



MUSIKHÖGSKOLAN
INGESUND

Sara Albinson

Att hitta stabilitet

- med FMT-metoden som redskap

Examensarbete 15 hp

Utbildningen i

Funktionsinriktad Musikterapi (FMT)

Datum: 13-05-25

Handledare: Barbro Matsson

Sammandrag

Med detta examensarbete vill jag redogöra för hur Funktionsinriktad MusikTerapi kom till, och vad dess metod (den s.k. FMT-metoden) går ut på. Med två fallbeskrivningar vill jag redovisa hur jag arbetat med metoden med två personer. Utifrån de två fallbeskrivningarna ska jag försöka svara på om, och hur FMT kan skapa förutsättningar för utveckling av stabilitet.

Min slutsats är att jag, med hjälp av olika sätt att ställa upp instrument, användning av attribut och sätt att utforma en session, kunnat stärka och utveckla de två personernas stabilitet.

Nyckelord: FMT-metoden, Funktionsinriktad musikterapi, stabilitet, kroppskontroll, Down syndrom, Autism.

Innehållsförteckning

Sammandrag	2
1 Inledning	4
1.1 Syfte och frågeställning	5
1.2 Arbetets disposition	5
2 Bakgrund	6
2.1 Vad är musikterapi?	6
2.2 Musikterapiens historia	7
3 FMT-metoden	9
3.1 Vad står FMT för?	9
3.2 Sessionen	10
3.3 Instrument och attribut	11
3.4 Koderna	14
3.5 Observationspunkter	15
3.6 Mål i FMT	22
3.7 MUI SK	25
4 Fallbeskrivningar	27
4.1 Fakta om Down syndrom	27
4.2 Fakta om autism	29
4.3 Jon	30
4.3.1 FMT med Jon	30
4.3.2 Resultat av arbetet med Jon	32
4.4 Ellen	33
4.4.1 FMT med Ellen	34
4.4.2 Resultat av arbetet med Ellen	38
5 Resultatsammanfattning och diskussion	39
6 Slutsats	46
Källförteckning	48
Bilaga	50

1 Inledning

Detta är ett arbete som jag skrev under mitt sista år på utbildningen till FMT-terapeut och riktar sig till den som liksom jag, är intresserad av musikterapi, vill veta mer om Funktionsinriktad MusikTerapi (FMT) och hur den metoden kan användas idag.

När jag tog min examen från Samhällsvetenskapliga gymnasieprogrammet, 2008, visste jag inte vad jag skulle fortsätta att studera till, för att så småningom få ett yrke som skulle passa mig. Efter att ha gått en ettårig bibelkurs på folkhögskola och ytterligare funderande, hade jag kommit fram till att mitt framtida yrke skulle vara ett, där jag kunde använda mig av mitt musikaliska intresse och kunna hjälpa människor att utvecklas. Under ett samtal med en vän till familjen, kom jag att börja prata om just det här.

Hon berättade om Funktionsinriktad MusikTerapi (FMT), och var man kunde utbilda sig inom detta. Jag tyckte det verkade intressant, men sökte inte till utbildningen det året, eftersom det redan var tänkt att läggas på praktik i barn- och ungdomsverksamheten i Svenska kyrkan. Desto bättre gav just det året mig än mer inspiration, då jag under diverse fortbildningsdagar, av ren slump, träffade redan utbildade FMT-terapeuter. Jag kände mer och mer nyfikenhet inför utbildningen och att detta yrke skulle kunna passa mig. Våren 2010 sökte jag till FMT-utbildningen vid Musikhögskolan Ingesund i Arvika och blev antagen. Under utbildningens gång har jag fått möjligheten att börja arbeta som FMT-terapeut.

Min väg fram till FMT började dock tidigare än så. Jag har en funktionsnedsättning efter en trafikolycka jag var med om som barn. Under åren som gått sedan olyckan inträffade, har jag samlat på mig erfarenheter om hur det kan vara att leva med en funktionsnedsättning. Att ha ett yrke där jag kan använda mig av dessa erfarenheter, är viktigt för mig och jag vill tro att jag som FMT-terapeut kommer kunna det.

1.1 Syfte och frågeställning

Syftet med mitt examensarbete är att kort redogöra för vad musikterapi är, hur den kom till, samt ge en djupare faktadel om FMT-metoden. Jag vill också, med hjälp av fallbeskrivningar av två personer som jag haft FMT med under en längre period, undersöka om arbetet visat förändringar i personernas stabilitet och i så fall p.g.a. vad.

Frågeställning: På vilka sätt kan arbetet med FMT skapa förutsättningar för att utveckla stabilitet?

1.2 Arbetets disposition

I detta arbete presenteras först två definitioner av musikterapi följt av ett avsnitt om musikterapiens historia. Detta för att ge en bakgrund till musikterapi som helhet. Därefter kommer en längre beskrivning av själva FMT-metoden, för att du som läsare bättre ska förstå vad den handlar om, och kan ha med när du läser arbetets sista del.

I den sista delen kommer jag ge fallbeskrivningar av två personer jag haft FMT med under en viss period som anställd FMT-terapeut vid en kulturskola; bl.a. om vilka personerna är, hur jag har arbetat med metoden med dem, och vad resultatet blivit efter en viss tid. Jag kommer sedan att föra en diskussion baserad på de två fallbeskrivningarna. Med hjälp av den diskussionen kommer jag slutligen ge svar på den frågeställning jag i början av detta arbete ställde.

2 Bakgrund

För att du som läsare lättare ska förstå grunden till detta arbete, kommer här några sidor om musikterapi, dess historia och på vilket sätt musikterapin tar sig uttryck i världen idag.

2.1 Vad är musikterapi?

På FMS:s (Förbundet för Musikterapi i Sverige) hemsida ges följande beskrivning av musikterapi genom en citering från World Federation of Music Therapy:

Musikterapi är en professionell användning av musik och dess delar som en intervention i medicinska, pedagogiska och vardagliga miljöer med individer, grupper, familjer, eller samhällen som försöker att optimera sin livskvalitet och förbättra deras fysiska, sociala, kommunikativa, emotionella, intellektuella och andliga hälsa och välbefinnande. Forskning, praktik, utbildning och klinisk utbildning i musikterapi är baserade på professionella normer enligt kulturella, sociala och politiska sammanhang (WFMT 2011) (FMS 2012b).

Lasse Hjelm, grundaren till Funktionsinriktad MusikTerapi (FMT), beskriver begreppet musikterapi ”som ett skapande arbete, ett arbete där det alltid skall finnas en beredskap för ett handlande och ett skapande, allt i en relation till den aktuella adepten” (Hjelm 2005:117).

2.2 Musikterapiens historia

Sedan lång tid tillbaka har musik visat sig påverka människor och i många fall haft en läkande effekt. Redan i det forna Mesopotamien, Egypten och Grekland användes s.k. magisk-religiösa metoder med inslag av musik för att få människor att må bättre. Människan blev frisk och hel genom att präster, med hjälp av sång och musik, drev ut onda andar, demoner eller fantasimonster, som då ansågs vara det som orsakat sjukdom eller dylikt (Ruud 1982:57–70).

Vidare under historiens epoker har olika teorier och sätt att använda musiken i läkande syfte kommit och gått. Under antiken användes t.ex. särskilda melodier mot själslig upprördhet, vredesutbrott och smärtor. En av medeltidsteoretikerna, Proklus (400-talet) visar ett exempel på hur psalmsången inverkade på själen: ”Psalmsången tar bort modlöshet, lindrar smärtor, lugnar lidelser, förjagar sorger, väcker själens fromhet och manar iväg onda andar...” (Proklus se Ruud 1982:91). Även under upplysningstiden användes musik både i sjukdomsförebyggande syfte och vid behandling av somatiska och psykiska åkommor som t.ex. hjärtrubbningar, epilepsi, kramper och feber (Ruud 1982:71–105).

Efter att under 1800-talet kommit i skymundan, återuppstod musikterapi under mitten av 1900-talet, i USA som behandlingsform för offren från andra världskriget. Detta följdes av att det 1946 startades upp flertalet kurser inom musikterapi bl.a. på universitetet i Kansas. 1950 bildades NAMT, National Association of Music Therapy och 1971 amerikanska föreningen för musikterapi, AAMT (numera AMTA). I och med utvecklingen av musikterapi i USA tog även Europa så småningom vid. 1959 startades en utbildning för musikterapeuter vid Musikhögskolan i Wien och senare under 80-talet fanns även verksamheten i England, Frankrike och Öst- och Västtyskland (Ruud 1982:24–25; Bojner, Horwitz, Bojner 2005:57–58).

Det fanns två benämningar på musikterapi som rådde i USA, Europa och så småningom också i Norden. Det var dels ”klinisk” musikterapi som hade en psykoterapeutisk

inriktning, verksam på sjukhus, och dels ”pedagogisk” musikterapi som var en musikverksamhet för barn i behov av stöd på olika skolor och institutioner. I Norden var det den pedagogiska som dominerade. Därmed bildades 1968 ”Nordisk förbund för pedagogisk musikterapi”. Idag bedrivs olika typer av musikterapi i mer än 30 länder (Bojner, Horwitz, Bojner, 2005:57–58; Ruud 1982:8–9, 24–26).

Det var under 70-talet som musikterapi började utvecklas i Sverige. 1974 hölls en kurs av föreläsande musikterapeuter från Norge, Danmark och Finland, som i sin tur inspirerats av, och utbildats i England och USA. Många musiklärare, specialpedagoger och sjukgymnaster valde att vidareutbilda sig till musikterapeuter och redan samma år bildades Svenska förbundet för musikterapi. 1981 startades den första kursen i musikterapi på Kungliga musikhögskolan i Stockholm. 1987 grundades Musikterapiinstitutet i Uppsala och utbildningen till musikterapeut inriktad på FMT-metoden tog form. 1988 startades även denna utbildning vid Musikhögskolan Ingesund i Arvika (Granberg 2007:19–20; Grönlund, Alm, Hammarlund 2000:90–91, 110–112; Hjelm 2005:16; (FMS 2012a)).

I Sverige finns, idag, vid Kungliga Musikhögskolan i Stockholm, ett magisterprogram i musikterapi på 60 hp som har en psykoterapeutisk inriktning. Vid Örebro universitet finns 2 kurser, 10 hp respektive 20 hp, inom spektrumet musik i specialpedagogik och terapi. Utbildningen i FMT-metoden finns idag endast vid Musikhögskolan Ingesund, Arvika, som tillhör Karlstads universitet. Dock är, i detta arbetes skrivandes stund, utbildningen under utveckling till att bli ett högskoleprogram i Funktionsinriktad musikterapi 120 hp, istället för idag, tre kurser á 30 hp, totalt 90 hp. Beslut är dock för tillfället ännu inte fattat av utbildningsledningen (KMH 2012); (Örebro universitet 2012a och 2012b); (Musikhögskolan Ingesund 2013).

I övrigt finns det kortare utbildningar och kurser inom området för musikterapi utspritt i landet. Vid Expressive Arts AB i Stockholm kan man t.ex. läsa en 1-årig respektive 3-årig utbildning i musikterapi baserad på den amerikanske BMGIM-metoden (The Bonny Method of Guided Imagery and Music) och i Helsingborg finns det möjlighet att gå kurser enligt RGRM-metoden (Ronnie Gardiner Rhythm Method) (Grönlund, Alm, Hammarlund, 2000:110–111; Ruud 1982:42–45; (Expressive Arts Stockholm AB 2012); (RGRM 2012)).

3 FMT-metoden

Det finns många utbildningar och kurser inom musikterapi. Detta arbete är dock inriktat endast för att ge en utförligare beskrivning av FMT-metoden. Därför följer här en längre del om vad FMT står för, dess framväxt, vad metoden innehåller för terapeutiska redskap och moment och dess mål.

