

GENISCENESÆTTELSE – EN SELVSKADENDE TRAUMEEFTERREAKTION

Af Line Sangild Thimmer og Janne Østergaard Hagelquist¹

Geniscenesættelse er ubundne erindringer om et eller flere traumer, der vender tilbage i form af enten fysiske fornemmelser, genoplevelse eller adfærdsmæssige genopførelser af traumet (van der Kolk, 1989). Der er tale om en tilbagevendende selvskadende traumeefterreaktion, hvor den traumatiserede er fastlåst i at gentage elementer af det oprindelige traume. Samtidig ligger der også i geniscenesættelsen et grundlæggende ønske om læring og heling. Geniscenesættelse er relateret til vanskeligheder med mentalisering, da den traumatiserede har svært ved at gøre sig tanker om og følelsesmæssigt relatere sig til traumerne. Denne artikel vil forsøge at beskrive funktionen af selvskade i form af geniscenesættelse hos traumatiserede. Artiklen finder, at geniscenesættelsen er et udtryk for, at den traumatiserede genoplever ikkeintegrerede og uregulerede tanker og følelser i forhold til det oprindelige traume. Bevæggrundene for geniscenesættelsen er således et behov for at få ro og slippe fri af de intense følelser og tanker forbundet med traumet, dårlige traumevaner og et grundlæggende ønske om et samlet selv og bedre relationer. Når den traumatiserede geniscenesætter, skaber det stor frustration og ofte en følelse af afmægtighed blandt de professionelle omkring ham eller hende. Sidst i artiklen gives der bud på, hvordan man kan hjælpe den traumatiserede med at bryde geniscenesættelsens onde cirkel.

1. Introduktion

Noget af det sværeste at forstå i mødet med traumatiserede børn, unge og voksne er, når de geniscenesætter deres oprindelige traume og derved fremstår selvskadende. Eksempelvis den mindreårige, der prostituerer sig, eller den voldsramte, der finder en voldelig kæreste. I vores arbejde i Center for Mentalisering møder vi gentagne gange frustrerede professionelle, der ople-

1 Line Sangild Thimmer, cand.psych., ansat ved Center for Mentalisering og har gennem en årrække arbejdet inden for døgninstitutionsområdet.

Janne Østergaard Hagelquist er cand.psych.aut., specialist i børnepsykologi og supervision, forfatter til flere bøger om mentalisering og stifter af Center for Mentalisering.

ver, at de udsatte, de arbejder med, gang på gang havner i potentielt retraumatiserende situationer, som eksempelvis voldelige forhold eller seksuelle overgreb. Det efterlader de professionelle med intense følelser som vrede, sorg og magtesløshed. Den manglende viden om, hvorfor deres målgruppe drages af denne form for selvskade, kan potentielt føre til uhensigtsmæssig adfærd fra de professionelle, såsom straf, ignoreren, opgivelse og i de værste tilfælde ikkeintentionel fremprovokering af eller medvirken i den selvskadende adfærd.

Undersøgelser har konstateret en sammenhæng mellem traumer i barndommen og retraumatisering senere i livet. Børn, der har oplevet mishandling fra en omsorgsgiver, har større sandsynlighed for at stå i potentielt traumatiserende situationer (Radford, Corral, Bradley, & Fisher, 2013). Eksempelvis bliver to ud af tre, der er blevet udsat for seksuelle overgreb i barndommen, udsat for seksuelle overgreb senere i livet (Classen, Palesh, & Aggarwal, 2005). Samtidig viser undersøgelser, at udviklingstraumer påvirker den udsattes evne til at følelsesregulere, som hænger sammen med den øgede tendens til cutting, selvpåførte hovedskader, brænde- og bidemærker, selvudsultning samt alkohol- og stofmisbrug (Layne et al., 2014). Traumer, der finder sted i tilknytningsrelationer, hvor barnet understimuleres emotionelt og relationelt, danner helt grundlæggende en *dobbeltbelastning*, da barnet udsættes for høj grad af følelsesmæssig smerte og samtidig ikke får den nødvendige støtte til at regulere denne smerte (Fonagy & Target, 1997). Den traumatiserede er således efterladt psykologisk alene i ulykkelige tilstande uden forudsætning for at kunne begribe, hvad smerten skyldes, og hvad han eller hun skal gøre med den (Allen, 2014). Når traumerne begås af de primære tilknytningspersoner, får barnet selvsagt ikke hjælp af disse tilknytningspersoner til at integrere det hændte følelses- og erkendelsesmæssigt og vil i stedet være nødsaget til at udtrykke og håndtere det på et fysisk plan. På den måde fungerer selvskade, når den optræder som en traumeefterreaktion, som en geniscenesættelse, hvor den traumatiserede igen udsætter sig selv for lignende smerte, om end den optræder i et andet og mere teleologisk øjensynligt format (Allen et al., 2010).

En ung mand er vokset op sammen med sin mor, der har et massivt alkoholproblem. Drengen har selv skullet sørge for mad på bordet, har ofte trøstet og støttet moderen, når hun bryder sammen, har oplevet vold fra hendes skiftende kærester og har lejlighedsvist tilkaldt en ambulance, når moderen truer med at tage livet af sig selv. Som lille slår han hovedet ind i muren, når han oplever modstand, og som ung tiltrækkes han af det kriminelle miljø, hvor han gentagne gange havner i slåskampe. Han oplever, at det ikke kan blive vildt nok for ham, samtidig med at han føler sig tom indeni og meget ensom.

Eksemplet viser, hvordan den unge mand, der er traumatiseret af sine primære tilknytningspersoner, synes at geniscenesætte på forskellig selvskadende vis. Når der i artiklen fremadrettet refereres til selvskade, forstås dette fænomen i bredeste forstand som *skade på egen person*, og der vil være tale om selvskade, som ved nærmere eftersyn indeholder ikkeintegrede elementer fra det oprindelige traume.

Vi har i artiklen valgt at anvende mentaliseringsteorien som ramme til at forklare og behandle de fænomener, der beskrives som baggrunden for geniscenesættelse, da der i mentaliseringsbaseret teori er fokus på traumepsykologien og på, hvordan ikkementaliserede følelser og oplevelser præger den traumatiserede. Mentaliseringsbaseret behandling synes netop at være opmærksom på de fænomener, den geniscenesættende har brug for støtte i forhold til. Der er således i mentaliseringsbaseret behandling fokus på at tilvejebringe en tryk base, hvori der er plads til at udforske egne og andres mentale tilstande. Der er opmærksomhed på at tilbyde spejlinger, som støtter den udsatte i at emotionsregulere og finde sig selv og at arbejde med overføring, der støtter den traumatiserede til at betragte egne samspil og forstå, hvordan deres sind fungerer i en terapeutisk relation. Endvidere er der i mentaliseringsbehandlingen et eksplicit fokus på at tilbyde den medmenneskelighed, som den traumatiserede ikke oplevede i den oprindelige traumesituation (Allen et al., 2010, p. 193). En del af dette behandlingsarbejde består i, at den professionelle er opmærksom på egne mentale tilstande og bruger sin egen oplevelse aktivt som led i at afhjælpe den udsattes geniscenesættelse. Men før vi kommer til behandlingen, vil vi historisk placere, definere og forklare de fænomener, der tilsammen fører til geniscenesættelse.

2. Geniscenesættelse

Sigmund Freud var den første, der forsøgte at indfange og forstå den komplicerede tilbøjelighed til at genopføre tidligere traumer, hvilket han iagttog blandt sine klienter. Freud var i sit tidlige arbejde særligt optaget af traumers betydning for den psykiske udvikling og så en sammenhæng mellem deprivation og overgreb og klientens manglende erkendelse eller integration af disse hændelser, der normalt kendetegner en moden og velfungerende psykisk fungeren (Freud, 1836b). Senere konstaterede han, at den manglende erkendelse og integration, hvad enten der var tale om traumer eller konflikter i forholdet til klientens forældre, hang sammen med en nøje gentagelse af disse oplevelser, som fungerede som en slags kompensation for den manglende integration. Han benævner denne tilbøjelighed *gentagelsestvang* (Freud, 1914g). Gentagelsestvang er sidenhen blevet gjort til genstand for megen forundring i særligt det psykodynamiske arbejde, da det vidner om komplekse dynamikker, der befinder sig i et paradoksalt spændingsfelt mel-

lem at tydeliggøre den problematik, klienten plages af, og samtidig aktivt gør skade på klienten (Ferenczi, 1949; Bion, 1959; Lacan, 1964).

