

AVUND I PSYKOTERAPIER MED PERSONER MED UTVECKLINGSSTÖRNING

Lena Fager, leg psykolog, leg psykoterapeut.¹

Psykoanalytisk teori rör i hög grad förhållandet mellan vårt känsloliv och vårt intellekt. Trots detta, har psykoanalytisk psykoterapi med personer med begåvningshandikapp länge betraktats som omöjligt, olämpligt eller ointressant. Till stor del tack vare några pionjärer på 1970-talet, har detta synsätt långsamt förändrats och idag är det inte längre så ovanligt att personer med utvecklingsstörning erbjuds möjligheten att gå i psykoterapi och att därigenom att få en förbättrad psykisk hälsa och en högre livskvalitet.

Då man i olika sammanhang försökt specificera vad som är unikt för psykoterapier med denna grupp, återkommer ofta begreppen beroende, utanförskap, skam och avund. Inom ramen för min psykoterapeututbildning, valde jag att titta närmare på ett av dessa fenomen, nämligen avund. Detta resulterade i en examensuppsats med titeln "Varför är livet så orättvist"? (Fager, 2003).

Undersökningens resultat tyder på att personer med utvecklingsstörning ger uttryck för *både* en avund som är knuten till deras handikapp *och* en avund som mer tycks vara kopplad till känslomässig utvecklingsnivå. Smärtan i den specifika olikhet som ett begåvningshandikapp utgör, tycks dock medföra att det blir svårt för både patienter och terapeuter att samtidigt se det normala *och* det handikappade. En annan slutsats är att psykoanalytisk teori sannolikt kan vara till god hjälp, när vi vill kunna uppfatta och förstå olika nyanser och kvalitéer i dessa patienters avund.

METOD

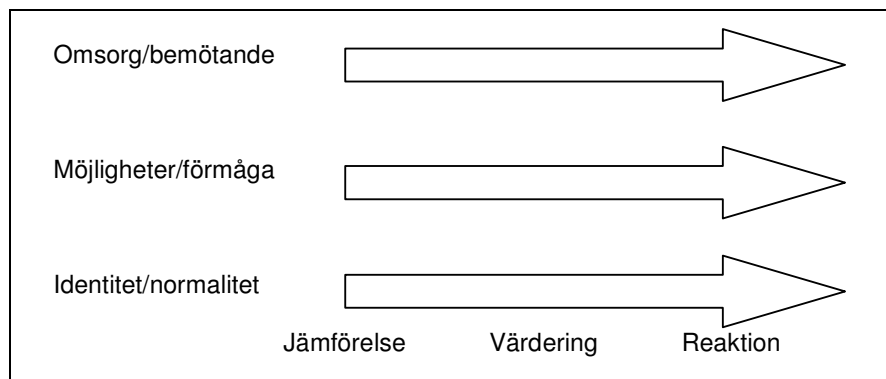
Tre terapeuter intervjuades utifrån terapisekvenser med fyra patienter. Intervjuerna kompletterades med en enkät, som besvarades av 15 andra terapeuter. Samtliga terapeuter var väl förtrogna med patientgruppen. Materialet komprimerades i flera steg och analyserades utifrån en hermeneutisk/fenomenologisk ansats, med fokus på terapeuternas upplevelser och hur man kan se och förstå en mening i patienternas avund. Alla data behandlades konfidentiellt och både terapeuter och patienter är helt anonyma.

Nedan följer först en sammanfattning av undersökningens resultat och därefter mina egna reflektioner kring dessa. Resultaten är sammanställda utifrån både intervjuer och enkätsvar och bygger alltså på vad terapeuterna i undersökningen uttryckt om sina patienter – dels om avund hos denna patientgrupp i allmänhet och dels om de specifika fyra patienterna.

RESULTAT

Vilka uttryck tar sig dessa patienters avund?

Patienterna jämför sig med andra och uppfattar någon form av olikhet, de värderar denna och reagerar på ett eller annat sätt. Olikheten kan handla om det bemötande man får, vad man kan, vilka möjligheter man har och vem man är. Detta kan beskrivas i en grafisk modell:



Modell för beskrivning av dessa terapipatienters uttryck för avund.

Jämförelse

Patienterna uppfattar att det finns skillnader i vilket bemötande man får, t ex från föräldrar eller personal. Det handlar då både om kvantitet; av omsorg, tid, uppmärksamhet eller kärlek – och om kvalitet; blir man annorlunda bemött? Patienterna uppfattar också att de inte har samma möjligheter som andra, att deras liv är mer begränsade. Beroendet av andra, innebär t ex att man ofta måste anpassa sig efter det som andra bestämmer, och att man därmed inte har samma möjligheter att fatta egna beslut. Patienterna upplever också begränsningar, som handlar om kompetens och förmåga; flera uttrycker en önskan att kunna sånt som andra jämnåriga kan.

