventioner

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

HVAD KAN MAN ALTID GØRE...

Sikre tryghed i samtale situationen

- ❖ Placering i rummet
- ❖ Ikke ryggen mod døren
- ❖ "Flugtvej"
- ❖ Præsentere alle i lokalet
- ❖ Spørge om noget skal ændres/tilpasses

Sikre forudsigelighed

- ❖ Klar beskrivelse af formål med samtalen/aktiviteten
- ❖ Skriftlig og mundtlig information inden samtalen

Sikre medindflydelse (og medansvar)

- ❖ Sætte fælles dagsorden
- ❖ Vær tydelig om hvilke ting borger/patient ikke har indflydelse på
- ❖ Giv valgmuligheder, hvor det er muligt
- ❖ Giv tid til at mærke, hvad der er den rigtige beslutning

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

ØVELSE

Der vil undervejs i kurset være indlagt øvelser.

Lav øvelserne inden du går videre med kurset, da øvelserne hjælper med at omsætte stoffet i praksis og derfor er en væsentlig del af din læring.

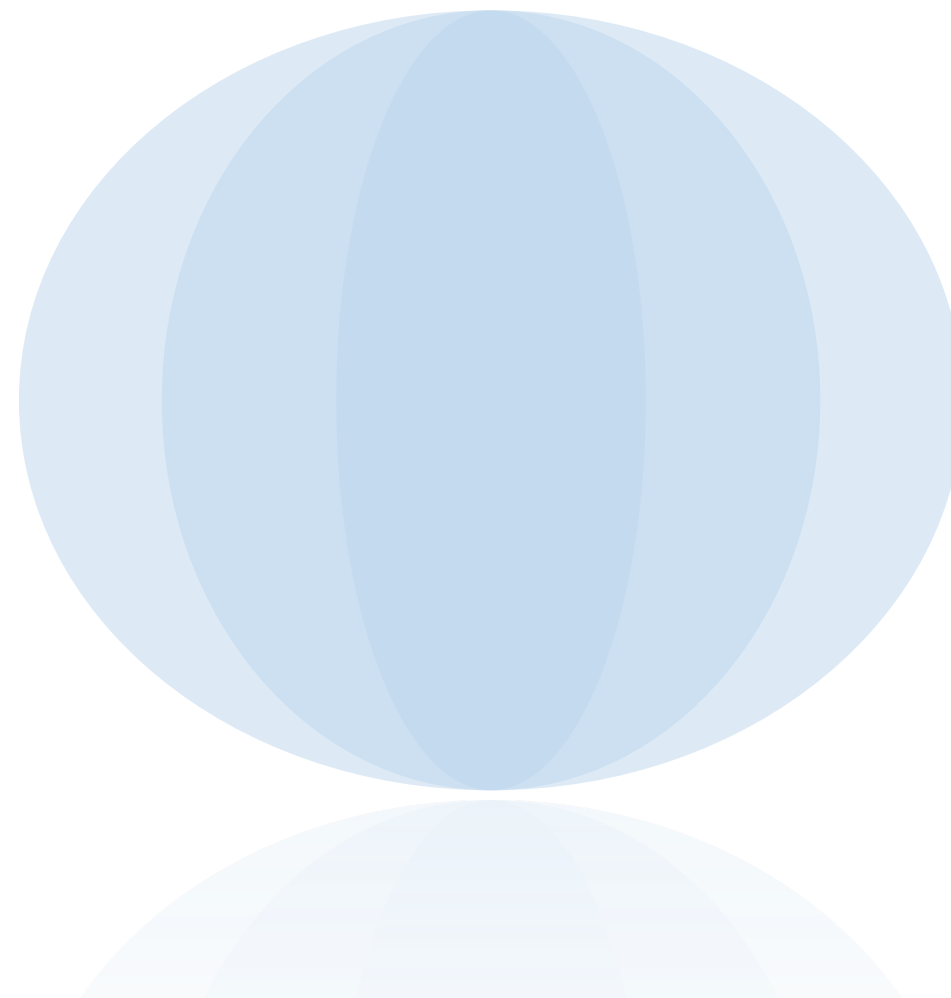
Hvis du har mulighed for at drøfte disse med din makker, vil det øge dit udbytte.

