

# Krop-psyke og psykoterapi i lyset af den polyvagale teori

## Det autonome nervesystem som grundlag for vores psykiske tilstand

Af Henrik Dybvad Larsen

### Indledning

I mit arbejde med psykoterapi som klinisk psykolog slår det mig ofte, hvor sammenhængende og forbundet krop og psyke er med hinanden – og at vi mangler begreber, der udtrykker denne sammenhæng. Mig bekendt har vi ikke et ord for *krop-psyken*.

Særligt indenfor den prænatale og perinatale psykologi træder sammenhængen tydeligt frem, da man jo der følger psykens udvikling fra dens helt spæde begyndelse og dybt forbundet i somatikken (Larsen, 2016, Larsen, 2018, Larsen, 2019, Larsen, 2020, Larsen, 2021).

Den polyvagale teori formår at rumme kroppen og psyken under samme tag. Teorien er anvendelig til at beskrive nogle af de *krop-psykiske* fænomener, vi som behandlere kan støde på i den prænatale og perinatale periode og i senere udviklingsperioder i form af bl.a. levn fra den prænatale og perinatale periode.

Ud over at sætte begreb på *krop-psykiske* fænomener tilbyder teorien også et supplement til behandlerens psykoterapeutiske arbejde.

Deb Dana udtrykker det på følgende måde:

”Dine klienters historier begynder i deres kroppe. Forskningen har vist at det autonome nervesystem [herefter ANS] skaber historier bag kulisserne ved hjælp af vane-baserede reaktionsmønstre. Du kan hjælpe dine klienter med at ændre deres reaktioner og omskrive deres historier gennem opmærksomhed og træning” (2020, s. 191. Min oversættelse).

### Den polyvagale teori om det autonome nervesystem

Den polyvagale teori (Dana, 2018, Dana 2020, Porges, 2011, Porges, 2017, Porges (red.), 2018) tilbyder en ny og udvidet forståelse af ANS. Med kendskab til teorien bliver det muligt for behandleren at vurdere hvilken del af det autonome nervesystem, der primært er aktiveret i klienten og i behandleren selv på et givent tidspunkt i psykoterapien.

Når det giver mening at vurdere på det, er det fordi målet med en vellykket psykoterapi nemmest opnås, hvis klientens og terapeutens nervesystemer primært befinder sig i én del af det autonome nervesystem; den del den polyvagale teori betegner den *ventrale vagus*, grundlaget for det såkaldte sociale engageringssystem:

”Omformningen af ANS kan ske gennem eksplicit opmærksomhed rettet mod implicite oplevelser for på den måde at afbryde automatiske reaktionsmønstre og aktivere den ventrale del af ANS” (Dana, 2020, s. 36. Min

oversættelse).

Den ventrale vagus udgør det fysiologiske fundament for det sociale engageringssystem og det sociale engageringssystem er det psykologiske fundament for en vellykket terapi.

Inden vi fokuserer nærmere på den ventrale vagus og det sociale engageringssystem, skal jeg beskrive ANS i lyset af den polyvagale teori.

ANS består af to dele; den parasympatiske del og den sympatiske del. Det nye er, at den polyvagale teori deler den parasympatiske del af ANS op i to dele: Den dorsale del, som udgør den evolutionært ældste del af det parasympatiske nervesystem og den ventrale del, som udgør den evolutionært yngste del af det parasympatiske nervesystem.

Vi har med andre ord et ANS bestående af 3 forgreninger, den dorsale vagus, den ventrale vagus og den sympatiske del af ANS:

1. Den ældste del af ANS er som nævnt den dorsale vagus. Denne del er omkring 500 millioner år gammel. Det er den gamle eller primitive del af det parasympatiske nervesystem. Den er på spil fra 21. dagen efter undfangelsen. Den styrer vores indre organer under diafragma (mellemgulvet) og som stressrespons sørger den for, vi lukker ned, går i kollaps, når der er alvorlig fare på færde.
2. Den aldersmæssigt mellemste del af ANS er omkring 300 millioner år gammel og udgøres af den sympatiske del af ANS. Den del er på spil fra 35. dagen efter undfangelsen. Den påvirker bl.a. vores åndedræt, hjerterytme og blodtryk. Som stressrespons sørger den for at mobilisere energi i form af kamp og flugt, når der er fare på færde. (Levine, 2010, s. 97, Larsen, 2018, s. 78 – 80).
3. Den yngste del af ANS er den ventrale vagus. Den er omkring 80 millioner år gammel; på alder med fremkomsten af de første pattedyr. Den er aktiv i forhold til vores organer over diafragma.

