

NÅR BØRN

hvis trivsel og udvikling er forstyrret af traume-relaterede erfaringer, symptomer og reaktioner, kommer i fysioterapien



Laila Jacobsen
Fysioterapeut og traumebehandler
medejer af Kompaskonsult ApS
laila@kompaskonsult.dk

'7-årige Jaspar er nået fra gaden og op til klinikken på 1. sal på under 30 sekunder. Han skubber døren hårdt op og nærmest løber ind med vidt opspærrede øjne. Vi har kort øjenkontakt og så kigger han hektisk rundt og når lige at sige hej, inden han løber fra rum til rum og orienterer sig i klinikken. Hans plejeførelde kommer ind kort efter. De kalder på ham, uden at han kommer og særligt plejemor fremstår undskyldende og hektisk utilpas. Jeg forsikrer dem smilende, at det er ok for mig, at han lige kigger sig omkring'

Familien er ankommet til første session i vores Traumeklinik, Kompaskonsult ApS, som Tina Ammundsen, familieterapeut og SE-terapeut og undertegnede fysioterapeut og traumebehandler Laila Jacobsen, åbnede januar 2017 i København. Klinikken rummer udover kontor, køkken, venteområde og toilet, et mindre behandlingsrum med redskaber og behandlingsbriks og et større rum med legetøj, et møde/krea-område, et sofahjørne og masser af gulvplads. Hos os kommer børn, unge, voksne og familier med det til fælles, at deres aktuelle trivsel og udvikling er forstyrret af traumerelaterede erfaringer, symptomer og reaktioner. Alle vores forløb henvises fra deres kommune og finansieres som oftest fra Familieafsnittet, Børn og Unge Centeret, Flygtningegruppen eller Plejefamilieafdelingen.

Forløb hos os er tværfaglige og en kombination af kropslige, samtaleorienterede og legebaserede interventioner. Behandlingsforløbene tilrettelægges individuelt i respekt for familiens behov og ressourcer, kommunens ønsker ifølge

handleplan, faglige vurderinger og de øvrige indsatser i netværket omkring henviste familie. I nogle forløb, har vi fokus på et eller flere børn og understøtter sekundært biologiske forældres eller plejeførelres håndtering af sig selv og børnene. I andre forløb, kan vi indlede med kun at se den voksne, for at kvalificere de eksisterende forældrekompetencer, inden vi mødes og arbejder med barnet og forældrene sammen. Vi har endvidere forløb, hvor vi kun ser den voksne i forhold til at skabe eller genskabe eget overskud og reducere traumereaktioner, til gavn for børnene i familien. Fælles er, at behandlingen er tværfaglig og at vi altid er i tæt dialog med henviser. Vi afholder netværksmøder hver 10.-12. uge, hvor eksempelvis skolelærer, børnehavepædagog, mentor, jobkonsulent, henviser, udover forældre/plejeførelde samles for at koordinere, time og dosere indsatsen, undgå overvældelse og målrette udviklingen. Et forløb strækker sig typisk mellem 9 og 18 måneder, med ugentligt fremmøde.

Når vi strukturerer vores forløb, som beskrevet, er det fordi vi arbejder ud fra en forståelse om, at barnets udfordringer, familiodynamikken og det professionelle netværk er indbyrdes afhængige og ikke kan anskues separat. For os alle gælder det, at vores indre liv tager farve af og farver vores tætte relationer og vores omgivelser. Særligt for udfordrede børn, som i væsentlig grad er afhængige af de voksne omkring dem, er en varierende grad af inddragelse absolut nødvendig.

Vi arbejder ud fra en systemisk neuroaffektiv forståelse af, hvordan traumatiske oplevelser manifesterer sig i barnet.