3.1 Vad står FMT för?

FMT står för Funktionsinriktad MusikTerapi och är en metod utformad av musikpedagogen och musikterapeuten Lasse Hjelm (1924–2010). Den bottnar i ett musikprojekt, som Hjelm startade upp för barn och ungdomar med förlossningsskador, vid Folke Bernadottehemmet i Uppsala 1975. Under 15 år utvecklade han sitt arbete med metoden där (Hjelm 2005:15–16). FMT-metoden har sedan den grundades utvidgats till att användas i behandling för människor i alla åldrar, med olika funktionsnedsättningar och sjukdomar, inom bl.a. habilitering och äldrevård. Metoden används även som redskap inom verksamheter såsom grundskola, särskola, kulturskola m.m.

Syftet med metoden är att, med musik som hjälpmedel, utveckla en människas rörelser och funktioner, för att få bättre förutsättningar att fungera i vardagen. I FMT menas funktioner vara de som krävs för en optimal kroppskontroll (Hjelm 2005:204–212).

3.2 Sessionen

I arbetet med FMT är musiken ett viktigt medel. Dock handlar inte FMT om musicerande. Den individ som terapeuten möter, ska han inte lära spela ett instrument. Terapeuten ska istället, genom att erbjuda olika slagverk, blåsinstrument och andra attribut, skapa en miljö som ska väcka nyfikenhet och motivation till spontan rörelseaktivitet hos individen. Detta för att skapa förutsättningar för utveckling av individens funktioner. Allt utan krav på prestation (Hjelm 2005:12).

I och med att den stund som terapeut och individ möts inte är ett lärande tillfälle, utesluts ordet lektion. Istället används andra uttryck som t.ex. session, FMT-stund eller FMT-tillfälle. Den individ som terapeuten möter under en session kallas för adept. Ordet adept betyder invigd lärjunge och är också valt med tanke på att inte syfta på en lärande verksamhet. En session sker alltid individuellt, d.v.s. det är endast terapeut och adept som deltar (Hjelm 2005:39, 61).

Själva arbetet med FMT sker ickeverbalt, vilket betyder att inga verbala instruktioner ges under sessionen. Terapeuten talar alltså inte om vad, eller visar hur, adepten ska göra. Under sessionens gång kommenterar eller tillrättalägger terapeuten heller inte adepts agerande i rummet, och ger inget beröm. Detta för att adepten inte ska känna något krav på att hon/han ska göra eller bete sig på ett visst sätt. Kommunikationen dem emellan sker genom att terapeuten, under tiden som adepten undersöker och helt efter egen förmåga (om så är möjligt) hanterar de olika slag- eller blåsinstrumenten, spelar en viss melodi på piano. Denna melodi motsvarar det som bekräftar adepts agerande. Genom att terapeut och adept möts genom musiken uppstår ett samspel som är en viktig inledande del i FMT-arbetet (Hjelm 2005:75).

Något av det första terapeuten vill uppnå under en session är att skapa trygghet. Därför är det viktigt att det rum som sessionen sker i alltid, så långt det är möjligt, ser likadant ut. Det innebär att själva lokalen ska vara densamma varje gång och var sak ha sin bestämda plats. Rummet ska även vara avskalat på saker som inte tillhör terapin. Detta för att

adepten inte ska behöva överösas med intryck som inte är relevanta. Alla adepter är olika och tar in information på olika sätt. Därmed hänger det på terapeuten att anpassa och bygga upp rummet på ett sätt som gagnar varje enskild adepts koncentrationsförmåga och nivå. Att adepten känner sig trygg i rummet bidrar till det viktiga samspelet (Hjelm 2005:128).

3.3 Instrument och attribut

I FMT används olika instrument och attribut. Att just dessa används har olika anledningar, vilket nedan kommer att beskrivas.

Trummor och cymbaler

Det är individuellt för alla adepter vilket eller vilka instrument terapeuten väljer att ställa fram. För många adepter är den s.k. grunduppställningen, som består av en virveltrumma och två cymbaler på var sida, de första instrumenten. För andra kan endast en virveltrumma eller cymbal vara en god start. Senare i FMT-arbetet kan det ställas fram ytterligare instrument såsom ramtrummor och mindre cymbaler, uppställda på olika sätt. Detta för att skapa variation och nya rörelser. Det finns även en bastrumma som kan placeras på golvet framför adepten, för att aktivera hennes/hans kropps nedre del.

Att det är just trummor och cymbaler som används i terapin beror på deras förmåga att väcka intresse och agerande, vilket är till förmån i arbetet med att komma vidare i FMT. Trots deras enkla utseende fascinerar många av de ljud och klanger som kan åstadkommas. Instrumenten är heller inte bundna till någon ton eller något ackord, vilket är en del i syftet med att adepten inte ska känna någon musikalisk prestige. De är också enkla att flytta på, justera och anpassa för att frambringa nya moment och rörelser (Hjelm 2005:129–130).

Trumstockar och klubbor

För att adepten ska ha möjlighet att slå på trummorna behövs trumstockar och klubbor. I FMT finns en stor variation av dessa, i olika form och storlek. De kan vara långa, korta,

tjocka, smala, med fyrkantigt eller trekantigt grepp. De kan också vara trekantiga i modellen, s.k. dubbelklubbor, så att det är möjligt att hålla i dem med båda händerna. Stockarnas olika utseende och form har betydelse för att det, vid grepp, ska väckas sinnesförmågelser i händerna. Ett kontinuerligt byte av olika stockar utvecklar dessutom en svag hand och gripförmågan. Vissa stockar har också ett visst grepp (s.k. tvärhandsklubba) eller en tyngd som bidrar till att handleden sätts i rörelse (Hjelm 2005:130). Tillsammans med en viss sorts uppställning av trummor och cymbaler kan den kombinationen ge effektiv utveckling av hand- och handledsfunktion.

Det är upp till terapeuten att successivt komma fram till vilka stockar som är bäst för varje enskild adept. Terapeuten ska också avgöra när stockarna ska introduceras. För en del adepter är det viktigt att i FMT-arbetets begynnande fas få tid att känna på och förstå instrumenten med sina händer innan de får stockar.

Blåsinstrument

Liksom trummor och cymbaler erbjuds för att åstadkomma ett agerande och en kroppslig rörelse hos adepten, används blåsinstrument för att utveckla andning och munmotorik. Att ha en väl fungerande andning är viktigt för hela individen. Därtill har den, samt en god munmotorik betydelse för talet (Holle 1987:64–66). Terapeuten använder sig därför av olika blåsinstrument, dels s.k. ACME-instrument vars blåsljud låter som gök, duva, kråka anka och tågvislor och dels blockflöjter. Även dessa instrument väcker intresse, speciellt med tanke på deras roliga läten (Hjelm 2005:130).

Sittverktyg

För att en människa ska kunna åstadkomma god kroppskontroll krävs etablerad stabilitet i kroppen. Människan har vissa stödpunkter; fötterna, sittknölna, svanken, ryggen och nacken, som är grunden för ett stabiliserat sittande, stående och gående. I FMT är det viktigt med utveckling av dessa stödpunkter. Hjelm har myntat uttrycket KFU, Känsla För Underlaget. Att ha bra KFU innebär att det finns en etablerad kroppskontroll och stabilitet, vilket är till förmån för ett effektivt rörelsemönster. Ett sätt som terapeuten använder sig av för att utveckla KFU är varierande av sittverktyg. Med sittverktyg menas olika pallar eller

stolar, med eller utan arm- och ryggstöd. Viktigt är att sittverktyget ger förutsättning för en så optimal sittställning hos adepten som möjligt (Hjelm 2005: 154–155, 204–205).

Sättet att sitta på, stimulera stödpunkterna och samtidigt utveckla balansen kan bl.a. ske genom byte av stol till t.ex. balansboll eller balanskudde som läggs direkt på stolen. Att sitta på balanskudde kan också ge en bättre kroppshållning och för vissa kan det vara till hjälp för att hålla fokus. Dock ska sittandet vara förankrat innan terapeuten lägger till balans-utmaningar. Ett annat alternativ, för att utmana balansen och ge möjlighet till nya muskelgrupper att aktiveras, är att sätta en låg pall under ena foten. Att variera mellan att sitta, stå och gå är också ett bra sätt att utveckla stabilitet och KFU.

Andra attribut

Terapeuten kan även använda sig av andra attribut som på olika sätt bidrar till att utveckla kroppskontroll hos adepten. Det kan t.ex. vara att lägga mindre mattor under fötterna, för att markera var det är viktigt att hon/han har sina fötter eller sätta en boll mellan adeptens knän för att stabilisera upp sidorna vid t.ex. bredbent sittande.

Piano

Pianot är terapeutens musikaliska verktyg. Det är med pianot terapeuten bekräftar adeptens agerande och genom olika toner och melodier successivt för sessionen framåt. Ett akustiskt piano är bra för de vibrationer det kan åstadkomma, och som kan väcka behagliga sinnesförmimmelser hos vissa adepter. Många terapeuter använder även digitalt piano av god kvalitet som alternativ.

De melodier som terapeuten spelar på pianot är specialkomponerade för metoden. Terapeuten ska kunna spela melodierna utantill för att lättare uppmärksamma vad som händer i rummet under sessionen. Dessa melodier får inte bytas ut eller utvecklas mer än vad som står på terapeutens notblad. Melodierna ska vara en del i skapandet av trygghet i rummet och låta lika, vilken terapeut som än spelar. Därmed finns inte rum för improvisation. Däremot är det terapeutens ansvar att vara flexibel och anpassa sitt val av melodi till adeptens nivå (Hjelm 2005:12, 125).

3.4 Koderna

Varje enskild melodi som terapeuten spelar på pianot har en specifik uppställning av instrument och attribut. Denna kombination kallas för en kod. Det finns ca 20 koder och nästan lika många uppställningar.¹ Några få melodier spelas utan något instrument eller attribut framför adepten. En sådan används som en inledande melodi för att välkomna adepten till terapin och likaså som avslutande för att visa att sessionen är slut för dagen. Den kan också spelas som melodi för återhämtning och vila. En annan melodi, är som en form av upptäckande-kod där det kan variera från adept till adept vad för attribut som terapeuten väljer att använda. Den koden syftar till att väcka intresse, initiativ och samverkan med hjälp av t.ex. en trumma eller annat attribut.

Kodernas melodier är lätta att känna igen. Det är de som är själva drivmedlet i terapin. Med dem lockar terapeuten adepten att agera, t.ex. slå på trumma eller blåsa i en flöjt. Detta sker i praktiken, i exemplet med trumman, på detta vis: Terapeuten ställer upp instrumentet och ger en eller två trumstockar. Sedan lägger han an en inledande ton på pianot och inväntar att adepten ska agera. Så fort adepten börjar slå på eller röra vid trumman, bekräftar terapeuten det med pianot, d.v.s. med kodens melodi, och följer så adeptens alla slag tills melodin är slut. Terapeuten avslutar varje melodi med att dra med handen över pianots tangenter i ett s.k. glissando (Hjelm 2005:66–67).

Koderna byggs ut efter en viss stegringsmodell, vilket betyder att det från början är en enkel uppställning framställd som sedan utökas successivt, med ytterligare instrument eller attribut, som i sig ger nya rörelser och förnimmelser. Terapeuten ska avgöra vilken eller vilka koder som är lämpligast att använda beroende på hur sessionen fortlöper, hur adepten tar initiativ och vilka funktioner som behövs utvecklas. För en del adepter kan en session bestå av 3–6 olika koder, medan det hos andra pendlar mellan 2 eller 3 st. Det är individuellt för varje adept (Hjelm 2005:12, 66-67). Alla koder är utformade av Lasse Hjelm.

¹ Persson, Salome, Kursansvarig, 2012, e-post, 121029.