Hvor gentagelsestvang er et psykodynamisk begreb, der anvendes bredt i forhold til manglende integration af både konflikter og traumer, stammer *geniscenesættelse* fra traumepsykologien og refererer til en specifik efterreaktion på en eller flere traumatiske hændelser. I de seneste årtier har en række forskere og behandlere været optaget af geniscenesættelse i relation til den traumatiseredes udvikling, relationer og behandling (Allen, 2001; van der Kolk, 1989, 2005, 2007; Chu, 2011). I beskrivelsen af fænomenet geniscenesættelse vil vi tage udgangspunkt i den fremtrædende traumepsykolog Bessel van der Kolk's definition. Han forstår geniscenesættelse som ubundne erindringer om et eller flere traumer, der vender tilbage i form af enten *fysiske fornemmelser*, *genoplevelse* af traumet eller *adfærdsmæssige genopførelser* af traumet (van der Kolk, 1989). Vi vil først og fremmest koncentrere os om den adfærdsmæssige geniscenesættelse, men inddrage de yderligere betegnelser i forsøget på at forstå fænomenet i dets helhed.

2.1 Geniscenesættelse i form af fysiske fornemmelser

En ofte forekommende traumeefterreaktion er umiddelbart uforståelige fysiologiske reaktioner, som ofte hverken er ledsaget af medicinske forklaringer eller erindringer om traumatiske hændelser. Disse reaktioner kendetegnede tidligere den gruppe klienter, man benævnte hysteriske klienter (Breuer & Freud, 1893), der får fysiske smerter eller symptomer som meget konkret manifestation eller vidne om de traumer, de har været udsat for – nærmest som en fysisk protest mod eller vidne om disse. Her kan være tale om eksempelvis følt forsnævring af spiserøret grundet orale seksuelle overgreb eller som i nedenstående eksempel.

En teenagepige, der bor på en døgninstitution grundet mistanke om seksuelle overgreb i hjemmet, får et kæresteforhold til en dreng på institutionen. Hun oplever store og pludselige smerter i underlivet, når de forsøger på samleje. Pigen forstår ikke, hvad der er galt med hende, og går til lægen, der ikke finder nogen fysiologiske forklaringer på smerterne.

Da pigen står i en situation, der minder om de traumer, hun har været udsat for, gennemgår hun en implicit og dermed ikkebevidst kropslig genoplevelse af traumerne som påmindelse og vidne om deres eksistens.

2.2 Geniscenesættelse i form af genoplevelse af traumet

En central del af PTSD-diagnosen består af traumeefterreaktioner, der vedrører de påtrængende symptomer forbundet med traumet (American Psychological Association, 2013). Her kan nævnes tilbagevendende erindringer, flashbacks eller mareridt om det, der er hændt.

En ung mand, der er vokset op i et hjem med en voldelig far, ser på en indkøbstur et par, der er uenige og hæver stemmen over for hinanden. Den unge mand får øget hjertebanken, svedige håndflader og stivner, af frygt for at manden vil slå sin kæreste. Kæresteparret griner, kvinden siger: "Du er også bare så stædig," og de fortsætter deres indkøb. Den unge mand oplever det, som om han i situationen forsvandt fra sin krop. Han fortsætter sine indkøb og går hjem, men husker ikke resten af indkøbsturen.

At se parret skændes resulterer i, at den unge mand får flashbacks til de traumer i form af voldsoplevelser, som skænderier i hans hjem medførte. Påmindelsen og angsten forbundet med den bliver så overvældende følelsesmæssigt, at den unge mand dissocierer eller mentalt flygter fra den aktuelle episode.

2.3 Geniscenesættelse i form af adfærdsmæssig genopførelse af traumet

Børn, der har været udsat for overvældende oplevelser, der er uden for deres kontrol, og som ikke oplever den nødvendige følte sikkerhed umiddelbart efter hændelsen, genspiller ofte oplevelsen gennem traumatisk leg (van der Kolk, 2005).

En dreng, der lever i et krigshærget område, oplever sine forældre blive skudt for øjnene af ham og leger efterfølgende på gaden voldsomme, voldelige lege med de andre børn. De andre børn har også haft skræmmende oplevelser, og legene udvikler sig, så børnene kommer til skade og øvrigt synes at skræmme hinanden og vedligeholde i stedet for at bearbejde traumerne.

Geniscenesættelsen fungerer her som et mislykket forsøg på at mestre eller kontrollere de overvældende hændelser, som børnene har været udsat for. Foruden traumatisk leg er geniscenesættelse af stereotype roller, der er velkendte for den udsatte, en ofte forekommende efterreaktion blandt traumatiserede. Studier af kriminelle viser eksempelvis, at overgrebsmænd ofte selv er blevet udsat for overgreb som børn (Widom, 1989). Her kan man således tale om en genopførelse med rolleombytning, hvor den overgrebne bliver til den overgribende. Denne dynamik benævnes *dramatrekanten*, hvor den traumatiserede selv indtager og mere eller mindre ubevidst positionerer andre i en eller flere af de tre velkendte roller som offer, redder eller krænker (Karpman, 1968). Den traumatiserede bliver dermed ved med at befinde sig i en dramatisk genopførelse af traumet, som ofte leder til retraumatisering (Chu, 2011).

En kvinde er som barn blevet udsat for seksuelle overgreb og volds- overgreb af sin stedfar. Som voksen befinder hun sig gentagne gange i voldelige og krænkende kæresteforhold (offer). Kvinden har hver gang stor forståelse for sin partner og ønsker at gøre alt for at hjælpe ham og kan gang på gang tilgive, da hun forstår, at volden er et udtryk for, at hendes partner har det svært (redder). En dag vil hendes egen datter ikke holde op med at græde, og kvinden ender med at give barnet gentagne endefulde (krænker).

Geniscenesættelse kan altså optræde på flere forskellige måder, herunder i form af fysiske fornemmelser, genoplevelse eller adfærdsmæssig genopførelse af traumat. I Bessel van der Kolk's definition ses geniscenesættelse som ubundne erindringer, hvilket tydeliggør behovet for en måde at "binde" eller integrere disse erindringer. Det kan gøres gennem eksplicit sproglig erkendelse og kobling mellem hændelserne og følelserne forbundet med hændelserne, med andre ord *mentalisering af traumerne* (van der Kolk, 1989).

3. Mentalisering

Mentalisering er at kunne danne sig forestillinger om bevidste og ubevidste mentale tilstande hos sig selv og andre (Fonagy, 1991) eller i mere dagligdags vendinger evnen til at se bag om adfærd (Hagelquist, 2012). Netop evnen til at se bag om adfærd – eller adskille fysiske og mentale fænomener – er afgørende for evnen til følelsesregulering (Allen et al., 2010). Når mentalisering slår fejl, taler vi om mentaliseringssvigt, hvor personen ikke længere er i stand til at være mentaliserende med sig selv og andre. Fonagygruppen har udviklet en sammenhængende teori om, hvordan børn i samspil med deres omsorgspersoner ikke kun lærer at mentalisere, men også lærer at registrere, kategorisere og regulere følelser såvel som udvikle et samlet positivt selv.

3.1 Udviklingen af mentaliseringsevnen

Evnen til mentalisering udvikles i samspil med den primære omsorgsperson eller de primære omsorgspersoner. Grundlaget for denne udvikling er, at omsorgspersonerne opfatter barnet som et selvstændigt selv med mentale tilstande. Fonagygruppen udtrykker med slet skjult reference til Descartes dette på følgende måde: "Mor tænker, at jeg er til, derfor er jeg til" (Allen et al., 2010, p.100). I samspil, hvor omsorgspersoner er optaget af barnets mentale tilstande, bliver barnet spejlet som et selvstændigt individ, og det er grundlaget for barnets senere udvikling af følelsesregulering og fornemmelse af at være et samlet selv. Fonagygruppen beskriver, hvordan omsorgspersonerne gennem det naturlige udviklingsfremmende samspil (social biofeedback-systemer) lærer barnet at registrere, kategorisere, italesætte og re-

gulere følelsesmæssige tilstande (Fonagy, Gergely, Jurist, & Target, 2007). Gennem den normale udvikling, som kendetegnes ved sådanne udviklingsfremmende samspil, danner barnet indre mentale repræsentationer og en fornemmelse for, at det mentale og det fysiske er adskilte fænomener (Allen et al., 2010). Igennem relationen formår barnet at skrue op og ned for sine følelsesmæssige tilstande, adskille *egne* mentale tilstande fra *andres* og danne en samlet fornemmelse af et selv. Processen, hvor barnet lærer sig selv at kende gennem omsorgsgiveren, er med andre ord kimen til mentalisering. Hvis omsorgspersonerne ikke ser barnet som et individ med mentale tilstande eller ikke tilbyder barnet udviklingsfremmende samspil, vil barnet ikke udvikle en stabil evne til at regulere egne følelser, opbygge et samlet selv og mentalisere egne og andres mentale tilstande (Fonagy et al., 2007). Fonagygruppen beskriver endvidere, hvordan mislykkede samspil kan resultere i, at barnet er ude af stand til at “finde sig selv” som et intentionelt væsen. Hvis barnets mentale tilstande fejlfæstemmes, vil barnet tage omsorgspersonens fejlfæstemning til sig som en del af selvet, men da de ikke stemmer overens med dets oprindelige mentale tilstande, desorganiserer det selvet og skaber splittelse. Barnet bliver på den måde ikke helt sig selv, men indeholder fremmede repræsentationer, som er svære at bære (Fonagy et al., 2007). Barnet vil være efterladt med et desperat ønske om at komme af med de fremmede dele af selvet, som skaber splittelse og forvirring. Når selvet forsøger at komme af med fejlfæstemte tilstande ved at overføre dem til andre, forstås det af Fonagygruppen som *projektiv identifikation* (ibid.). Både den manglende mentalisering, manglende udvikling af evnen til at regulere følelser og det fejlfæstemte selv er sammen med efterreaktioner på traumer centrale elementer i geniscenesættelse.