Hvordan reagerer deres nervesystem og hvordan påvirker det dem selv sansemæssigt, følelsesmæssigt, kognitivt, men også relationelt. Traumer defineret som overvældende oplevelser, der gennembrøder vores kropslige og følelsesmæssige barrierer, risikerer at bide sig fast i barnet og definere deres måde at være i livet på, med refleksioner som: Hvad mærker jeg? Hvad betyder det? Hvad mener de? Er det farligt? Er det dejligt? Kan jeg stole på dig? forstås ud fra frygt, snarere end tillid. Mange af barnets ressourcer dedikerer til at navigere i livet og mindre til sansemotorisk udvikling, mindre til leg/bevægelse, mindre til etablering af regulerings- og mentaliserings kapacitet og mindre til opbygning af stabile relationer.

Vi møder børn, der har tilbragt deres første del af livet i hjem, som eksempelvis er præget af vold, misbrug og krig, fængsling eller flugt, men det kan også være børn, der tidligt har mistet en forælder, har haft en vanskelig fødsel, mange hospitalsindlæggelser eller kæmper med sygdom. Børnene kan have været vidne til de traumeudløsende episoder eller kan, som nævnt, selv have været, eller stadig være, direkte involverede. Differential-diagnostisk bør der, ved tvivl, udredes for eksempelvis ADHD, ADD og autisme, som kan optræde sammen med traumer, men også i stedet for traumer. Nogle gange er barnet diagnosticeret, inden det kommer til os, andre gange kan det være os, der foreslår en udredning på tvetydige reaktioner eller fravær af effekt på traumebehandlingen. Mit budskab er, at børn der er traumatiserede, kan vi møde i alle specialer og vigtigheden af, at kunne opdage de børn, kan ikke understreges nok.

Den fysioterapeutiske forståelse og praksis

Traumatiske oplevelser hos børn kommer til udtryk meget forskelligt. Som fysioterapeut er min opmærksomhed naturligvis på de kropslige udtryk. De mest forekommende observationer er:

- Motorisk uro som vanskeligt korrigeres – alternativt uforklarligt kollaps
- Stive nærmest robotagtige bevægelser
- Gentagne bevægelsesmønstre
- Undvigende, stirrende eller ustabil øjenkontakt
- Holdt højcostal respiration
- Uforklarlige smerter
- Intens optagethed af bestemte område på kroppen (som årsagen til at noget er svært)
- Manglende overensstemmelse mellem stemning og kropsligt udtryk
- Vanskelighed ved at dosere, initiere og time kraft i forhold til udførelse
- Taktil skyhed eller overdreven kontaktsøgende
- Udfordret på at planlægge og strukturere udførelse af aktivitet
- Lav reguleringskapacitet
- Lav omstillbarhed
- Fæces og urin inkontinens
- Dissociative episoder
- Mangelfuldt sprog for sansninger og følelser

Børnene præsenterer, som oftest, flere af **ovennævnte** reaktioner, som overordnet er udtryk for, at deres nervesystem håndterer traumeerindringerne på en måde, der modarbejder trivsel og udvikling. Nervesystemet, gør selvsagt bare sit arbejde med at forsøge at forebygge, at barnet ikke igen kommer til at opleve den eller de situationer, som blev opfattet som livstruende, og min opgave er at indgå i et samspil med barnet om at lirke i det forsvar og genetablere tryghed, med udgangspunkt i kroppen.

Traumeoplevelserne har dannet synapser, kredsløb og erindringer, som øger alarmberedskabet og som fortsat opleves som livsvigtige. Der er skruet op for processer, lukket ned for andre og måden systemet fungerer på forhindrer god udvikling for barnet. Det arbejder vi med gennem kroppen og i relationen til både mig som fysioterapeut, men som tidligere nævnt også til familien og netværket. Ikke sjældent ser vi faktisk, at barnet er mere end godt hjulpet, blot ved at forældrenes reguleringskapacitet og forståelse øges og at netværkets forståelse og håndtering kvalificeres. Sideløbende med, at netværket konsulteres i forhold til deres observationer og refleksioner, inviteres nærmeste omsorgsgivere, både med og uden barnet, til sessioner, med det formål at dele deres observationer, bekymringer og vurderinger af barnet og samspillet i familien.

