

## Er det blevet tid til at lytte til menneskers historier?

Traumebevidst tilgang - en vej at gå?

Pernille Mørch Jensen

---

### Hvad jeg vil tale om:

1. Lidt om oplægget og Mads
2. Traume bevidst tilgang (TBT): Hvad er det?
3. Forståelsen af traumer – og skal alt nu være traumer?
4. Behandling og de andre 23 timer: Hvad vi kan bidrage med, uden for psykiatrien?
5. Afsluttende tanker om TBT

Dette oplæg kommer ovenpå en samtale om PTMF, som det på mange måder ligger fuldstændigt i tråd med. Jeg tror, også at mit oplæg de næste 40 minutter kommer til at hænge tæt sammen med de spændende oplæg, vi skal lytte til bagefter.

### 1. Om oplægget og om Mads

---

**En kort disclaimer, eller (på dansk) ansvarsfraskrivelse:** Jeg er *ikke* traumeekspert eller ekspert i traumebehandling. Jeg har op til dette oplæg brugt tid på at læse ind i og prøve at forstå feltet og hvordan det hænger sammen med det praksisfelt som er vores, hvad enten vi kalder det socialpsykiatri, psykosocialt arbejde, rehabilitering. Jeg har også set på, hvordan det hænger sammen med recovery, som jeg til gengæld har beskæftiget mig med i de sidste godt 20 år. Noget af det, jeg blev opmærksom på undervejs, er hvor mange måder man kan nærme sig traumer på, hvor mange måder de kan forstås på. Noget andet jeg noterede mig, var også, at traume-litteraturen ikke er udtryk for noget helt nyt, et nyt ekspertisefelt, men for en fornyet opmærksomhed på det ikke spor specielle: At vi formes af det liv, vi lever. At 'bad things happen and fuck you up'. Og at psykiatrien – og andre systemer - stadig har meget travlt med hvad folk fejler, og levner meget lidt plads til fortællingerne om hvad der er sket, og hvilken hjælp der efterlyses. Her er de erfaringer fra traumeramte, som jeg nu læser om, meget parallelle med alle dem, som er blevet fortalt tidligere, om oplevelsen af ikke at blive mødt, om ikke at blive troet, om det, der oplevedes som svigt eller overgreb, også selv om det mange gange blev udført i den bedste mening.

Mens jeg læste, tænkte tilbage på de mange fortællinger jeg gennem årene har lyttet til, og som handlede om netop dette, og så læste jeg i august Mads Larsens fortælling 'At blive grebet' i OUTSIDEREN. Mads' historie er blevet til en artikel på skriveholdet 'Veje til det vigtige', og den handler om *ikke* at blive grebet. Mads var for godt 10 år siden udsat for en voldsom, traumatisk begivenhed, hvor han under en rejse i Peru blev tilbageholdt og plyndret af gangstere, der truede ham på livet. Jeg talte med ham og fik lov til at bruge dele af hans fortælling her – ligesom så mange andre har Mads et stort ønske om, at hans erfaringer kan være til hjælp for andre. Mads er i dag 40 år gammel, efter 10 år er han nu afsluttet i Psykiatrien og på førtidspension. Hans

gennemgående oplevelse har været, at man ikke troede på det, han sagde og at han stort set aldrig nåede at opbygge en relation til en medarbejder, fordi der var kæmpestor personaleudskiftning. Traumebehandling véd Mads stadig ikke hvad er, han fik aldrig tilbuddet. I vil møde Mads en del gange undervejs i dette oplæg.

**En anden disclaimer:** Jeg får øje på, at meget af den tænkning, som nu præsenteres som det nyeste og skarpeste, allerede var fremme i forrige århundrede, og faktisk udbredt viden for 20-30 år siden. Jeg siger ikke dette for at blære mig med, at nogle af os var kloge allerede for længe siden, eller at det her TBT bare er gammel vin på nye flasker. Jeg har mere lyst til at dele en undren med jer:

Hvad er det mon for nogle mekanismer, der gør, at viden om sociale forhold, om livsvilkår og om relationers betydning igen og igen går i glemmebogen eller ender i marginen? At det sociale ofte kun gives betydning som 'triggere', som anledninger til at en fejludvikling slår igennem, men hvor årsagen, det egentlige, er det fejlbehæftede individ? At også fx recovery i metode- og behandlingsmanualer blev oversat til individuelle 'forbedrings-projekter', hvor man måske nok tilføjede det relationelle i en bisætning, men hvor det individ, der var noget galt med, forblev kernen.

Hvorfor er det tilsyneladende så nemt at lande der? Og, på den optimistiske note, kan en traumebevidst tilgang, måske igen være med til at tvinge det, der sker med os, ind i centrum?

## **2. Traume bevidst tilgang (TBT): Hvad er det? Hvad bygger det på?**

---

Traumer er et bredt felt, og der er et kontinuum fra traumeinformeret tænkning til konkrete traumespecifikke behandlingsformer.

Emnet her i dag befinder sig et sted midt på kontinuummet, og er det, der på dansk kaldes Traumebevidst Tilgang (TBT), en oversættelse af Trauma Informed Care (TIC).