3.5 Observationspunkter

När en terapeut möter en adept för första gången gör han en s.k. FMT-observation på henne/honom. Den innebär att terapeuten ställer fram ett visst antal koder efter varandra och observerar hur adepten agerar vid varje kod. I efterhand fyller terapeuten i en mall med en rad punkter och sätter en gradering för om, och hur adepten hade svårigheter för vissa moment. Med hjälp av observationen får terapeuten en uppfattning om adepts funktionsnivå. Utifrån den, kan han därefter planera hur han, i det kommande arbetet, ska gå till väga för att skapa förutsättning för att utveckla de nedsatta funktionerna. Dock kan det t.ex. vara så att adepten inte kan utföra alla momenten i observationspunkterna och terapeuten helt enkelt får rikta in sig på att arbeta endast med vissa av dem (Hjelm 2005:215–217).

Efter ett antal sessioner, gör terapeuten en ny observation för att se och analysera vad som har förändrats. Med hjälp av dessa observationer och analyser har FMT-terapeuten dokumentation att visa upp vid tillfällen som t.ex. utvecklingssamtal eller möte med föräldrar (Hjelm 2005:216). Terapeuten kan även filma sitt arbete. Dokumentation på film är bra för att terapeuten verkligen ska kunna se och jämföra vad som hänt under sessionerna. Filmerna kan även visas vid ovanstående sammankomster.

Dessa är de vanligaste observationspunkterna i arbetet med FMT:

Samverkan

Samverkan är viktigt för att terapeuten ska kunna utveckla ett FMT-arbete med en adept. För att samverkan ska uppstå behövs kontakt, vilket sker genom att terapeuten efter eller under tiden han erbjudit ett instrument eller attribut får någon slags respons av adepten. Det kan t.ex. vara en kroppsrörelse, ett ljud, att hon/han sätter sig på stolen eller tar emot en stock. Sedan behövs kommunikation. Kommunikationen sker genom musiken och själva ”samtalet” kan symboliseras som frågor och svar. Terapeuten motsvarar den som ställer den första frågan genom att lägga an en inledande ton på pianot och adepten den som svarar med t.ex. slag på trumma. När adepten sedan fortsätter att slå och terapeuten

samtidigt spelar piano uppstår en atmosfär av kommunikation. Allt tillsammans blir en samverkan. Terapeuten observerar om adepten intresserar sig för terapeutens agerande och t.ex. tar emot stockar och vidare börjar slå med dem.²

Stabilitet

Vad stabilitet samt KFU har för betydelse, har tidigare nämnts (se s. 12). Osäkerhet i sin stabilitet och KFU visar adepten t.ex. genom att sitta ostadigt på sittverktyget, sitta och inte ha någon direkt hållning, inte ha fötterna i golvet, sitta bredbent, röra sig mycket under sitt sittande eller också sitta spänt, helt still. Det kan synas i form av ett energikrävande stående och gående och även i s.k. medrörelser under moment, t.ex. i mun, som är öppen eller rör sig på ett tuggande sätt, knip med tårna eller arm och hand som hänger åt sidan och rör sig samtidigt som den andra slår med stock (Hjelm 2005:204–205).³

Sidoskillnad

För att förklara begreppet sidoskillnad behövs lite bakgrundsfakta. En människas hjärna består av två halvor, s.k. hemisfärer. Mellan hjärnan och musklerna sänds signaler fram och tillbaka när en kroppsrörelse utförs. Halvorna var för sig ansvarar i grova drag för motsatt sida av kroppen, d.v.s. vänster hemisfär reglerar höger sida och höger hemisfär, vänster sida. Dessa halvor samarbetar. Dock kan det vara så att hjärnhalvorna i några områden har olika utvecklingsnivåer, vilket gör att höger och vänster sida automatiskt också fungerar olika. Detta resulterar i en sidoskillnad (Ayres 1988:37–44).

I FMT kan sidoskillnad synas t.ex. genom att adepten påtagligt ses använda en hand och sida mer aktivt än den andra, eller snart byter till andra handen när hon/han fått trumstock i den ena. Det kan dessutom visa sig då adepten lutar sig åt ett håll eller också vänder hela kroppen mot den sida som hon/han slår med. Ett ytterligare kännetecken kan vara när adepten fått två stockar, men slår växelvis, med en stock i taget.⁴

² Ericsson, Margareta, FMT-terapeut, 2012, föreläsning ”Observationsteknik”, 120213

³ Ibid

⁴ Ibid

Obalansen mellan sidorna kan bidra till bristande KFU (se s. 12), sämre stabilitet och göra adeptens kroppsspråk osäkert. Det som terapeuten i arbetet med FMT strävar efter är att skapa en kontakt och ett samarbete mellan hjärnhalvorna så att balansen mellan sidorna blir bättre (Hjelm 2005:205).

Separata sidorörelser

Att utföra separata sidorörelser innebär att göra två olika saker samtidigt. I FMT skapar terapeuten detta moment genom att ställa upp en kod som kräver två olika rörelser. Momentet kräver ett bra samarbete mellan hjärnhalvorna, en etablerad stabilitet och kroppskontroll hos adepten (Hjelm 2005:205–206). Terapeuten observerar om, och hur adepten utför rörelserna och om de är synkroniserade. Kanske klarar adepten bara av att göra den ena av rörelserna, eller också båda, men inte samtidigt.

Bålrotation

Människans kropp kan ses bestå av två system. Det nedre, bestående av fötter, ben och bäcken och det övre, av bröstorg, skuldror, hals, huvud och armar. Dessa system samarbetar hela tiden för att hålla kroppen i ordning, men ska även kunna fungera separat. Bålen är det centrum som delar på systemen. För att systemen ska fungera krävs att bålen är väl utvecklad. Bålens rotation har stor betydelse för stabilitet, sidoskillnad, separata sidorörelser och även för hela människans rörelsemönster. Därmed är det viktigt att terapeuten arbetar med att utveckla detta centrum. Terapeuten observerar om adepts bål är stel eller överrörlig och på vilket sätt det påverkar adepts kroppskontroll (Hjelm 2005:206–207).

Korsrörelser

Att göra en korsrörelse innebär att t.ex. föra vänster hand över den högra, eller tvärtom och därmed korsa kroppens tänkta mittlinje. Terapeuten observerar på denna punkt om adepten kan slå på attributen med den ena stocken över den andra. Även här krävs en väl etablerad samverkan mellan hjärnhalvorna och god bålrotation (Hjelm 2005:207–208).

Handfunktion höger/vänster

Det som terapeuten observerar på denna punkt är hur adepten använder sina händer, t.ex. om det är någon hand som är mer aktiv än den andra. Terapeuten låter adepten främst använda den hand som är bäst, men anpassar och väver in motsatt hand i lämpligt moment för att den också ska utvecklas. Viktigt är också att båda händerna får arbeta tillsammans för att åstadkomma en jämn balans sidorna emellan.

Terapeuten observerar även hur adepten greppar om det föremål hon/han får i sin hand. Svårigheter med att greppa kan adepten visa genom att hålla löst eller ha lätt för att tappa stockarna. Greppet kan också visa om en uppställning är för svår. Det kan då bli lösare eller hårdare om adepten t.ex. presenteras för en uppställning som kräver en något mer komplicerad, utvidgad rörelse.⁵

Handledsfunktion höger/vänster

Här observerar terapeuten hur rörlig adepten är i sina handleder, om de är stela eller överrörliga. Terapeuten avgör vilken stock och uppställning som kan utveckla och stabilisera handleden, för att få en så optimal handledsfunktion som möjligt (se s. 12).⁶

Perception

Perception betyder varseblivning. Med varseblivning menas i detta sammanhang uppfattningen av det rummet som adepten befinner sig i, alltså FMT-rummet, och hur adepten förhåller sig till de föremål och ljud som finns där. För att kunna avgöra en adepts perception krävs en mer ingående observation på fem olika områden.

Auditiv perception:

Den auditiva perceptionen handlar om tolkning av hörselintryck. ”Örat leder ögat - ögat leder handen!”, ansåg Hjelm vara en av FMT-metodens teser (Hjelm 2005:57). Med det menar han att när adepten uppfattar med hörseln och utifrån den agerar, tas ett första, och mycket viktigt, steg mot målet för utveckling. Terapeuten observerar hur adepten reagerar och responderar på alla ljud som uppkommer i rummet. Svårigheter med den auditiva

⁵ Ibid

⁶ Ibid

perceptionen kan visa sig t.ex. genom att adepten håller händerna för öronen eller att hon/han lätt uppmärksammar ljud utifrån och tappar fokus på det som sker i rummet.⁷

Visuell perception:

Visuell perception handlar om hur adepten uppfattar saker med synen t.ex. om hon/han ser alla attribut och kan urskilja dem från allt annat. Här gäller det för terapeuten att anpassa rummet och val av instrumentuppställningar för att de visuella intrycken inte ska bli för många. För vissa adepter kan synfältet vara begränsat, vilket märks när flera instrument står framme samtidigt och adepten endast slår på det som är närmast. Det kan också märkas genom att adepten börjar slå på attributen först när dessa flyttats närmre i förhållande till henne/honom.⁸

På denna punkt observerar terapeuten även den s.k. öga/handkoordinationen, d.v.s. att blicken och handens rörelser är synkroniserade. En nedsatt öga/handkoordination kan visa sig t.ex. när adepten ska slå på flera instrument efter varandra och hennes/hans blick kommer efter i rörelsen.⁹

Vestibulär perception:

Den vestibulära perceptionen handlar om hur balanssinnet påverkas av kroppens rörelser. Terapeuten observerar här hur adepten rör sig i rummet och hur hon/han har kontroll över sin kropp, dess rörelser och balans.¹⁰

Balanssinnet har förbindelse med ögonmusklernas motoriska nervceller. När adepten gör en rörelse som kräver rotation av hela kroppen kan det vara så att hon/han upplever yrsel på olika sätt. En del adepter kan snurra flera varv utan att känna sig yr, en del blir yra efter bara ett halvt varvs rotation. Detta beror på att de s.k. nystagmusrörelserna, som uppstår vid rotation p.g.a. reflexmässiga sammandragningar i ögonmuskeln, rör sig olika snabbt. Vid få nystagmusrörelser sänds för lite signaler till balanssinnet, vilket innebär att adepten

⁷ Ibid

⁸ Ibid

⁹ Ibid

¹⁰ Ibid

kan snurra länge utan att bli yr. När det däremot är för mycket nystagmusrörelser sänds en för stor mängd signaler och adepten blir därför snabbt yr (Holle 1987:84–85). P.g.a. detta kan adepten t.ex. visa sig ha ett ryckigt rörelsemönster.¹¹

Proprioceptiv perception:

Proprioceptiv perception innebär förmågan att kunna avgöra de egna kroppsdelarnas position i förhållande till saker. En del adepter kan ha svårt med detta när det gäller att bedöma hur långt avståndet är mellan dem själva och instrumenten. De kan inte beräkna hur mycket kraft som behövs till att t.ex. slå på trumman, vilket resulterar i att slagen blir väldigt hårda. Svårigheter kan också finnas med att kunna reglera sina rörelser och uttrycker sig t.ex. i att adepten slår bredvid trumman och inte på. Det kan även uppstå i kombination med eller enbart p.g.a. utvecklad visuell perception.¹²

Taktil perception:

Den taktila perceptionen står för känselsinnena. Här observerar terapeuten hur adepten berörs av och hanterar tryck som stimulerar känseln t.ex. i händer, fötter och mun. Terapeuten observerar bl.a. om viljan till att hålla i stockar och blåsattribut finns och i så fall hur adepten greppar dem. Tycker en adept att det känns obehagligt att hålla i ett föremål kanske hon/han kastar det ifrån sig. Andra exempel på hur terapeuten observerar att adepten kanske upplever sin taktila perception är hur hon/han reagerar på att sitta på en balansskudde eller ha en under fötterna, att ha ett blåsinstrument i munnen eller av de vibrationer instrumenten åstadkommer.¹³

Modell/logik

Denna observationspunkt handlar om adeptens förmåga till problemlösning, avläsning av rummet och de attribut terapeuten ställer fram. Eftersom inga muntliga instruktioner ges, är det upp till adepten att undersöka och tolka efter egen förmåga. Terapeuten observerar om och hur adepten läser av och förstår logiken i de instrumentuppställningar hon/han erbjuder, vidare hur hon/han sedan löser de nya modellerna som utvecklas ur en viss uppställning.