'Plejemor fortæller, at hun føler sig som en fiasko. Hun har sagt ja til at hjælpe Jaspar og det er kommet bag på hende, hvor krævende en opgave det er. Hun oplever ikke at slå til, hvilket bekymrer hende så meget, at hun ikke kan sove om natten, føler sig stresset og er blevet i tvivl om hun håndterer ham helt forkert'

Det besluttes, at både Jaspar og plejemor tilbydes et individuelt forløb hos mig. Jaspar desuden individuelt hos Tina. Plejeforældrene skal komme i supervision hos Tina og vi skal ses alle sammen i familiesessioner.

På baggrund af anamnese med plejemor, som fremstår overvældet og belastet, måske sekundært traumatiseret, opstarter jeg manuel behandling mhp. at sænke aktiveringen, reetablere reguleringskapaciteten, skabe mere ro og overskud for hende. Hun vurderes at være den primære omsorgsgiver for Jaspar, og det er altafgørende for ham, at hun har kræfter til at støtte ham.

Desuden vælger jeg, ud fra det samlede billede af informationer, forskellige lege og aktiviteter, der alle vil give mig et mere detaljeret billede af præcis, hvad der forstyrrer Jaspar og på hvilken måde, og langsomt vil vi sammen opdage, hvad der hjælper ham.

Jeg indleder altid med at have fokus på allianceopbygning. Barnet, der navigerer på traume-erfaringer, har ofte mistet tilliden til verden, til de voksne og til sig selv. Det oplever utryghed inde i sig selv, i relation til andre og i omgivelserne, og forudsætningen for at kunne hjælpe barnet er, at der er tilstrækkelig tillid og tryghed. Eksempler på tryghedsskabende og tillidsopbyggende adfærd kunne være:

- En anerkendende tilgang (ikke overdreven ros)
- Varieret øjenkontakt
- Understøttende, naturligt forekommende berøringer

- Rolig stemmeføring/løftet stemmeføring (ikke eksalteret)
- Tydelighed
- Alderssvarende krav, som barnet kan honorere
- Gentagelser
- Nærvær
- Rolige bevægelser/mere vitale bevægelser
- Smil og grin
- Spejling
- Hjælp til at sætte ord på kropslige sansninger
- Engageret deltagelse ud fra barnets position
- Forklaringer/normalisering af barnets reaktioner
- Tage styring og strukturer
- Give styring og strukturer

Om et eller flere af disse greb benyttes, beror på vores faglige vurderinger af de indledende observationer. Om de virker, beror på, hvordan barnet responderer på dem, om det skaber udvikling. Allianceopbygning, i forhold til familien og det professionelle netværk er lige så vigtigt, da disse medspillere formodentlig vil fortsætte i barnets liv, også når behandlingsforløbet er afsluttet.

Al undersøgelse sker gennem leg og aktiviteter. Så når jeg kan se, hvor motorisk urolig Jaspar er, hvordan han holder vejret og snakker så hurtigt, at han nogle gange må tage en dyb indånding. Når han observeres med et stort orienteringsbehov, men ikke kan huske, hvad han så i rummet inde ved siden af. Når han fortæller, at han ikke tør falde i søvn, at han har ondt i maven, men ikke mærker andet overhovedet, og at han kun har en ven og det er hans fætter, så sammenholder jeg det med de sagsakter kommunen har medsendt og det plejeforældrene fortæller hjemmefra, og lægger en plan om, at vi starter med at se, om jeg kan hjælpe Jaspar med at finde mere ro i sig selv. Om vi kan nuancere hans interoception, deaktivere hans nervesystem og kvalificere hans reguleringskapacitet. Undersøgelse og behandling flyder sammen, for at undgå at skabe præstationspres hos Jaspar og risikere, at jeg taber alliancen og han taber motivationen. Hvis barnet er beskrevet med specifikke bevægeapparatsudfordringer, adresseres de, i det omfang jeg føler mig kvalificeret. Med Jasper ville jeg eksempelvis kunne:

