

BODY IMAGE OG HJERNEN

Alice Theilgaard

Der redegøres for den vekslende terminologi og vanskelighederne med at afgrænse og definere begrebet body-image. Det er et fortættet, multidimensionalt begreb, hvori der indgår mange aspekter, såvel fysiologiske som psykologiske og sociale. Det er ikke statisk, men dynamisk, og det er repræsenteret både på et bevidst og et ubevidst niveau. Det postuleres, at der latent eksisterer en primitiv kerne med en dispositionel styrende kraft, og der illustreres med eksempler fra såvel organiske lidelser som fra psykopatologien. – Topografisk er body-image repræsenteret i den posteriore del af højre (recessive) parietallap, men også andre områder af hjernen er af betydning. Foruden neuropsykologiske aspekter er psykoanalytiske, fænomenologiske og udviklingspsykologiske synspunkter omtalt, og body-image's rolle i dannelsen af identitetsfølelsen og selvet er berørt. Sluttelig redegøres der for forskellige undersøgelsesmetoder vedrørende body-image, og der illustreres med eksempler fra egne undersøgelser.

Body Image – Hvad dækker begrebet over?

I litteraturen har man – siden Ambroise Paré i det 17. århundrede første gang omtalte fantomsmerter – haft varierende synspunkter i afgrænsningen af begrebet, fra det helt snævre som fremsat af Bennet (1960), der henviste til det sæt fænomener, som en person kan remse op, når han bliver bedt om at beskrive sit legeme, altså begrænsende sig til en beskrivelse af ydre og indre karakteristika, til det næsten synkretistiske, fremsat af Scott (1948), der udvider det på en altomfattende måde: 'Body-Image is a continually changing world scheme, the extended limits of which have to deal with what can only be called the limits of space and time'. Den vekslende og, har man ofte indtryk af, i flæng benyttede terminologi: body-image, body-scheme, body-concept, legemsbevidsthed etc. bidrager kun til at gøre fremstillingen i litteraturen mere fåget. Her er det så på sin plads at slå fast, at body-image er et meget fortættet, multidimensionalt begreb, hvori der indgår mange aspekter, såvel fysiologiske som psykologiske og sociale. Det er vanskeligt at afgrænse, det er ikke statisk, men dynamisk; det betragtes af mange som stående for en dirigerende og styrende proces.

Når det er så besværligt at redegøre for, kan man fristes til at stille det spørgsmål, hvad vi så skal med det? Hvis man både teoretisk har vanskeligt med at klarlægge det, og man også i praksis har svært ved at trække eksempler frem, der repræsenterer den konstruktion, som vi generelt benævner body-image, kunne det måske være rimeligt at spørge, om det ikke er et så forvirret, fortættet og fåget begreb, at vi gjorde bedst i at lade det ligge og i stedet søgte til andre forklaringsbegreber?

Man må også medgive, at så længe vi er ved godt helbred, så længe vi er i en sådan balance, at vores krop ikke på nogen måde forurolicher os, har vi næppe synderlig behov for et konceptuelt eller billedligt body-image. Men der skal nu ikke så meget til, en let smerte kan fremkalde foruroligere, og vi kan da føle os fremmed over for vor krop, der bliver til et objekt, man ikke længere kan stole på. Mere indlysende bliver det, at der er behov for en konceptuel model, når vi går over til eksempler fra psykopatologien og neurologien. Hvordan skal vi forklare, at den skizofrene patient er overbevist om, at hans hjerte er opereret ud – hvad der dog ikke hindrer ham i at leve videre. Hvordan kan vi fatte, at en ældre dame er 100% sikker på, at hun har et krystalapparat, som klarer det meste, opereret ind i brystkassen, eller hvordan skal vi redegøre for det fænomen, at den, der har fået et ben amputeret, alligevel ikke lader sig overbevise om, at han mangler det. Lige så svært indføleligt er den ekstremt afmagrede anorexia nervosa piges følelse af at være grotesk tyk, eller den nydelige rhinoplastiske patients monomant fremsatte krav om at få sin næse opereret for tredje gang. Uforståeligt er det også at overvære, at en organisk hjerneskadet kvinde leder efter sine øjne (ikke kontaktlinser !) på gulvet, eller når en skizofren patient udtrykker ængstelse for, at han har glemt sin venstre arm i Italien med samme grad af bekymring, som drejede det sig om en gammel paraply. I alle disse tilfælde bliver vore empatiske evner udfordret.

Det ville måske være lettere at acceptere, hvis vi indledningsvis i stedet for at benytte det noget dunkle udtryk 'body-image' talte mere jævnt om vore forestillinger om eget legeme; det er indlysende, at vi har visse tanker og forestillinger, visse følelser knyttet til oplevelsen af eget legeme. Hvad der gør det vanskeligt, er, at vi må forudsættes at have en meget primitiv kerne til dette body-image, skabt i de allertidligste levetidspunkter, hvor vor oplevelsesmåde var af en anden art, end den vi kender fra vores voksne tilværelse. Denne første, diffuse, globale oplevelse bliver senere modificeret gennem modning, gennem læren, gennem det emotionelle forhold vi har til vore nærmeste, gennem det socio-kulturelle mønster, som vi vokser op i. Stadig vil der her restere primitive rester, som ikke kan tænkes at have mistet deres dispositionelle styrende kraft. Vi må postulere, at det eksisterer latent som en 'ubevist forestilling'. Dette sidste er et lidt uheldigt udtryk, al den stund man ved 'forestilling' sædvanligvis forbinder noget bevidst, men Freud har tilladt sig at bruge det, og så kan vi vel i mangel af bedre også benytte det. Herudover kan