4. Traumers betydning for mentaliseringsevnen

Psykologisk traume er overordnet “når både de indre og ydre ressourcer er utilstrækkelige til at håndtere en udefrakommende trussel” (van der Kolk, 1989 p. 393), hvormed traumehændelser kendetegnes ved en afmægtighedsfølelse, hvilket resulterer i, at “vedkommendes evne til at integrere den følelsesmæssige oplevelse bliver overbelastet” (Pearlman & Saakvitne, 1995, p. 60). Traumer er dermed i deres udgangspunkt kendetegnet ved, at den traumatiserede ikke har kunnet begribe eller indlejre den overvældende hændelse i sin forståelse af sig selv og sig selv i verden. Gentagne traumer begået af primære omsorgspersoner medfører endvidere manglende forudsætning for følelsesregulering og mentalisering samt en gennemgående ensomhed (Allen, 2001). Barnet har dermed yderligere ringe forudsætninger for at bearbejde traumet/traumerne og er således overladt til at *agere* frem for at *integrere* det hændte, altså geniscenesætte det.

4.1 Traumeefterreaktioner

Der findes mange definitioner på traumer og traumeefterreaktioner. I relation til geniscenesættelse vil vi i denne artikel fremhæve tre traumebetegnelser: PTSD, tilknytningstraume og udviklingstraume. Der vil fortrinsvis være fokus på traumeefterreaktionerne til afdækning af fænomenet geniscenesættelse blandt udsatte, da traumebehandling først og fremmest drejer sig om traumernes *betydning for psyken* og ikke traumerne i sig selv (Allen, 2014).

PTSD (Post Traumatic Stress Disorder) er en diagnose, som opstod i kølvandet på Vietnamkrigen. Man så hos de hjemvendte veteraner en tydelig sammenhæng mellem ekstrem stress/livsfare og grupperinger af specifikke efterreaktioner. Traumeefterreaktionerne inddeles i den seneste udgave af DSM, DSM-V², som *invaderende* symptomer associeret med traumet, såsom mareridt og flashbacks, *undgåelse* af stimuli eller minder forbundet med traumet, ændringer af tanker og humør og *reaktivitet* eller opfarethed (American Psychological Association, 2013). PTSD-diagnosen beskriver således, hvordan traumet påvirker den traumatiserede gennem både konstant påmindelse om og undgåelse af fænomener, der minder om traumehændelsen. PTSD-diagnosen er opstået på baggrund af mere øjensynlige og målbare traumer, såsom faktisk eller truende død, alvorlig ulykke eller seksuel vold (ibid.). Først langt senere blev man opmærksom på, at samme efterreaktioner opstod, når der fandt traumer sted inden for hjemmets fire vægge (Herman, 1992). I dag er der både klinisk og teoretisk enighed om, at mindre øjensynlige traumer eller omsorgssvigt, såsom vanrøgt, neglekt og misrøgt, er mindst lige så skadelige (Allen et al., 2010; Chu, 2011; Herman, 1992).

Begrebsmæssigt har det betydet, at man har arbejdet med to begreber, som ligner hinanden, men stammer fra forskellige teoretikere og kan ses som historiske bidrag til at nuancere traumebegrebet i forhold til udvikling og tilknytning. Der er tale om *tilknytningstraumer*, som er en betegnelse for traumer, der finder sted i tætte tilknytningsrelationer (Adam, Sheldon-Keller, & West, 1995; Allen, 2001) og *udviklingstraume*, som har særligt fokus på de udviklingspsykologiske konsekvenser forbundet med gentagne traumer i tilknytningsrelationer (van der Kolk, 2005). Hvor der ved tilknytningstraumer er tale om traumer, der finder sted i tætte tilknytninger hos både børn såvel som voksne, er der ved udviklingstraumer således tale om traumer, der finder sted i udviklingsmæssigt sårbare perioder, altså barn- eller ungdommen. Udviklingstraume defineres mere specifikt som gentagen eller kronisk udsættelse for en eller flere former for ikkeudviklingsfremmende interpersonelle traumer (at blive forladt, forrådt, blive udsat for tvang, fysiske og/eller seksuelle overgreb, trusler på kropslig integritet, emotionelle overgreb, være vidne til vold eller død), som resulterer i mønstre af dysregulering og vedvarende forandringer.

2 DSM-V står for Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th ed. Der er tale om det amerikanske diagnose- og klassifikationssystem for psykiske lidelser. DSM-V blev udgivet i 2013.

ger på følgende områder: følelser, fysik, adfærd, kognition, relationer og selv (van der Kolk, 2005, p. 404; Hagelquist, 2015). Udviklingstraumer er således kendetegnet ved, at traumeefterreaktionerne flettes ind i udviklingen, hvilket ofte resulterer i en asymmetrisk udviklingsprofil, da barnets ressourcer er gået fra udvikling til overlevelse (Cook et al., 2005; van der Kolk, 2007).

En udviklingstraumatiseret 12-årig pige flytter ind hos en plejefamilie. Hun udviser alderssvarende adfærdsmæssig udvikling – kan spise pænt, handle ind og selv sørge for sin hygiejne, men har aldrig fået hjælp til at registrere, kategorisere og regulere følelser. Når hun bliver vred, fungerer hun derfor følelsesmæssigt som en treårig. Hun smadrer alt omkring sig og kan kun finde ro, ved at hendes plejemor afleder, trøster og regulerer hende, som man ville gøre med et helt lille barn.

Da denne artikels formål er at beskrive geniscenesættelse, er det oplagt at stille sig på skuldrene af både de teoretikere, der anvender tilknytningstraumebegrebet og udviklingstraumebegrebet. Da artiklen samler opmærksomheden på både udvikling, tilknytning og traumer, vælger vi i det følgende at bruge begreberne synonymt under udviklingstraumer.

Udviklingstraumer er opsummerende kendetegnet ved genoplevelse, undgåelse, manglende evne til følelsesregulering og en asymmetrisk psykologisk udvikling (van der Kolk, 2005). Derudover er disse traumer kendetegnet ved efterfølgende forringet mentaliseringsevne samt manglende forudsætning for dannelse af trygge tilknytningsrelationer fremover (Allen, Lemma, & Fonagy, 2012).

4.2 Geniscenesættelse, et mentaliseringssvigt per definition

Traumeefterreaktioner kendetegnes generelt ved, at den traumatiserede forestillingsmæssigt genoplever hændelserne, fx i form af flashbacks og mareridt. Dertil kommer, at den traumatiserede ofte oplever hyperarousal, hvor følelsesmæssigt svære tilstande opleves særlig intense. Den traumatiserede forbinder ikke fortid og nutid og er ikke i stand til at følelsesregulere sig selv. En del af dette kan også forklares ud fra *dissociation*. Dissociation betyder, at den nuværende oplevelse spaltes, således at eksempelvis bevidstheden bevæger sig et andet sted hen. Det er en ofte forekommende traumeefterreaktion, hvor smertefuld erkendelse af traumerne blokeres, som resulterer i manglende integration af de følelsesmæssigt overvældende hændelser (Allen, 2001). Dissociation muliggør dermed, at traumer fra fortiden geniscenesættes kontinuert i nutiden (Chu, 2011). Der er med andre ord ved oplevelse af traumeefterreaktioner helt grundlæggende tale om mentaliseringssvigt (Allen et al., 2010).