- Tegne tal/bogstaver med finger på ryggen, som han gætter eller tegner på en tavle
- Lave berørings kimsleg
- Bold-lege i skiftende arousal, med at tælle inden vi kaster, med at dosere og time et kast eller et tril
- Balancelege, på skiftende underlag, med eller uden 'balancefugle'
- Sjippe, for at skabe et privat space, kreere sin egen rytme og træne orientering i kontrol
- Puste vatkugler
- Deaktiverende manuel behandling svarende til barnets kapacitet
- Snakke om billeder, der symboliserer sansninger i kroppen
- Psykoedukere, alderssvarende om krop/psyke sammenhæng og traumereaktioner
- Træne alderssvarende søvntechnik
- Grov og finmotoriske lege

Jeg ville observere Jaspars respons på legene og forsøge at initiere en intensitet, en variation og en timing, jeg ser, understøtter hans progression. Bliver han mindre motorisk urolig, mindre hyper vagtsom, tryggere i relationen, bedre til at dosere og time sin deltagelse, roligere i overgange og omstillinger, mere relevant i krav og forventninger, bedre til at tackle skuffelser, uenighed, pres og overvældelse. Øges hans fleksibilitet, respiratoriske omstillbarhed, hans balanceevne, hans autencitet og glæde. Desuden vil jeg, som nævnt, konsultere netværket. Sover han bedre? Fokuserer, koncentrerer og husker han bedre? Skaber han venskaber i skolen og sker der større indlæring?

Det metodiske afsæt for den fysioterapeutiske intervention

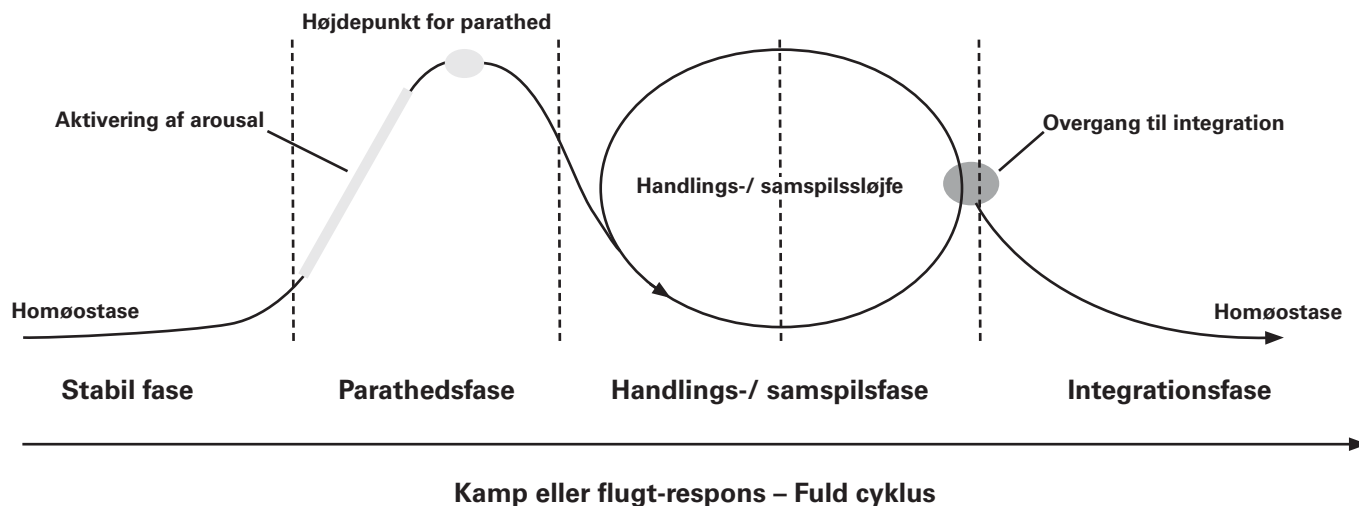
Når jeg tidligere skriver, at jeg arbejder ud fra en systemisk neuroaffektiv forståelse, anskuer jeg min praksis som en tragt, hvor den øverste del repræsenterer denne forståelse som så, idet tragten smalner til, præciseres af de metoder jeg 'plukker' fra og munder ud i, at være den værktøjskasse jeg griber ned i, alt efter hvilke observationer, der lader til at have effekt i det specifikke forløb med den specifikke familie og det enkelte barn. Som oftest vil dette indeholde et eller flere af flg. elementer:

- PVT – Den Polyvagale teori
- Manuelle teknikker – klassisk fysioterapeutiske og fra RAB godkendt efteruddannelse
- BAT – Body Awareness Therapy – Alé Duarte inspireret leg
- Psykoedukation om og sprog for krop, sanser, følelser og tanker
- Sansemotorisk træning
- Corestyrkende træning
- Elementer fra Theraplay
- Elementer fra CBT (Cognitive Behavioral Therapy)
- Elementer fra IFS (Internal Family System)

Jeg vil uddybe de fire første, da de, hver især, repræsenterer hjørnestenene i min praksis.