Jämförelsen med andra är också intimt förknippad med tankar kring identitet; man funderar över vem man är, i förhållande till dessa andra. Begreppet utvecklingsstörning är svårdefinierat och diffust, och det är svårt att förstå vad det *egentligen* betyder – exakt *vad* är det, som är annorlunda? Frågan om vem man är, handlar också om sexuell identitet, men många tycks vara rädda för, och försöka hålla ifrån sig, sexuella impulser. Denna rädsla kan handla om förväntningar i omgivningen, en egen rädsla för att driften inte ska gå att kontrollera – eller vara ett uttryck för en rädsla att inte vara sexuellt normal, att vara otillräcklig också på detta område. En fråga som många troligen bär på, är om man kan få barn – och i så fall, om det barnet kommer att bli utvecklingsstört?

Det är också tydligt att det är viktigt för dessa patienter med normalitet *i sig*, att vara – eller åtminstone te sig – så normal som möjligt, och omvänt; att inte vara – eller verka – avvikande eller onormal.

Värdering

De skillnader som man uppfattar mellan sig själv och andra, värderas på något sätt. Denna värdering bygger givetvis på situationer, där den utvecklingsstörda personen upplever att andra *faktiskt* är mer lyckligt lottade – men den bygger också på fantasier om vad som är bra respektive dåligt.

Omgivningens attityder och bemötande (förr och nu), spelar här en stor roll.

Att leva med ett handikapp, som alla uppfattar som något negativt, skapar en oro för att man själv ska ses som mindre värd, en rädsla att inte kunna bli älskad så som man är. Ofta möts man dessutom av förväntningar på att vara så duktig som möjligt. Detta kan leda till att den egna livssituationen – och många gånger också den egna personen – nedvärderas. Man kan då känna sig underlägsen, inte värd att få andras uppskattning och kärlek, eller inte värd att få ha det bra. Man kan även känna sig förfördelad och orättvist behandlad. En fokusering på handikapp, medför ofta också en idealisering av andras livssituation; man *tror* att den som inte har något handikapp är mycket lyckligare.

Reaktion

Avund visar sig ofta i form av vrede och raseri, ibland tillsammans med hämndönskningar –starka känslor, som det kan vara svårt att förstå och härbärgera. Hos en del patienter leder detta till agerande – ibland i form av en destruktiv aggressivitet, där de förstör sina relationer till andra.

Patienterna försöker också, på olika sätt, hålla avunden ifrån sig. Flera förlägger t ex ansvaret för avunden hos den andre; det är inte jag som saknar och önskar något – det är den andre som har något, får något eller har tagit något. En del reagerar med förvirring och en del förnekar verkligheten och de skillnader som ger upphov till avund. Patienterna kan också förneka sitt beroende av andra. Att inte få den omsorg och kärlek man vill ha, ger upphov till besvikelse och vanmakt, men ofta också till vrede och avund. Om den som ska hjälpa, inte hjälper – eller kanske bestämmer något jag ogillar – uppstår lätt avund gentemot den personen. I detta fall innehåller avunden en önskan att kontrollera och dominera den andre, så att han eller hon gör som jag vill, ger mig det jag vill ha etc. Men det handlar också om en önskan att själv ha allt det goda som den andre har, så att man inte ska behöva vara beroende av någon annan.

Längtan efter bekräftelse, omsorg och kärlek skapar också avund emot den som får det. En form av avund handlar alltså om rivalitet, då andra får del av en viktig persons omsorg. Kanske är rivalitet särskilt vanlig inom omsorg och habilitering, där man ofta måste konkurrera om personal? I vissa fall måste man t o m dela sin terapeut med sina kamrater.

Avund kan också handla om att känna sig utanför och annorlunda; att inte kunna dela det som är lustfyllt för andra. Detta gäller t ex den avund som riktas mot den som har många vänner, den som har pojk- eller flickvän eller den som har barn och familj.

Ibland leder upplevelsen av olikhet framför allt till sorg – sorg över livets orättvisor, över utanförskap och handikapp etc. En ökad förmåga att sörja leder troligtvis till mindre avund och omvänt; avund kan vara ett utslag av svårigheten att sörja.

Vad händer i terapisisituationen?

Det är svårt att prata om avund och det tar tid att nå dit. Patienterna närmar sig ofta avunden stegvis; den kan finnas med, mer eller mindre latent, innan man kan prata om den. Som regel måste terapeuten hjälpa till med att sätta ord på avunden. Avund tycks framför allt bli aktuellt i skeden då patienterna, också i övrigt, öppnar sig mer och får alltmer kontakt med sina känslor.