ØVELSE – LOW-AROUSAL METODER

1. Brainstorm over hvilke metoder du kan anvende i egen praksis, og hvilke metoder du allerede har i din værktøjskasse.
2. Beslut dig for 1-3 metoder som du vil lægge til dem du allerede har.
(Skal der fx anskaffes noget til at kunne bruge metoden som fx bolde, ballstick, tegnebog, musik etc.)
3. Tænk på en patient/borger. Hvilke metoder ville du bruge med vedkommende?

VEJRTRÆKNING

- Vores vejrtrækning er meget vigtig
- Vejrtrækningen er med til at "grounde", skabe nærvær og få kontakt med krop og følelser
- Når man bliver forskrækket, holder man vejret og får en vejrtrækning, hvor maven trækkes ind på indånding, eller vejret trækkes helt overfladisk i brystkassen
- En sund vejrtrækning indebærer, at maven bevæger sig ud på indåndingen og tilbage på udånding
- Indåndingen aktiverer det sympatiske (stress) nervesystem. Udånding aktiverer det parasympatiske system og hjælper kroppen til at slappe af



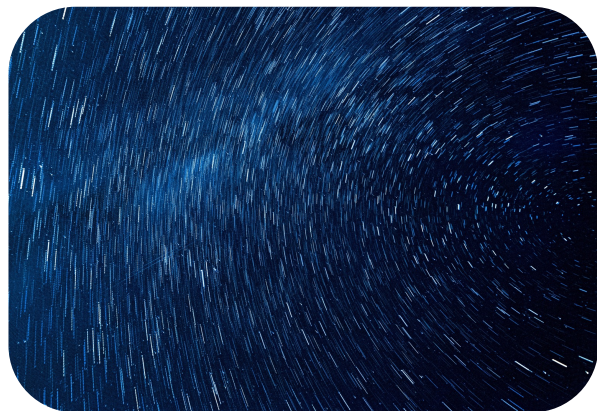
ØVELSE – VEJRTRÆKNING

1. Læg hånden på maven
2. Træk vejret ”ned i maven”, således at hånden bevæger sig ud på indåndingen
3. Tæl til 4 på indånding og 5-6 på udånding
4. Sid sådan i 2 minutter med fokus på ind- og udåndingen
5. Hvad bemærker du?
6. Tab ikke modet, hvis det er svært – kroppen ved godt, hvad den skal, men skal lige mindes om det

ØVELSE – VEJRTRÆKNING

1. Lav en plan for vejrtræningsøvelser for dig selv, for den kommende uge
2. Lav evt. en plan for hvorledes vejrtræningsøvelser kan integreres på arbejdspladsen

HVORDAN KAN MAN MODVIRKE DISSOCIATION?