Den udgør grundlaget for det sociale engageringssystem. Det sociale engageringssystem styrer kompleks social adfærd, herunder tilknytningsadfærd. Pattedyrs yngelplejeadfærd styres af det sociale engageringssystem. Det er udelukkende pattedyr, der har et socialt engageringssystem (Larsen, 2018, s. 78).

Da mennesket træder ind på den evolutionære scene for cirka 300.000 år siden er der mere end nogen sinde brug for et funktionsdygtigt socialt engageringssystem, da nyfødte menneskebørn ikke overlever uden fysisk og psykisk tilknytning til en omsorgsfuld voksen. Det er da også blandt mennesker, vi finder det mest udviklede og forfinede sociale engageringssystem.

For menneskers vedkommende udvikles det sociale engageringssystem i graviditetens 3. trimester, myeliniseres fra 23. uge, er funktionsdygtigt ved fødslen og fuldt myeliniseret et halvt år efter fødslen (Larsen, 2018, s. 79).

### **Det autonome nervesystems normalfunktioner og stress respons funktioner**

Hver af de tre dele af det autonome nervesystem har en såkaldt normal funktion og en stressrespons funktion. Normalfunktionerne drejer om den daglige opretholdelse af kropsfunktioner.

Stressresponserne iværksættes, når der indtræder noget nyt eller truende (Chitty, 2016, s. 28).

ANS' funktion er med andre ord at sikre, at vi overlever, når der er fare på færde og at vi trives, når vores indre og ydre omgivelser er trygge og sikre. Overlevelse kræver, at vi er i stand til at identificere trusler og at vi aktiverer en af vores overlevelses- og stress-responser. Trivsel kræver det modsatte – hæmningen af en given stressrespons så det sociale engageringssystem kan være i forgrunden og aktivt (Dana, 2018, s. 17).

Den dorsale vagus normalfunktioner består primært af grundlæggende stofskiftefunktioner.

Stressrespons funktionen består af immobilisering i form af at ”gå død”, ”freeze”, kollaps, depression, dissociering (Chitty, 2013, s. 134, Chitty, 2016, s. 28). Stressresponsen aktiveres, når vi står overfor en overvældende, måske livstruende fare, vi ikke kan undslippe ved fx at tage kampen op eller flygte.

Reaktioner og følelser som hjælpeløshed, håbløshed, opgivenhed, passivitet, apati og dissociering eller anden form for fysisk eller psykisk nedlukning er fremherskende (Rosenberg, 2017, s. 34).

Den dorsale vagus aktiveres med andre ord, når vi befinder os i en situation, hvor vi ingen muligheder har, føler os fanget, føler os uden betydning, bliver kritiseret og føler at vi ikke hører til (Dana, 2018, s. 34).

Normalfunktionen for det sympatiske nervesystems vedkommende består primært af vågenhed, muskelaktivitet, mobilisering med henblik på at skaffe sig eller indtage føde og reproduktion.

Stressrespons funktionen drejer sig om at være i alarmberedskab, kamp og flugt (Chitty, 2013, s. 134, Chitty, 2016, s. 28). Stressresponsen aktiveres, når der er fare på færde. Det er især følelser som utryghed, ængstelighed, frygt og vrede, der er på spil (Rosenberg, 2017, s. 34).

Det sympatiske nervesystem aktiveres med andre ord, når vi er under et stort tidspres, bliver ignoreret, er forvirret, presses til at tage et valg eller vælge side, er i en konfliktsituation, føler os ansvarlig for for mange mennesker og situationer (Dana, 2018, s. 34).

Når den ventrale vagus er i forgrunden hæmmes de to øvrige dele af nervesystemet og det sociale engageringssystem er aktivt. Der er tale om en grundlæggende følelse af tryghed og sikkerhed.

Det sociale engageringssystem relaterer sig desuden til positive følelser så som glæde, tilfredshed, og kærlighed (Rosenberg, 2017, s. 34).