I en dansk kontekst er TBT endnu ret ny, men der er med udgangspunkt i regionerne, etableret et virtuelt nationalt TBT-center, som i 2020 udgav et såkaldt forståelsespapir om TBT. Det er baseret på international viden, ikke mindst fra USA, hvor SAMHSA siden 2004 har arbejdet på feltet, og i 2014 kom frem til 6 principper for traumebevidst tilgang, som i al korthed lyder:

1. Tryghed
2. Transparens
3. Peer-støtte
4. Samarbejde og gensidighed
5. Ejerskab, empowerment
6. kulturel kontekst

Flere andre gode kræfter har opsummeret på andre måder, men de ligner i hovedtræk. og vores egen Social- og Boligstyrelse har nu udmeldt 4 konkrete anbefalinger til at arbejde traumebevidst i den sociale indsats med voksne, dem vender jeg afslutningsvis kort tilbage til.

Traumetilgangen er i udgangspunkt en radikal tænkning, som siger, at vores liv og væren i verden helt basalt er styret af, hvad vi har erfaret og de spor det har sat.

I forståelsespapiret fra det nationale TBT-center udtrykkes denne forventning til, hvad det vil betyde at indføre en traumebevidst tilgang:

”TBT skaber et fundamentalt paradigmeskift fra at tænke ”Hvad er der galt med dig?” til at tænke ”Hvad er der sket med dig?”. I modsætning til at være et specifikt tilbud styret af regler, er TBT en proces af organisatoriske forandringer, hvis mål det er at skabe miljøer og relationer, der fremmer recovery og forebygger retraumatisering.” (s.25).

Mon ikke sådan en tilgang ville have gjort en afgørende forskel for Mads, der beskriver sine oplevelser med en ikke-traumebevidst psykiatri meget præcist:

I dag har jeg været i behandling i ti år og har fået førtidspension, men det eneste, der aldrig er blevet talt om, er alt det, der skete i Peru. Jeg fik hele tiden fornemmelsen af, at det var mig, der var noget galt med.

Og

Jeg blev heller aldrig, hverken her eller senere, inddraget i, hvad der skete med mig. Jeg fik bare nogle piller, som jeg ikke vidste hvad var.

For kun et par måneder siden har Social- og Boligstyrelsen så udsendt den 32-sider lange ’Anbefalinger til at arbejde traumebevidst i den sociale indsats med voksne’, som bygger både på forståelsespapiret fra 2020 og fra en VIVE-rapport om emnet fra 2022. Her beskrives TBT således:

”Den traumebevidste tilgang er ikke en behandlingsform, men en ramme for samarbejdet med borgeren, som kan understøtte vedkommendes recovery og rehabilitering. Den indebærer et fokus på at give borgeren en oplevelse af trykthed, kontrol og ejerskab i den sociale indsats og dermed på at forebygge traumereaktioner.”

### **3. Forståelsen af traumer – og skal alt nu være traumer?**

---

Hvis vi starter med Mads:

Man er naglet til nuet. Derfor overvejede jeg ikke engang at flygte fra hotellet. Det turde jeg simpelthen ikke (...) Jeg ved simpelthen ikke, hvad jeg lavede i de dage, men det, jeg bedst kan huske, er denne form for alenehed (...) det at være helt alene og magtesløs lige overfor en forfærdelig situation. Det er en forfærdelig fornemmelse at være helt forladt med noget, man på ingen måde kan klare.

Der findes mange traume-definitioner, jeg gengiver her Social- og Boligstyrelsens helt aktuelle fra anbefalingerne:

”Et traume opstår, når et menneske oplever, at en enkelt hændelse, flere hændelser eller et sæt af omstændigheder er fysisk eller følelsesmæssigt skadelige eller

livstruende og derfor indebærer en voldsom følelse af kontroltab. Ikke alle mennesker, der er blevet udsat for traumatiske hændelser, rammes af længerevarende følger. Hvis den traumatiske hændelse bliver ved med at påvirke menneskets funktionsevne og mentale, fysiske, sociale, følelsesmæssige eller spirituelle trivsel i negativ retning, er vedkommende traumatiseret.”

(SBS Anbefalinger, s.9)

Der er stor forskel på, hvad man betegner som traumer, og også forskellige måder at kategorisere forskellige typer af traumer. Det er ikke hovedsagen i dette oplæg, men det kan alligevel være vigtigt kort at berøre det.

Der skelnes ofte mellem akutte traumer og komplekse udviklingstraumer.

Det akutte traume kaldes også for type 1 traume, og betegner, at personen har været udsat for én traumatiserende begivenhed.

Komplekse udviklingstraumer, eller type 2 traumer, bruges hvor personen har været udsat for flere stressende og traumatiserende begivenheder gennem længere tid, ofte fra tidligt i livet og relationelle. Gentagne barndomstraumer som fx overgreb og omsorgssvigt kan give så grundlæggende en mistillid, at man taler om tilknytningstraumer eller relationstraumer, og specielt ved seksuelle overgreb taler man ofte om senskader.