De intervjuade terapeuterna tänker sig att patienterna främst ser dem som någon att prata med – om sånt, som man inte kan prata med vem som helst om – någon som lyssnar, som ska försöka förstå och hjälpa. De tror dock att patienterna också kan känna avund gentemot sina terapeuter – men detta har det varit svårare att prata om. Även då det gäller terapeuternas känslor inför sina patienter, dominerar det positiva; terapeuterna uttrycker bl a en stark önskan att patienterna ska kunna komma vidare och må bättre.

DISKUSSION

Skiljer sig avund hos personer med utvecklingsstörning från andras avund?

Enligt modellen ovan, kan patienternas uttryck för avund delas in i tre områden; omsorg/bemötande, möjligheter/förmåga och identitet/normalitet. Det senare, vem man är och vilken grupp man tillhör – vem som är normal eller "mest normal" – är till största delen knutet till handikappet (det är dock inte uteslutet att också detta, är en fråga som i någon mening rör oss alla). Övriga skillnader, som kan väcka avund – olikheter i bemötandet från andra, i kompetens och när det gäller vilka möjligheter man har – *kan* hos dessa patienter ibland vara kopplat till handikappet, men behöver inte vara det. Detta är ju också en typ av situationer som vi alla kan känna igen som potentiella utlösare av avund.

Även om det finns många gemensamma drag i dessa patienters avund, så finns det också stora individuella skillnader. Avunden varierar, både i fråga om *vilka* skillnader man reagerar på och, inte minst, *hur* man reagerar.

I jämförelsen med andra, kan man se både likheter och olikheter. Begåvningshandikappet innebär att man faktiskt är annorlunda i vissa avseenden – men man är ju också, på många sätt, en alldeles vanlig individ. Strävan mot normalitet är ofta stark hos personer med utvecklingsstörning, de *vill* vara så normala som möjligt. Samtidigt vill de naturligtvis också, bli älskade precis så som de är, *med* sitt handikapp och sina svårigheter. Ett funktionshinder präglar dock, i stor utsträckning, både omgivningens och den egna bilden av vem man är. Det kan då bli svårt att se det vanliga, det som faktiskt är normalt – och framför allt tycks det bli svårt att se *både* det normala *och* det avvikande.

Frågan om vad som är normalt och vad som är avvikande, upptar också flera terapeuter. Är dessa patienter som vi – och deras avund som vår – eller är deras avund *enbart* en konsekvens av handikappet? Valerie Sinason (engelsk psykoterapeut och psykoanalytiker – och såvitt jag vet, den enda som tidigare fördjupat sig i och skrivit om avund hos personer med utvecklingsstörning) betonar att olikheter ofta är plågsamma, men hon säger också att skillnader i begåvning skapar en särskilt svår smärta – hos oss alla (Sinason 1992, 2003). Troligen är det den smärtan, som gör det så svårt för oss, att se våra patienter *både* som begåvningshandikappade *och* som vilka andra patienter som helst. Patienter och terapeuter i intervjumaterialet tenderar att, i mycket hög grad, se de positiva sidorna hos varandra. Min tanke är, att även detta hör ihop med smärtan över att vi faktiskt har så olika förutsättningar, att livet är så orättvist. De intervjuade terapeuterna uttrycker t ex en stark önskan att hjälpa patienterna vidare – hur mycket handlar det om den skuld som orättvisan väcker hos oss som terapeuter? Vi får dock inte glömma att det också finns en omvänd avund; att vi som är normalbegåvade kan avundas dem som inte behöver ta ansvar, som blir omhändertagna etc – och den avunden gör naturligtvis inte att skulden blir mindre...

Kan man förstå dessa personers avund med hjälp av psykoanalytisk teori?

En utgångspunkt i kvalitativ forskning, är att man aldrig kan vara helt objektiv; frågeställningar, metodval etc präglas alltid av någon form av förförståelse. Inför denna undersökning var min förförståelse, dels att avund hos patienter med utvecklingsstörning skulle se tämligen likartad ut hos olika individer, och dels att det huvudsakligen skulle handla om den form av avund som beskrivits av Melanie Klein, alltså en primitiv, destruktiv avund (Klein, 1957). Det visade sig dock, i intervjuundersökningen, att de fyra patienternas uttryck för avund var ganska olika, även om de delvis rörde sig inom samma områden. Skillnaderna mellan olika patienter hänför jag till deras olika känslomässiga utvecklingsnivå och det blir då intressant att undersöka hur man kan se på detta. Den avund, som Melanie Klein beskriver är tidig, omedveten och plågsam (Klein, 1957). Den hör ihop med tidiga, primitiva försvar som t ex förnekande, idealisering, nedvärdering och förvirring – försvar som är utmärkande för den schizo-paranoida positionen. Dessa försvar överensstämmer i stor utsträckning