Når det sociale engageringssystem er aktivt, så reagerer vi med at føle os veltilpasse, i kontakt, tilknyttede, forbundne, elskede, opmærksomme og interesserede i vores medmennesker og omgivelser, nyder kommunikationen med de tilstedeværende, mødes med omsorg og nysgerrighed og vores personlige grænser respekteres.

Det sociale engageringssystem sætter os fx i stand til social interaktion, kommunikation og tilknytning.

Det er som nævnt oprindeligt udviklet med henblik på pattedyrs og menneskers yngelplejeadfærd. Fx kan man aktivere et spædbarns sociale engageringssystem ved at bevæge den øvre del af ens ansigt, øjne og kinder kombineret med en beroligende stemmeføring.

Deb Dana udtrykker det således:

”Det sociale engageringssystem aktiveres når jeg tænker på mennesker, der har betydning for mig, er i naturen, tillader mig selv at foretage mine egne valg, lytter til musik, nyder en stille stund med min hund, kigger på stjernehimlen, står med mine fødder i havet, bygger LEGO med min søn eller drikker the med en ven” (2018, s. 34. Min oversættelse).

Som det antydes, er det sociale engageringssystem mere og andet end fx verbal kommunikation; en pointe der kan være vigtig at fremhæve, når fokus er på psykoterapi, hvor flere andre elementer end det talte sprog indgår. F.eks. reagerer vi mennesker på intonation, før vi lytter til den information, der videregives af samtalepartneren. Den måde vi taler på, forandrer hvad vi føler og hvilken historie vi fortæller – og det ændrer den måde samtalepartneren hører, hvad vi siger (Dana, 2020, s. 114).

## Neuroception

Hvad forårsager en ændring i, hvilken del af ANS der er i forgrunden og mest aktivt? Den polyvagale teori forklarer ændringerne i det autonome nervesystem med begrebet neuroception.

Neuroception er en proces, der foregår automatisk og konstant i alle mennesker og udenfor vores bevidste opmærksomhed.

Neuroception fungerer som et slags indbygget overvågningssystem, der konstant vurderer, om vores indre og ydre omgivelser er trygge og sikre eller om de er farlige eller måske endda livstruende (Porges et.al. (red.), 2018, s. 58).

Det er også på spil i en psykoterapi for både klientens og terapeutens vedkommende.

Alt efter hvad klienten eller terapeutens neuroception opfatter i deres indre og ydre omgivelser, vil de reagere med udgangspunkt i en af de tre autonome tilstande: Opfanges tryghed og sikkerhed reageres med det sociale engageringssystem. Opfanges fare på færde reageres med det sympatiske nervesystems stressrespons med kamp eller flugt, i en terapeutisk kontekst kunne reaktionen fx være vrede eller frygt. Opfanges noget livstruende reageres med den dorsale vagus i form af fx at ”gå død”, dissociere eller på anden måde lammes. I en terapeutisk kontekst kunne en sådan reaktion f.eks. komme på banen i forbindelse med arbejdet med et voldsomt traume.

### **Et hierarkisk reaktionsmønster**

Når vi er under pres, vil vi automatisk anvende den nyeste og den mest avancerede del af ANS, den ventrale vagus og dermed det sociale engageringssystem. Hvis det ikke virker, forsøger vi os med ældre strategier; først den sympatiske del og til sidst den dorsale del af ANS (Chitty, 2013, s. 126).

Det er vores automatisk fungerende neuroception, der altid kører i baggrunden, som flytter os op og ned i det autonome hierarki bestående af de tre dele af ANS (Dana, 2020, s. 20).

Det nævnte hierarkiske reaktionsmønster ses ofte at være sat ud af spillet, hvis den pågældende person er traumatiseret. Det kan vise sig ved, at det sociale engageringssystem springes over og personen går direkte til en af de to andre dele af ANS (Chitty, 2013, s. 126).

I en terapeutisk kontekst kan det f.eks. være vigtigt at identificere de områder i klientens liv, hvor han eller hun har tendens til at springe den yngste del af ANS over. Vi skal senere kigge på såkaldte *triggere*, der kan igangsætte en sådan reaktion.

Når vi monitorerer hvilken del af ANS, der er mest aktivt på et givent tidspunkt i den terapeutiske proces hos henholdsvis klient og terapeuten selv, er det hensigtsmæssigt at vurdere på 2 niveauer:

1. Først at vurdere hvilken del af det autonome nervesystem, der er mest aktivt – den ventrale vagus, den sympatiske del, den dorsale vagus eller evt. en blanding af to af de tre dele af ANS.
2. Dernæst vurderes styrken af det aktive nervesystem på et kontinuum fra svage mikrotegn i den ene ende af skalaen til voldsomme tegn i den anden ende af skalaen eller en styrke, der ligger et sted mellem de to yderpunkter.