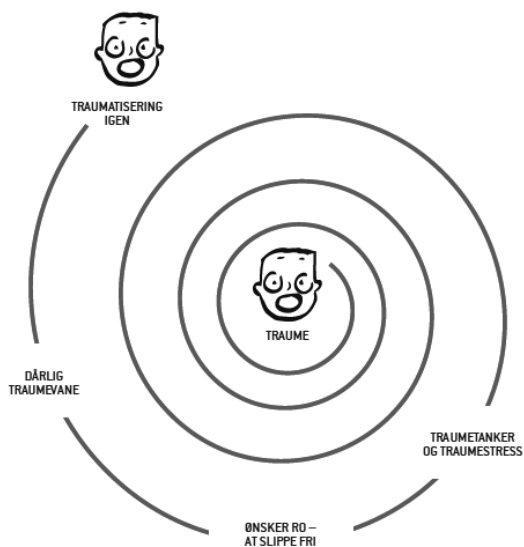
Derudover kan manglende mentalisering også anskues som en overlevelsesstrategi i et miljø præget af manglende omtanke for den traumatiserede. Barnets mentalisering i forhold til sig selv og krænkeren påvirkes, og dette kan forklares, blandt andet ud fra tilknytningspsykologien. Når vi mennesker

udsættes for fare eller på anden vis føler os utrygge, aktiveres vores tilknytningssystem, som bevirker, at vi søger nærhed eller en relation, hvor vores følelser kan reguleres (Bowlby, 1994). Barnet er altså afhængigt af omsorgspersonen, der samtidig er den, der gør barnet ondt. At fastholde en relation til overgrebspersonen bliver således helt afgørende for, at barnet ikke risikerer at føle sig eksistentielt udslettet i den i forvejen sårbare situation (Herman, 1992). Da traumer i tilknytningsrelationer er kendetegnet ved, at barnet er blevet ladet psykologisk alene med ubærlige følelser, har det været nødvendigt for barnet at undgå at mærke egne indre tilstande (Allen, 2014). Barnet kan tilmed påtage sig krænkerens aggression og derved vedblive at være i en relation til omsorgsgiveren vha. tanker som “jeg er også et ondt barn”, “jeg har fortjent det”. Konsekvensen er, at hadet vendes ind mod barnet selv – også lang tid efter at den traumatiserede ikke længere er afhængig af omsorgsgivers (ringe) trøst (Herman, 1992). For at barnet kan fastholde en relation til den, der gør barnet ondt, må barnet således lukke af for dets indlevelse i krænkerens motiver og følelser. Udviklingstraumatiserede benytter sig dermed ofte af en defensiv tilbagetrækning fra den indre mentale verden af frygt for den smertefulde erkendelse af omsorgspersonens had, grusomhed eller måske endda ligegyldighed (Allen et al., 2010). Behovet for nærhed kommer således til udtryk fysisk, men har den konsekvens, at det fjerner den traumatiserede yderligere fra at erkende, integrere og dermed mentalisere traumerne psykisk.

Traumeefterreaktioner er i deres udgangspunkt kendetegnet ved, at den traumatiserede ikke har integreret den overvældende hændelse i sin forståelse af sig selv og sig selv i verden. Det ikkeintegrerede traume betyder, at den traumatiserede ikke mentaliserer hverken med sig selv eller tilknytningssystemet, men i stedet agerer både offer og krænker. Det resulterer i, at traumerne lever videre i nye former, og geniscenesættelse er således selvvedligeholdende mentaliseringsvigt per definition (Allen et al., 2010). Måden at komme den onde cirkel til livs er nye, trygge tilknytningserfaringer. Det indebærer, at den traumatiserede føler sig forstået og rummet med alle de destruktive dynamikker, der gør sig gældende ved geniscenesættelse, og det er derfor afgørende, at den professionelle kender til bevæggrundene bag dette svært begribelige fænomen.

5. Geniscenesættelsens bevæggrunde

Geniscenesættelse er et komplekst fænomen, der opstår i mange forskellige former, og der er dermed ikke én, men mange forklaringer på, hvad der får traumatiserede til at geniscenesætte deres traumehændelser. Model 1 er udfærdiget i forsøget på at samle de mange bevæggrunde for at kunne tale om dem sammen med den, der geniscenesætter. Dette afsnit vil derfor trinvis forklare nogle af fænomenets mange bevæggrunde under følgende fire overskrifter: *Traumetanker og traumestress, Ønske om ro – slippe fri: Gentagelse som mestringsstrategi, Dårlig traumevane og Et ønske om et samlet selv og bedre relationer.*



Model 1. Geniscenesættelse (Hagelquist, 2015)

5.1 Traumetanker og traumestress

Som tidligere påpeget er udviklingstraume forbundet med en underudviklet evne til følelsesregulering, manglende selvkendskab og kronisk hyperarousal. Det gør den traumatiserede ekstra sårbar over for stresslignende tilstande (van der Kolk, 1989; Cook et al., 2005), som ofte leder til uhensigtsmæssig adfærd, såsom selvskade og risikovillig adfærd (Luxenberg, Spinazzola, & van der Kolk, 2001). Den fysiske geniscenesættelse kommer hermed til at fungere som en erstatning for den mentale følelsesregulering. Formålet med geniscenesættelsen er derfor, ifølge Russell (2006), at genopbygge de *af-fektive kompetencer*, som er det at kunne *føle*, hvad man skal gøre, og at kunne *stole* på, hvad man føler (Russell, 2006). Geniscenesættelse er på den måde et udtryk for en manglende udviklet evne til affektiv kompetence, følelsesregulering eller helt grundlæggende kendskab til egne indre tilstande, som normalt dannes gennem udviklingsfremmende samspil (Fonagy et al., 2007).

En 15-årig dreng er vokset op i en familie med en meget religiøs baggrund. En dag opdager drengens far, at drengen har søgt på porno med homoseksuelt indhold på sin computer. Faren tvinger drengen til at klæde sig af, hvorefter han slår ham direkte på hans genitalier og tvinger ham til at sige "jeg tror på gud og er ikke et bøssesvin", mens faren slår og slår.

Når drengen får seksuelle tanker eller minder om hændelsen, slår han sig selv hårdt med et bælte i skridtet, samtidig besøger han sider for homoseksuelle på nettet og skriver trusler og ondskabsfuldheder til brugerne.

Geniscenesættelse er hermed et udtryk for, at den traumatiserede overvældes af tanker forbundet med og følelser afledt af traumet. Det kan være en mental genoplevelse af traumet eller tanker om, at vedkommende har nogle ønsker og behov, der ikke er blevet lyttet til, og som er uforeneligt med at skulle indgå i relation med omsorgsgiveren. Det kan være frygt og en øget stresstilstand, der gør vedkommende årvågen, og som den traumatiserede må have afløb for, og samtidig ved vedkommende ikke, hvad han eller hun skal stille op med den. Geniscenesættelse handler hermed delvist om manglende følelsesregulering.

5.2 Ønske om ro – at slippe fri: Gentagelse som mestring

Gentagelse er et grundlæggende udviklingspsykologisk princip, der allerede fra spædbarnsalderen hjælper os med at navigere i verden (Berk, 2009). Det seks måneder gamle spædbarn smider eksempelvis vilkårligt sin sut, men får i takt med disse erfaringer en fornemmelse for tyngdekraften og dermed en stødt mere avanceret forståelse af verden og sig selv i verden. Som halvandetårig kan barnet så mere bevidst sætte, smide eller kaste med objekter. Gentagelse handler således generelt om at integrere og dermed mestre en given forståelse af et fænomen eller en begivenhed (Piaget, 1971). Gentagelse er hermed en nødvendig bestanddel af den normale udvikling, og gentagelse kan være en vigtig bestanddel i at forstå traumatiske hændelser.

En kvinde har haft en meget voldsom fødsel. Fødslen trak i langdrag, der var mange skift mellem jordemødre, og kvinden følte ikke, at jordemødrene tog hendes stærke smerter alvorligt. På et tidspunkt under den langvarige fødsel er der overlap og ingen jordemor på stuen, fødslen går pludselig stærkt med mange veer. Kvinden oplevede, at hun var ved at dø, og da en jordemor endelig kommer til, er barnets hjertelyd borte, og der foretages akut kejsersnit. Efter fødslen er kvinden sikker på, at hun kun kan komme sig over oplevelsen ved at føde igen. Hun bliver hurtigt gravid, men er meget bange for fødslen. Hun får en fast jordemor, som hun er tryk ved, tilknyttet i graviditeten, og denne er der under hele hendes fødsel. Fødslen bliver en rigtig god oplevelse. Efterfølgende føler kvinden, at hun har helet traumet fra den første fødsel gennem den næste fødsel.