vi sandsynligvis blive enige om, at body-image refererer til de forestillinger om vores egen krop, som vi danner os på grund af de visuelle, kinæstetiske, taktile, termale fornemmelser og indtryk, af smerter og paræstesier. Tillige er der en umiddelbar oplevelse af, at legemet er en helhed, som dels er perciperet, men som er mere end en perception, ofte i litteraturen benævnt 'et legemligt skema', ellers hvis vi følger Head (1911), der understreger betydningen af viden om legemets position, vil vi tale om *den posturale model*. Legemsskemaet er et tredimensionalt imago, som enhver har om sig selv. Foretrækker vi at kalde det body-image antyder vi, at det ikke har at gøre med enten en perception eller en forestilling. Der er tale om mentale billeder og de repræsentationer, der er indfattet i disse. At vi kan tillade os at sætte image lig skema fremgår af, hvad Head skriver – så tidligt som i 1920 – hvor han foruden at se den sensoriske cortex-funktion som et organ for opmærksomhed, også ser den som et lager for tidligere indtryk. Disse kan blive bevidste som billeder, men hyppigere bliver de uden for den centrale bevidsthed. Her former de organiserede modeller, som han kalder 'skemata'. Head taler om 'fase-sekvenser', en hypotetisk proces, der består i en ny-kombination af neuronmønstre, som er dannet af cirkulerende nerveimpulser under sensorisk stimulering. Sådanne skemata modificerer de indtryk, som kommer fra sensoriske impulser på en sådan måde, at den endelige perception af ens position i rummet bliver bevidst og bliver sat i relation til, hvad der tidligere er sket. Ødelæggelse af sådanne skemata, som det forekommer ved en læsion af cortex, udelukker genkendelsen af ens position eller af lokaliteten af stimulerede områder i den afficerede legemsdel. Dette imago, hvadenten det er visuelt eller motorisk, er den fundamentale standard, hvorved alle posturale forandringer bliver målt. Enhver erkendt forandring vil, når den bliver bevidst, allerede være mærket af dem, som er sket før, på samme måde som afstanden på et taxameter vil være repræsenteret for os ved at være transformeret til kroner og ører. For denne kombinerede standard, som altså er et produkt af vore tidligere erfaringer og vore nuværende indtryk foreslår Head således ordet *skema*. Vi vil foretrække *imago* eller *image*. Ved hjælp af de fortsatte ændringer i vor legemlige position i rummet vil vi altid bygge en postural model op af os selv, som konstant forandrer sig. Enhver ny stilling eller bevægelse bliver registreret, og aktiviteten i cortex bringer alle nye perceptioner, som er fremkaldt af den ændrede stilling, i relation til body-image.

Vi kan med rimelighed spørge: Hvorledes oplever vi vort legemes stilling, de enkelte ekstremiteters indbyrdes position og bevægelse, størrelse og form? Hvorpå beror den fundamentale følelse, at legemet er mit, dets *jeg-betoning*? I hvilket lag af bevidstheden udspiller disse somato-psykiske fænomener sig? Er de bevidste eller ubevidste? Hvilke hjerneafsnit er 'ansvarlige' for legemsbevidstheden? Disse spørgsmål, som sammenfattet udgør problemet om oplevelsen af vort eget legeme i videste forstand, har siden århundredeskiftet beskæftiget forskere. Er Head's le-

gemsskema (1911) – knæsat af Schilder (1935) (som dog udviklede et mere nuanceret syn på begrebet) – et bedre udtryk end legemsbevidstheden? ‘Skema’ synes uheldigt alene i kraft af sit sprogligt suggestive indhold. Som Lunn (1948) anfører præjudicerer det ved sit blotte sproglige indhold en bestemt lokaliseringspræget opfattelse af den cerebrale funktionsmåde. Ordet leder uvilkårligt tanken i retning af et stift system af centre, af et lokaliseret cortexområde, hvor hvert legemsafsnit er repræsenteret ved sit separate center som et puslespil, hvor en enkelt brik kan fjernes, uden at helheden af den grund forstyrres, men hvor det legemsafsnit, der svarer til den manglende brik, isoleret udskydes af vor bevidsthed. Som en sådan mosaik synes legemsskemaet faktisk at være opfattet af nogle forskere, f.eks. Gerstmann (1942), der beskrev et syndrom omfattende agrafi, acalculi, fingeragnosi, højre-venstre konfusion, alexi og agrafi. Betegnelsens slagordsagtige karakter har videre medført, at den hurtigt har vundet udbredelse i litteraturen og i sig selv godtages som forklaring på en række patologiske bevidsthedsfænomener.

Udtrykket *legemsbevidstheden* er også uheldigt, idet det ikke tilgode-ser de ubevidste forestillinger, vi har om vore kroppe. Vi må altså konkludere, at *Body-Image* er at foretrække, fordi det bedre dækker såvel de bevidste som ubevidste processer. Hvor vanskeligt begrebet end er at afgrænse begrebsmæssigt, må det trods alt siges at være nyttigt, og vi kan tilslutte os en af de kendeste forskere på området, Seymour Fisher, som fastslår: ‘Body image constructs have proven to have considerable potency in explaining behavior’ (1986, XIII).