Det er kun, hvis man har været udsat for en exceptionel svær belastning og både har øget alarmberedskab, undgåelsesadfærd og genoplevelser, at man vil få diagnosen posttraumatisk belastningsreaktion (PTSD). Her er vi ofte ude i oplevelser, der stammer fra krig, naturkatastrofer og alvorlige ulykker.

Ellers vil man, hvis man kommer i kontakt med Psykiatrien, sandsynligvis havne i et bredt spektrum af andre diagnosekategorier.

Traumet kan både være udløst af ting, der er sket – og ting, der ikke er sket...

Vold, overgreb, krænkelser – men også ikke-nærvær, afvisninger, voksne, man ikke kunne stole på. Senere i livet: Mobning, at være udenfor, blive mødt med fordomme, negativt identificeret. Hvilken effekt det får afhænger også af de beskyttende faktorer: Har man i sin tidlige barndom mødt tryghed og regulerende omsorg? Har der i opvæksten været bare en enkelt relation, som troede på én og støttede? Var der, når man følte sig sat udenfor, nogen der så det og var solidarisk? Hvis ikke: Så har traumet gode kår. Og så er der meget reparationsarbejde at gøre, hvis mennesket igen skal kunne opleve verden som et trygt sted og føle sig velkommen. Alle har brug for tryghed, at høre til og at blive set. Har man ikke det med i bagagen, så er det en kæmpeopgave at etablere dette senere i livet, og at have traumebevidstheden med sig, gør det måske lidt lettere for dem, som skal arbejde i dette felt at bevare tålmodighed og empati – og undgå forråelse og at give ofret skylden...

Traumet er ikke det, der sker, men hvad det gør ved dig, er den canadiske læge **Gabor Maté** blevet berømt for at sige. Pointen er, at man kan være rystet, ulykkelig, bange efter en frygtelig

hændelse, men hvis man er omgivet af mennesker som tror på én, trøster, støtter, og anerkender ens oplevelse, er der gode chancer for at den naturlige helingsproces sætter ind med det samme, og personen vil komme sig over traumet. Det var ikke tilfældet med Mads, og måske forklarer det, at han ti år efter stadig er voldsomt plaget af det traume, han pådrog sig i Peru. Hør blot, hvordan han har det, stadigvæk:

Sådan har jeg det hver eneste dag. Det er ikke, fordi jeg faktisk tror, at der er nogen efter mig, men lige under huden mærker jeg følelsen fra Peru. Det er panik blandet med hjælpeløshed. Man er konstant bange, også selvom man ikke ved, hvad man er bange for. Det er som om, frygten er blevet brændt ind i mit DNA.

Alle mine symptomer er meget kropslige. Jeg ryster. Når jeg vågner, er det som om alle dele af kroppen er fyldt af energi. Kortisolen hamrer derud af 24 timer i døgnet. Jeg kan aldrig slappe af. Man er konstant anspændt og i uro. Den eneste måde jeg kan komme ud af det, er ved at aflede mig selv, men én afledning er ikke nok, så jeg hører musik og ser fjernsyn og taler i telefon på samme tid. Og jeg taler meget. Gid jeg en dag kan få de gangstere ud af røven.

Når traumer får en langvarig negativ effekt på menneskers videre liv, så er der ofte tale om komplekse traumer, og især, hvis der ikke var nogen undervejs, der troede på, beskyttede og støttede den traumeramte. Hvis traumet ovenikøbet er en skamfuld hemmelighed, hvis det involverer mennesker, som skulle have draget omsorg for den traumatiserede, hvis han eller hun fik besked på ikke at fortælle det til nogen.

Det kan også være, at personen troede, det var hendes egen skyld, at hun følte sig fanget og ikke kunne slippe væk. Så er der stor risiko for at, for at traumet vil føre til alvorlige problemer senere i livet, og at personen som konsekvens heraf vil blive betragtet som syg og vil få en alvorlig psykiatrisk diagnose.

Vi ved faktisk en hel masse om, hvad belastende oplevelser i barndommen har af konsekvenser senere i livet. Siden det berømte Adverce Childhood Experiences (ACE) studie fra 1998 er det anerkendt viden, at jo mere traumatisk din barndom har været, desto større risiko er der for at udvikle helbredsproblemer senere i livet.

Studiet, som samlede data fra 17.000 mennesker i Californien, registrerede 10 typer af traumatiske oplevelser i barndommen: Misbrug (fysisk, seksuelt, psykologisk), omsorgssvigt (følelsesmæssigt, fysisk), dysfunktionelle familieforhold (misbrug, skilsmisse, psykisk sygdom, mishandlet mor og kriminel adfærd).

For hver 100 deltagere i studiet var der 33, som *ikke* havde traumatiske oplevelser i barndommen. 51 havde oplevet 1 til 3 traumatiske oplevelser og 16 havde oplevet mellem 4 og 8 traumatiske oplevelser.