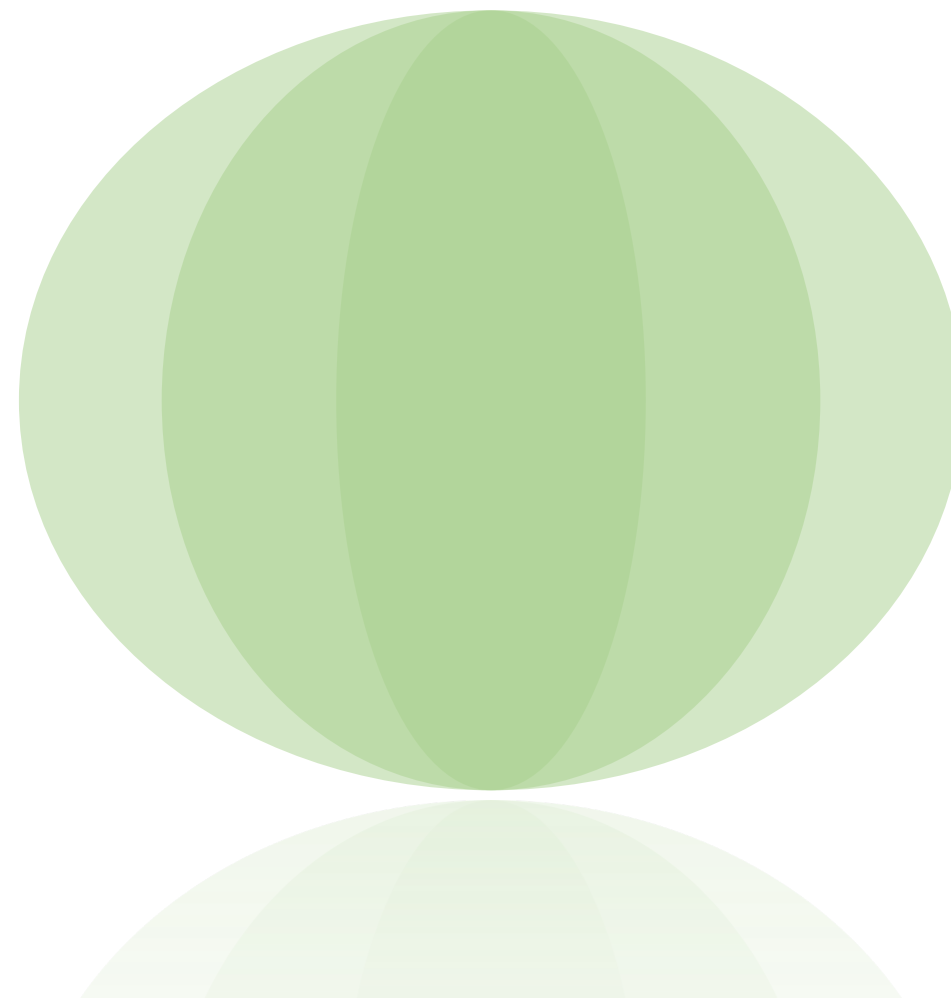
Dissociation bringer dig væk
fra tilstedeværelse i nuet



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
7. "Du er i live – det er overstået"



ØVELSE – DISKRIMINATION

1. Prøv nu øvelserne af på hinanden. *Husk instruktion og begrundelse.*
Forklar hvorfor netop denne øvelse, og spørg personen bagefter hvad erfaringen var med øvelsen.
2. Lav en plan for at øve dem dagligt den kommende uge.
3. Kan du allerede nu identificere situationer, hvor disse ville være anvendelige i din værktøjskasse?

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

ØVELSE – SØVN OG MARERIDT

1. Prøv at lave et rollespil to og to, hvor du skal give gode søvnråd til en patient/borger.
2. Digt en slutning til dette mareridt. *Det er vigtigt at den nye slutning bringer dig i sikkerhed:*

Du kommer gående, det er aften og mørkt. Du er alene i en park. Du hører skridt bag dig, og går hurtigere og hurtigere, for til sidst at løbe, men bliver overfaldet. Du oplever rædslen og er sikker på at du er i livsfare. Du vågner altid badet i sved, med en følelse af at være fanget og at du skal dø.

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)?

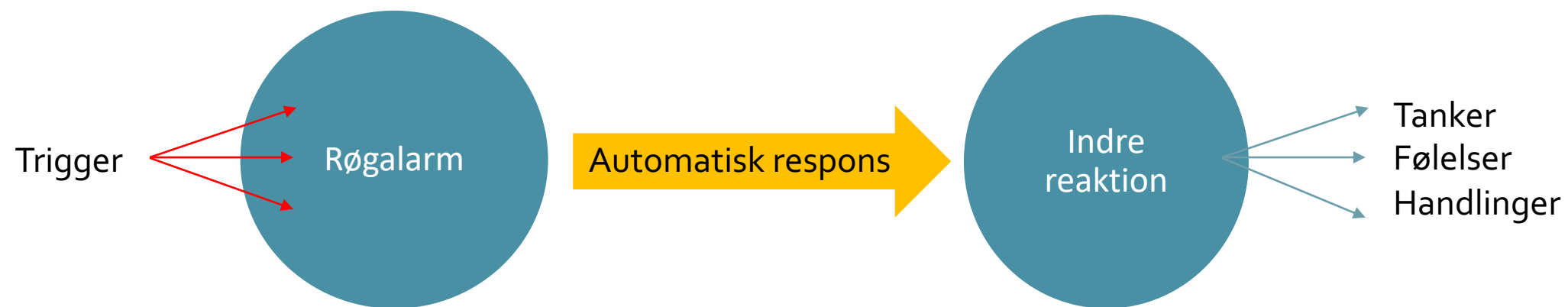
Eksempel:

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.