¹¹ Ibid

¹² Ibid

¹³ Ibid

En uppställning kan t.ex. bestå av två lika eller två olika instrument och terapeuten observerar då om adepten förstår att växla mellan dem, fastän de är lika respektive olika (Hjelm 2005:209).¹⁴

Ett annat exempel är hur adepten hanterar stockarna. Som nämnt innan (se s. 16) kan terapeuten avgöra vilken hand som är adeptens dominanta beroende på vilken hand hon/han tar en stock med och oftast väljer att använda under sessionen. Sedan lämnar terapeuten över stocken till den andra handen, för att se om och hur pass aktiv den är. Nästa moment i den här processen är att observera hur adepten gör när hon/han får två stockar att slå med. Det terapeuten vill uppnå med att låta adepten slå med två stockar, är en samverkan mellan hjärnhalvorna, d.v.s. att hon/han ska utföra parallella slag. Terapeuten observerar alltså om adepten löser logiken och börjar slå parallellt eller om hon/han använder en hand i taget. Om parallella slag inte kan utföras, kan terapeuten utforma sessionens moment så att adepten utvecklas och till slut lyckas med det. Att en adept inte slår parallellt kan bero på t.ex. sidoskillnad (se s. 16).¹⁵

Fot- och handkoordination

Fot- och handkoordination handlar om samverkan mellan kroppens över- och nederdel som krävs i moment som t.ex. att springa, klättra, hoppa etc. Terapeuten skapar i FMT motsvarande samverkan genom att ställa fram en instrumentuppställning där adepten får slå med en stock på trumma samtidigt som hon/han får trampa med ena foten på bastrumma. Terapeuten observerar hur adepten slår och trampar, om rörelsen fot/hand är synkroniserade d.v.s. om handens slag och fotens tramp är parallella eller om hon/han gör rörelserna var för sig (Hjelm 2005:211).

Fot höger/vänster

När det gäller endast fötterna observerar terapeuten hur adeptens finmotorik fungerar. Terapeuten ställer fram en bastrumma där adepten får trampa med först ena foten, sen andra, sist båda tillsammans. Terapeuten observerar dels adeptens rörelse i fotleden, d.v.s.

¹⁴ Ibid

¹⁵ Ibid

om hela foten trampar på pedalen på trumman, dels hur mycket kraft hon/han använder och därtill om trampen med båda fötterna är parallella.¹⁶

Andningskoordination

Genom blåskoderna observerar terapeuten hur adeptens andningskoordination och även munmotorik fungerar. Terapeuten observerar dels om adepten stänger munnen kring blåsattributet, dels hur hon/han reglerar sin andning vid själva blåsmomentet och lyssnar till om blåsljuden är snabba eller långa, starka eller svaga. Terapeuten observerar även hur adepten andas när hon/han utför en instrumentuppställning. Adepten kan t.ex. spänna sig och se ut att hålla andan under tiden hon/han slår, följt av en utandning när momentet är färdigt.¹⁷

Helhetskoordination

Helhetskoordination innebär många av dessa ovan nämnda punkter tillsammans och kommunikationen dem emellan. Terapeuten observerar hur adepten samordnar sina rörelser för att, utifrån sin egen förmåga, utföra olika moment (Hjelm 2005:211). Viktigt är att terapeuten har en helhetssyn i sitt observerande, eftersom alla punkter på ett eller annat sätt hänger ihop och är beroende av varandra.

3.6 Mål i FMT

När en adept kommer in i rummet där FMT-sessionen ska ske, är det en kravlös miljö hon/han kommer till. Under en FMT-session finns inga rätt eller fel. Det spelar ingen roll vem det är som kommer in; vilken ålder, vilket kön, diagnos eller funktionsnedsättning adepten har. I arbetet med FMT utgår terapeuten ifrån och anpassar sessionen efter varje enskild persons nivå. Terapeuten iakttar alltid det som sker i nuet och anpassar upplägget av arbetet efter adepten han har framför sig. Han ställer sig frågan: ”Vad kan jag göra för

¹⁶ Ibid

¹⁷ Ibid

att skapa förutsättning för min adepts utveckling?” och med hjälp av koderna som medel, för processen framåt (Hjelm 2005:12).

När Hjelm utformade FMT-metoden hämtade han b.l.a. inspiration från fyra teoretiker: Jean Piaget, Jean Ayres, Gunnar Kylén och Britta Holle.

- Piaget (1896–1980) var professor i Genève och verksam inom den barn-psykologiska forskningen. Hans teorier är de främsta Hjelm utgått ifrån. De handlade om hur människan genomgår olika bestämda stadier i sin utveckling, och hur själva utvecklingsprocessen påverkas av den omgivning hon/han befinner sig i (Piaget 2008:7–12, Psykologiguiden 2013).
- Ayres (1920–1988) var arbetsterapeut och filosofidoktor i psykologi vid University of Southern California. Hon bedrev också forskning vid Brain Research Institute vid University of California, Los Angeles. Ayres engagerade sig bl.a. för barn med perceptions- och inlärningssvårigheter samt beteendeproblem, och stod för att bättre kunskap om hjärnan och sinnenas samarbete kunde spela stor roll för förståelsen kring dessa barns funktionsnedsättningar (Ayres 1988:8, SION 2013).
- Kylén (1929–1994) var psykolog, docent, professor i pedagogik och chef för FUB:s (Föreningen för barn, unga och vuxna med utvecklingsstörning) forskningsstiftelse Ala (anpassning till liv och arbete). Han ansåg, liksom Piaget, att människan genomgår olika stadier, av Kylén själv kallade begåvningsstadier. Dessa byggs upp av sinnesintryck, som är ordnade efter fem olika kategorier: rum (var?), tid (när?), kvalitet (vad?) kvantitet (hur mycket?) och orsak (varför?). En strukturering av dessa bildar en verklighetsuppfattning hos människan (Hjelm 2005: 92–95, Vårdguiden 2012b).
- Holle (1910–1999) var sjukgymnast och gymnastiklärare som arbetade med barn, både med och utan funktionsnedsättning.¹⁸ Även hennes tankar grundar sig i att

¹⁸ Persson, Salome, Kursansvarig, 2013, e-post, 130325.

barn genomgår olika stadier, eller snarare nivåer, som är nödvändiga i deras utveckling. Genom hennes arbete med barn med olika förutsättningar kunde hon jämföra hur de utvecklas i olika takt på dessa nivåer. Hon arbetade så för att skapa sätt för barn att utvecklas på deras egen nivå (Holle 1987:10).

Med dessa teoretikers idéer i bakgrunden utgick Hjelm från tänkandet kring barns utveckling; hur barnets kroppsliga rörelser formas i olika stadier, fr.o.m. att det är foster, till att det föds och växer. Med hjälp av barnets sinnen väcks förmimmelser och rörelser som senare, ju mer de återupprepas, blir etablerade funktioner som, förhoppningsvis, finns med hela livet ut. Hos människor som har en funktionsnedsättning är det något i deras utveckling som stannat upp eller inte har fått möjlighet att etableras. Kunskapen om barns utvecklingsstadier bär en FMT-terapeut med sig då han stegvis, med olika uppställningar av instrument och attribut, skapar situationer som ska ge förutsättningar för utveckling av adeptens nedsatta funktioner. Liksom det lilla barnet utvecklar sitt rörelsemönster genom att få återupprepa moment i lek och vardagssituationer, är det i FMT viktigt att terapeuten presenterar samma koder om igen, för att en rörelse hos adepten ska bli etablerad (Hjelm 2005:48–57, 80–87, 231).

Idén till att använda auditivt stimulerande medel grundar sig i faktumet att barn, redan som nyfödda, söker sig till ljud; både med blicken och rent fysiskt, alltså att de rör sig mot det de med hörseln uppmärksammar. Den auditiva perceptionen (se s. 18) bidrar därmed till stor rörelsemässig aktivitet när barnet agerar. Det är därför en terapeut, med den vetskapen, utnyttjar musiken som drivmedel för att frambringa rörelser under en FMT-session (Hjelm 2005:40–70).

FMT-metoden är en s.k. neuromuskulär behandlingsmetod. Det betyder att hjärnan påverkas av de impulser som aktiveras av muskler och nerver när nya rörelser utövas och etableras under en session (Hjelm 2005:11). Genom att kroppens olika sinnen stimuleras av terapins olika attribut, t.ex. hörseln av ljudet från instrumenten, synen av de olika förflyttningar som sker i rummet, känslan av det tryck som kroppen får av stockar, sittverktyg, KFU (se s. 12) o.s.v. kombinerat med ett visst melodimönster, skapas nya minnesspår i hjärnan. Adepten får också möjlighet att associera saker med varandra.

Genom sinnessamarbete byggs strukturer upp som adepten innan kanske saknat. Strukturer som hon/han sedan kan använda sig av t.ex. när nya uppställningar ställs fram. Framöver blir dessa mönster också en förmån för moment i det vardagliga livet (Hjelm 2005:64–66, 78–79,80–87).

För att åstadkomma dessa strukturer krävs återupprepning. Det kräver också en tydlighet från terapeutens sida. Pianospalet ska vara enkelt och alltid ha en inledande ton, för att markera att det börjar, och ett avslutande glissando som visar att melodin är slut och ett nytt moment ska presenteras. På så sätt upplever adepten skillnaden och övergångarna mellan de olika uppställningar hon/han får utföra (Hjelm 2005:78–79).

I FMT vill terapeuten ha en helhetssyn på människan. Trots att han är mån om att utveckla de specifika funktionerna i kroppen hos adepten är det samordningen av dem som gör att hon/han får bättre förutsättningar för optimal kroppskontroll. Målet är att få utveckla helheten (Hjelm 2005:12–13, 152–159).

3.7 MUISK

MUISK är en musikverksamhet också utformad av Hjelm och är som ett komplement till FMT. Förkortningen står för MUsik Inför SKolan och är en upplevelsebetonad gruppverksamhet riktad mot förskoleklasser (6-åringar) inför deras skolstart (Hjelm 2005:141).

MUISK består av ett program innehållande olika övningar i form av sång, dans, rörelse, ljudskapande och enkelt instrumentalspel. Övningarna i sig är, liksom i FMT, till för att utveckla funktioner i kroppen t.ex. balans, koordination, finmotorik och andning, och samordningen dem emellan. Detta skapar förutsättningar för att barnen ska utveckla kroppstrygghet och bra rörelsemönster, till fördel för dem, inför livets alla utmaningar. Att börja skolan är en av dem med allt vad det innebär med att lära sig läsa, skriva, interagera med andra o.s.v. Viktigt är då t.ex. att barnen kan läsa av, hålla uppmärksamheten, ha

förmåga att kunna härma, vänta på sin tur och att bli förstådd. I MUISK arbetar de ledande bl.a. med just detta (Hjelm 2005:141–145).

Verksamheten leds av två personer, en FMT-terapeut som sitter vid ett piano, spelar och sjunger och t.ex. någon från personalen, som sitter framför, vänd mot alla barnen. Den personen agerar s.k. ”spegel”. Spegeln gör rörelser till sången och musiken som barnen så småningom lär sig härma. Barnen får ingen verbal instruktion över vad de ska göra.

Meningen är att de själva ska upptäcka och förstå, utefter fritt agerande, i sin egen takt. Sångerna och rörelsemomenten är därför nivåanpassade och byggs ut allteftersom efter en strukturellt utformad planering (Hjelm 2005:141–144).

MUISK är främst riktad mot förskoleklasser, men kan även användas i äldre åldersgrupper, inom grundskolan, grundsärskolan, vissa delar av träningskolan och inom äldreomsorgen. I verksamheten får de ledande möjlighet att upptäcka vilka som är i behov av särskilt stöd, och kan därefter erbjuda FMT (Hjelm 2005:146–147).