Eksemplet viser, at det reelt er muligt at hele traumer ved at gentage oplevelsen med et andet udfald. Desværre går det sjældent sådan ved geniscenesættelse, hvor den traumatiserede ikke synes at tage ved lære og ændrer sin

adfærd i takt med den nye erfaring om, at handlingen er uhensigtsmæssig eller decideret retraumatiserende (Loewald, 1978). Dette skyldes, at den oprindelige hændelse ikke er integreret, hvilket vil sige, at der ikke er blevet dannet mentale repræsentationer for hændelsen (Cohen, 1980). Ved geniscenesættelse er der, ifølge Freud (1914g), stadig tale om et behov for at kontrollere eller tage styringen over hændelsen, men uden tilsvarende resultat. Uforløste konflikter eller hændelser udspilles således som et ubevidst ønske om at gøre op med disse, altså kunne kontrollere dem (ibid.). Levy (2000) påpeger dog det paradoksale ved, at motivationen skulle være kontrol, da det sjældent – hvis ikke aldrig – opnås (Levy, 2000).

Den traumatiserede forsøger mere konkret at få kontrol gennem *projektiv identifikation*, hvor han eller hun skiller sig af med ubærlige følelser eller fremmede fornemmelser for sit selv – handler det ud frem for at erfare eller udtrykke det og dermed lade det udspille sig hos et andet menneske (Allen, 2001; Fonagy et al., 2007). Den traumatiserede adskiller sig herved fra det følelsesmæssigt ubærlige og forsøger at kontrollere de uønskede aspekter ved at kontrollere dem i en anden person (Kernberg, 1987). Geniscenesættelsen fungerer dermed som en forsvarsmekanisme i et forsøg på at opnå kontrol. Den udsatte vil med andre ord forsøge at geniscenesætte følelser fra traumer med en anden bærer for denne gang at kunne have styring med udfaldet.

En 15-årig pige, der er vokset op med en voldelig far, kommer en dag op at skændes med en pige i skolegården og nikker pigen en skalle. Skolelæreren kender til pigens baggrund, og da de to sidder alene og snakker sammen om hændelsen, siger læreren, at det må være svært at se sig selv gøre sådan mod andre, når det er det, hun selv har været så frustreret over og ked af, at hendes far har gjort mod hende. Læreren kan se, at pigen reagerer på spørgsmålet, og forsøger at imødekomme hende ved at sige, at det måske var at gå for vidt. Pigen nidstirrer læreren og siger roligt, men bestemt: "Jahh, hvad bilder du dig egentlig ind at sige sådan noget, din lede kælling?"

I eksemplet ses geniscenesættelse både levet ud i form af vold, men også som projektiv identifikation, da læreren med sin kommentar igangsætter svære følelser som skam. Skammen bliver ubærlig for pigen, som sender den tilbage til læreren og får hende til at skamme sig over at tænke sådan. Pigen fortæller ikke her læreren, at hun har uret, men reaktionen vidner om, at pigen ikke ved, hvad hun skal gøre med følelsen, hvormed hun kaster den tilbage til læreren. Altså ses denne form for projektive identifikation i relation til geniscenesættelse som et ønske om at få ro og slippe fri og som udtryk for behov for hjælp til at regulere og dermed kontrollere svære følelser og hændelser (Allen, 2001).

5.3 Dårlig traumevane

Allerede fra spædbarnsalderen bruger vi mennesker ekstra energi på at forholde os til nye forhold i omgivelserne. Måden, hvorpå vi kan økonomisere med vores opmærksomhed, er gennem vaner (Berk, 2009). Dette gælder, fx når vi i frokostpausen sætter os på den samme plads, som vi plejer, hvormed vi sparer energien op til de nye elementer og udfordringer, vi støder på i løbet af arbejdsdagen. Når vi udsættes for traumer, øges denne opmærksomhed på nye elementer og dermed behovet for at støtte os til vores vaner, selv når vanerne er uhensigtsmæssige eller direkte potentielt retraumatiserende. Van der Kolk (1989) peger gennem blandt andet dyreforsøg på, at den øgede følsomhed over for stresstilstande er afgørende i forklaringen af funktionen af disse dårlige traumevaner. I ét forsøg sammenlignes to grupper rotter. Den ene gruppe har lav arousal, og deres adfærd er undersøgende og nysgerrig. Den anden gruppe bliver udsat for høj arousal, og deres adfærd er frygtsom og undgående. Undersøgelsen viser, at de stressede rotter konsekvent søger tilbage til det velkendte ubehag, kassen, hvor de fik stød, selvom de får tilbudt andre og mere behagelige alternativer (van der Kolk, 1989). Hvis man kan generalisere til mennesker i traumesammenhænge, er den traumatiserede, grundet øget stresstilstand, ikke i stand til at vælge det bedre alternativ, men placerer sig gentagne gange i den samme ubehagelige situation, da han eller hun rent fysiologisk tilvænnenes ubehaget. Det kan, ifølge Luxenberg, Spinazzola og van der Kolk (2001), forklares ved, at udviklingstraumatiserede har en forhøjet produktion af endogene opioider, som svarer til kroppens egen morfin. Traumatiserede udvikler altså en form for tolerance, analgesi, når de efterfølgende bliver udsat for lignende stress, hvilket understøttes af en undersøgelse med krigsveteraner med PTSD. I undersøgelsen oplevede syv ud af otte veteraner med PTSD en 30 % reduktion i opfattelsen af smerte, når de så en film med krigsscener (van der Kolk, 1989). Aktivering af stærke følelser forbundet med traumet kan således til en vis grad blokere smerte ved at udløse endogene opioider, (van der Kolk, 1989; Lanius, 2014). Funktionen af genescenesættelsen kan dermed biologisk være en midlertidig smertelindring, hvor den traumatiserede ved at udsætte sig selv for situationer, der minder om traumet, opnår en midlertidig beroligelse. Det at udsætte sig selv for potentielt traumatiserende situationer får en afhængighedslignende funktion, da det synes som den eneste måde, den traumatiserede kan blive følelsesreguleret. Den ubærlige smerte, som udviklingstraumatiserede står alene tilbage med, finder, ifølge Orlandini (2004), midlertidig lindring gennem udløsning af et tilsvarende ubehag eller nærmere på grund af forventningen om det.

En kvinde kommer fra et hjem med omfattende vold og overgreb og har en lang række af kæresteforhold bag sig med voldelige partnere. Kvinden indleder på et tidspunkt et forhold til en mand, som ikke har en historik med vold. Efter nogle måneder mærker kvinden en rastløshed,

der synes at være ved, og en dag går hun hårdnakket ind i en diskussion med sin kæreste. Hun bliver meget påståelig og truende og trænger fysisk manden op i en krog, mens hun skælder ham ud og nedgør ham. Det ender med, at kæresten slår ud efter hende. Kvinden er ulykkelig og føler sig overbevist om, at alle mænd er utilregnelige.

Forventningen om at blive slået har hos kvinden således været så uudholdelig, at hun fremprovokerede handlingen for at få ro og være fri for frygten for og forventningen om, at et overgreb ville ske. I og med at der er sket en habituering, føles forventningen altså i øjeblikket værre end selve hændelsen. Geniscenesættelse skyldes hermed delvist dårlig traumevane (jf. figur 1). Eksemplet illustrerer dermed et meget ømtåleligt punkt ved geniscenesættelse, navnlig den traumatiseredes egen tilskyndelse til retraumatiseringen. Det er her vigtigt at pointere, at der i fænomenet er så stærke og ikke-bevidste dynamikker på spil, at det ikke giver mening at tale om skyld. Det illustrerer tværtimod behovet for som behandler at forholde sig åbent over for de bagvedliggende grunde og hjælpe den traumatiserede med at afdække disse, så de ikke opererer uden for klientens kontrol (Allen, 2014). Først gennem denne form for afdækning og erkendelse kan den traumatiserede bryde den onde cirkel af geniscenesættelse og integrere eller *erindre* frem for at *agere* traumet (Freud, 1914g).

Geniscenesættelse har dermed ikke blot én, men mange funktioner, som ofte sameksisterer som illustreret i figur 1. Det kan både være udtryk for tilbagevendende tanker om og stress afledt af traumet, som den traumatiserede har ringe forudsætninger for at regulere, samt et ønske om at få ro og kunne mestre de svære følelser. At genbesøge traumet kan i sig selv være følelsesregulerende, og der er ved geniscenesættelsen således tale om en dårlig traumevane, der endnu ikke er erstattet med bedre måder at relatere sig til traumet og følelserne forbundet med traumet på.

Endvidere synes der i fænomenet geniscenesættelse at være et endnu mere grundlæggende ønske om udvikling af et samlet selv, ligesom geniscenesættelsen interpersonelt vidner om den traumatiseredes dårlige relationelle erfaringer og samtidig ønske om fremover at indgå i bedre relationer.