Body Image og hjernen

Hvilken del af hjernen – eller rettere- hvilke dele af hjernen er basis for disse fænomener? Og hvad er i det hele taget det fysiologiske grundlag for kendskabet til vor krop? Vi har som beskrevet at gøre med meget komplicerede og fortættede fænomener, inklusive det generelle problem: På hvilken måde reflekterer body-image legemets struktur? Hvad er relationen mellem anatomi og den posturale model og det kendskab, vi har til vor krop?

Topografisk anses body-image at være repræsenteret i den posteriore del af højre (recessive) parietallap og den underliggende thalamiske struktur. Nogle forskere har hævdet, at de to parietallapper er ekvipotentielle med hensyn til body image, men at læsioner i den venstre hemisfære (hos højrehåndede) ofte producerer udtalte forstyrrelser af tale og praksis, hvad der tilslører body-image forstyrrelserne

Unilateral *asomatognosia*, beskrevet af L’Hermitte (1939), er forårsaget af en non-dominant parietallapsfunktion. Det kan medføre så overraskende symptomer som benægtningen af venstresidig lammelse, eller en manglende opmærksomhed vedrørende venstre side af kroppen. (*Hemi-*

spatial neglect). Det kan give sig så mærkværdige udslag, som at patienten ikke bemærker, at hun taber sin venstre træsko, eller undlader at lægge make op i den ene halvdel af ansigtet.

Bilateral asomatognose ses hyppigere ved læsioner i den såkaldte dominante hemisfære. Her er ogsaa repræsenteret *Gerstmann's syndrom* (se tidligere), hvis berettigelse dog stadig diskuteres. *Autopagnosia* beskrevet af Pick (1922) som manglende evne til at lokalisere og benævne forskellige kropsdele ses ligeledes ved læsioner i venstre parietallap, specielt i de områder, der tjener en polysensorisk integration.

Selv om parietallappernes struktur og funktion – specielt den højres – udnævnes som værende væsentlige for et intakt body-image, er ogsaa andre områder af hjernen af betydning. Ved paroxymale lidelser som epilepsi og migræne associeret til temporallapperne kan der forekomme transitoriske forstyrrelser af body-image. De psykomotoriske anfald (Dreyfuss 1981) er forbundet med bevidsthedsændringer og omfatter udtalte forstyrrelser i kropsopfattelsen. *Depersonalisationsoplevelser* og *somatosensoriske hallucinationer* kan optræde. *Autoscope* fænomener, hvor patienten oplever sig som 'værende uden for sig selv' eller som en dobbeltgænger (Lukianowicz, 1958) er relativt sjældne ved de paroxymale temporallapslidelser.

At der ogsaa i den intakte hjerne kan opstå forvanskninger i opfattelsen illustreres f.eks. af den japanske illusion, hvor ens hænder er krydset dobbelt, medførende, at det optiske indtryk af hænder og fingre bliver så kompliceret, at den optiske viden ikke er tilstrækkelig til at udrede billedet. Man kunne måske sige, at vi her har at gøre med en relativ visuel agnosi. Taktile og kinæstetiske indtryk er så en hjælp, hvis man skal bevæge en speciel finger. Når de visuelle indtryk er utilstrækkelige, tyer vi til de taktile og kinæstetiske.

I stigende grad er man blevet opmærksom på, at intension, opmærksomhed og emotioner bidrager til at udforme body image, og at det skal advare os mod at tillægge body-image en for snæver lokalisation i hjernen. Allerede Schilder (1964) hævdede, at foruden perceptionen – inklusive integrationen af sensorisk-motorisk information ogsaa omfattende vestibulære og proprioceptive fænomener – og de deraf baserede handlinger, spiller ogsaa emotionerne en meget stor rolle i udformningen af body-image.

Mange klinikere synes at negligere body-image's betydning i symptomdannelsen. Det kan måske skyldes, at patienter er utilbøjelige til spontant at omtale sådanne oplevelser, som henviser til forstyrrelser af body-image, netop fordi sproget ikke slår til i beskrivelsen af body-image fænomenologien. Metaforer, som danner bro mellem kinæstetiske fornemmelser og verbale udtryk kan være en hjælp. (Cox & Theilgaard, 1994)

Forvanskninger af body-image er dog universelle. Hos normale personer kan fleksibiliteten af body-image ses i de forandringer, som fore-

kommer, når man befinder sig i en hurtigt accelererende elevator. Det manifesterer sig også, når man er i grænselandet mellem søvn og vågenhed, altså i de hypnagoge og hypnapompe forestillinger. Også under meditation og i mystiske tilstande ses oplevelser, der viser hen til ændringer i legemsopfattelsen, ligesom det ofte forekommer under forskellige drugpåvirkninger som mescaline og LSD. Vi kan således fastslå, at fænomenet manifesterer sig i mange forskellige sammenhænge, at begrebets oprindelse findes i beskrivelsen af organiske hjernesygdomme, men at det også kan anvendes ud over de organiske tilstande ved funktionelle lidelser samt under visse normalpsykologiske forhold.