Traumer har også en klar social slagside, eller med psykiateren **Bessel van der Kolks** ord, er det i højere grad dit postnummer end din genetiske kode, der afgør om du får et sundt liv i trygge rammer (s.360). Forstørrer man dette op i et globalt perspektiv, så er ulighed, klimakatastrofer,

krig, fordrivelser og flugt, og alle de afledte følger heraf, en gigantisk motor til traumatisering, som burde være umulig at ignorere, men som vi desværre ikke har mulighed for at gå mere ind i nu.

Sammenhængen mellem traumer og psykiske problemstillinger er ligeledes blevet undersøgt i flere studier. Der er studier, der peger på, at 90 %, som er diagnosticeret med en alvorlig psykisk sygdom, og som modtager offentlige ydelser, har været udsat for potentielt traumatiserende oplevelser.

Også i Danmark er forekomsten af traumer i psykiatrien undersøgt flere gange, og de forskellige undersøgelser peger på, at mellem 80 og næsten 90 % af patienterne har oplevet et eller flere alvorlige traumer.

Andre undersøgelser bekræfter, at sammenhængen mellem barndomstraumer og det, der betegnes som psykisk sygdom styrkes med antallet af traumer. En stor hollandsk undersøgelse, viste, at de, der havde oplevet "moderate" traumer gennem barndommen, havde 11 gange højere risiko for at udvikle en psykose end personer, der ikke havde været udsat for traumer i barndommen. For personer, der havde været udsat for "alvorlige" traumer, var denne risiko 48 gange højere.

Andre undersøgelser igen bekræfter, at traumer øger risikoen for stort set alle psykiske lidelser f.eks. angst, depression, personlighedsforstyrrelser, psykoser og bipolar lidelse – eller jeg kunne omformulere det til, at en traumebaggrund øger risikoen for at man udstyres med en eller flere psykiatriske diagnoser.

Nogen har oplevet noget, som de aldrig skulle have oplevet og har ikke, hverken da det skete eller senere fået den hjælp, de havde brug for. Man kan derfor spørge sig selv, hvad der foregår, når så mange af disse mennesker får diagnoser? Kunne deres depressive, angst eller såkaldt psykotiske symptomer forstås anderledes? Kunne det, der beskrives som borderline, anoreksi eller selvskade forstås som andet end iboende sygdomme? Kunne disse menneskers handlemønstre og væren i verden i stedet ses som begribelige svar på en frygtelig historie, og måske endda en historie som gentages og bliver ved med at blive gentaget også efter personen har søgt hjælp?

Med Åben Dialog valgte man i Vestre Lapland et andet udgangspunkt, at det, der i psykiatrien kaldes psykose opstår, når mennesker er i en krise og der ikke i fællesskabet omkring den enkelte kan findes ord for det, der sker. Så bliver én person bærer af det usigelige som findes i verden. Lige fra starten af, havde **Jaakko Seikkula** og kolleger en stor opmærksomhed på, at tilsyneladende uforståelige psykotiske erfaringer gennem en fælles forståelsesproces kunne lede frem til sammenhængende historier om det, der var sket, herunder at integrere traumatiske begivenheder i livshistorierne (Sociale netværk i dialog, s.123). Seikkula beskriver processen, som at de begivenheder, der er lagret som symptomer kan ikklædes ord. Ibid, s.141).

Også livshistoriefortælling, og andre narrative praksisser handler jo i høj grad om reparation, om at gøre op med skammen, få øje på alt det man (trods alt) gjorde, og etablere eller genetablere en historie om handlende og intentionelle mennesker.

At finde ord for det, der er sket, er vigtigt, men slet ikke nok: Også kroppen skal lære, at faren er ovre. Med **Bessel van der Kolks** ord efterlader traumatet et aftryk på psyken, på hjernen og på kroppen, som har konsekvenser for hele menneskets videre liv. (Kroppen holder regnskab, s.21).

Med traumeforskeren **Peter Levines** formulering, er man også nødt til at lære at tale kroppens sprog for igen at opnå kropslig forankring og kunne mærke vitalitet, glæde og flow.

Der er nogen, der helt spontant reagerer på den aktuelle fokus på traumer med at sige, at de nu ikke tror, at alt skyldes traumer.

Andre bliver direkte hånlige, og siger, at nu er det åbenbart traumatisk at knække en lillefingernegl eller miste en kattekillung. Eller, herregud, jeg har da ikke taget skade af at få en lussing, hvis jeg var fræk...

Jeg bliver ked af det og provokeret af sådanne hurtige reaktioner. Så længe vi står med så mange mennesker, der har alvorlige traumer i deres bagage og ikke har fået og stadig ikke får hjælp til at komme videre, skulle vi så ikke hellere tale om det? Og nej, alt er ikke traumer, men både ting, der er sket med os eller ikke sket, kan blive til traumatiske erfaringer, hvis ikke vi har den tryghed og forbindelse til gode mennesker, der skal lære os, hvordan vi undgår at blive traumatiseret.

#### **4. Behandling og de andre 23 timer: Hvad kan vi bidrage med, uden for psykiatrien?**

---

Som sagt er hele traumefeltet et bredt kontinuum, og der må skelnes mellem traumebevidst tilgang og egentlig behandling.