F.eks. kan milde tegn på aktivitet i den sympatiske stress respons del af nervesystemet hos klienten være irritabilitet, surhed eller utilfredshed; stærke tegn kan være voldsom vrede, måske forlader han eller hun terapirummet i angst eller vrede.

Milde tegn på aktivitet i den dorsale stress respons del kan f. ex. være fjernhed, tilbagetrækning, uopmærksomhed eller passivitet og stærke tegn kunne være dissociering, lammelse, kollaps eller kropslig stivnen i skræk.

## Kroppens og psykens forbundethed

Den polyvagale teori tilbyder en fysiologisk og psykologisk forståelse af hvordan og hvorfor vi mennesker bevæger os i en kontinuerlig cyklus bestående mobilisering (sympatisk), nedlukning (dorsal) og engagement og kontakt (ventral) (Dana, 2018, s. xvii).

Vi kan forstå ANS som det fundament, på hvilken vores levede oplevelser og erfaringer er bygget. Denne biologiske ressource er det neurale fundament, der ligger under en hvilken som helst oplevelse (Dana, 2018, s. 4). Den fysiologiske tilstand skaber den psykologiske fortælling. Jeg skal senere uddybe hvordan, det sker.

Den tyske psykolog Thomas Harms forbinder det fysiologiske ANS med det psykologiske tilknytningsbegreb.

Han taler ikke om henholdsvis tryk tilknytning, utryk undgående, utryk ambivalent og utryk desorganiseret tilknytning, men opererer i stedet for med et kontinuum, der bevæger sig fra stærk tilknytning over svag tilknytning til tilknytningssammenbrud. (Harms, 2013).

Han kobler tilknytnings-kontinuummet sammen med den polyvagale teori på følgende måde:

1. Når der er tale om en stærk tilknytning (svarende til tryk tilknytning) f.eks. mellem mor og barn, så er der tale om en grundlæggende følelse af tryghed og sikkerhed, mor og barn er afslappede, opmærksomheden skifter mellem kontakt med en selv og kontakt med omverdenen, selv-kontakten er stærk og det er den ventrale vagus, der er aktiveret.
2. Når der er tale om en svag tilknytning (svarende til utryk ambivalent og undvigende tilknytning), så opleves en eller anden form for trussel, der er tale om mobilisering, opmærksomheden er rettet udenfor en selv, selv-kontakten er svag og den sympatiske del af ANS er aktiveret.
3. Når der er tale om tilknytningssammenbrud (svarende til utryk desorganiseret tilknytning), så opleves en trussel på livet, der er tale om immobilisering, opmærksomheden er ufokuseret, kontakten til en selv er afbrudt og den dorsale vagus er aktiveret.

(Harms, 2013).