Schilder (1935) introducerede ideen om, at body-image havde en libidinøs struktur, og han forsøgte at kombinere neuropsykologiske og psykoanalytiske begreber, vel vidende, at der kunne være tale om såvel organisk som psykologisk genese, og at det undertiden kan være kunstigt at præsentere årsagen til forstyrrelsen som et enten-eller. F.eks. kan et fænomen som depersonalisation manifestere sig ved så forskellige lidelser som epilepsi, delirium, hjernetumor, encefalitis samt i hysteri, angsttilstande, obsessive neuroser, endogen depression og skizofreni.

Body-image forstyrrelser kan forekomme ved:

- I Påviselige organiske hjernelæsioner
- II Visse kroniske handicaps
- III Ved påvirkning af forskellige kemiske stoffer
- IV Epileptiske anfald
- V Hypnagoge og hypnapompe tilstande
- VI Mystiske tilstande
- VII Eksperimentelle forsøg, f.eks. fysisk stimulering, suggestion, sensorisk deprivation
- VIII Psykiatriske lidelser.

Psykoanalytiske, fænomenologiske og udviklingspsykologiske synspunkter

Focus i denne artikel har indtil nu været body-image og hjernen, men de psykoanalytiske, fænomenologiske og udviklingspsykologiske synspunkter skal ikke forbigås, selv om det inden for artiklens grænser vil være umuligt at yde den extensive litteratur om emnet retfærdighed.

To begreber, begge anvendt inden for psykologien, egoet og body-image, synes at indtage en dobbelt position, nemlig en fænomenologisk og en dispositionel, og måske kan vi ved at undersøge forbindelsen dem imellem lette forståelsen af visse forstyrrelser, som almindeligvis betragtes som værende enten psykogene eller organiske. Freud understregede i sin teori om den psykiske struktur – id, ego, superego – at egoet først og fremmest er et body-ego, en mental projektion af legemsoverfladen,

sådan som den blev udledt af legemlige fornemmelser. Egoet er efter Hartman, Kris og Löwenstein (1946) et specielt tilpasningsorgan. Federn (1952) gav egoet en nøgleposition, idet han talte om *ego-feeling*, som han opfattede som en følelse af legemlige og mentale relationer, som en enhed i rum, tid og kausalitet. Skønt han skelnede mellem mentale og legemlige ego'er, fordi de i drømme føles adskilt, fastholdt han, at i den normale vågne tilstand er det mentale ego altid oplevet som værende inden i det legemlige ego. Winnicott (1954) udtrykte det sådan: *The mind* eksisterer som en enhed, forudsat at psyke-soma eller body-skema udvikler sig i et tilfredsstillende miljø. Udover Winnicott har andre objekt-relations-teoretikere som Fairbairn (1946) og Klein (1975) understreget vigtigheden af det tidlige mor-barn forhold. Det første leveår er domineret af legemsoplevelser, især de som hører til de taktile og proprioceptive modaliteter. Perceptionen af forældrene registreres af spædbarnet som tilfredsstillende eller frustrerende, og i en periode af livet, hvor barnet i den væsentlige del af de vågne timer er optaget af at få mad, kan tilfredstillelse eller frustration meget vel være den tidligste udfordring til instinktet og fantasiens omnipotens og til oprindelsen af adskillelsen mellem selv og ikke-selv, dvs til begyndelsen af egoet som formidler mellem drift og realitet. Man kan altså se en forbindelse mellem perceptionen af disse inkorporerende aktiviteter og introjektion af aspekter af moderen i det udviklende body-ego. I det andet og tredje leveår er barnets oplevelser i høj grad udvidet ved motoriske og visuelle opdagelser af omgivelserne og ved udviklingen af en verbal kommunikation på basis af en auditiv perception. Dette bringer barnet ind i et meget mere komplekst miljø, det nødvendiggør større kontrol over legemsfunktionerne, og driftsmæssige krav vil føre ind i de forskellige faser beskrevet af Freud og andre.

Skønt der stadig ikke er fuld enighed, er der alligevel en rimelig grad af consensus med hensyn til, at både skizoide og depressive tilstande er forbundet med udviklingen i det første leveår, respektive til den tidlige eller sene orale fase, mens obsessionelle, hysteriske og fobiske tilstande resulterer i konflikter fra efterfølgende faser. Hvis en person er fikseret eller regredieret til en tidligere fase, må oplevelser som voksen forarbejdes ud fra et umodent body-image med deraf følgende mere primitiv oplevelseshånde.

De Beá (1987, 177) understreger betydningen af den funktion, som moderen tillægger sin egen og barnets krop i deres indbyrdes forhold, når det gælder udviklingen af barnets body-image og organiseringen af objekt-relationerne. – Fra et udviklingspsykologisk synspunkt bliver body-image først integreret, når det danner basis for kønsidentiteten i slutningen af puberteten. Kroppen som både er subjekt og objekt for såvel kognitive som affektive processer har sin plads mellem den indre og den ydre verden: den forarbejder perceptuelle data fra kroppen selv og fra omgivelserne. De interoceptive og viscerale stimulationer giver en affektiv to-

nus til den indre verden, mens proprioceptorerne registrerer den spatiale orientering af kroppen i relation til den ydre verden, og hjælper derved til en differentiering mellem selvet og ikke-selvet.