5.4 Et ønske om et samlet selv og bedre relationer

Det, der går igen på tværs af de tre ovenstående bevæggrunde, er, at den udviklingstraumatiserede overvældes af følelser forbundet med traumet og ikke formår reflektivt at forholde sig til og se sammenhænge mellem geniscenesættelsen og tidligere oplevelser eller traumer (Allen, 2014). Der er med andre ord manglende fornemmelse af egne behov og grænser, manglende oplevelse af, at der er en meningsfuld sammenhæng mellem fortid, nutid og fremtid og mellem egen og betydningsfulde andres opfattelse af én,

altså helt grundlæggende manglende mentalisering af traumet og sig selv i relation til traumet (Allen et al., 2012). Når den udviklingstraumatiseredes omsorgsperson ikke har formået at forstå og spejle barnets mentale tilstande, kan det, ifølge Fonagy, Gergely, Jurist og Target (2007), nå til det punkt, hvor vedkommende kun oplever sig selv, når det modsætter sig sådanne krænkelser eller underkaster sig. Den interpersonelle geniscenesættelse bliver dermed den eneste måde, hvorpå den udviklingstraumatiserede føler sig i kontakt med en fornemmelse af et selv. Den traumatiserede føler hermed ikke "at han eller hun er et selv, hvis den anden – ofte terapeuten – ikke er til stede til at skræmme og intimidere, forføre og ophidse, ydmyge og hensætte patienten i en tilstand af hjælpeløshed" (Fonagy et al., 2007, p. 191). Geniscenesættelsen kan således overordnet anskues som et ønske om et mere samlet selv, hvor den traumatiserede kan handle i overensstemmelse med egne behov, grænser og ønsker.

Relationelt kan geniscenesættelse, ifølge Allen (2001), nærmere forstås som en følelsesmæssig ambivalens. Ambivalensen består i på en gang at elske og behøve og samtidig ikke få sine behov og ønsker mødt hos et andet menneske, som danner grundlag for ens generelle forventninger til sig selv og andre, også betegnet som vores indre arbejdsmodeller (Bowlby, 1994). Gentagelse af traumatiske forhold med frustrerende eller traumatiserende personer indebærer hermed et skjult ønske om, at denne gang vil vedkommende opfylde mit håb og behov for en god relation og således ændre den traumatiseredes fremtidige forventninger til andre (Kernberg, 2011). Den projektive identifikation er dermed ikke blot et ønske om kontrol, men et ikkementaliserende forsøg på at ændre på den traumatiseredes indre arbejdsmodeller eller erfaringer med og forventninger til sig selv og andre mennesker (Allen, 2001). Ifølge Benjamin (2005) er gentagelse af gamle uhensigtsmæssige relationelle mønstre således en måde at udtrykke sin kærlighed til og efterspørge omsorg fra sine primære tilknytningspersoner eller indre repræsentationer af disse. Det kan ske ved, at den traumatiserede identificerer sig med omsorgsgiveren eller behandler sig selv, ligesom omsorgsgiveren behandlede ham eller hende (Benjamin, 2005). Geniscenesættelse handler i forlængelse heraf, ifølge Russel (2008), om et tab – en tabt person, relation eller funktion, som vedkommende endnu ikke er klar til eller ikke har formået at bearbejde: Det er arvævet, der dannes omkring evnen til at føle (Russell, 2008, p. 89). Geniscenesættelsen har dermed til formål at hele et tab, som den udviklingstraumatiserede ikke har forudsætninger for at følelsesregulere og integrere, såvel som en frustration over og et ønsket opgør med de umodne, smertefulde eller direkte mangelfulde mentale repræsentationer af selvet og den anden.

En 14-årig pige kommer fra et hjem med en psykisk syg mor. Moren har gennem datterens opvækst udsat sin datter for massiv omsorgssvigt og vold. Når pigen kommer i konflikt med sin mor, er rollerne byttet om,

så det i dag er pigen, der slår sin mor. Efterfølgende oplever datteren enorm skyldfølelse. Pigen oplever generelt mange følelsesmæssige udsving og skærer i sig selv. Hun føler sig grundlæggende meget ensom, men finder en dag en kæreste, som hun endelig føler forstår hende, da han selv kommer fra en familie med psykisk sygdom og vold. Efter en konflikt med kæresten tager han kvælertag på hende.

Geniscenesættelsen er således også et udtryk for ønsket om en ny og eftertragtet relation, der kan tilgodese den traumatiseredes behov og ønsker. At hjælpe den traumatiserede ud af geniscenesættelsen forudsætter derfor en behandlingsmæssig relation, hvor tidligere uudholdelige følelsesmæssige tilstande kan opleves, udtrykkes, forstås og reflekteres og dermed gøres meningsfulde og udholdelige (Allen, 2014, p. 66), således at den traumatiserede kan udvikle evnen til mentalisering, få en oplevelse af et mere samlet selv og få etableret nye erfaringer med trygge relationer.

6. Geniscenesættelsens smittefare og udviklingsmuligheder

Geniscenesættelsen kommer ofte til udtryk interpersonelt, hvor genopførelsen af traumatet opstår i tætte relationer, herunder i relation til den professionelle. Det er samtidig også i relationen, at helingen foregår.

6.1 Smittefaren ved intense følelser

Som tidligere beskrevet optræder geniscenesættelsen ofte i for den traumatiserede velkendte roller som offer, redder eller krænker. Det kan udmønte sig i, at den traumatiserede endnu en gang befinder sig i en relation med en overgrebsmand eller -kvinde eller en relation, hvor rollerne er byttet om, men stadig genspilles, således at den traumatiserede nu er den traumatiserende. At være bevidst om, at vi alle besidder disse roller, og at den udsatte har viden om egen traumehistorik, er afgørende for at kunne bryde den ubevidste gentagelse (Allen, 2001; Hagelquist, 2015). Nedenstående model er et bud på en måde at tale med den traumatiserede om, hvordan geniscenesættelsen ofte finder sted i relationer.

Modellen tydeliggør samtidig de centrale dynamikker, som den professionelle inviteres ind i i arbejdet med udviklingstraumatiserede. Gennem genopførelse af de velkendte roller forsøger den udsatte således at ændre på hans eller hendes måde at være i relation til andre og sig selv på, og et helt centralt sted, hvor denne udvikling finder sted, er i relation til behandleren. Behandleren vil derfor ofte blive inviteret til at træde ind i disse roller, hvilket kan skabe meget stærke og svært håndterbare modoverføringsfølelser som frustration, vrede eller afmagt (Pearlman & Saakvitne, 1995). Med de stærke følelsesmæssige reaktioner, vi har med at gøre, når vi arbejder med



Model 2. Offer, redder, krænker (Hagelquist, 2015)

udviklingstraumatiserede, og den manglende følelsesregulering, der kendetegner målgruppen, er der stor emotionel smittefare for den professionelle (Allen, 2001).

6.2 De professionelle som bærere af de ubærlige følelser

Det er derfor afgørende i arbejdet med udviklingstraumatiserede, at de professionelle er sig disse dynamikker bevidst og ikke mindst dynamikkernes bevæggrunde. Den traumatiseredes invitation til den professionelle om at indtræde i enten offer-, redder- eller krænker-rolle er således ikke et forsøg på provokation, men et udtryk for gamle, destruktive og stædige arbejdsmodeller, som den traumatiserede desperat ønsker at bryde med.

Den professionelle skal dermed fungere som bærer for den traumatiseredes ubærlige følelser (Rasmussen & Hagelquist, 2016). Den tidligere nævnte projektive identifikation er således både en destruktiv måde at skille sig af med svært håndterbare følelser, men først og fremmest er det et råb om hjælp til at håndtere dem. At vide det kan i sig selv være følelsesregulerende for den professionelle, der dermed har bedre forudsætninger for at være rollemodel i håndteringen af de svært håndterbare følelser. Til illustration af dette vil vi fremhæve tidligere nævnte eksempel med pigen, der voksede op med en voldelig far, og som en dag nikker en anden elev en skalle i skolen. I den videre samtale formår læreren at reagere med en rummelige reaktion på pigens afstandtagen fra egne svære følelser.

Ved at minde pigen om hendes gentagelse af egne traumer har læreren vakt skamfølelse i pigen, som hun giver tilbage til læreren. Læreren kan se, at pigen reagerer på spørgsmålet, og forsøger at imødekomme hen-

de ved at sige, at det måske var at gå for vidt. Pigen nidstirrer læreren og siger roligt, men bestemt: "Jahh, hvad bilder du dig egentlig ind at sige sådan noget, lede kælling?" Læreren responderer ved at italesætte de følelser, hun sidder med, og dermed give pigen en ny erfaring med håndtering af følelsen skam: "Jeg kan mærke, at jeg bliver helt skamfuld, og er ked af, hvis jeg kom til at såre dig. Samtidig kan jeg også godt forstå, hvis du selv kunne komme til at føle skam ved at tænke på hændelsen, men du skal vide, at det er meget naturligt at komme til at gøre sådan, når man har været udsat for det, du har været udsat for."