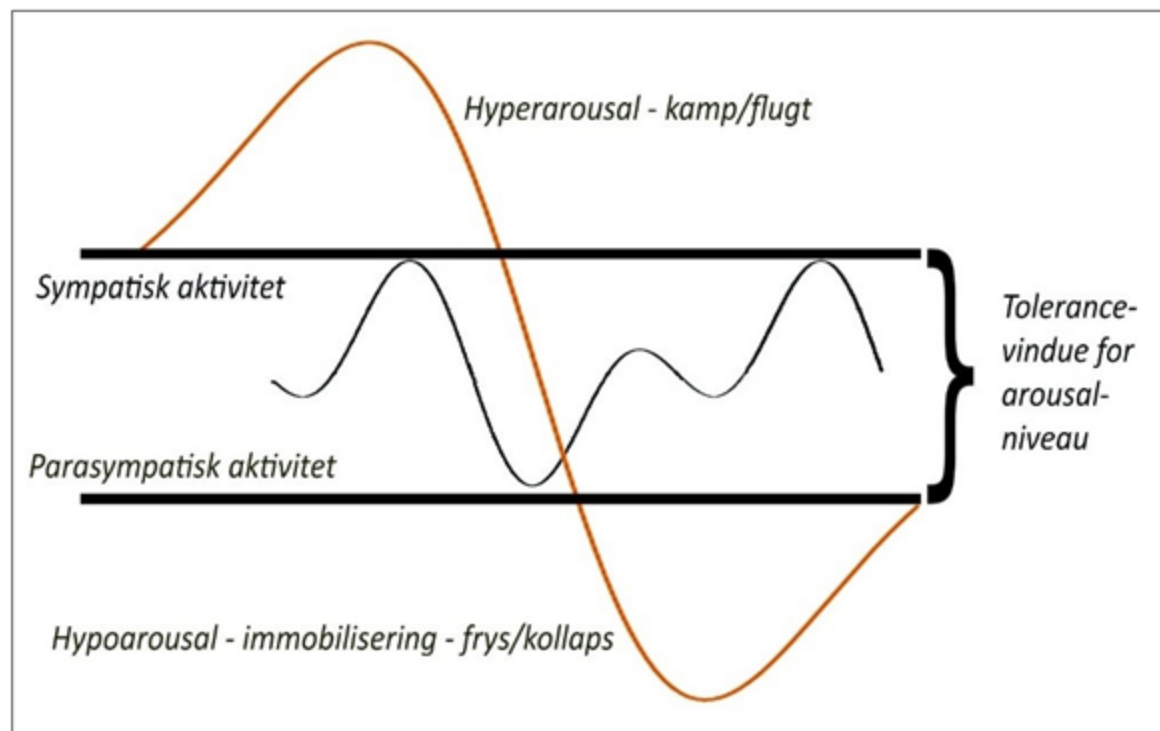
Thomas Harms er især optaget af den polyvagale teori i forbindelse med kolikbørn og relationen til deres forældre. Han har udviklet en metode, hvor han arbejder med kolikbørnene ved at træne forældrene i at genetablere kontakten med deres egen krop og eget sociale engageringssystem og på den måde berolige barnet.

Han illustrerer de forskellige adfærdsmønstre spædbarnet og forælderen kan være i ved at kombinere ANS' tre tilstande og tolerancevinduet (se figur 1). Indenfor tolerancevinduet dominerer den ventrale vagus og dermed det sociale engageringssystem, udenfor tolerancevinduet dominerer den sympatiske og dorsale del af nervesystemet i form af henholdsvis hyperarousal og kamp, flugt (øverst på figuren) og hypoarousal og immobilisering, frys og kollaps (nederst på figuren).

I forbindelse med Harms arbejde med kolikbørn er tolerancevinduet udvidet med tre fotografier. Indenfor tolerancevinduet et foto af mor og spædbarn, hvor der er tale om en stærk tilknytning og med den ventrale del af ANS aktiveret.

Øverst udenfor tolerancevinduet et foto af en mor med et skrigende og utrøsteligt spædbarn. Den sympatiske del af ANS er aktiveret.

Nederst udenfor tolerancevinduet et foto af et spædbarn der har resigneret og er lammet. Den dorsale del af ANS er aktiveret (Harms, 2013).



Figur 1. Tolerancevinduet.

I mit arbejde som klinisk psykolog indenfor børneområdet har jeg selv haft glæde af den polyvagale teori, når jeg har skullet redegøre for og forklare konsekvenserne senere i livet som følge af stressbelastninger og traumatiseringer i den prænatale og perinatale periode. Harms (2013) beskriver relativt kortvarige udsving indenfor tolerancevinduet og relativt hurtige skift i hvilken del af ANS, der er aktiveret. For mit vedkommende så anvender jeg den polyvagale teori kombineret med tolerancevinduet til at beskrive længerevarende ændringer (Larsen, 2018).

Hvis et barn udsættes for vedvarende stress i fosterperioden og under fødslen – og forskellige former for foster- og fødselstraumer – og disse ”skader” ikke behandles i tiden efter fødslen, så kan det medføre et ANS ude af balance og et såkaldt smalt tolerancevindue. Det vil sige et tolerancevindue og ANS reaktioner, der i størstedelen af tiden befinder sig udenfor tolerancevinduet med ANS reaktioner fra den sympatiske eller dorsale del af ANS.

Sidenhen i børnenes liv, kan de tidlige vanskeligheder og ANS ubalancer vise sig på forskellig vis. F.eks. ved manglende resiliens, tilbagetrækning og dissociering, udadreagerende adfærd, manglende impuls kontrol, ekstra sensitiv hud, lavere følelsetolerance, lavere tærskel for traumatisering etc.