Det optimale miljø for spædbarnet er betinget af, at moderen kan fungere som et beskyttende skjold mod præmature eller overvældende indtryk fra den ydre verden. Dette sikrer barnet et stabilt rum, inden for hvilket det kan begynde at opleve sin krop som adskilt fra moderens. Den nyfødte besidder et kropsligt pre-ego, (Stern, 1985) som er forløber for den følelse af personlig identitet og realitetssans, som karakteriserer det sundt udviklede ego. Freud (1923, 26 fodnote) fastslog, hvor vigtig kroppen var med hensyn til egoets konstruktion: 'The ego is ultimately derived from bodily sensations, chiefly from those springing from the surface of the body.'

Anzieu (1989) gør opmærksom på, at sproget er særligt rigt, når det gælder adjektiver, der relaterer sig til huden. Han opregner mange synonymmer for huden, bl.a. *pia mater*, som etymologisk er afledt af 'hud' og 'mor'. Anzieu bruger udtrykket *skin ego* som en metafor, der kan fremkalde et sammenhængende sæt af operationelle begreber, og han baserer disse på Bowlby's tilknytningsteori (1969-80) modsat Freud's driftsteori. Relationen mellem hud og krop er ofte givet som en metafor for forholdet mellem noget ydre og indre. Shakespeare spiller i *Hamlet* på det synedotiske – en del af helheden repræsenterer helheden – og han lader *hud, sminke, klæder* på metaforisk vis erstatte hinanden samtidig med, at de står for hele personen. At kropslige organer også kan udtrykke psykologiske egenskaber er der mange eksempler på. Shakespeare sætter *stomach = courage*, og alle kender vendingen 'at gå ud af sit gode skind' som udtryk for ærgelse eller irritation.

I den sproglige udvikling spiller både rumlige og tidsmæssige abstraktioner en rolle. De førstnævnte er relateret til substantiver, de sidstnævnte til verber. Begge deltager i udviklingen af adverbier og prepositioner. Body-image's rødder afspejler en primitiv begrebsdannelse, som er under indflydelse af primær processen.

Schizofrene patienter med en defekt organisation af body image vil også vise mangler i deres rationelle tænkning ved at være mere optaget af ordenes denotation end konnotation. De vil også ofte finde det vanskeligt at skelne mellem indre og ydre stimuli, hvilket giver sig udslag i depersonaliserings- og derealiseringsoplevelser så vel som manglende identitetsfølelse. Som en patient udtrykte det: 'Når jeg taler, opløser min stemme mig'.

Iagttagere af børn lidende af schizofreni eller infantil autisme har fundet, at den manglende organisation af body-image karakteristisk for disse lidelser ligger bag børnenes overdrevne interesse for de perceptuelle egenskaber ved genstande og ord, altså snarere denotationen end konnotationen.

Lacan (1938) påpeger, at kropsoplevelsen spiller en væsentlig rolle i

overgangen fra det imaginære til det symbolske. Symbolisering er jo en cerebral funktion, som i høj grad bliver beriget ved sproget, og her optræder både forskydnings- og substitutionsmekanismen. I sidste tilfælde kan man iagttage, at et andet legemligt organ bliver anvendt i stedet for det, som egentlig er det frygtede eller fordømte. (Se senere: Rhinoplastik) Kubie (1953) har diskuteret symboliseringen af forskellige legemlige organer i sundhed og sygdom. Han klassificerer legemsdelene på følgende måde: 1) Organer, der har at gøre med forholdet til de ydre omgivelser: eksteroceptive sanseorganer, sribede muskler, proprioceptive kontrolorganer, taleorganerne, som hovedsagelig er innerveret af det centrale nervesystem. 2) Organer, som har at gøre med den indre balance og som hovedsageligt bliver innerveret af det autonome nervesystem. 3) Organer, som har en primær driftsmæssig funktion, f.eks. alle legemsåbningerne, hvor funktionsmåden oftest startes ved det centrale nervesystem, men bliver afsluttet af det autonome nervesystem, og endelig som 4) omfattende det, der involverer body-image som en helhed.

Kubie betragter gruppe 1 som egoets organer, idet de klart optager en plads i det bevidste og det førbevidste. De hører til det oprindelige kropselv, men fordi de formidler vore forbindelser med omverdenen, kan de repræsentere 'the non-self world' på et ubevidst plan. Forstyrrelser af disse organer bliver ofte klassificeret som konversionshysterier. Gruppe 2 optager sædvanligvis ikke megen plads i vores bevidsthed, medmindre vi er syge, men de er ikke desto mindre en væsentlig del af os selv. Ubevidst kan man se dem som jeg-fremmede. Forstyrrelser inden for dette område omtales som regel som organneuroser. Gruppe 3 er repræsenteret såvel i bevidste som ubevidste symbolske processer. De kan betragtes som id'ets organer. Forstyrrelser af symboliseringen af disse organer synes at have en nær forbindelse til neurotisk og psykotisk udvikling.

Kubie anfører, at det med andre ord er den symbolske proces med dens multipolære bevidste, førbevidste og ubevidste led, som på den ene side forsyner os med de projektive veje for sprog og forestillinger, og på den anden side for de introjektive veje for somatisk dysfunktion.

Body-image spiller en vital rolle med hensyn til at forbinde de driftsmæssige oplevelser til den ydre realitet. Fortrængningsprocesser, konflikt mellem ego og id, utilpasset identifikation, sådan som det f.eks. ses ved patologisk strenge overjægs-mekanismer, kan alle ses som svigtende tilpasning af et primitivt driftsdomineret affektivt system til henholdsvis realitetstestningen og selv-identiteten.