4 Fallbeskrivningar

När jag började andra året på FMT-utbildningen, hösten 2011, fick jag möjlighet att ta över en tjänst som FMT-terapeut vid en kulturskola. Då fick jag ett visst antal adepter och jag har valt att beskriva två av dem i detta arbete. Adepterna kallar jag Jon och Ellen, men de heter egentligen något annat.

Jag har träffat Jon och Ellen kontinuerligt under snart fyra terminer. I detta arbete kommer jag att ge en beskrivning och diskussion endast kring de två första terminerna. I den kommande resultatdelen kommer jag dock lägga till kommentarer från observationen jag gjorde första träffen, den tredje terminen. Detta för att kunna jämföra med den första observationen, om vad som hänt efter ett års arbete med FMT. Eftersom arbetet kretsar kring ämnet stabilitet, är det just det jag kommer att lägga tyngdpunkt på i denna del, fastän jag kunnat kommentera andra observationspunkter hos adepterna också. Både Jon och Ellen har diagnosen Down syndrom. Ellen har även diagnosen autism.

4.1 Fakta om Down syndrom

I Sverige föds 1 av 800 med Down syndrom och är följderna av en kromosomskada (Olsson och Olsson 2005:45). Det finns tre varianter av Down syndrom, varav den vanligaste kallas trisomi 21 och innebär att en person föds med en extra kromosom 21 i alla cellerna.

Trisomi 21 är inte ärftlig. Den andra varianten kallas för trisomi 21 mosaik och innebär att det finns en blandning av celler som har ett normalt antal kromosomer och andra med trisomi 21. Translokationstrisomi heter den tredje formen och är minst förekommande. Den orsakas av att en extra kromosom i par 21 fastnat i en annan kromosom i cellen.

Denna form är ärftlig och därmed kan syskon födas med samma syndrom (Söderman, Nordlund 2005:80).

Utvecklingsstörningens grad som blir av kromosomavvikelsen varierar från person till person och kan vara lindrig, måttlig eller grav. Den extra kromosomen som tillkommer påverkar hjärnans utveckling, men också andra organ kan drabbas och resultera i t.ex. hjärtfel, infektionskänslighet, synfel och hörselnedsättning. Down syndrom kombinerat med t.ex. epilepsi, autism och svåra luftvägsbesvär kan också förekomma. Orsaken till Down syndrom är inte klarlagd men det finns som sagt en ärftlig form och möjligheten att få barn med syndromet ökar vid stigande ålder hos mödrar (Söderman, Nordlund 2005:80, Vårdguiden 2012a).

En man vid namn Bertil Hall utvecklade 1965 ”Halls kriterier” (se Bilaga 1 s. 50) som är 20 olika synliga kännetecken för Down syndrom. Det är bl.a. muskelslapphet, överrörliga leder, snedställda ögonspringor och att personen ofta har tungan hängande utanför munnen. Att ett barn har Down syndrom kan upptäckas redan vid födseln. Har barnet 12 eller fler av dessa drag kan diagnos fastställas. Därtill kan göras en kromosomanalys som definitivt kan ge svar på frågan om diagnos eller inte (Habilitering och hälsa 2010).

Det finns olika metoder för att hjälpa barn med Down syndrom i deras utveckling. Redan när barnet fortfarande är litet kan t.ex. förälder eller nära anhörig ge massage, för att ge det upplevelse av den egna kroppen och motverka muskelslapphet. Framöver kan just barnets muskler behöva extra hjälp att utvecklas och därmed är rörelseträning och sjukgymnastik bra. Motion och nyttig kost är också viktigt då övervikt är vanligt. Att även tidigt lära ut teckenkommunikation utvecklar talet och ordförståelsen. Med rätt förutsättningar kan många lära sig skriva, läsa och gå i skola eller särskola och också få ett passande arbete och egen bostad (Söderman, Nordlund 2005:82, Vårdguiden 2012a).

4.2 Fakta om autism

Autism orsakas av en medfödd eller tidigt förvärvad dysfunktion i det centrala nervsystemet, vars symtom visar sig före tre års ålder. Grunden till funktionsnedsättningen kan ligga i ärftlig autism eller sjukdomstillstånd och hjärnskador under graviditeten, förlossningen eller den postnatale fasen (efter förlossning). Autism förekommer ofta i kombination med t.ex. utvecklingsstörning, epilepsi, syn- och hörselskador och är vanligare bland pojkar än flickor (Klasén McGrath, Monica 2009).

Personer med autism upplever världen mer annorlunda än andra och det finns, inom tre områden, drag som utmärker funktionsnedsättningen:

1. Social interaktion:

Att delta i sociala sammanhang och umgås med andra är komplicerat för personer med autism. De har svårt för att sätta sig in i hur andra tänker och känner och därmed att känna ömsesidighet till en annan person. I t.ex. förskolemiljö håller sig barn med autism ofta för sig själva och deltar inte i gemensamma lekar. När de kommer upp i åldern mellan 7 och 12 förbättras deras förmåga att vilja knyta kontakter, men de har fortfarande svårt för att förstå och hantera reglerna för socialt umgänge. Personer med autism undviker även ögonkontakt och när det gäller beröring ska det ske i bestämda situationer och på egna villkor (Olsson, Olsson 2005:73–74).

2. Kommunikation och språkförmåga:

Personer med autism har problem med att kommunicera med andra. De behöver inte nödvändigtvis ha ett outvecklat språk, men det kan finnas komplikationer i att förstå hur de ska använda språket. Som barn har de ofta en försenad språkutveckling eller också en störning i språkförståelsen. De kan ha svårt för att skilja ut det viktiga ur en mening och tolkar ofta konkret, vilket kan leda till en rad missförstånd. Det svenska språket har en del uttryck och talesätt som kan tolkas på olika sätt som t.ex. att ha en räv bakom örat. Ett sådant uttryck kan för barnen med autism bli förvirrande eftersom de ordagrant tar in informationen och tror att någon har en livs levande räv bakom örat. Ickeverbala uttryck

som gester och kroppsspråk är också svårförståeligt vilket gör kommunikationen komplicerad. Många har också svårt att kontrollera röst och röstvolym, utvecklar ett slags eko-tal (d.v.s. upprepar vad andra säger), och får därmed ett inlärt men något begränsat och mekaniskt ordförråd. Talavvikelserna varierar från person till person och kan för vissa finnas kvar upp i vuxen ålder och för andra inte (Olsson, Olsson 2005:74, Söderman, Nordlund 2005:98).

3. Beteende:

Personer med autism behöver en förutsägbar tillvaro, där speciella och bestämda rutiner är viktigt. Det kan t.ex. handla om att dagens måltider alltid ska ske på en bestämd tid eller att stolarna kring matbordet ska stå på ett visst sätt. Ändras rutinerna så kan de lätt bli oroliga, särskilt om det är oväntade förändringar. Eftersom mycket energi går åt till att tolka för att förstå varje situation i vardagen måste det finnas tillfällen för dem att känna att de har ordning, och det får de med hjälp av rutiner och ritualer (Olsson, Olsson 2005:75).

När barn med autism leker är det ofta av stereotypa slag. De kan vara upptagna av enformiga aktiviteter som att t.ex. länge sitta och titta hur ett föremål rör sig fram och tillbaka. De kan inte som andra barn med fantasin utveckla spontana lekar, utan intresserar sig för vissa bestämda saker och sysselsätter sig med endast dessa. Vidare upp i åldern kan de utveckla vissa specialintressen och lära sig och komma ihåg mycket om ett visst ämne t.ex. tågtabeller (Olsson, Olsson 2005:75).

4.3 Jon

Jon är 22 år gammal och bor på ett gruppboende sedan hösten 2012 och trivs mycket bra där. Innan dess bodde han hemma hos sina föräldrar. Jon är en glad och aktiv man som arbetar i en daglig verksamhet med inriktning industri. På fritiden spelar han fotboll, bowling och går på café.

Jon har gått på FMT sedan 2005. Jag började ha FMT med honom hösten 2011. Jons föräldrar tycker att FMT är bra för honom, då den utövats helt på hans egna villkor. Det är en aktivitet där han gör något själv, som i sig har varit en hjälp i hans frigörelse till att göra saker på egen hand. Han tycker själv att FMT är roligt.

Jon har Down syndrom (trisomi 21) (se s. 27–28).

4.3.1 FMT med Jon

Här kommer sammanfattningar av våra träffar de två första terminerna jag hade FMT med Jon, från session 1 till och med 23.

Session 1, observation 1: När jag träffade Jon för första gången gjorde jag en FMT-observation på honom (se s. 15). Jon samverkade från början mycket bra och klarade i stort sett alla rörelsemoment i koderna. Det jag uppmärksammade vid denna träff var hur han satt, och hur han koordinerade sina rörelser i överkropp. Trots att Jon satt bra på pallen (som var det sittverktyg vi använde till att börja med) och hans fötter hade kontakt med golvet, hade han ingen direkt KFU (se s. 12) och satt med en något slapp hållning, dessutom med benen brett isär. Vi började sessionen med grunduppställningen (se s. 11). När placeringen av cymbalerna successivt vidgades framåt samt kod byggdes ut med flera instrument började han slå snabbare och med gungande överkropp, nack- och huvudrörelser. Tempot i slagen var något hackigt.

Senare samma träff fick Jon slå på flera instrument, uppställda på rad, från vänster till höger och upprepade därefter samma sak d.v.s. från vänster till höger igen. Då spände han upp kroppen och förde stundvis ihop knäna mot varandra. Dock var hans överkropp vid detta moment inte lika gungande och snabbt rörande. Tvärtom saktade han ned farten inför varje instrument, men i ett lika hackigt tempo.

Under hela tiden han utförde koder som innebar slag på instrument hade han delvis tuggande medrörelser i munnen och delvis tungan hängande utanför munnen.

Session 2–8: Under dessa veckor började jag, i stort sett, varje session med grunduppställningen (se s. 11) som jag successivt utökade med fler instrument. Jag vidgade placeringen av de yttersta instrumenten ibland framåt, men fortsatt oftare åt bredden. I samband med dessa rörelsemoment la jag papper under hans fötter och satte en skumgummisvamp mellan hans knän. Vid andra tillfällen lät jag honom sitta på en balanskudde. Han satt då rakare.

Jon erbjöds ofta att slå på den instrumentuppställning på rad vars rörelse gjordes från vänster till höger, vilket fortfarande visade spänningar i ben och fötter. Denna rörelse gjordes även ibland stående. Då stod han ofta bredbent och gungande från sida till sida. Jag satte då, vid några tillfällen, till en låg pall att stå på.

Vid tillfälle ställde jag även fram bastrumman. Sättet att trampa på pedalen gjordes med kraft och höga rörelser.

Session 9–18: Jag fortsatte med att vid varje session utgå från grunduppställningen (se s. 11) och, på samma sätt som tidigare, bygga ut den genom att de yttre instrumenten mestadels, successivt, vidgades brett. Detta i kombination med att han oftare fick sitta på balanskudde.

Jag fortsatte även att låta honom slå på uppställningarna från vänster till höger. De instrumenten började jag så småningom vidga och vinkla. Han fick slå med vanliga trumstockar, men prövade också med dubbelklubba (se s. 12). På en av de bredare varianterna av dessa uppställningar började Jon åter med sitt gungande. Jag justerade då instrumenten så att de hamnade i en cirkel, närmare varandra och momentet blev till en rundad rörelse. Då var gungningen inte lika tydlig.

Vid aktivering på bastrumman observerade jag att han inte gjorde lika höga tramprörelser som innan. Däremot la jag märke till att han hade medrörelser i höger hand (se s. 16) när vänster fot trampade. Han trampade fortfarande snabbt och hårt.