Når vi taler om behandling, er der mange specifikke former, nogle mere egnede til noget end andet. Traumespecifikke behandlingsformer, kan fx være:

- Traumefokuseret kognitiv adfærdsterapi
- Forskellige former for eksponeringsterapi
- Somatic Experiencing (SE)
- EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing)
- Narrativ traumeterapi
- Og mange flere...

Kropsorienterede tilgange som mindfulness, yoga, dans og meget mere bruges undertiden i en behandlingsramme – men også udenfor.

Egentlig behandling kan være helt afgørende vigtigt for nogen, og vi kan kun beklage, at der i dagens DK er så ekstremt lille adgang til egentlig terapeutisk behandling af traumatiserede mennesker. Når mere end 80% af dem, der kommer ind i psykiatrien, har en traumbaggrund, så er der lang vej før de også får terapeutiske tilbud, der adresserer traumer. I dag er det også sådan, at man direkte udelukkes fra traumespecifik behandling, hvis man har bestemte diagnoser.

Mads' oplevelse:

Jeg har prøvet en masse. Senest for fire måneder siden fik jeg overtalt nogen fra regionen til at henvise mig til et privat traumecenter, fordi mine traumer åbenbart ikke kan behandles i psykiatrien. Det blev afvist af kommunen. (...)

En anden gang henviste F-ACT mig også til et traumeforløb i regionen, men der blev jeg også afvist, fordi jeg har en skizotypi-diagnose. De mener åbenbart ikke, at man kan få traumebehandling, når man har den diagnose. Det sagde de helt eksplicit.

Afvisningen virker rent administrativ pga. min diagnose. Lige nu står jeg altså i den situation, at min diagnose, som jeg ikke en gang synes passer, er den største forhindring for, at jeg kan få hjælp.

### De andre 23 timer

Selv om man måske er så heldig at få et godt terapeutisk behandlingstilbud, så er der jo stadig døgnets 23 andre timer. Hvad har vi der at byde på – hvordan møder vi mennesker som er ramt i deres liv og har brug for hjælp til at komme videre?

Som **Bessel van der Kolk** siger:

”Hvis traumet er indkodet, så der opstår ubærlige sansninger og følelsesreaktioner, så bør det være vores første prioritet at hjælpe folk med at komme fri af deres kamp/flugt-respons, hjælpe dem med at reorganisere deres oplevelse af at være truet og hjælpe dem med at håndtere deres relationer.”  
(Kroppen holder regnskab, s.351)

Her blev jeg virkelig inspireret af psykologen **Howard Bath**, som med udgangspunkt i arbejdet med traumatiserede børn og unge, netop tager udgangspunkt i de 23 andre timer, ikke den formelle terapi eller behandling, men det levede hverdagsliv og den støtte og læring, som foregår der. Meget af helingen efter traumer finder sted udenfor kliniske rammer, og helende relationer kan være meget andet end det der opstår i behandlingsregi.

Han har formuleret 3 bærende søjler, nemlig:

1. Tryghed
2. Forbindelse
3. Mestring

Traumebevidsthed er noget, der skal udvikles, men ikke nødvendigvis noget som betyder, at der skal stå traume foran alt vi gør. De behov som alle mennesker har, er de samme som traumeoverleveres. Den måde at blive mødt på, som vi alle har gavn af, er også essentiel for de mange af os, som har traumer i bagagen.

De kompetencer, vi skal trække på, er ikke 'bare' traume-kompetencer, men kompetencer som handler om at give mennesker plads til at være og udvikle sig.

Mads peger på to aspekter, som er så centrale, at de fortjener ekstra opmærksomhed:

**At blive troet på og at blive grebet.**

Ikke at blive hørt og troet på er en af de mest skadelige erfaringer, vi kan gøre os. Det afføder en kolossal ensomhed og hjælpeløshed.

Mads' oplevelse:

Da jeg kommer ud til akutmodtagelsen er jeg stadig i granatchok. Jeg er totalt angst, og jeg aner ikke, hvad der sker. Det, jeg husker bedst fra de første møder, er, at de ikke tror på, hvad jeg siger. De siger direkte til mig, at min historie ikke hænger sammen, som om det var noget, jeg fandt på. Det var ikke bare turen til Peru, det er også min uddannelses- og karrierebaggrund. Mistroen gentog sig til de første møder med psykiateren. De blev ved med at tro, at det var noget, jeg fandt på.

Centralt i TBT er at være opmærksomme på, ikke at retraumatisere. Det er meget vigtigt, hvis vi kan undgå at reaktivere traumer og måske blive bedre til at få øje på, hvornår vi gør det. Mads blev ved sin første indlæggelse placeret på samme stue som en, der for ham fremstod som en kriminel rocker, det var ikke et trygt rum, men et rum, hvor traumet blev reaktiveret. Systemers institutionelle processer og individuelle praksisser medfører retraumatisering, når vi ikke bliver lyttet til og troet på, og når vi oplever os afvist.