Laufer (1991) taler om 'the psychotic core', hvorved han forstår et forvansket body-image, som gør personens realitetstestning skrøbelig, et body-image, der tvinger personen til både at benægte dele af den ydre virkelighed og af egen krop. I puberteten ses former for selv-mutilerende adfærd som anorexi og selvmordsforsøg som udtryk for, at den puber-

tetsunge ikke kan forlige sig med kropslige fornemmelser og perceptioner, som udfordrer det eksisterende før-pubertets body-image.

En persons holdning til kroppen kan netop afspejle vigtige aspekter af hans identitet, og som nogle undersøgelser har vist (f.eks. Zion, 1965), er der et signifikant forhold mellem beskrivelse af selvet og af kroppen. Selv om body-image kan symboliserer identitet, er begreberne ikke identiske. Relationen mellem selvet og body-image er et meget væsentlig aspekt ved identitetsdannelsen, som det imidlertid vil føre for vidt at komme nærmere ind på her.

Undersøgelser over body-image

Den litteratur, som undersøger body-image fænomenologien, er meget omfattende, og en systematisk gennemgang af forskellige tests, rating skalaer, spørgeskemaer og video-teknik levner artiklen ikke plads for. Et overblik over eksisterende måle-teknikker er givet af McCrea et al (1982). Mere specifikt bør dog nævnes Fisher & Cleveland (1958), som i deres forskning om body-image og personlighed isolerede to variable i fortolkningen af *Rorschach*-prøven: *The Barrier score* og *The Penetration of Boundary score*. Mange undersøgelser fulgte (se Fisher, 1986), som viste i hvilken grad opmærksomheden var dirigeret mod kroppens grænseområder snarere end mod kroppens indre. Tolkninger, hvor afgrænsningen blev kraftigt understreget, blev tildelt en *Barrier-score*, fx 'mand i rustning'. *Penetration-scores* fik tolkninger, hvor afgrænsningen var svag eller fragmenteret, fx 'skildpadde uden skjold'. – Werner & Wapner har i deres bog *The Body Percept* (1965) beskæftiget sig med måling af body-image og med de dermed forbundne vanskeligheder. Endelig skal også nævnes Witkin og medarbejderes undersøgelser over *the body-concept* (1962,1981), hvor begrebet blev relateret til field-dependence/field-independence og målt med specielt konstruerede tests: *The Embedded Figure Test* og *Rod-and-Frame Test*. Her blev de udviklingspsykologiske aspekter vedrørende body-image sat i fokus.

Sluttelig har jeg valgt at trække eksempler frem fra egne undersøgelser, hvor projektive prøver som *Rorschach*, *Associationsprøven* a modum *Rapaport* og *Draw-a-person* testen har været anvendt.

I en undersøgelse (1962) over rhinoplastiske patienter gav den overdrevne plads, som næsen optager i patienternes forestillingsliv sig udtryk både i det indledende interview og i testbesvarelsene. Mens argumentationen for en operation eller re-operation af næsen, som ikke var en deformation men repræsenterede en normalvariation, tilsyneladende lagde vægt på det saglige og rationelle, blev det klart, at jo længere patienten talte om operationsønsket og om de mere eller mindre ubestemte gener og fornemmelser, der dikterede dette ønske, jo mere monoman og urealistisk blev fremstillingen.

I associationstesten indgik 'næse' som en påfaldende hyppig reaktion, også til stimulusordet 'far', – hvad der leder tanken hen på Meyer's og medarbejderes (1960) påstand om, at den ubevidste motivation til operationen dækker over dybtliggende ambivalente identifikationer med den ene eller begge forældre, hyppigst faderen, når det gælder kvindelige patienter. I Rorschachprøven udpeges mange næser af mere eller mindre grotesk karakter; selv dyr udstyres med barokke næser. Næsen bliver genstand for nedvurderende betegnelser. Det er sjældent at se problematikken så direkte afspejle sig i prøvernes indhold. En patient udtaler: 'Alt kan føres tilbage til næsen, den griber på en eller anden måde ind i tingene.'

De projektive prøver kan ofte give indblik i body-image forstyrrelsernes intentionelle dynamik.

Den vel nok hyppigst anvendte projektive prøve i undersøgelser over body-image er *Draw-a-person* (DAP). Den hviler på den antagelse, at en persons spontane tegning af et menneske repræsenterer en projektion af eget body-image. (Machover, 1949). Fisher & Cleveland (1968) og Fisher (1984) giver en oversigt over anvendelse af denne test inden for dette område, og Mortensen (1991) beskriver børns DAP-tests med hensyn til udvikling, kønsforskelle, kropslig oplevelse og body-image.

Her skal kort omtales to undersøgelser, hvor DAP illustrerer ændringer betinget af henholdsvis medicinsk behandling (*cyproteronacetat*) og af fluktueringer i blodsukkerkoncentrationen hos insulin-krævende diabetes patienter.

En patient med kønskromosomabnormiteten 47, XYY henvendte sig, plaget af tvangsmasturbation. Fra medicinsk hold havde man erfaring for, at *cyproteronacetat* udøvede en dæmpende virkning på kønsdriften. Ved den første psykologiske undersøgelse før behandlingens iværksættelse tegnede patienten – i lighed med, hvad der er typisk for mænd med 47, XYY (Theilgaard, 1984) – ret så kønsdifferentierede tegninger af henholdsvis en mand og en kvinde: fig.1 og 2.