Det er vigtigt med en grundig undersøgelse af barnets hele liv, herunder et grundigt og nuanceret interview angående barnets fosterperiode og fødsel, idet man på den måde kan blive klar over, om de nævnte vanskeligheder er helt fundamentale og opstået i den præ- og perinatale periode eller om de er opstået senere i livet.

Helt generelt kan traumer afbryde vores evne til at regulere og bevæge os fleksibelt mellem ANS tilstande. Når vi som mennesker er traumatiserede i en eller anden grad, så vil kamp, flugt, eller nedlukning være fremherskende, medens en rolig og forbunden tilstand kun optræder flygtigt. Når den trygge og sikkerhedsskabende ventrale vagus tilstand mangler, så er livet en udmattende blanding af intens mobilisering og tilbagetrækning. Hverdagslivets fokus bliver en konstant navigering med det eneste formål at begrænse risikoen for, at man bliver aktiveret ind i en tilstand af dysregulering (Dana, 2020, s. 104).

## Psykoterapi i polyvagalt perspektiv

De fortællinger vores klienter beretter for os i psykoterapien fødes langt fra tænkehjernen i deres ANS begyndende med en neuroception af sikkerhed og tryghed, fare eller trussel på livet. Som tidligere nævnt så skaber den fysiologiske tilstand den psykologiske fortælling! Deb Dana anvender flodmetaforen i beskrivelsen af, hvad der sker mellem tilstand og fortælling:

”Ved flodens udspring befinder neuroception sig og ved flodens udmunding er fortællingen. Derimellem befinder sig perception, autonom tilstand, følelser og adfærd.

Normalt hopper vi i floden nedstrøms ved følelserne, adfærden eller fortællingen” (Dana, 2020, s. 24).

At blive i stand til at identificere den autonome tilstand, klienten befinder sig i, er det første skridt i den proces, der skal forme systemet på en ny måde (Dana, 2020, s. 43).

En måde at omforme klientens system er ved at bringe perception og dermed bevidsthed til neuroceptionen. At guide klientens opmærksomhed mod det nuværende øjeblik inviterer til at overveje, hvor tegnene på f.eks. fare stammer fra. Har et tegn fra fortiden sneget sig ind i nutiden og skabt en følelse, der ikke er nutidigt grundlag for at føle (Dana, 2020, s. 23). Jeg plejer at overveje med klienten, om den følelse han eller hun føler lige nu, er en *ny følelse* eller en *gammel følelse*, der var nødvendig og gav mening engang, men som der ikke længere er samme grundlag for at føle.

Min erfaring er, at de fleste klienter, med lidt øvelse, er gode til at sejle mod strømmen og identificere hvilken autonom tilstand, der ligger til grund for en følelse, adfærd eller fortælling.

Behandleren har på sin vis endnu flere tegn end klienten, han kan støtte sig til, når han skal vurdere hvilken del af ANS, der er aktiveret. Det kan han gøre ved hjælp af klientens kropssprog eller snarere ”ansigts-sprog”:

Når der er tale om en neuroception, der opfanger sikkerhed og tryghed og dermed med mulighed for socialt engagement, viser følgende sig:

- Der etableres øjenkontakt.
- Der tales med et indbydende/tiltalende tonefald og rytme.
- Der udvises kontingente (passende) ansigtsudtryk.
- Mellemørets muskler moduleres, så de bedre kan skelne den menneskelige stemme fra baggrundsstøj

Når der er tale om en neuroception, der opfanger en fare eller trussel på livet i omgivelserne, f.eks. en farlig person eller situation, eller i de indre omgivelser, f.eks. feber, smerte eller fysisk sygdom. I sådanne situationer kan vi reagere med at:

- Øjenlågene hænger/falder i
- Stemmen mister tonefald/modulering
- Positive ansigtsudtryk bliver færre
- Opmærksomheden på den menneskelige stemme aftager
- Sensitiviteten i forhold til andres sociale engagerings-adfærd aftager.

(Weinstein, 2016, s. 278).

I ovennævnte reaktioner er det den ventrale vagusnerve, der er på spil, grundlaget for vores sociale engageringssystem. Nerven forbinder vores hjerte med de tværstribede ansigts- og hoved-muskler. Disse muskler styrer hvordan vi ser ud (ansigtsudtryk), hvordan vi lytter (auditivt) og hvordan vi taler

(vokalisering) (Dana, 2018, s. 7).