Session 19–23: Under denna period fortsatte jag att ställa fram och utveckla grunduppställningen (se s. 12) såsom jag tidigare gjort. Jon fick göra rörelserna både stående och sittande. Därtill vinklade, höjde och sänkte jag instrumenten. Likaså ändrade jag de linjära uppställningarna som jag mer och mer vidgade runt om honom. Uppställningar som han till viss del fick slå med dubbelklubba på (se s. 12). Jag lät honom fortfarande ofta sitta på balanskudde. Vid några tillfällen la jag mattor under hans fötter och satte en boll mellan hans knän.

Vid aktivering på bastrumman observerade jag att han fortsatt hade medrörelser i höger hand (se s. 16) vid spel med vänster fot.

4.3.2 Resultat av arbetet med Jon

Session 24, observation 2: Efter ett helt sommarlov med uppehåll på 11 veckor var Jon tillbaka på FMT. Jag började den nya terminen med att göra en ny FMT-observation (se s. 15) på honom. Han samverkade bra och klarade alla koder. Jag satte inte till några extra attribut (boll mellan knän, balanskudde etc.). Han satt med benen brett isär och med varierad hållning.

I jämförelse med observation 1 gungade han, vid rörelser framåt, inte med överkropp, nacke och huvud lika mycket (se s. 31). Jag observerade att han endast, ibland, satt och gjorde små, nickande rörelser med huvudet samtidigt som han slog. Han rörde sin överkropp mer stabilt i jämförelse med för ett år sedan. Tempot i slagen var även mindre hackigt.

Vid de linjära uppställningarna spände han upp fötterna en aning, men hans knän fördes inte ihop på samma sätt som vid observation 1 (se s. 31). Han lutade sig åt höger, mer eller mindre under hela tiden han slog, något jag inte tänkt på innan, men som visade sig vara återkommande vid tidigare tillfällen. Tempot i dessa rörelsers slag hade även det blivit mindre hackigt. Han hade fortfarande medrörelser i mun och tunga.

4.4 Ellen

Ellen är 23 år gammal. Hon bor sedan hösten 2012 i en egen lägenhet på ett gruppboende. Innan dess bodde hon hos sina föräldrar. Ellen har arbete på ett dagcenter som är en arbetslik miljö där hon har olika aktiviteter, som har inslag av pedagogik. Hon är en glad och pigg kvinna som tycker om musik, att dansa, gå på gymnastik och promenader. Att gå på FMT tycker hon också är roligt.

Ellen har gått på FMT sedan år 2004. Jag började ha FMT med henne hösten 2011. Hennes föräldrar tycker FMT är en bra aktivitet för henne, eftersom musik är ett av hennes intressen.

Ellen har diagnosen Down syndrom (trisomi 21) (se s. 27–28) och autism (se s. 29–30). Hennes autism medför ett behov av rutiner. Många av Ellens aktiviteter är därför styrda till dagar och miljöer. Det är även viktigt att de sker på hennes egna villkor. Detta rutinmässiga behov visar sig i FMT-rummet bl.a. genom att hon efter varje spelad kod, när pianots glissando har tonat ut, gör ett särskilt utrop. Ett slags frustande ljud, som låter ungefär likadant varje gång. Just detta rop, har föräldrar nämnt, förekommer endast i FMT-rummet och är därmed styrt till den miljön. De har även tolkat det som att ropet kan vara hennes bekräftelse på att något är slut.

4.4.1 FMT med Ellen

Här kommer sammanfattningar av våra träffar under de två första terminerna jag hade FMT med Ellen, från session 1 till och med 25.

Session 1, observation 1: Första gången jag träffade Ellen gjorde jag en FMT-observation på henne (se s. 15). Vi samverkade bra från första början. Hon uppfattade pianots bekräftelse, början och avslut, fastän hon stundvis kunde vara något snabb att börja slå innan jag lagt an tonen på pianot. Grunduppställningen (se s. 11) var den kod hon fick börja med och hon fick en stock i var hand. Med dem slog hon med en hand i taget på varje

instrument. Vidare bytte jag instrumentuppställning till en virveltrumma och en cymbal stående bredvid varandra, i hennes fokus. Hon fick en stock och började slå med höger hand växelvis på varje instrument. När jag bytte stocken till vänster hand slog hon likväl, men hade medrörelser i höger hand (se s. 16). Sedan satte jag på nytt fram grunduppställningen och gav två stockar. Hon slog då som innan, med en hand i taget på varje instrument.

Senare under sessionen fick hon slå på uppställningar med flera instrument ståendes på rad, från vänster till höger. Hon fick till att börja med en stock och hon slog så med höger hand, på varje instrument och följaktligen upprepat, d.v.s. från vänster till höger och om igen. Jag bytte sedan så hon fick ha stocken i vänster hand och slog då i samma mönster som höger. Vid denna rörelse hade hon åter medrörelser i höger hand (se s. 16). När hon fick stockar i båda händer slog hon även i denna modell med en i taget på varje. Jag uppmärksammade att det var en liten paus i slagen mellan det sista och det första instrumentet.

Under sessionens gång satt Ellen bredbent och still på stolen hela tiden som hon slog, men med fötterna i golvet. Hon var långsam i sitt rörelsemönster, däremot med bestämdhet i sina slag. Hon hade medrörelser även i ansiktet i form av en tuggande mun, tunga som åkte in och ut, och i fötter då hennes hälar ibland spändes uppåt. Efter varje kods glissando gjorde hon sitt speciella utrop.

Hon fick även utföra en blås-kod där hon hade ett ACME-instrument (se s. 12) i var hand. Sittande blåste hon, i långsam takt, växelvis mellan de båda instrumenten.

Session 2–8: Under dessa första veckor började jag sessionerna med enkla uppställningar. Var det sådana där endast en hand skulle slå, med instrumenten stående nära varandra, slog hon i ett fast tempo och växlade bra mellan dem. Hon fortsatte att ha medrörelser i höger hand (se s. 16) när vänster var aktiv, och när hon hade stockar i båda händerna slog hon fortsatt med en i taget.

De koder jag ställde fram utvecklade jag genom att hon fick göra dem både sittande, stående och gående, med instrumenten inledningsvis i ett nära avstånd som successivt

vidgades utåt, höjdes och sänktes. Så småningom började hon slå snabbare när instrumenten stod nära varandra. Ju längre ifrån varandra instrumenten stod desto långsammare blev tempot i slagen. Ibland missade hon vissa instrument och slog i luften.

Jag erbjöd även uppställningarna på rad. Hon slog då från vänster till höger, om igen, med en fortsatt fördröjning mellan sista och första instrumentet. Det tog särskilt lång tid när hon skulle slå med två stockar. I detta moment prövade jag att sätta ihop två stockar med snodd och även att använda dubbelklubba (se s. 12).

Jag lät henne ibland sitta på en balanskudde samtidigt som hon slog på vissa instrumentuppställningar. Både när hon satte sig på balanskudden och reste sig från den var hon väldigt försiktig.

Jag ställde även fram bastrumman vid tillfälle, vilken hon ofta trampade snabbt på med både vänster och höger fot.

Session 9–18: Jag fortsatte att för varje session inledningsvis ställa fram enkla koder som jag successivt ändrade utformning på. Instrumenten höjdes, sänktes, vidgades, vinklades och ställdes fram i olika kombinationer, oftast i samma ordning vid varje tillfälle.

Ellen fick ofta slå först en stund med höger hand, följt av vänster, samt med båda händer tillsammans. Vänster hand slog lite långsammare än höger. Dessutom hade hon fortfarande medrörelser i höger hand (se s. 16) när vänster slog. Ellen fortsatte att, med två trumstockar i händer, slå med en i taget. Så småningom fick hon slå mer med ihopsatta stockar och dubbelklubba (se s. 12).

Jag fortsatte att variera Ellens aktivering på instrumenten genom att låta henne sitta, stå och gå. När det gällde långa avstånd gick det fortfarande långsamt, speciellt vid gående mellan två brett uppställda instrument. Den fördröjning som funnits vid slag på flera instrument uppställda nära på rad, som innebar rörelse från vänster till höger, började dock bli kortare.

Ellen fortsatte att sitta bredbent. Jag satte ibland en boll mellan hennes knän och vid annat tillfälle en pall under ena foten.

Jag tog under dessa veckor fram blåsinstrumenten. När det gällde att pendla mellan två blåsattribut, alltså en i var hand, gick det långsamt, men bra. När hon däremot skulle blåsa i flera flöjter, uppställda på rad, tillhörande en kod som innehåller flera moment; ta ny flöjt och sätta tillbaka den gamla, använde hon bara höger hand. Jag prövade att räkka en flöjt till vänster medan höger gav tillbaka en annan. Efter ett par sessioner hade vi fått in mönstret med att hon tog den överräckta flöjten med vänster och bytte till höger och blåste.

Ellen hade fortfarande medrörelser i munnen.

Session 19–24: Under de sista veckorna vi träffades denna termin hade vi ungefär samma ordning och instrumentuppställningar som ovan beskrivits. Enkla uppställningar byggdes ut och varierades i sitt utseende och genomförande. Inledningsvis lät jag henne slå med var hand för sig, men vidare med ihopsatta stockar och dubbelklubba (se s. 12), ofta i kombination med de linjära uppställningarna.

Någon gång ibland testade jag koder som innebar slag med båda händer samtidigt, men hon fortsatte på sitt egna sätt, d.v.s. med att slå med en hand i taget. Som innan slog hon snabbt när instrumenten stod nära varandra, följt av långsammare tempo vid vidgning.

Ibland satte jag en pall under hennes fot/fötter, en balanskudde att sitta på och boll mellan knäna, i olika omgångar, vid slag på trummor. Även bastrumman kom fram då och då.

Jag fortsatte med att oftare använda blåskoder där hon fick aktivera båda händer.

4.4.2 Resultat av arbetet med Ellen

Session 25, observation 2: Vi hade ett uppehåll över sommaren och när Ellen kom tillbaka efter lovet gjorde jag åter igen en FMT-observation på henne.

Grunduppställningen (se s. 11) ställdes fram på nytt och hon fick en stock i var hand. Hon slog, som innan, med en hand i taget. Jag fortsatte med en annan uppställning där hon fick slå med endast en hand på två instrument. När jag gav en stock, tog hon den med höger, och slog sedan växelvis på varje instrument.

Till skillnad från observation 1 (se s. 34–35) slog hon i ett snabbare tempo, både med höger och vänster hand. En annan jämförelse var att hon vid slag med vänster, inte hade medrörelser i höger hand (se s. 16) förrän uppställningarna var breda. Däremot, märkte jag att hon lutade sig lite åt höger och även höll sin högra hand knuten mot höften.

När hon skulle slå på de linjära uppställningarna, från vänster till höger, var pausen mellan det sista och första instrumentet inte lika lång som vid observation 1 (se s. 35). Det var även ett jämnare tempo i slagen. Vänster hand var något långsammare än höger, men det var ingen stor skillnad.

Ellen satt, såsom innan, bredbent men var mer aktiv i sin överkropp i jämförelse med observation 1 (se s. 35). Hon rörde sig mer avslappnat, hade bättre rotation i sin bål och lutade sig stundvis mot de brett uppställda instrumenten.

När det var dags för en blåskod med två attribut gjorde hon momentet ståendes. Hon tog och gav tillbaka blåsinstrumentet, ett och ett, främst med höger hand. Vänster hand var inte lika aktiv som vid observation 1 (se s. 35). Hon använde den endast några få gånger genom att ta ett blåsattribut och ge till höger.

Hon hade fortfarande medrörelser i munnen.

5 Resultatsammanfattning och diskussion

Första gången jag träffade Jon, vid observation 1, (se s. 31) kunde jag ana att han hade svårt med sin kroppskontroll då jag la märke till hans sätt att sitta på och koordinera sina rörelser i överkroppen. Han satt bredbent och med något slapp hållning, trots att han hade fötterna i golvet. När han slog var det ofta i ett hackigt tempo, dels med gungande överkropp, nack- och huvudrörelser och dels med uppspänd kropp. Beroende på hur instrumenten var uppställda slog han olika snabbt. Han hade även medrörelser i mun och tunga.