Figur 1

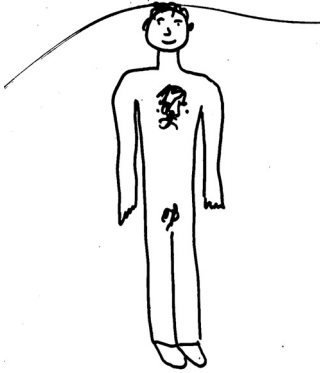


Figur 2



Tre måneder senere, da behandlingen havde vist effekt, blev udfaldet af DAP mindre påfaldende: fig.3 og 4.

Figur 3



Figur 4



Ved den tredje psykologiske undersøgelse seks måneder efter at behandlingen var påbegyndt, var patienten blevet depressiv, og resultatet af DAP karakteristisk ændret: Se fig 5 og 6.

Figur 5



Figur 6

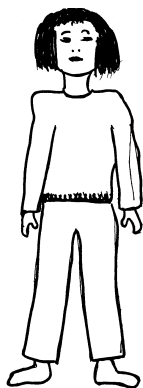


Behandlingen indstilledes!

I en dobbelt-blind kontrolleret undersøgelse over den kognitive funktion under hypoglykæmi (Pramming et al, 1986) blev 16 insulinafhængige patienter med type I diabetes mellitus undersøgt med et testbatteri omfattende cognitive, neuropsykologiske tests og DAP på fire forskellige tidspunkter, hvor blodsukker-koncentrationerne varierede således: (A) 6.3

mmol/l, (B) 2.9 mmol/l, (C) 1.8 mmol/l og (D) 6.1 mmol/l. – I takt med variationerne i blodsukker niveauet, ændrede testpræsentationerne sig. Ændringer af body-image afhængigt af blodsukker koncentrationen er her illustreret ved en patients tegninger, udført på tidspunkterne A, B, C og D. Se fig. 7, 8, 9,10.

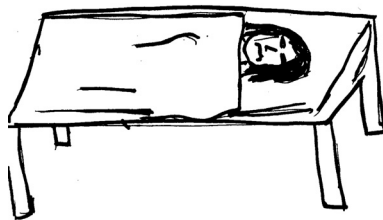
Figur 7



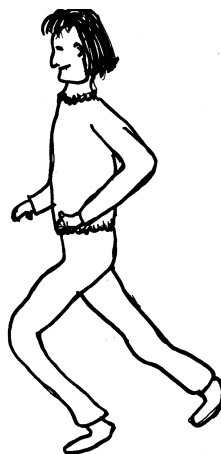
Figur 8



Figur 9



Figur 10



Slutning

Body-image fænomenologien udvikler sig hastigt, og betydningen af dette begreb i relation til identitet, forsvarsmekanismer og andre personlighedsvariable bliver i stigende grad anerkendt inden for forskningen, men i det daglige kliniske arbejde synes data om body-image stadig stort set at blive negligeret, selv om begrebet får mere opmærksomhed ved lidelser som anorexia nervosa, bulimi, brystcancer, malformationer og am-

putationer. Psykosociale og kulturelle faktorerers indflydelse på body-image er et forsømt undersøgelsesfelt. Dog har Fisher & Cleveland i en række undersøgelser (1956,1957,1958) af normale personer set en sammenhæng mellem livstil og body-image. De har undersøgt familiemønstre, gruppeadfærd og fysiologiske reaktioner, men opmærksomheden har først og fremmest været rettet mod forstyrrelserne, som også har været genstand for denne artikel.

Fisher (1970) indrømmer, at der eksisterer 'a disconcerting range of ideas', både med hensyn til body-image's indhold og beskaffenhed og til spørgsmålet om, hvilke aspekter af body-image, der er værd at studere og på hvilken måde.

Body-image er et nyttig begreb, så længe tendensen til at se det som et altdækkende forklaringsbegreb bliver holdt i ave. Her som i andre teoretiske sammenhænge bør man afstå fra et reduktionistisk og monokausalt syn, selv om undersøgelsesmetodik og forklaringsbegreber derved bliver mere komplicerede. I tilgift bliver body-image's fascinerende fænomenologi mere meningsfuld.