## Psykoedukation

Et aspekt af psykoterapi er psykoedukation. Min erfaring med at anvende den polyvagale teori, tilpasset til den unikke klient, er gode. Den polyvagale teori tilbyder forklaringer på diverse psykiske problemstillinger, der ikke er nær så stigmatiserende, som f.eks. diagnosesproget kan være.

Tænk fx på en kvinde der, i forbindelse med en voldtægt, reagerer med at "gå død" eller gå i "freeze" frem for vedvarende at kæmpe imod og forsøge at flygte. Efter voldtægten kan hun plages af skyld og skam over, at hun endte med ikke at gøre noget, men lod voldtægten blive fuldbyrdet. Ved at introducere den polyvagale teori og forstå kvindens reaktion, som en klog overlevelsesstrategi, på baggrund af hendes neuroception, hvor hun reagerer med sin dorsale del af ANS og dermed redder sit eget liv. Dette fremmer at reagere med den sympatiske del af ANS, der kan være en god overlevelsesstrategi i andre voldtægter, men i det her tilfælde kunne denne reaktion have kostet hendes liv.

## Mikrotilstande, triggere og glimt

En voldtægt er en relativ voldsom illustration af mulige reaktioner fra vores ANS stressresponsdel, hvor der er skruet helt op for enten den sympatiske eller dorsale del af ANS. I en psykoterapeutisk kontekst og i hverdagslivet er det nyttigt at være opmærksom på såkaldte mikrotilstande og mikroreaktioner, hvor enten den sympatiske eller dorsale del af ANS er aktiveret i mildere grad. Indenfor den polyvagale teori taler man om *triggere* og *glimt*.

En trigger kan være et ord, en sætning, en lugt, en bestemt adfærd, en konkret ting som fx en sort læderjakke med mere, der aktiverer personens sympatiske eller dorsale del af ANS i form af en stressrespons. Med andre ord så er triggeren tegn på, at der kan være fare på færde. F.eks. kan den sorte læderjakke være trigger for en kvinde, der er blevet voldtaget af en mand i en sort læderjakke.

Glimt er tegn på, at der er sikkert og trygt og at personen befinder sig i den ventrale del af ANS, en tilstand bl.a. kendetegnet ved sundhed, vækst og restitution (Dana, 2018, s. 67); og en tilstand hvor det sociale engageringssystem er aktiveret.

Glimt vil fx mærkes som et øjeblik kontakt med sig selv, med andre eller med ens omgivelser. At identificere og være i kontakt med et eller flere glimt kan være nyttigt i forhold til at berolige ens nervesystem, hvis det er i en eller anden form for stressrespons og dermed regulere nervesystemet tilbage og indenfor tolerancevinduet (Dana, 2018, s. 68).

Kendetegnende for glimt er, at de popper op i løbet af dagen, men at de ofte ikke bemærkes af os, fordi vi fra biologiens side er sat op til at lægge mere mærke til negative end til positive begivenheder. Vi har tendens til at glemme eller overse et venligt ansigt, høre en beroligende stemme eller bemærke noget fornøjeligt i vores omgivelser. På den baggrund kan et helt basalt skridt være, at klienten øver sig i at se glimt, pauserer for at tage glimtet ind og mærke det for dernæst at se efter flere glimt (Dana, 2020, s. 109).

Triggere og glimt er de konkrete begivenheder, der kan bevæge personens sind ind og ud af forskellige dele af ANS. I en terapeutisk kontekst er det terapeutens rolle at hjælpe klienten med at opdage triggere og glimt.

Deb Dana eksemplificerer det på følgende måde:

Med den dorsale del af ANS aktiveret: Klienten føler sig uønsket. Triggeren kan fx være, at vennerne har aftalt at mødes uden klienten eller en kollega snakker med andre kollegaer og ignorerer klienten.

Med den sympatiske del af ANS aktiveret: Klienten føler sig ikke respekteret. Triggeren kan fx være, at



vennen ser væk, når klienten taler eller klientens partner afbryder ham.

Med den ventrale del af ANS aktiveret: Klienten føler sig set. Glimtet kan fx være, at ekspedienten ser på klienten og smiler eller klientens kollega spørger til hvordan hans dag har været (Dana, 2018, s. 69).