Mads' oplevelse:

Det smertefulde ved alle de afvisninger er ikke bare, at jeg ikke får noget hjælp, men det er også som om, det genaktiverer hele den alenehed og magtesløshed, jeg oplevede i Peru. Retraumatisering er for mig at gentage de følelser, som jeg gennemgik dengang. Derfor er det så skidehårdt med alle de afvisninger, der har været i psykiatrien. Det er fuldstændigt som om, man er tilbage og helt alene og henvist til en selv. Derfor får jeg det også præcist som om, de gangstere igen er i røven på mig.

Alene, i afmagt, og måske ligefrem med tab af tillid til at verden overhovedet vil én noget godt.

Her kan vi meget nemt skabe en historie om de andre, om dem inde i Psykiatrien, der ikke lytter. Men jeg tror, det er mere frugtbart – og besværligt – at vi også bliver bevidste om, alle de gange professionelle også i den sociale sektor, bliver ved med at overhøre. Det der bliver sagt, vurderes måske ikke som relevant, det betegnes måske som vrangforestillinger, paranoia, som noget, der er uforståeligt... Og så bliver det ofte kommunikeret på en 'ikke-passende', rodet og voldsom måde.

Eller, som det konstateres i anbefalingerne fra Social- og Boligstyrelsen:

”Nogle mennesker bliver traumatiseret af at opleve ikke at blive hørt, set og forstået i det sociale system, eller af at de lever et liv i socialt udsatte positioner hvor de ofte eller grundlæggende føler sig utrygge.”

( s.9.)

Det er præcis det, det kan ske, hvis vi i stedet for at lytte til smerten bag, og prøve at forstå hvad så voldsomme reaktioner er født af, kommer til at slå over i opdragelse, styring og adfærds-korrigerende. Der kan skabes en konsensus om, at der er grænser for, hvad vi som velmenende professionelle skal stå model til. I dokumentationen vil vi kunne finde ord som provokation, overreaktion, urimelighed, manipulerende, ikke i stand til at behovsudsætte, modvilje osv.

Når dette sker, er det ifølge forståelsespapiret udtryk for manglende TBT-kompetencer, hvor den traumeramte får skylden.

Tænk, hvis det som beskrives som 'problemadfærd', manglende motivation eller dårlige intentioner, i stedet med et TBT-blik blev set som stress-reaktioner udløst af triggere, vi ikke var opmærksomme på. Eller som forståelige tilpasninger til et liv, hvor man konstant har skullet være på vagt, og hvor selv den flinke pædagog eller den omsorgsfulde SSA'er i nutiden kan opleves som en trussel.

Mads har også en oplevelse af ikke at blive grebet – og siger også nogle vigtige ting om hvilken forskel det kan gøre at blive grebet:

Hvis jeg skal pege på én værdi, som jeg synes blev trådt på i mit møde med psykiatrien, så er det at føle sig grebet. At der er nogen, der tager en ind og forstår. Nogle gange er det nok at blive forstået. Allerede her brydes noget af aleneheden. Men at blive grebet er også, at de kan hjælpe en med, hvad der så skal gøres. Jeg synes fx, at meget af den hjælp, jeg har fået, har fokuseret på alt for banale ting som hygiejne og rengøring. Alt det kan jeg, selvom der er meget andet, jeg ikke kan.

Men jeg har brug for forståelse. At de kender noget til traumer, til det at have været udsat for noget. Derfor er grebetheid heller ikke noget, som medicin kan gøre. Medicin kan meget, men den kan ikke gribe dig. Det kan ikke se dig i din alenehed, forstå og være med til at planlægge, hvad der så kan gøres.

Hver eneste gang jeg har følt mig grebet, så har det formindsket aleneheden. Mere konkret, så er det som om det fjerner den gangster, som jeg altid føler er lige under huden. Det skete, da overlægen faktisk gerne ville hjælpe mig med at få traumebehandling, også selvom det ikke lykkedes. Det er også sket med en kontaktperson i akutteamet på Bispebjerg. Der kunne man sidde og tale på en stille og rolig måde. Ham kunne man føle tillid til.

Bare det at kunne tale om de normale ting i hverdagen, der gør livet værd at leve. Det, at han ved, at jeg laver alt muligt andet end at være traumatiseret og syg, gør, at vores relation ikke bliver så formindskende. Det er som om, at hvis man taler med en anden, der kun kan se ens problemer, og måske endda ser dem forkert, så flyder det ud over det hele. Så vælter det alt sammen op igen.

Jeg nævnte indledningsvist, at Social- og Boligstyrelsen for et par måneder siden udsendte anbefalinger til, hvordan vi kan arbejde traumebevidst i de 23 andre timer – og jeg vil stærkt

anbefale, at de af jer, der ikke har gjort det endnu, går ind og downloader de 32 sider og går i gang med at se jeres praksis efter i sømmene med et TBT-blik.

Kort fortalt siger de 4 anbefalinger:

1. Opbyg viden og kompetencer om traumer
2. Sørg for at borgerens perspektiver er styrende, så hun oplever kontrol, ejerskab og mestring
3. Skab tillid og tryghed sammen med borgeren, så hendes nervesystem beroliges og hun tør give udtryk sine perspektiver og behov
4. Tilpas de fysiske rammer, så de bidrager til fysisk og psykisk tryghed

Under hver anbefaling er der forslag til hvilke tilgange, metoder og redskaber, man kan anvende i arbejdet og råd til, hvordan de understøttes organisatorisk.