Att hans kroppskontroll var som den var vid detta tillfälle överensstämmer, enligt mig, med vissa av de drag för Down syndrom som Hall utformat (se Bilaga 1 s. 50). Jons gungande överkropp och bredbenta sittande kan tyda på överörlighet i leder och muskelslapphet. Dessa två drag, tror jag kan ha bidragit till viss nedsatt stabilitet i Jons kropp. De har dock uttryckt sig på olika sätt beroende på vilka rörelser han fått utföra i uppställningarnas moment. Delvis har det visat sig genom att, som ovan nämnt, kroppshållningen är något slapp och okontrollerad, och delvis genom uppspänd och lutande sittställning. Den skiftande kroppskontrollen har också resulterat i slag i olika tempo och stundvisa medrörelser i höger hand. Hans rörelser i mun och tunga kan även de bero på muskelslapphet.

Faktumet om att överörligheten och muskelslappheten kan ha påverkat Jons kroppskontroll och stabilitet var inget jag hade direkt kunskap om när jag började ha FMT med honom. Det var något jag lärde mig under det sista året på utbildningen. När jag tittar tillbaka på de filmer och anteckningar som detta arbete omfattar kan jag minnas att jag inte haft en helt självklar plan med FMT för Jon. Det är först nu i efterhand jag kan förstå vad jag försökte, men kanske inte riktigt lyckades med att åstadkomma eftersom jag inte hade tillräcklig kunskap om hans funktionsnedsättning och sättet att arbeta. I början av den första terminen, t.ex., la jag papper under hans fötter och satte en skumgummisvamp

mellan hans knän (se s. 32). Tanken var då att markera vart fötterna och knäna skulle vara. Dessa attribut glömdes dock bort under en längre tid, vilket kan visa på att jag inte förstått vikten i att använda dem. Ett annat exempel var att jag, när han vid stående aktivitet började gunga från sida till sida, la till en pall för honom att stå på, för att få hans kropp på plats (se s. 32). Ett attribut som heller inte användes ofta.

Om jag skulle börjat om från början hade jag använt dessa markeringar mer. Detta för att Jon skulle hitta stödpunkter i markerade platser till att ha fötterna på, och med hjälp av en skumgummisvamp eller boll mellan knäna förebygga hans bredbenta sittande och få hans kropp i en jämn linje. Detta skulle vara grunden för ett stabilt utgångsläge; en balanserad mittpunkt i kroppen vi kunde utgå ifrån för att sedan utveckla stabilitet.

Det jag visste att jag ville göra under detta år var att hitta sätt att aktivera hans kropp utan att han skulle behöva anstränga sin överkropp så mycket som han gjorde. Jag ville också hitta lägen där han kunde slå utan att behöva spänna upp kroppen. För att åstadkomma detta började jag alltid varje session med grunduppställningen (se s. 11) nära placerad, till förmån för ett kontrollerat utgångsläge.

Allteftersom jag prövade att ställa upp fler instrument utifrån grunduppställningen (se s. 11) upptäckte jag att de modeller som vidgades brett gav stadigare rörelser och bättre sittställning än de framåt. För att främja utveckling av Jons kropps kontroll och stabilitet fokuserade jag därför mestadels på att flytta instrumenten på det sättet. Vidare utvecklade jag dessa uppställningar genom att vinkla, höja och sänka instrumenten, för att aktivera nya rörelser som i sig kunde bidra till ökad kropps kontroll. Han fick även göra dem stående. Vid de rörelser där det krävdes en mer kroppslig ansträngning, gjorde jag justeringar för att få honom hitta tillbaka till stabiliteten (se s. 32).

Jag försökte också, med hjälp av de linjära uppställningarna, utveckla hans bålrotation, främst genom att vidga instrumenten runt om honom, ofta i kombination med slag med dubbelklubba (se s. 32). Under mitt tredje år på utbildningen lärde jag mig hur viktig bålens roterande är för stabiliteten. Jag förstod också vikten i att aktivera nederdelen av kroppen, för att utveckla bålrotationen. Detta görs framförallt med bastrumma. I

fallbeskrivningen om Jon nämner jag att vi använder bastrumman och jämför vad som hänt (se s. 32, 33). Jag använde den dock inte i den utsträckning som kanske skulle behövts för utveckling av hans stabilitet, eftersom jag under andra året saknat insikt om betydelsen. De jämförelser som beskrivits är sådant jag observerat i efterhand genom att titta på och jämföra resultat på filmer. Jag reflekterade alltså inte så mycket över vad som hände vid spel på bastrumma när det hände. I Jons fortsatta FMT har jag dock mer börjat använda bastrumman.

Under det andra året arbetade jag också mycket med att Jons bredbenta sittande och hållning skulle bli bättre. Jag har låtit honom sitta på balanskudde ofta, eftersom den väckte hans kropp och rätade upp honom. Att sitta på kudden har dessutom varit en utmaning för balansen. Att det bredbenta sittandet, delvis spända fötter och en sämre hållning återkom vid observation 2 (se s. 33) kan bero på att jag inte tillsatt de attribut (balanskudde, stöd under fötter etc.) som skapat förutsättningar för Jon att hitta sina stödpunkter. Den muskelslapphet som, enligt Hall (se Bilaga 1 s. 50) förekommer hos individer med Down syndrom tror jag också bidragit till att Jons kropp ”säckar ihop” trots min tidigare insats att förebygga detta.

Ett års FMT med Jon har, trots okunskap på vissa områden, gett resultat. Jämförelsen av de två observationerna visar att han har fått en stadigare överkropp i och med mindre gungande rörelser. Vid observation 2 visar han endast nickande rörelser med huvud (se s. 33). Det något hackiga tempot i slagen som kom av den gungande och ostadiga överkroppen har därmed också minskat.

Vid den första sessionen, (observation 1, se s. 34–35) jag hade FMT med Ellen fick jag intrycket av att hon var försiktig, utan att för den skull vara blyg. Hon rörde sig långsamt, i sin egen takt, men slog med bestämda slag. Hon satt stilla på stolen, med benen brett isär, och rörde sig på ett sätt som jag först tolkade som stabilt, då hennes fötter såg ut att vara stadigt i golvet. När mina handledare fick se film på Ellen kom de dock med en annan åsikt. De ansåg att hon satt statiskt, d.v.s. hon satt stilla, p.g.a. stelhet i kroppen. Detta för att balansera upp sin överörlighet.

Liksom för Jon förstod jag inte överrörlighetens inverkan för Ellen förrän tredje året på utbildningen. Jag har nu förstått att den även hos henne kan påverka stabiliteten. Jons överrörlighet visade sig både i stora rörelser i överkropp, nacke och huvud och spänt sittande beroende på vilket rörelsemoment han skulle utföra (se s. 31). I Ellens fall uttryckte den sig endast i ett spänt, bredbent sittande och ytterst liten rörelse i överkropp. Hennes precision i slag kunde, tolkar jag, också bero på den spänning i kroppen som behövdes för att stabilisera rörelserna, liksom medrörelsen i fötterna (se s. 35). Genom att vid varje session inledningsvis låta henne slå på enkla instrumentuppställningar, i ett nära avstånd, som successivt vidgades i hennes takt, aktiverades hela hennes överkropp och blev så småningom stadigare. Hon vågade därmed röra sig lite mer på stolen och slog allteftersom snabbare, eftersom hon var mer säker i sitt rörelsemönster. Att hon slog och rörde sig långsammare vid vidgning av instrument (se s. 36), t.ex. i moment som skulle göras gående, visar att det finns mer att utveckla, men att vi har en god grund att stå på.

Från första början kunde jag skymta en viss sidoskillnad (se s. 16) som, jag trott, kunnat påverka hennes stabilitet. Detta eftersom hon vid slag med vänster hade medrörelser i höger hand (se s. 35). Dessutom valde hon alltid höger hand när hon skulle slå med endast en stock. Vid observation 2 uppmärksammade jag även att hon lutade sig åt höger när vänster hand skulle slå (se s. 38), ett tecken på sidoskillnad jag tidigare inte noterat, men kunnat se på filmer att hon gjort även innan. Att hon dessutom inte slog parallellt med två stockar förstärkte mina tankar om att det fanns en markant skillnad mellan sidorna.

För att utveckla en balans mellan sidorna, behövde jag utforma sessionens moment så att hjärnhalvorna fick förutsättningar att samarbeta (se s. 17). Jag försökte därför bygga upp en struktur på sessionen som aktiverade båda händerna (hjärnhalvorna) lika mycket. Inledningsvis fick hon slå med sin, troligtvis, dominant hand (d.v.s. högerhanden) en stund, följt av den vänstra för sig, sedan med dem båda tillsammans. Att sidoskillnaden kan ha blivit något mindre syns, vid jämförelsen av de två observationerna, i att höger inte behöver stabilisera upp vänster (uttryckt som medrörelse i höger hand) förrän vid tillfälle då instrument var uppställda i ett brett avstånd från varandra (se s. 38).

I samband med det mönster jag skapade för att förebygga sidoskillnad hos Ellen ville jag, vid slag med båda händer, åstadkomma en liksidig rörelse. Detta försökte jag bl.a. genom att varva mellan grunduppställningen (se s. 11) och en annan modell av instrument som hade liknande logik som grunduppställningen men som bara utfördes med en hand åt gången. Enligt stegringsmodellen (se s. 14) är det möjligt att genom detta sätt utveckla parallella slag. Dock efter ett års FMT och återkommande försök hade jag inte lyckats.

Varför det inte har gått kan ha många olika anledningar. Dels kan det bero på att jag inte ställt fram instrumenten på ett sådant sätt så att hon förstått logiken i uppställningarna, dels kan det vara så att hennes sidoskillnad ännu inte är i jämvikt för att kunna utföra en parallell rörelse. Det kan också bero på att detta sätt att slå på är hennes bestämda utförande. Terapeuten jag ersatte, som haft FMT med Ellen tidigare, nämnde att inte heller hon kunnat åstadkomma en liksidig rörelse och kunde inte förklara varför. Kanske är det så att Ellen, när hon började FMT 2004, fått detta sätt att slå på bekräftat så många gånger att det för henne har blivit automatiserat.

Däremot ska jag inte upphöra att försöka hitta nya vägar att skapa förutsättningar för Ellen att utveckla en liksidig rörelse. Under den tid jag här beskrivit har jag haft en ganska begränsad kunskap över hur jag kunnat gå tillväga. Ju längre tid jag arbetar som FMT-terapeut och samlar erfarenheter över olika sätt att utforma en session, samt ger Ellen tid och förutsättning att bearbeta de förnimmelser som nya rörelsemoment ger, desto större är möjligheten att automatiseringen kan förändras.

Ett sätt att pröva skulle vara att observera hur Ellen aktiverar sina fötter, vid tramp med höger och vänster fot samtidigt, på bastrumman. Den bastrumma jag haft tillgång till har endast en pedal. Ett framtida mål är att införskaffa en pedal till. På så sätt kan jag ta reda på om Ellen trampar med båda fötter parallellt eller, på samma sätt som hon slår, med en fot i taget. Utifrån det kan jag t.ex. kanske få reda på mer om sättet som hon slår på handlar om automatisering eller sidoskillnad.

Då jag märkt att mönstret att slå med två trumstockar på inte varit lätt att bryta, har jag istället försökt åstadkomma en liksidig rörelse med hjälp av dels två ihopsatta stockar och

dels dubbelklubba (se s. 12). Detta för att skapa förutsättning för hjärnhalvorna att samarbeta och ett samspel mellan sidorna (se s. 17). Att använda denna sorts stockar har för Ellen inte varit något problem, vilket är ett intressant faktum. Hade sidoskillnaden varit stor hade hon kanske inte kunnat hålla i t.ex. dubbelklubban med båda händer.