En central del af behandlingen af geniscenesættelse er således, at den professionelle selv formår at balancere med de svære følelser, som den traumatiserede skiller sig af med, og derved hjælper den traumatiserede med at bære de ubærlige følelser, sætte ord på dem og give den udsatte viden om, at det er naturlige reaktioner på voldsomme oplevelser.

7. Mentaliseringsbaseret behandling af geniscenesættelse

Den traumatiserede bliver ofte først selv bevidst om sine følelser, ved at behandleren kan sætte ord på dem for ham eller hende (Pearlmann & Saakvitne, 1995), og den professionelle må derfor bringe sine egne følelsesmæssige tilstande i spil. Der er med andre ord i mentaliseringsbaseret behandling tale om at bruge egne modoverføringsfølelser til at udvikle den udsattes mentaliseringssevne (Bateman & Fonagy, 2012). Bateman og Fonagy (2012) anvender begrebet *modoverføring* som et vigtigt led i at markere den udsattes følelsesmæssige oplevelse. Dette sker gennem 1) behandlerens bevidsthed om, at den projektive identifikation bærer centralt vidne om den traumatiseredes indre tilstande, der endnu ikke er sprogliggjort og mentaliseret, og 2) at behandleren fastholder en empatisk respons, der stemmer overens med den traumatiseredes følelsesmæssige oplevelse, og derigennem hjælper med at udvikle den udsattes tolerance eller følelsesregulering (Bateman & Fonagy, 2012, p. 77).

I modsætning til den klassiske psykodynamiske måde at anvende modoverføringen som noget, der skal gives tilbage til klienten, i eksplicit påpejning af at følelserne tilhører klienten, deler behandleren i mentaliseringsbaseret behandling sin aktuelle følelsesmæssige tilstand. Behandleren tager dermed ejerskab for den for derigennem at give den traumatiserede en korrektiv oplevelse af håndteringen af denne følelse. Derudover forsøger behandleren konstant at forholde sig til, *om* det mon er en sindstilstand, som den traumatiserede deler, og at respondere empatisk på dette. Der er med andre ord en vedvarende nysgerrighed på både den traumatiserede og egne følelsesmæssige tilstande og en særlig opmærksomhed på at anvende dem aktivt i behandlingen. Det forudsætter, ifølge Fonagygruppen, at den profes-

sionelle har en mentaliserende indstilling kendetegnet ved en spørgende, empatisk og ikkevidende holdning (Allen et al., 2010), hvis interventionsaspekter kan opsummeres under det, Hagelquist (2012) med et mnemoteknisk akronym kalder en ÅBENT-indstilling (Hagelquist, 2012).

7.1 En mentaliserende forholdemåde

ÅBENT-indstillingen består af fem centrale elementer, der skal være til stede for at fastholde en mentaliserende indstilling i mødet med den traumatiserede. ÅBENT står for Åbenhed, Balance, Empati, Nysgerrighed og Tålmodighed (Hagelquist, 2012). For at forholde sig ÅBENT, når den professionelle taler med den udsatte om geniscenesættelsen, er det derfor afgørende, at den professionelle tilsidesætter – ikke sin viden – men sine forforståelser over for, hvorfor den traumatiserede gjorde, som han/hun gjorde, og dermed er åben over for, at der kan være andre eller flere bevæggrunde på spil. Derudover skal den professionelle hjælpe med at holde en balance i samtalen, så samtalen handler ligeligt om den traumatiseredes egne mentale tilstande såvel som andres mentale tilstande, følelser såvel som fornuft, og balancere mellem indre mentale tilstande såvel som den ydre adfærd. For at møde den traumatiserede der, hvor han/hun er, er det nødvendigt med en vedvarende empatisk forholdemåde, hvor den professionelle både *registrerer* den udsattes emotionelle reaktion og *reagerer* med en passende intensitet og emotion (ibid.). Det er derfor også vigtigt, at behandleren i samtalen lader sig lede af en oprigtig nysgerrighed på den udsattes mentale tilstande for derigennem stødvis at gøre den traumatiserede mere nysgerrig på egne indre tilstande og bevæggrunde. Sidst, men ikke mindst, kræves tålmodighed. Geniscenesættelse er som sagt et komplekst og gennemgribende dynamisk fænomen, så det at mentalisere adfærden kræver megen tålmodighed med både den traumatiserede og sig selv, eksempelvis når geniscenesættelsen fortsætter med selvskaide til følge, eller når følelserne går højt, og den professionelle inviteres ind i uhensigtsmæssige dynamikker.

7.2 Vedligeholdelse af egen mentaliseringsevne

En vigtig del af at have en mentaliserende indstilling er at skabe mødeøjeblikke og bruge sin egen menneskelighed, hvormed den professionelle er omstillingsparat, ydmyg, opmærksom og har kontakt til egne følelser, uden at de udspiller sig i rummet. Man taler inden for mentalisering om at “smede, mens jernet er lunken”, hvilket vil sige, at den følelsesmæssige temperatur ikke må være for lav, eksempelvis hvis der tales om en gammel uaktuel situation, som den traumatiserede ikke længere har følelser for. Temperaturen må heller ikke være for høj, hvor behandleren forsøger at have en mentaliserende dialog, mens geniscenesættelsen udspiller sig med alt sit drama og intense følelser, og hvor den professionelle egen mentaliseringsevne ej heller er intakt. Mentaliseringsbaseret behandling kræver således, foruden tilpasning af intervention til den traumatiseredes følelsesintensitet, at den pro-

professionelle ikke lader sig følelsesmæssigt hverken afkoble eller overvælde (Allen et al., 2010). Alt dette forudsætter en høj *negativ kapacitet*, som er evnen til at rumme negative følelser, flertydigheder og paradokser (Rasmussen & Hagelquist, 2016). Udviklingstraumer er netop kendetegnet ved en manglende evne til følelsesregulering og tendens til at søge tilbage til uhenigtsmæssige situationer og relationelle konstellationer, der skaber svære følelsesmæssige tilstande. Det er derfor afgørende, at den professionelle, for at kunne rumme og følelsesregulere den traumatiserede, vedligeholder sin egen mentaliseringsevne og værner om sin negative kapacitet (ibid.). Det forudsætter en lang række organisatoriske hensyn. Herunder at terapeuten er i et miljø, hvor der er sprog for projektioner, blik for parallelprocesser, hvor der tilbydes supervision, og hvor organisationen overordnet har fokus på at skabe sikkerhed for de ansatte.³

Viden er således en vigtig del af at kunne følelsesregulere et så svært forståeligt fænomen som geniscenesættelse. Lige så vigtigt er det, at den professionelle bliver mødt mentaliserende i sit team, af sin ledelse og i sin organisation, så også den professionelle indgår i et miljø, hvor uudholdelige emotionelle tilstande kan forstås og reflekteres og dermed gøres meningsfulde og udholdelige. Derigennem kan vi bidrage til mentalisering og bryde den onde cirkel for både den traumatiserede og den professionelle.

8. Konklusion

Traumer er i deres udgangspunkt kendetegnet ved, at den traumatiserede ikke har kunnet begribe eller indlejre den overvældende hændelse i sin forståelse af sig selv og sig selv i verden. Gentagne traumer begået af primære omsorgspersoner medfører endvidere manglende forudsætning for følelsesregulering og mentalisering samt en gennemgående ensomhed. Den udviklingstraumatiserede har dermed yderligere ringe forudsætninger for at bearbejde traumerne og er således overladt til at *agere* frem for at *integrere* det hændte, altså geniscenesætte det. Geniscenesættelse er dermed ubundne erindringer om et eller flere traumer, der vender tilbage i form af enten fysiske fornemmelser, genoplevelse af traumet eller adfærdsmæssige genopførelser af traumet.

Geniscenesættelse har ikke blot én, men mange funktioner, som ofte sameksisterer. Det kan både være udtryk for tilbagevendende tanker om og stress afledt af traumet, som den traumatiserede har ringe forudsætninger for at regulere, samt et ønske om at få ro og kunne kontrollere de svære følelser, hvormed den udviklingstraumatiserede benytter sig af projektiv identifikati-

3 Artiklens længde tillader desværre ikke en nærmere uddybning af de centrale organisatoriske hensyn, men den interesserede læser kan få yderlige viden om dette i bogen *Mentalisering i organisationen* (Rasmussen & Hagelquist, 2016).

on i håb om hjælp til at håndtere de svært håndterbare følelser og fremmede fornemmelser for sit selv. At genbesøge traumet kan være følelsesregulerende, og geniscenesættelsen bliver således en dårlig traumevane, der endnu ikke er erstattet med bedre måder at relatere sig til traumet og følelserne forbundet med traumet på. Endvidere er geniscenesættelsen udtryk for et endnu mere grundlæggende ønske om udvikling af et samlet selv og interpersonelt et udtryk for den traumatiseredes dårlige relationelle erfaringer og samtidige ønske om fremover at indgå i bedre relationer.