Det er et virkelig godt sted at starte, og når det drejer sig om det første punkt – om at indhente viden, så er der heldigvis kolossalt mange ressourcer at trække på – og jeg bidrager gerne med forslag til litteratur!

#### **4. Afsluttende tanker om TBT: Endnu et add on eller en tiltrængt omvæltning?**

Det er så nu, jeg gerne ville have haft mere tid, og ser frem til at fortsætte samtalen bagefter, her på konferencen og når vi er tilbage i hverdagen.

For hvordan undgår vi at TBT bare bliver endnu en knopskydning uden på en psykiatri, der stadig gør symptomer til sygdom?

Er tiden inde til i stedet for symptomer at tale overlevelsesstrategier og meningsfulde reaktioner på noget der er sket?

Og ja, måske kan det, der var ren overlevelse 'gro fast' og stivne på måder, som gør os syge og som måske for nogen godt kan beskrives som sygdom. Men er det ikke noget helt andet, end at det er en tilgrundliggende sygdom, som gør at mennesker har disse reaktioner?

Der er noget helt forkert i, at den, der har været udsat for noget frygteligt, bliver én, vi betragter som syg, som én, der er grundlæggende anderledes, lidende af en psykisk sygdom. Som får en diagnose og som, hvis ikke hun eller han, synes de passer ind i diagnosen eller at løsningen er at indtage stærkt sederende psykofarmaka i årevis, lider af manglende sygdomsindsigt?

Skal traume-behandling også fremover være noget helt særligt og meget specialiseret, som kun er tilgængeligt for ganske få? Eller burde traumebevidsthed gennemsyre al behandling?

Og vi kan spørge, om ikke der også er risiko for at traumetilgangen bliver en ny eksperttilgang, hvor andre definerer? Måske har vi ikke brug for at begynde at screene for traumer, men for at stille de helt enkle spørgsmål: Hvad er der sket, hvad har du brug for hjælp til?

Vi hører det igen og igen: der er ikke bare brug for flere penge og mere af det samme. Der er brug for noget helt andet, for en kulturrevolution, et paradigmeskift, en helt anden hjælp.

Og så bliver det let meget stort, og handler jo slet ikke kun om at vende psykiatrien på hovedet, men faktisk om hele det menneskelige samfund...

**Judith Herman**, hvis fremragende bog om traumer 'I voldens kølvand' allerede udkom i 1992, skriver i sit efterord til 2015-udgaven, at voksende videnskabelig viden og det at henlede offentlighedens opmærksomhed på problemer, kun er de allerførste skridt til forandring. Der er brug for en folkelig politisk bevægelse, som er stærk nok til at gøre noget ved de strukturelle forhold, der er motor for traumer, hvad enten vi i den store skala taler om krig og krigsforbrydelser, eller om overgreb og vold i familiernes intimsfære.

Her er en opgave, som vi må tale sammen om, for ikke hver især at blive overvældede og handlingslammede af, hvor uoverskuelig stor den er.

Og sideløbende med den samtale, så er der også masser af ting, vi *kan* gøre i direkte samarbejde med mennesker med traumeerfaringer i det liv, der leves udenfor terapirummet, de andre 23 timer, eller for at være ærlige: der er for langt de fleste snarere tale om 24 timer.

Vi kan tage fat i TBT hos os selv og som en mulig common ground på tværs af systemer.

Hvis vi begynder at gøre det ukontroversielle, indlysende, nemlig at være opmærksomme på, hvornår vi (uforvarende) selv er med til at traumatisere og retraumatisere, vil vi måske blive mere sensitive og dermed bedre i stand til at forstå alt det, der i dag kategoriseres som symptomer på psykisk sygdom som udtryk for traumer?

Selv om man altid – og med nogen ret – kan sige, at der er behov for mere forskning, så må vi på dette område sige, at evidensen er så enorm, at vi simpelthen ikke kan være bekendt at sidde den overhørig. Og med mit indledende spørgsmål i mente:

Ja, det er på høje tid at lytte til menneskers historier.

Og ja, en traumebevidst tilgang kan være en murbrækker for at den viden om sociale forhold, om livsvilkår og om relationers betydning, som vi har eller i hvert fald meget let kan skaffe os, endelig kan komme til at bevæge sig fra periferien og ind i centrum af, hvordan vi møder mennesker, der har det svært.