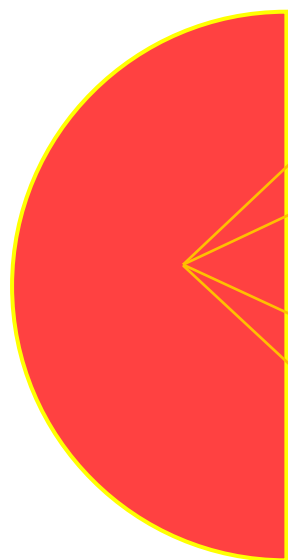
TRIGGERE



TRIGGERE

Genoplevelser og forhøjet alarmberedskab udløses af ”triggere”

Undgåelse kan udløses af triggere, men kan også skyldes ”sikkerhedsadfærd”



- Identificer triggere sammen med patienten
- Lav en liste over ting som patienten undgår og rating på skala 1-10 over hvor meget det påvirker funktion
- Øv evt. diskrimination
- Hvis KAT-kompetencer kan der med fordel laves små adfærdseksperimenter

ØVELSE - TRIGGERE

Udfyld de følgende to skemaer om triggere (på de efterfølgende slides), med henblik på diskrimination ud fra nedenstående case.

Gør det gerne i et rollespil, hvor den ene af jer har oplevet traumet, og den anden vejleder i at udfylde skemaet.

Case:

25-årig kvinde er blevet udsat for voldeligt overfald (og evt. voldtægt) i en offentlig park i København. Det skete først på natten, hun var alene, overfaldsmanden var en høj, ung mand med hættebluse på.

BRAINSTORM OVER TRIGGERE

- Lav en liste over triggerere som patienten undgår og rating på skala 1-10 over hvor meget det påvirker funktion
- Identificer derpå hvilken sammenhæng triggeren har med traumet
- Identificer hvad der sker, når patienten oplever triggeren (flashbacks, tanker, højt alarmberedskab etc.)

Trigger	Påvirkning af funktion (1-10)	Sammenhæng med traumet	Konsekvens Angst, flashbacks, negative tanker etc.
Skridt bagfra	8	Overfaldsmand kom bagfra	Angst, påtrængende erindringer
Grøn hættebluse	5	Overfaldsmand iført denne	Hjertebanken, flashbacks
<i>Udfyld selv herfra...</i>			

TRIGGERE

For hver trigger kan nedenstående skema udfyldes (eller laves mundtligt):