PVT er introduceret af Stephen Porges. Han udvider vores forståelse af Nervus Vagus betydning i nervesystemet, fra at være en todimensionel regulering mellem Sympaticus og Parasympaticus, til at være en tredimensionel regulering mellem Sympaticus, Den dorsale gren af Parasympaticus og Den ventrale gren af Parasympaticus. Den dorsale gren innerverer indre organer under Diaphragma og den ventrale del innerverer hovedsagligt hjerte og lunger, men korresponderer desuden på hjernestammeniveau med øre, hals og ansigtsmuskulatur. Nervus Vagus er måske den vigtigste forbindelse mellem vores autonome processer og Centralnervesystemet og styrer kroppens basale funktioner, men også regulering af følelsesmæssige stemninger og interaktion med mennesker omkring os. Denne udvidede forståelse af Nervus Vagus bringer os derved et bud på, hvorfor

Det autonome nervestystems fem faser i den selvregulerende proces



vores autonome nervesystem er så tæt relateret til vores følelser og vores Social Engagement og hvorfor den kropslige Bottom – Up tilgang, effektivt understøtter den samlede udvikling for børn, der lever med stress, pres og traumer. Nervus Vagus kan påvirkes indirekte gennem en beroligende berøring, beroligende relationel kontakt og gennem direkte mobilisering af nerven.

Manuelle teknikker som skaber ro og afspænding er passende langsomme, forudsigelige, kontinuerlige, respektfulde. De forsøger at være i dialog med modtageren som en invitation og ikke et krav. De afstemmer sig efter modtagerens respons, respiratorisk, mikromotorisk og hvad angår ansigtsudtryk, farve og temperatur. De skaber behag og understøtter modtagerens følelse af en nærværende kontakt til sig selv og et møde med en omsorgsfuld, respektfuld og forstående giver, med opmærksomhed på grænser og integritet. Om det så er klassiske fysioterapeutiske greb eller teknikker, som dem jeg benytter fra Healingmassagen (Healing i betydningen kroppens selvhelende processer) eller andet man føler sig tryk i, er efter min mening mindre vigtigt.

BAT er et koncept med kropsbevidsthedstræning, der sigter mod at genfinde en balanceret kropsholdning, en velreguleret respiration og et bevidst nærvær i kroppen. Børn med traumer profiterer af at tage kontrollen over sig selv tilbage, at skabe kontakt til centrale corestrukturer og opnå følelsen af at stå fast forankret i deres liv. Dette understøtter følelsen af identitet, handlekraft og selvagens.

Alé Duarte arbejder blandt andet med at reetablere et naturligt flow hos børn der, på grund af traumatiserende oplevelser, ofte befinder sig i højt beredskab. I sin essens ar-

bejder han med reguleringskapacitet. Han beskriver Loops, vi alle gennemgår og hvor vi kan observere børn med udfordringer forstyrret. Et Loop sker i 4 faser. Stabil fase, hvor barnet er i ro og ikke orienterer sig mod noget specifikt. Parathedsfase, hvor barnet orienterer sig mod, eksempelvis en aktivitet og gør sig klar. Begynder at spænde op i musklerne, fokusere med øjnene, vurdere, planlægge osv. Handlingsfase, hvor barnet udfører, er i bevægelse, øger puls og respiration, forholder sig til aktiviteten og de andre der deltagere osv. Integrationsfase, hvor aktiviteten er afsluttet og der sker en indre evaluering, kropsfunktioner dalere i niveau og hvor barnet roligt kan ny-orientere sig. Barnet kan være udfordret i en eller flere faser, med udfordringer ved at forholde sig neutral, ved ikke at kunne generere nok kraft til at blive så parat, så det kan skride til handling, ved ikke at være afstemt i handlingsfasen eller kunne komme nok i ro bagefter til at kunne integrere aktiviteten. Gennem strukturerede aktiviteter og lege understøttes barnets reguleringskapacitet. Dette beskrevet blot som en appetitvækker til, hvordan jeg blandt andet arbejdede med Jaspar.