med de försvar som terapeuterna i denna undersökning ser hos sina patienter. En av de fyra patienterna i intervjumaterialet skiljer sig dock från de övriga; i flera situationer kan hon beskriva sin avund och se den som något hos henne själv. Hon kan också förmedla en sorg över de skillnader hon upplever mellan sig själv och andra. Detta tyder på att hon, till skillnad från de övriga, ofta befinner sig i den depressiva positionen, som ju framför allt kännetecknas just av förmågan att sörja.

Då avund oundvikligen hör ihop med en känsla av underlägsenhet och mindervärde, kan man som jag ser det, också ha god hjälp av den narcissistiska utvecklingslinje, som formulerats av den franske psykoanalytikern Béla Grunberger (1979). Han beskriver den orala karaktären som kräver och begär, men som inte står ut med begränsningar – det handlar om allt genast (glupskhet). En person med en anal karaktär däremot, vill framför allt bemästra den andre och ha kontroll. För denne handlar relationer mycket om maktbalans och motsatser; t ex stark – svag, stor – liten, intelligent – dum. Båda dessa mönster kan man urskilja i intervjumaterialet.

En form av avund som utkristalliserar sig speciellt, är den som är förknippad med rivalitet. Detta hör säkert ihop med den speciella situation som uppstår i relation till andra utvecklingsstörda personer och till personal, t ex i ett gruppboende – men också det faktum att barn med utvecklingsstörning inte kan tävla med sina syskon på samma sätt som andra barn. Melanie Klein (1957) skiljer inte på rivalitet och svartsjuka, för henne handlar båda fenomenen om att vilja ha modern, eller en annan älskad person, för sig själv. Verena Kast (2002) däremot, behandlar syskonrivalitet som en speciell form av avund (till skillnad från svartsjuka). Hon hänvisar då bl a till Edith Jacobson, som ser rivalitet, som en produktiv, aktiv avund – som sporrar till vidare utveckling. Klein skiljer däremot på avund, glupskhet och svartsjuka. Enligt henne, handlar avund om att vilja ta bort eller förstöra det någon annan har, medan glupskhet är ett "omätligt begär att ta något i sin besittning, mer än vad subjektet behöver och mer än vad objektet kan eller vill ge". (Klein, 1957, i svensk översättning 2000, s 310) Avund och glupskhet berör då endast två personer, medan svartsjuka/rivalitet handlar om minst tre. Dessa fyra begrepp ligger alltså mycket nära varandra och just därför kan det vara fruktbart att i olika situationer fundera över hur de kan skilja sig åt.

Det framgår tydligt i materialet att de skillnader som patienterna uppfattar i jämförelsen med andra, kan vara faktiska eller fantiserade. Etchegoyen et al. (1987) betonar i en artikel nödvändigheten i att skilja på primär avund – med ursprung i subjektets fantasi – och den avund som är reaktiv; en reaktion på faktisk frustration. Detta blir givetvis minst lika viktigt i arbetet med personer med utvecklingsstörning!

Lena Fager, leg psykolog, leg psykoterapeut

Psykoterapimottagningen för vuxna med funktionshinder, Handikapp och Habilitering, Stockholms Läns Landsting

Referenser

Etchegoyen, R.H., Lopez, B.M. & Rabih, M. (1987). On Envy and How to Interpret it. *International Journal of Psychoanalysis*, 68, 49-60.

Fager, L (2003). *Varför är livet så orättvist? Avund i psykoterapier med personer med utvecklingsstörning.* (Psykoterapeutexamensuppsats). Stockholm, Karolinska Institutet, Sektionen för psykoterapi.

Grunberger, B. (1979). *Narcissism, Psychoanalytic Essays*. New York: International Universities Press, Inc.

Kast, V. (2002). *Avund och svartsjuka – en utmaning*. Stockholm: Natur och Kultur.

Klein, M. (1957). Avund och tacksamhet. I Klein, M. (2000). *Kärlek, skuld och gottgörelse* (s 303-373). Stockholm: Natur och Kultur (tredje utgåvan).

Sinason, V. (1992). *Mental Handicap and the Human Condition*. London: Free Association Books.

Sinason, V. (2003). Personlig kommunikation.

¹ Artikeln är en omarbetad version av en tidigare artikel, publicerad i Psykisk Hälsa nr 4, 2004.