REFERENCER

- ANZIEU, D. (1989): *The Skin Ego*. New Haven. Yale University Press.
- BENNETT, D. H. (1960): The Body Concept. *J. Mental Science* 106, I, 56-75
- BOWLBY, J. (1969-80). *Attachment and Loss I-III*. N. Y. Basic Books.
- DeBEÁ, E. T. (1987): Body Schema and Identity. *Int. J. Psycho-Anal.* 68, 175-84.
- COX, M. & THEILGAARD, A. (1994): *Shakespeare as Prompter. The Amending Imaginations & the Therapeutic Process*. London, Jessica Kingsley Publ.
- DREYFUSS, F. (1981) Proposal for revised clinical and electroencephalographic classification of epileptic seizures. *Epilepsia*, 22, 489-501.
- FAIRBAIRN, W. (1946): *Psychoanalytic Studies of the Personality*. London, Routledge and Kegan Paul.
- FEDERN, P. (1952): *Ego Psychology and the Psychoses*. N. Y., Basic Books.
- FISHER, S. (1970): *Body Experience in Fantasy and Behavior*. N. Y, Appleton-Century-Crofts.
- FISHER, S. (1986): *Development and Structure of the Body-Image*. Hillsdale, N. J. Erlbaum.
- FISHER, S. & CLEVELAND, S. (1957): An approach to physiological reactivity in terms of a body-image schema. *Psychological Review*, 64, 26-37.
- FISHER, S, & CLEVELAND, S. E. (1956): Body Image. Boundaries and Style of Life. *J. Abn. Soc. Psych.* 52, 373-79.
- FISHER, S. & CLEVELAND, S. (1958): *Body Image and Personality*. Princeton. Van Nostrand. Revised edition 1968.
- FREUD, S. (1923): *The ego and the id*. S. E. 19
- GERSTMANN, J. (1942): Problem of Imperception of Disease and of Impaired Body Territories With Organic Lesions: Relation to Body Scheme and its Disorders. *Arch. Neurol. Psychiat.* 48, 890-913.
- HARTMANN, H., KRIS, E. & LOEWENSTEIN, M. (1946): Comments on the Formation of Psychic Structure. I: *Papers on Psychoanalytic Psychology*, 27-55. N. Y. International Universities Press.
- HEAD, H. (1920): *Studies in Neurology, Vol. I & II*. London, Frowde.

- HEAD, H. & HOLMES, G. (1911): Sensory Disturbances from Cerebral Lesions, *Brain*, 34, 102-154.
- KLEIN, M. (1975): *Envy and Gratitude and Other Works. The Writings of Melanie Klein III*. London, Hogarth Press.
- KUBIE, L. (1953): Some Implications for Psychoanalysis of Modern Concepts of The Organization of the Brain. *Psychoanalytic Quarterly*.
- LACAN, J. (1938): citeret i Olsen, O. Andkjær & Køppe, S.: *Psykoanalysen efter Freud*, Vol. 2, 865. (1996)
- LAUFER, M. (1991): Body Image, Sexuality and the Psychotic Core. *Int. J. Psycho-Anal.* 72. 63-71.
- L'HERMITTE, J. (1939): *L'image de notre corps*. Paris: Nouvelle Revue Critique.
- LUKIANOWICZ, N. (1958): Autoscopical phenomena. *Arch. Neurol. Psych.* 80, 199-220.
- LUNN, V. (1948): *Om Legemsbevidstheden*. Munksgaard, København.
- MACHOVER, K. (1949): *Personality Projection in the Drawing of the Human Figure*. Springfield. Thomas.
- MCCREA, C., SUMMERFIELD, A., & ROSEN, B. (1982): A selective review of existing measurement techniques. *Br. J. Med Psych.* 55, 225-33.
- MEYER, E., JACOBSEN, W., EDGERTON, M. & CANTER, A. (1960): Motivational patterns in patients seeking elective plastic surgery. *Psychosomatic Medicine*, 22, 193-199.
- MORTENSEN, K. V. (1991): *Form and Content in Children's Human Figure Drawings*. N. Y. New York University Press.
- NIELSEN, S. K., BUCH, N. & THEILGAARD, A. (1962): Rinoplastik i psykiatrisk belysning. *Ugeskr. f. læger*, 51, 1867-1875.
- PARÉ, A. (1959) I Ariety, S.: *American Handbook of Psychiatry*. Vol I. N. Y. Basic Books.
- PICK, A. (1922): Störung der Orientierung am eigenen Körper. *Psychol. Forsch.* 1, 303-19.
- PRAMMING, S., THORSTEINSSON, B., THEILGAARD, A, PINNER, E. & BINDER, C. (1986): Cognitive function during hypoglycaemia in type I diabetes mellitus. *Br. Med. J.* 292, 647-50.
- SCHILDER, P. (1924): Der Ichkreis, ein fänomenologischer Versuch. *Zeitsch. für die gesamten Neurologie und Psychiatrie.* 92, 644-60.
- SCHILDER, P. (1935): *The Image and Appearance of the Human Body*. London, Kegan Paul.
- SCHILDER, P. (1964): The Body Image. I *Contributions to Developmental Neuropsychiatry*. N. Y. International Universities Press.
- SCOTT, W. C. (1948): Psycho-analytic Implications of the Body Scheme. *Int. J. of Psycho-Anal.* XXIX, 141-5.
- STERN, D. (1985): *The Interpersonal World of the Infant*. New York, Basic Books.
- THEILGAARD, A. (1984): A psychological study of the personalities of XYY- and XXY-men. *Acta Psychiatrica Scandinavia*. Suppl. 315, 69. København, Munksgaard.
- WAPNER, S. & WERNER, H. (1965): *The Body Percept*. N. Y. Random House.
- WINNICOTT, D. (1958): *Collected Papers: Through Paediatrics To Psycho-Analysis*. London, Hogarth Press. 1982.
- WITKIN, H, DYK, R, FATERSON, H, GOODENOUGH, D. & KARP, S. (1962): *Psychological Differentiation*. N. Y. Wiley.
- WITKIN, H. & GOODENOUGH, D. (1981): *Cognitive Styles: Essence And Origins*. N. Y. International Universities Press.
- ZION, L. (1965): Body Concept as It relates to Self-concept. *Research Quarterly*, 36, 4, 490-95.