'11 måneder senere sidder Jaspar lidt stille i dag, hvor det er sidste gang, han kommer hos os. Han undgår den øjenkontakt, vi ellers har opbygget og på spørgsmålet om, hvordan det er at skulle stoppe, kigger han op på mig og siger, at så skal han helt selv holde styr på sommerfuglene, popcornene, knytnæven og rutsjebanen i maven. Smilende formidler jeg min tillid til, at det kan han godt og tilføjer, at han jo har nogle voksne omkring sig, der har lært, hvordan de kan hjælpe ham, når han mærker det'

En komplet litteraturliste findes på side 41.

POLYVAGAL THEORY

The Polyvagal Theory explains the relationship between the Autonomic Nervous System (ANS) and social behavior. The ANS is the neurological architecture of the mind-body connection. Through its sensory and motor components, it provides the physiological foundation of embodiment and the neural basis for feeling[®]. It regulates our internal milieu and assesses safety or threat internally, in our relationships, and in our environment. This ability to detect degrees of safety is known as neuroception. Neuroception selectively engages specific neural circuits (Ventral Vagal, Sympathetic, Dorsal Vagal) that shift depending on whether we feel safe, in danger, or under life threat. The Polyvagal Theory maps these circuits and the ways they combine into neural platforms of behavior. It affirms that human well-being is largely social in nature, and it holds significant implications for improved understanding and treatment of our physical and mental health.

Ventral Vagal (safety)

When we experience a neuroception of safety, our nervous system activates the ventral vagal pathway: the circuit enabling connection and co-regulation. This pathway regulates our physiological state through the myelinated ventral pathway of the Vagus nerve (green). The ventral vagal pathway functions as a brake to inhibit the heart's pacemaker, supporting the calmness required to foster connection and the establishment of relationships while optimizing coordination of the sympathetic and dorsal vagal circuits to support health (homeostasis).

Sympathetic (danger)

The Sympathetic System mobilizes us to respond to threat. In our quest to survive, as the ANS withdraws from a ventral vagal state in response to a neuroception of danger (orange), the ANS re-tunes to promote body movement. Sympathetic states are high-energy (mobilized) and polarized (helps us figure out who is with us and who is against us). As we move into sympathetic states, our faces lose the ability to express warm and positive emotions, our voices lose prosody (melodic quality), and our ears de-prioritize the sound of human voices, focusing instead on predator (low frequency) sounds.

Dorsal Vagal (life threat)

A neuroception of life threat shifts the ANS into an evolutionarily ancient defense strategy: the dorsal vagal system (red). Largely a system influencing the organs below the diaphragm, including our gut, the unmyelinated dorsal vagal system, when recruited in defense, is our most primitive threat response. It drops metabolic rate and immobilizes the body, plunging our systems into shutdown, numbness, and collapse, while releasing the body's natural painkillers (endogenous opiates) to diminish the agony of anticipated death.



Social Engagement

The Ventral Vagal System & Special Visceral Efferent pathways

When we feel safe, the social engagement system brings us into a calm state that functionally enables connection with others. This system unites the neural regulation of the face and voice (cranial nerves V, VII, IX, and XI) with the heart and the passageways into the lungs (ventral pathway of the Vagus nerve), allowing us to attune to the voices, faces, and gestures of others. Through this system, we project our emotions and physiological states on our face and through our voice. Sharing of our bodily feelings through our face and voice enables us to form reciprocal social bonds.