Geniscenesættelsen kommer ofte til udtryk interpersonelt, hvor genopførelsen af traumet opstår i tætte relationer, herunder i relation til den professionelle. Det er samtidig også i relationen, at helingen foregår. En central del af behandlingen af geniscenesættelse er derfor, at den professionelle selv formår at balancere med de svære følelser, som den traumatiserede skiller sig af med, og derved hjælper den traumatiserede med at bære de ubærlige følelser, sætte ord på dem og samtidig give den udsatte viden om, at det er naturlige reaktioner på voldsomme oplevelser. Det er derfor vigtigt i mentaliseringsbaseret behandling at have viden om fænomenet geniscenesættelse og dets bevæggrunde samt en konstant anvendelse af den professionelle egne modoverføringsfølelser til at udvikle den traumatiseredes mentaliseringssevne. Dette opnås bedst ved en ÅBENT-indstilling og ikke mindst vedvarende opmærksomhed på at værne om egen negative kapacitet og udvikling af egen mentaliseringssevne.

REFERENCER

- Adam, K.S., Sheldon-Keller, A.E., & West, M. (1995). Attachment organization and vulnerability to loss, separation and abuse in disturbed adolescents. In S. Goldberg, R. Muir & J. Kerr (Eds.), *Attachment Theory: Social, Developmental and Clinical Perspectives*. Hillsdale N.J.: Analytic Press, pp. 309-341.
- Allen, J.G. (2001). *Traumatic Relationships and Serious Mental Disorders*. England: John Wiley & Sons Ltd.
- Allen, J.G. (2014). *Mentalisering i tilknytningsrelationer – Behandling af traumer med traditionel terapi*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Allen, J.G., Fonagy, P., & Bateman, A.W. (2010). *Mentalisering i klinisk praksis*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Allen, J.G., Lemma, A. & Fonagy, P. (2012). Trauma. In A.W. Bateman & P. Fonagy (Eds.), *Handbook of Mentalizing in Mental Health Practice*. Arlington: American Psychological Association.
- American Psychiatricological Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM 5*. Arlington: American Psychiatric Pub.
- Bateman, A.W., & Fonagy, P. (2012). Individual techniques of the basic model. In A.W. Bateman & P. Fonagy (Eds.), *Handbook of Mentalizing in Mental Health Practice*. Arlington: American Psychological Association.
- Berk, L.E. (2009). *Child Development (8th Ed.)*. USA: Pearson Education, Inc.
- Benjamin, L.M. (2005). Interpersonal theory of personality disorders: The structural analysis of social behavior and interpersonal reconstruction therapy. In M.F. Lenzen-

- weger & J.F. Clarkin (Eds.), *Major Theories of Personality Disorders (2nd Ed.)*. New York: The Guilford Press.
- Bion, W.R. (1959). Attacks on linking. *International Journal of Psychoanalysis*, 40, 308-315.
- Bowlby, J. (1994). *En sikker base – Tilknytningsteoriens kliniske anvendelser*. Frederiksberg: DET lille FORLAG.
- Breuer, J., & Freud, S. (1893). On the psychical mechanism of hysterical phenomena: preliminary communication. In J. Strachey & A. Freud (Eds.). *Studies on Hysteria*. USA: Basic Books, Inc., pp. 1-19.
- Chu, J.A. (2011). *Rebuilding Shattered Lives – Treating Complex PTSD and Dissociative Disorders (2nd Ed.)*. New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
- Classen, C.C, Palesh, O.G., & Aggerwal, R. (2005). Sexual revictimization – a review of the empirical literature. *Trauma, Violence and Abuse*, 6(2), 103-129.
- Cohen, J. (1980). Structural consequences of psychic trauma: A new look at “beyond the pleasure principle”. *International Journal of Psychoanalysis*, 61, 421-432.
- Cook, A., Spinazzola, J., Ford, J., Lanktree, C., Blaustein, M., Cloitre, M., Derosa, R. (2005). Complex Trauma in Children and Adolescents, *Psychiatric Annals*, 35(5), 390-398.
- Ferenczi, S. (1949). Confusion of the tongues between the adults and the child. *International Journal of Psychoanalysis*, 30, 225-230.
- Fonagy, P. (1991). Thinking about thinking: Some clinical and theoretical considerations in the treatment of a borderline patient. *International Journal of Psycho-Analysis*, 72, 639-656.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E.L., & Target, M. (2007). *Affektregulering, mentalisering og udviklingen af selvet*. København: Akademisk Forlag.
- Fonagy, P., & Target, M. (1997). Attachment and reflective function: Their role in self organization. *Developmental Psychopathology*, 9, 679-700.
- Freud, S. (1836b). Hysteriens ætologi. I J.M. Masson (red.), *Angrebet på sandheden. Hvorfor svigtede Freud sin forførelsesteori*. Viborg: Fremad.
- Freud, S. (1914g). Erindren, gentagen og gennearbejden. I O.A. Olsen og S. Køppe (red.), *Afhandlinger om behandlingsteknik*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Hagelquist, J.Ø. (2012). *Mentalisering i mødet med udsatte børn*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Hagelquist, J.Ø. (2015). *Mentaliseringsguiden*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Herman, J.L. (1992). *Trauma and Recovery*. USA: BasicBooks.
- Karpman, S.B. (1968). Fairy tales and drama analysis. *Transactional Analysis Bulletin*, 7(26), 39-43.
- Kernberg, O.F. (1987). Projection and projective identification: Developmental and clinical aspects. *Journal of American Psychoanalytic Association*, 35, 795-819.
- Kernberg, O.F. (2011). The concept of the death drive: A clinical perspective. In A. Akhtar & M.K. O’Neil (Eds.), *On Freud’s “Beyond the Pleasure Principle”*. London: Karnac Books.
- Lacan, J. (1964). The unconscious and repetition. In Jacques-Alain Miller. *The Seminar of Jacques Lacan (17-53)*. New York: W.W. Norton & Company, Inc.
- Lanius, U.F. (2014). Dissociation and endogenous opioids: A foundational role. In U.F. Lanius, S.L. Paulsen & F.M. Corrigan (Eds.), *Neurobiology and Treatment of Traumatic Dissociation – Toward an Embodied Self*. New York: Springer Publishing Company, LLC.
- Layne, C.M., Ostrowski, S.A., Reading, S., Briggs, E.C., Fairbank, J.A., Greeson, J.K.P., Kim, S. (2014). Cumulative trauma exposure and high risk behavior in adolescence: Findings from the national child traumatic stress network core data set. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 6(1), 40-49.

- Levy, M.S. (2000). A conceptualization of the repetition compulsion. *Psychiatry*, 63(1), 45-53.
- Loewald, H.W. (1971). Some considerations on repetition and repetition compulsion. *International Journal of Psychoanalysis*, 52, 59-66.
- Luxenberg, T., Spinazzola, J., & van der Kolk, B.S. (2001). Complex trauma and disorders of extreme stress (DESNOS) diagnosis, part one: Assessment. *Directions in Psychiatry*, 25, 373-392.
- Orlandini, A. (2004). Repetition compulsion in a trauma victim: Is the "analgesia principle" beyond the pleasure principle? Clinical implications. *Journal of The American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry*, 32(3), 525-540.
- Pearlman, L.A., & Saakvitne, K.W. (1995). *Trauma and the Therapist. Countertransference and Vicarious Traumatization in Psychotherapy with Incest Survivors*. New York: W.W. Norton & Company, Inc.
- Piaget, J. (1971). *Barnets psykiske udvikling*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Radford, L., Corral, S. Bradley, C., & Fischer, H.L. (2013). The prevalence and impact of child maltreatment and other types of victimization in the UK: Findings from a population survey of caregivers, children and young people and young adults. *Child Abuse & Neglect*, 37, 801-813.
- Rasmussen, H., & Hagelquist, J.Ø. (2016). *Mentalisering i organisationen*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Russell, P.L. (2006). Trauma, repetition, and affect. *Contemporary Psychoanalysis*, 42(4), 601-620.
- Russell, P.L. (2008). The role of loss in the repetition compulsion. *Smith College Studies in Social Work*, 76(1), 85-98.
- Van der Kolk, B.A. (1989). The compulsion to repeat the trauma. Re-enactment, revictimization, and masochism. *Psychiatric Clinics of North America*, 12(2), 389-411.
- Van der Kolk, B.A. (2005). Developmental trauma disorder. Toward a rational diagnosis for children with complex trauma histories. *Psychiatric Annals*, 35(5), 401-408.
- Van der Kolk, B.A. (2007). *Traumatic Stress: The Effects of Overwhelming Experience of Mind, Body and Society*. New York: The Guilford Press.
- Widom, C.S. (1989). The cycle of violence. *Science*, 244, 160-166.