Ved at have fokus på og identificere triggere og glimt er det muligt at bevæge klienten væk fra en selvkritisk holdning med fokus på ”hvem jeg er” og hen mod en mere nysgerrig undersøgelse af ”hvordan jeg reagerer” (Dana, 2018, s. 67). F.eks. som præsenteret ovenfor, reagerer jeg, af gammel vane, med at føle mig uønsket og ikke respekteret. Jeg er rent faktisk ikke uønsket eller ikke respekteret, men jeg har diverse (ubevidste) triggere, der får mig til at reagere på bestemte måder og vel at mærke måder, jeg har mulighed for at give slip på, når jeg får opmærksomhed på mine triggere og om nødvendigt arbejdet terapeutisk med dem. Med fokus på klientens automatiske reaktionsmønstre åbner der sig en mulighed for, at klienten kan ændre sin automatiske og ubevidste reaktion til bevidst refleksion. (Dana, 2020, s. 38).

Kort sagt går psykoterapi i et polyvagalt perspektiv ud på at bevidstgøre klienten om, hvilken del af deres ANS, der er aktiveret på et givent tidspunkt. Hvis det er den dorsale vagus, drejer det sig om at søge efter bevægelser eller adfærd, der stille og roligt giver klienten mere energi. Hvis det er den sympatiske del af ANS, der er aktiveret, drejer det sig om at søge efter adfærd, der bruger den aktiverede energi på en struktureret og sikker måde. Hvis det er den ventrale vagus, der er aktiveret, drejer det sig om at søge efter adfærd, der kan forlænge tilstanden eller oplevelsen (Dana, 2020, s.118).

## Afslutning

Tidlige oplevelser former vores nervesystem; håbet ligger i at efterfølgende og fortløbende oplevelser sidenhen kan omforme det (Dana, 2018, s. 5).

## Litteratur

Chitty, J: Dancing with Yin & Yang, Polarity Press, Boulder, 2013.

Chitty, J: Working with Babies, Polarity Press, Boulder, 2016.

Dana, D: The Polyvagal Theory in Therapy, Norton, New York, 2018.

Dana, D: Polyvagal Exercises for Safety and Connection, Norton, New York, 2020.

Harms, T: Parent-Infant Body Psychotherapy between Trauma and Attachment. Translated from the German by Elizabeth Marshall. (This article was first published in German in (2013). M. Thielen (Ed.), Körper – Gruppe – Gesellschaft Psychosozial-Verlag).

Larsen, H. D: Kan vi huske noget fra vores tid som foster? Om præ- og perinatal psykologi. P. Psykologernes fagmagasin, udgivet 20. april 2016.

Larsen, H. D: Fostrets og fødselens psykologi. Barndom og forældreskab begynder ved undfangelsen, Pregnant Press, Århus, 2018.

Larsen, H. D: Langsigtede psykologiske konsekvenser som følge af en problematisk fosterperiode og fødsel. En casebeskrivelse inden for den prænatale og perinatale psykologi. P. Psykologernes fagmagasin, udgivet 8. april 2019.

Larsen, H. D: Barn hos en anden mor end hende, der bar dig i sin livmoder. P. Psykologernes fagmagasin,

udgivet 28. maj 2020.

Larsen, H. D: Stress under graviditet og fødsel kan påvirke barnet. Alt om psykologi, udgivet 17. august 2021.

Levine, P. A: In an Unspoken Voice, North Atlantic Books, Berkeley, 2010.

Porges, S. W: The Polyvagal Theory. Neurophysiological Foundations of Emotions, Attachment, Communication, Self-Regulation, Norton, New York, 2011.

Porges, S. W: The Pocket Guide to The Polyvagal Theory. The Transformative Power of Feeling Safe, Norton, New York, 2017.

Porges, S. W. (red.): Clinical Applications of The Polyvagal Theory. The Emergence of Polyvagal-Informed Therapies, Norton, New York, 2018.

Rosenberg, S: Accessing the Healing Power of the Vagus Nerve, North Atlantic Books, Berkeley, 2017.

Weinstein, A. D: Prenatal Development and Parents' Lived Experiences, Norton, New York, 2016.

*Printet fra Psykologernes Fagmagasin:*

*<https://www.dp.dk/p-psykologernes-fagmagasin/fagartikler-psykologi-viden/>*