Play

HYBRID: Ventral Vagal & Sympathetic

When we are at play, both our ventral vagal and sympathetic systems are engaged, enabling us to move our bodies and be social. The ventral vagal system keeps play social. If it withdraws, play devolves to competition and conflict. Viewed through a Polyvagal lens, play is a neural exercise.



Intimacy

HYBRID: Ventral Vagal & Dorsal Vagal

Intimacy occurs when the ventral vagal system is engaged in tandem with the dorsal vagal system. This state allows us to feel compassion for ourselves and for others. The paralyzing dorsal vagal experience of immobilization is softened by ventral vagal influences, so the experience of immobilization is without fear and has the capacity to welcome stillness. Edges soften, bodies conform to one another. We allow ourselves to receive touch, to be touched—literally and figuratively—by our own experiences and the experiences of others.



Fight

The Sympathetic Nervous System

In fight, sympathetic activation takes the form of aggression and confrontation. Emotionally, it is associated with the anger continuum: from irritation, to anger, to rage.



Flight

The Sympathetic Nervous System

In flight, sympathetic activation takes the form of avoidance and fleeing to escape the threat. Emotionally, it is associated with the fear continuum: from worry, to anxiety, to terror.



Freeze

HYBRID: Sympathetic & Dorsal Vagal

When we say someone is frozen in terror, we are referring to a blend of sympathetic and dorsal vagal. The sympathetic keeps the muscles rigid, while the dorsal vagal immobilizes.



Shutdown

The Dorsal Vagal System

Dorsal vagal states lead to collapse and shutdown. As a state of being overwhelmed, it is associated with a continuum of dissociative features ranging from absent-mindedness, to dissociation, to de-personalization. At the extreme end of this continuum, the individual may pass out and lose consciousness.

NEUROCEPTION

Neuroception is the neural detection of safety or threat (based on our often unconscious) bodily awareness that triggers reflexive bodily changes in physiological state that serve as neural platforms for specific domains of behavior. When mammals experience a neuroception of safety, our bodies become regulated by ventral vagal pathways. When we experience neuroception of threat, this ventral vagal system withdraws and we re-tune from supporting homeostasis (connect, rest, and digest) to responding with one of two defensive systems: a sympathetic (fight/flight) system that increases arousal and prepares our body to actively respond to danger, or a dorsal vagal (immobilization) system to shut down the body in response to life threat. In the absence of awareness, our body (ANS) decides for us which neural platform arises. As long as we survive, the body chose wisely. However, in the absence of skillful means of recovery, threat states often have residual effects.

NEURAL PLATFORMS

The neural platforms of behavior depicted above shape our physiological state (heart rate, breathing, arousal), how we experience ourselves, what we feel and think, how we interpret the world, and our behavior:

- physiological state
- how we experience ourselves
- what we feel and think
- how we interpret the world, and
- the behaviors available to us

Neural platforms represent different physiological states that filter and shape our reality by influencing and at times distorting our experiences, perceptions, and how we act. When we experience safety we see, hear, and feel different things than when we experience threat. In this way, the neural platforms shape our experience of reality.

IMPLICATIONS

The Polyvagal Theory explains fundamentals of the mind-body and brain-body relationships. It affirms the important role of social interactions and social connectedness in maintaining human well-being. It has significant implications for physical and mental health, suggesting that many illnesses currently viewed as unrelated in fact arise due to threat-induced dysregulations of autonomic state that disrupt homeostatic processes in highly predictable ways. The theory proposes that physical, emotional, and cognitive symptoms of distress are related to common neural circuits involved in the regulation of the ANS. It suggests looking at treatment in new ways, and will lead to new interventions that address underlying neurophysiological dysregulation directly.

[®]Immediately we encounter a link of the English language, which does not possess reflexive verbs. In a non-reflexive language, the construction would be "I feel myself." This includes interrogative expressions, as well as tactile sensations.

© 2018, Applied Mindfulness, Inc. All Rights Reserved. Certified Polyvagal-Informed™ by Polyvagal Science, LLC.

TO PURCHASE: SCAN

Illustration af n. vagus's indflydelse på ANS, fysiologiske og følelsesmæssige tilstande samt dens betydning for social engagement, kommunikation og samspil.