## Litteratur

Brugt som inspiration eller direkte i oplægget:

---

### BØGER:

Buhmann, Cæcilie Böck, Mikkel Arendt, Nicole Rosenberg (red.): Psykoterapeutiske tilgange til PTSD. Symptomer, undersøgelse og behandling. Hans Reitzels Forlag, 2018

Dyhr, Karin: Ude af mig selv. Dissociation hos mennesker med tidlige traumer. Frydenlund, 2018

Herman, Judith L.: I voldens kølvand. Psykiske traumer og deres heling. Hans Reitzels Forlag, 2020

Levine, Peter A.: Den tavse stemme. Hvordan kroppens sprog kan opløse traumer og skabe velvære. Hans Reitzels Forlag, 2022

Levine, Peter A.: Væk tigreren – helbredelse af traumer. Den naturlige evne til at forvandle overvældende oplevelser. Gyldendal, 2. udgave 2023

Maté, Gabor & Daniel Maté: The Myth of Normal Trauma, Illness & Healing in a Toxic Culture. Avery, 2022

Perry, Bruce D. og Oprah Winfrey: What happened to you? Conversations on trauma, resilience, and healing. Flatiron Books, 2021

Seikkula, Jaakko & Tom Erik Arnkil: Sociale netværk i dialog. Akademisk Forlag, 2006

Van der kolk, Bessel: Kroppen holder regnskab. Hjerne, psyke og krop i heling af traumer. Klim, 2019

### ARTIKLER OG RAPPORTER:

Bak, Jesper, Jacob Hvidhjelm, Lene Aluge Berring: Trauma Informed Care – næste skridt mod en positiv psykiatrikultur der forebygger tvang. Psykiatrisk Sygepleje, December 2017, 3. Udgave, 24. Årgang, 34-39  
<https://www.psykiatri-regionh.dk/centre-og-social-tilbud/Psykiatriske-centre/Psykiatrisk-Center-Sct.-Hans/forskning/Nationalt-TBT-Center/Artikler/Documents/Bak%20-%20Trauma%20Informed%20Care%20-%202017.pdf>

Bath, Howard: The three Pillars of TraumaWise Care: Healing in the other 23 hours. Winter 2015 volume 23, number 4  
[https://www.traumebevisst.no/kompetanseutvikling/filer/23\\_4\\_Bath3pillars.pdf](https://www.traumebevisst.no/kompetanseutvikling/filer/23_4_Bath3pillars.pdf)

Bjarnhof, Nis: At blive grebet. Fortalt af Mads Larsen til Nis Bjarnhof. Outsideren, august 2023  
<https://outsideren.dk/2023/08/16/at-blive-grebet/>

Berger, Nichlas Permin, Josefine Frøslev-Thomsen og Lars Fynbo: Viden om traumebevidste tilgange i indsatser til socialt udsatte voksne. En vidensafdækning og skitsering af en prototype. VIVE, 2022  
<https://www.vive.dk/da/udgivelser/viden-om-traumebevidste-tilgange-i-indsatser-til-socialt-udsatte-voksne-4z6ryrzq/>

Brinkmann, Svend: Problems of diagnostic psychiatry – and the search for a way forward. I: Nordic Psychology, published online 24 sep 2023

<https://doi.org/10.1080/19012276.2023.2258557>

Det nationale TBT-Center: Traume-Bevidst Tilgang i Danmark. Version 1.0, Februar 2020

[https://www.psykiatri-regionh.dk/centre-og-social-tilbud/Psykiatriske-centre/Psykiatrisk-Center-Sct.-Hans/forskning/Nationalt-TBT-Center/Documents/Beskrivelse%20af%20TBT%20i%20Danmark%20-%20Ver.%201.0%20\(002\).pdf](https://www.psykiatri-regionh.dk/centre-og-social-tilbud/Psykiatriske-centre/Psykiatrisk-Center-Sct.-Hans/forskning/Nationalt-TBT-Center/Documents/Beskrivelse%20af%20TBT%20i%20Danmark%20-%20Ver.%201.0%20(002).pdf)

Jordan, Ann: Healing psychological trauma. Resource Materials for Training & development. 2018

<https://www.madintheuk.com/wp-content/uploads/2018/12/Healing-Psychological-Trauma.pdf>

Nordanger, Dag Ø.: “Herregud, er alt traumer nå?” Psykologisk.no, publiceret 21.09.21, opdateret sidst 12.05.22

<https://psykologisk.no/2021/09/herregud-er-alt-traumer-na/>

Read, John: Bad things happen and can drive you crazy: The causal beliefs of 701 people taking antipsychotics. I: Psychiatry Research 285 (2020) 112754, 1-10

<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112754>

Read, John, Roar Fosse, Andrew Moskowitz & Bruce Perry: The traumagenetic neurodevelopmental model of psychosis revisited. I: Neuropsychiatry (2014) 4(1), 65-79

<https://www.jneuropsychiatry.org/peer-review/the-traumagenic-neurodevelopmental-model-of-psychosis-revisited-neuropsychiatry.pdf>

Social- og Boligstyrelsen: Anbefalinger til at arbejde traumebevidst i den sociale indsats med voksne. Social- og Boligstyrelsen, 2023

[https://sbst.dk/Media/638321681543271947/Social-%20og%20Boligstyrelsen%20\(2023\)%20Anbefalinger%20til%20at%20arbejde%20traumebevidst%20i%20den%20sociale%20indsats%20med%20voksne.pdf](https://sbst.dk/Media/638321681543271947/Social-%20og%20Boligstyrelsen%20(2023)%20Anbefalinger%20til%20at%20arbejde%20traumebevidst%20i%20den%20sociale%20indsats%20med%20voksne.pdf)