Dengang	Nu

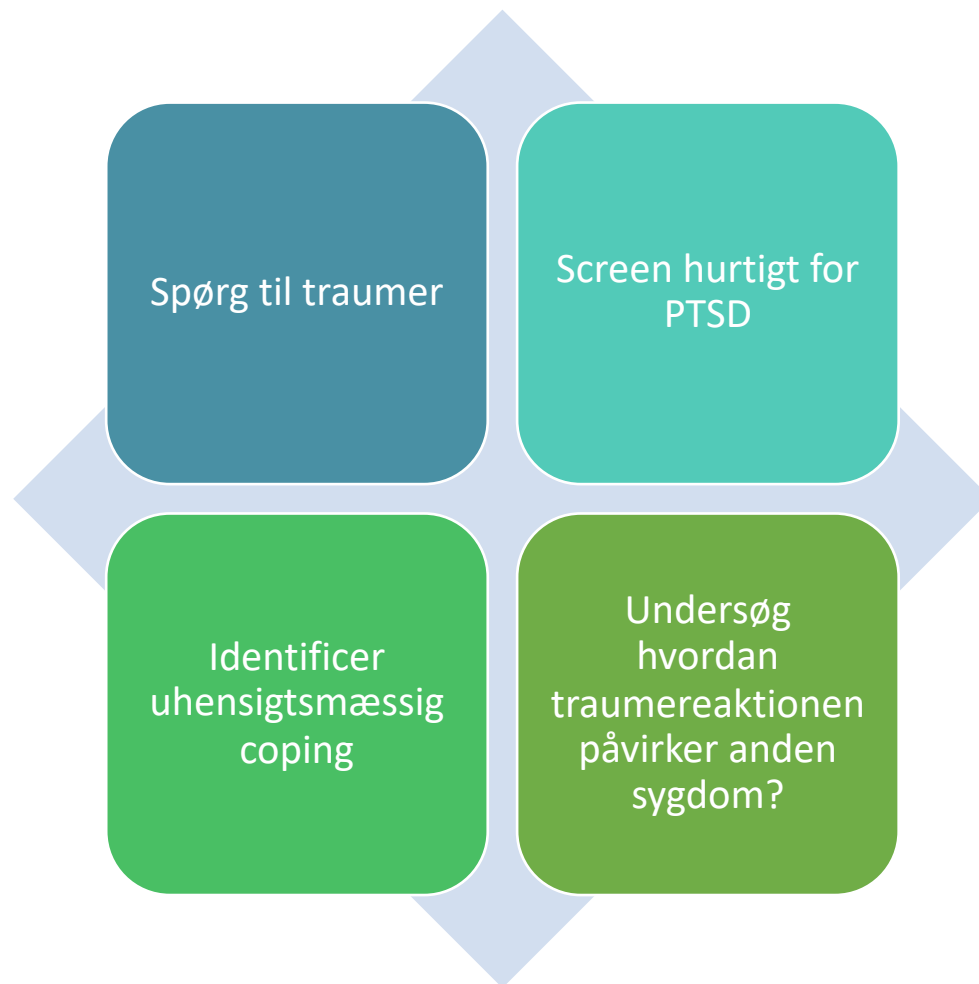
TRIGGER EX: *SKRIDT BAGFRA*

Dengang	Nu
Det var mørkt	Dagslys
Der var ingen andre mennesker	Menneskefyldt shoppingcenter
<i>Udfyld selv herfra..</i>	

6. DEL

Screening for traumer / pas på dig selv

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

ØVELSE

Der vil undervejs i kurset være indlagt øvelser.

Lav øvelserne inden du går videre med kurset, da øvelserne hjælper med at omsætte stoffet i praksis og derfor er en væsentlig del af din læring.

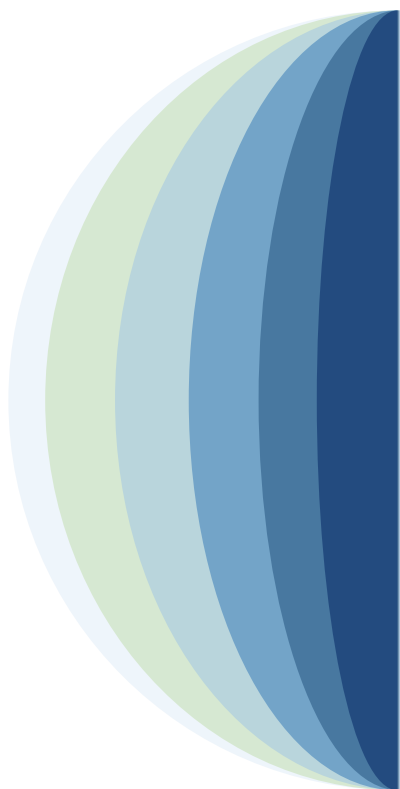
Hvis du har mulighed for at drøfte disse med din makker, vil det øge dit udbytte.

ØVELSE – TAL OM TRAUMER

Lav et rollespil hvor I udspørger hinanden om traumer og traumereaktioner. Brug evt. nedenstående spørgsmål:

- 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?

FORMIDLING MELLE M FAGPROFESSIONELLE

Kan der udarbejdes en kriseplan for og med patienten, som denne bærer med sig rundt fra sted til sted (fx lamineret)?