Jag har även försökt att aktivera ett samarbete mellan båda händer vid utförande av blåskoder (se s. 36–37). Det har gått bra och jag har fått henne att använda både vänster och höger samtidigt vid flera tillfällen. Varför Ellen valde att i stort sett bara använda höger hand vid det momentet vid observation 2 är svårt att svara på (se s. 38). När jag gav instrumentet åt vänster sida tog hon den visserligen stundvis med denna hand och gav sedan till höger, men hon var inte lika aktiv i vänster som vid tidigare tillfällen. Det kan bero på att jag inte var tillräckligt tydlig när jag gav, eller också att hon helt enkelt var trött i sin vänstra hand. Det kan också bero på att hon fick utföra momentet stående och själv fick möjlighet att välja vilken hand hon skulle ta attributen med, till skillnad från första observationen då hon satt ned och med en gång fick ett blåsattribut i var hand.

Det som, rent allmänt, var intressant med Ellens hanterande av blåsattributen var att hon kunde ge ett instrument från en hand till den andra, från vänster till höger. I och med den rörelsen som uppstod p.g.a. att hon bytte hand, korsade hon sin kropps tänkta mittlinje (se s. 17). Det tycker jag tyder på en bra samverkan mellan hjärnhalvorna.

Vid slag på de linjära uppställningarna, från vänster till höger och om igen var det från början en fördröjning mellan det sista och första instrumentet (se s. 35). Den fördröjningen kortades så småningom ned. Detta troligtvis eftersom jag i även dessa moment har inlett med instrument ståendes nära varandra och successivt vidgat dem, vilket har utvecklat en säkerhet i Ellens kroppskontroll. Det i sig har gjort att hon behövt mindre tid på sig att utföra rörelsen. Dessutom har jag låtit henne slå med stockar som hållit ihop kroppen (ihopsatta stockar och dubbelklubba) och därmed mer effektivt kunnat utveckla hennes bålrotation, vilket kan ha bidragit till bättre stabilitet. Jag har ytterligare skapat förutsättning för utveckling av hennes bålrotation och stabilitet när jag aktiverat hennes nederdel vid tramp på bastrumman (se s. 36–37).

Ellen har under tiden vi träffats hela tiden haft medrörelser i munnen. De behöver dock inte relateras till stabilitet eftersom munrörelserna kan komma av den slapphet som bl.a. finns i muskulaturen kring munnen hos personer med Down syndrom (se Bilaga 1 s. 50).

Jag har använt mig av en del övriga attribut som väckt hennes kropp, utmanat kroppskontrollen och stabiliteten såsom balanskudde, boll mellan knäna och pallar som placerats under fötter. Liksom för Jon tog det dock ett tag innan jag förstod vikten i att använda dessa attribut. Användning av bastrumman skedde heller inte så ofta som kanske skulle behövts.

6 Slutsats

För att kunna svara på den frågeställning jag i början ställde, har jag i min fallbeskrivning redovisat mitt arbete med två adepter. Jag inledde med att presentera observation 1, följt av en sammanfattning av vårt ettåriga arbete utifrån FMT-metoden och slutligen resultatet av observation 2.

Enligt mina tolkningar över resultaten som blivit i jämförelse av observation 1 och 2 vill jag påstå att jag skapat förutsättningar för utveckling av stabilitet hos båda mina adepter.

Detta främst genom att:

- Inledningsvis ställa fram enkla uppställningar av instrument vilka, genom återupprepat utförande, gett en grundstabilitet hos Jon och Ellen. Detta följt av att jag successivt vidgat, vinklat, höjt och sänkt dessa instrument för att utveckla ett säkrare rörelsemönster och bättre kroppskontroll. Detta i både, sittande, stående och gående aktivitet.
- Ställa upp instrumenten på ett sätt som, kombinerat med lämpliga trumstockar, aktiverat Jon och Ellens bålrotation; centrumet för det övre och nedre systemet, vars roterande funktion är till fördel för ett stabilt rörelsemönster.
- I samband med aktivering på slagverk, arbetat för att, för Ellens del stärka, och för Jons del bibehålla, en liksidig rörelse för att förebygga eventuell sidoskillnad som kan ha bidragit till osäkerhet i deras stabilitet. För Ellen har detta skett även i samband med blåskoder.

Andra sätt jag använt mig av för att skapa förutsättningar för utveckling av stabilitet har varit genom att variera sittunderlag med balanskudde, använda bl.a. pall och mattor under fot/fötter, boll eller skumgummisvamp mellan knän och genom att med hjälp av bastrumma aktivera nederdelen (för bålrotationen). Det är dock inte säkert att det är just

dessa attribut som bidragit till skillnaden i resultat eftersom jag inte använt dessa i den mängd jag kanske skulle behövt.

Jag tycker det är fascinerande hur kroppen är uppbyggd. Det behövs verkligen mycket synkronisering av funktioner för att en människa ska fungera i vardagen. FMT-metodens byggstenar är tecken på detta. Det är dock viktigt att nämna att de resultat jag åstadkommit med mitt arbete utifrån metoden och presenterat i detta examensarbete kan bero på så mycket mer än det jag observerat. Detta eftersom jag bara riktat in mig på stabilitet. Som jag skrev i avsnittet om själva FMT-metoden är helhetskoordinationen viktig; att man ser till alla observationspunkterna och kommunikationen dem emellan (se s. 22).

Att FMT-metoden har utformats och är verksamt inom många områden tycker jag är väldigt bra. FMT-metodens syfte att, med musik som medel, skapa förutsättningar för utveckling av funktioner är en viktig orsak, och inte minst drivkraft, för mig att i framtiden arbeta med detta. Eftersom jag själv har en funktionsnedsättning har jag för övrigt, under de tre åren på utbildningen, blivit berörd av allt som FMT står för.

Vare sig en person föds med eller under livets gång drabbas av någon slags funktionsnedsättning är det inte så lätt att alltid acceptera läget som det är. Givande är det då att veta det finns ett sätt som skapar förutsättningar för att utveckla funktioner på nytt, eller i alla fall bidrar till att en person med en funktionsnedsättning får uppleva nya möjligheter att känna sin kropp på, för det gör FMT. Det kan jag säga då jag själv provat att sätta mig vid trummorna. Det är för mig guld värt att ha denna kunskap och vara delaktig i detta sätt att hjälpa människor att utvecklas.

Jag vill slutligen framföra mina varmaste tack till mina adepter och deras familjer, lärare, handledare och kurskamrater vid Musikhögskolan Ingesund samt nära och kära för er inspiration, hjälp och delaktighet i utformandet av detta examensarbete.

Källförteckning

Ayres, Jean (1988). *Sinnenas samspel hos barn*. 2. uppl. Stockholm: Psykologiförl.

Bojner Horwitz, Eva & Bojner, Gunilla (2005). *Må bättre med musik*. Västerås: Ica

Expressive Arts Stockholm AB, *KMR och BMGIM*,
<http://www.expressivearts.se/musikterapiutbildning.html> [2012-11-01]

FMS(a), *Förbundet för musikterapi i Sverige organiserar Sveriges yrkesverksamma musikterapeuter och andra musikterapiintresserade runt om i landet*,
http://www.musikterapi.se/news_1.html [2012-11-01]

FMS(b), *Ny definition av Musikterapi (WFMT, 2011)*,
http://www.musikterapi.se/text1_41.html [2012-11-01]

FUB, *Halls kriterier*, <http://www.fub.se/english/hallskriterier/>, [2013-05-06]

Granberg, Anita (2007). *Det måste få ta tid: en studie av musikterapeuters verksamhet i skolan*. [Ny utg.] Stockholm: Centrum för musikpedagogisk forskning

Grönlund, Erna, Alm, Annika & Hammarlund, Ingrid (red.) (1999). *Konstnärliga terapier: bild, dans och musik i den läkande processen*. Stockholm: Natur och kultur

Habilitering och hälsa (2010-03-04), *Halls kriterier*,
http://www.habilitering.nu/gn/opencms/web/HAB/Funktionshinder/utvecklingsstoring/Dawnsyndrom/halls_kriterier.html [2012-12-28].

Hjelm, Lasse (2005). *Med musik som medel: FMT-metoden, som den blev till-*. Uppsala: FMT-metoden, Musikterapiinstitutet

Holle, Britta (1987). *Normala och utvecklingshämmande barns motoriska utveckling: praktisk vägledning med utvecklingsschema och övningsexempel*. 3., omarb. uppl. Stockholm: Natur och kultur

Klasén McGrath, Monica (2009), *Autism*,
<http://www.autism.se/content1.asp?nodeid=19407#>, [2013-05-06]

KMH (2012-09-21), *Magisterprogram i musikterapi 60 hp*, <http://www.kmh.se/kmh-38000> [2012-11-01]

Musikhögskolan Ingesund (2013-02-23), *FMT – Funktionsinriktad musikterapi*, <http://www.kau.se/musikhogskolan-ingesund/utbildning/kurser/fmt-%E2%80%93-funktionsinriktad-musikterapi> [2013-04-01]

Olsson, Britt-Inger & Olsson, Kurt (2005). *Människor i behov av stöd*. 3. uppl. Stockholm: Liber

Piaget, Jean (2008) *Barns själsliga utveckling*, 2 uppl. Stockholm: Norstedts Akademiska Förlag

Psykologiguiden, *Piaget, Jean*, <http://www.psykologiguiden.se/www/pages/?Lookup=Piaget%2C+Jean> [2013-01-23]

RGRM, *Utbildningstrappan för RGRM™*, <http://www.rgrm.se/se.html> [2012-11-01]

Ruud, Even (1982). *Vad är musikterapi?: [en introduktion]*. Stockholm: Nordstedt

SION, About A. Jean Ayres, <http://siglobalnetwork.org/aja.html> [2013-01-23]

Söderman, Lena & Nordlund, Mårten (2005). *Utvecklingsstörning/funktionshinder*. 1. uppl. Stockholm: Liber

Vårdguiden, (2012a), *Down syndrom*, <http://www.vardguiden.se/Sjukdomar-och-rad/Omraden/Sjukdomar-och-besvar/Downs-syndrom/> [2012-12-28]

Vårdguiden, (2012b), *Gunnar Kylén*, <http://www.vardguiden.se/Sjukdomar-och-rad/Fragor-och-svar/Hitta-fragor-svar/Funktionshinder/Om-funktionshinder/Gunnar-Kylen/> [2013-01-23]

Örebro universitet (a), *Kurser för Musikterapi I: Orienteringskurs läsåret 2012/2013*, http://lily.oru.se/studieinformation/tillfalle_alfabet.cgi?kurskod=MG1010&lasar=2012/2013 [2012-11-01]

Örebro universitet (b), *Kurser för Musikterapi II: Musik i specialpedagogik och terapi läsåret 2012/2013*, http://lily.oru.se/studieinformation/tillfalle_alfabet.cgi?kurskod=MG1011&lasar=2012/2013 [2012-11-01]

Bilaga

Halls kriterier

Bilaga 1

1. För tidigt född och/eller underviktig.
2. Muskelslapphet (hypotoni).
3. Dåligt utvecklad Mororeflex. (Reflexen kan utlösas genom att man släpper barnets huvud bakåt. Barnet slår då ut med armarna och gör sedan en omklamringsrörelse).
4. Överrörliga leder.
5. Platt ansikte.
6. Platt bakhuvud.
7. Rikligt med nackskinn.
8. Veck i inre ögonvrån (epikantusveck).
9. Snedställda ögonspringor.
10. Små, vita prickar på regnbågshinnan (Bruschfields prickar).
11. Lågt sittande ytteröron med få veck.
12. Tungan hålls utanför munnen.
13. Högt gomtak.
14. Snörvlande andning.
15. Korta, breda, mjuka händer med korta, överrörliga fingrar.
16. Fyrfingerfåran sträcker sig över hela handflatan.
17. Kort lillfinger, krökt inåt och med kort mellanben (klinodyktali).
18. Stort avstånd mellan stortån och andra tån ("sandalgap").
19. Avvikande form på höftleden (ses bara på röntgen).
20. Tandavvikelser (när barnet blir äldre) (FUB 2013).