INDHOLD:

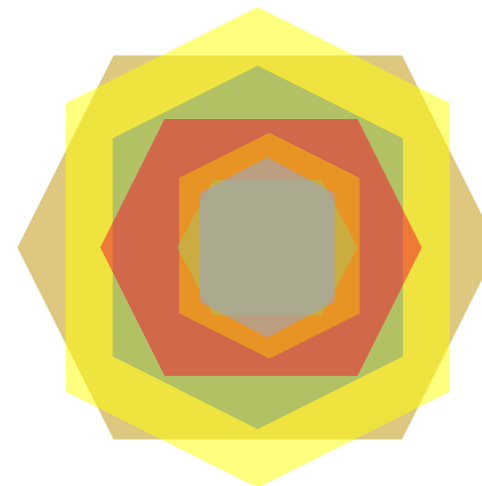
- Kontaktpersoner (private og professionelle)
- Hvor patienten skal hjælpes i akutte situationer
- Få ord om symptomer/vanskeligheder
- Triggere
- Opmærksomhed på hensigtsmæssig coping
- Sund coping – hvad kan patienten gøre, hvis de har det skidt
- Hvad kan man som professional gøre for at støtte patienten, når denne har det skidt
- Potentielle farer – selvskade, udadreagerende adfærd, selvmordsadfærd

TRAUMATISERING PÅ ARBEJDET

- Tidligere traumatiske hændelser kan påvirke ens reaktioner overfor traumatiserede
- Voldsomme enkeltepisoder kan have karakter af chok-traume
- Hvis man hører detaljeret om andres traumer, kan det udløse en traumereaktion (sekundær traumatisering)
- Hvis man gentagne gange har oplevet mindre traumer og ikke bearbejdet det, kan der pludselig komme en forsinket traumereaktion (mange bække små)

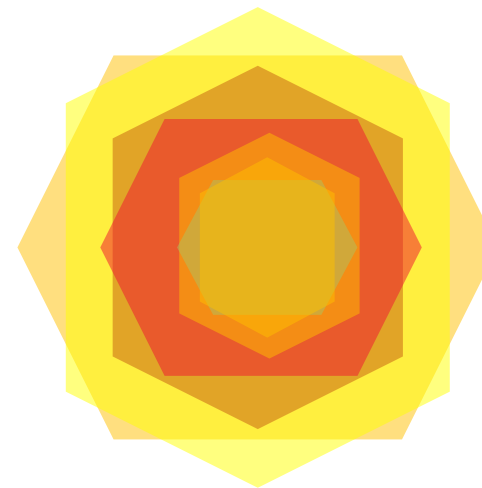
SÅRBARHED

- I teorien vil op til 50% af os opleve alvorlige traumer i vores liv
- Har en patient oplevet et traume lig vores eget, kan det reaktivere personalets traumereaktion (eller starte en forsinket reaktion)
- Hvis vi er tyndslidte eller selv trigges, kan vi reagere uhensigtsmæssigt
- Generel stress eller utryghed forværrer traumereaktioner
- Velbearbejdede traumer kan føre til posttraumatisk vækst



REAKTIONER

- Krisereaktion og chok
- Tendens til overinvolvering eller underinvolvering
- Vi har nok en tendens til at tro, at vi kan undertrykke reaktioner og klare os. *Det kan man ikke evigt*
- Længerevarende traumereaktioner (PTSD, tilpasningsreaktion, etc.)



FOREBYGGELSE

... af traumereaktioner på arbejdet

- Tillad den umiddelbare reaktion og tag imod støtte omsorg
- Brug afledning umiddelbart efter til at berolige dig selv
- Identificer de formildende omstændigheder
- Få chokket ud af kroppen - ryst eller vask det af dig
- Hvis muligt – sørg for at den sidste oplevelse på arbejde er god
- Brug dine ressourcer / netværk
- Sikre søvn
- Sørg for dokumentation
- Prioriter debriefing
- Tag imod krisehjælp hvis de mindste tegn
- Vær opmærksom på tegn på at det påvirke din professionelle rolle
- Lyt til dig selv – overskrid ikke egne grænser
- Vend tilbage ”på det rette tidspunkt”
- Vær opmærksom på forsinkede reaktioner

ØVELSE – TRAUMER PÅ ARBEJDET

- Overvej hvordan din egen fortid og nutid påvirker din måde at være med patienterne / borgerne – del det du ønsker med din makker

ØVELSE – TRAUMEBEVIDSTE TILTAG

- Drøft/reflektér over hvilke konkrete tiltag du vil gøre i din egen praksis/organisation for at arbejde mere traumebevidst

MERE VIDEN?

Se mere på 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*