MUSIKHÖGSKOLAN
INGESUND

Linnéa Rydén

Därför spelar jag

Motivationens betydelse i en utvecklingsprocess med FMT-metoden

Examensarbete 15 hp

Utbildningen i
Funktionsinriktad musikterapi (FMT)

Datum: 09-05-28
Handledare: Ulla Sterner

Musikhögskolan Ingesund 671 91 Arvika
Tfn 0570-385 00 Fax 0570- 804 38
Info@imh.kau.se www.imh.kau.se

Sammandrag

Musikterapi har funnits genom hela vår historia. I detta arbete presenteras den Funktionsinriktade musikterapin, FMT, och mitt praktikarbete med två adepter (de som får terapi) under min utbildning till FMT-terapeut vid Musikhögskolan Ingesund. Syftet är att belysa FMT-metoden och den positiva kraft som metoden har.

Det har resulterat i ett arbete om FMT-metodens kapacitet att motivera till rörelse som i sin tur leder till utveckling. Mina adepter har bland annat utvecklat sin andning, stabilitet, rörelseprecision, samverkan och modell/logik. Min slutsats är att all rörelse är en reaktion på ett intryck som blir till ett motiv, en vilja att utföra en rörelse. I FMT-metoden möter terapeuten alltid adepten på dennes nivå och motiverar till handling genom att skapa intryck att reagera på med instrumentuppställningar och melodier.

Nyckelord: FMT-metoden, musikterapi, motivation, rörelse, utveckling, glädje, kontakt, samverkan, epilepsi, cerebral pares, autism

Innehållsförteckning

1. Inledning ... 4
1.1 Syfte och frågeställning ... 5
1.2 Arbetets uppläggning/disposition ... 5
2. Bakgrund ... 6
2.1 Musikterapins historia ... 6
2.2 FMT-metoden ... 8
2.2.1 Attribut/Arbetsredskap ... 9
2.2.2 Kodsystem ... 10
2.2.3 Arbetssätt ... 10
2.2.4 MUISK ... 11
2.2.5 Observation/Analys ... 12
2.2.6 FMT-kriterier ... 12
3. Fallbeskrivningar ... 17
3.1 Epilepsi ... 17
3.2 Cerebral Pares ... 19
3.3 Stina ... 20
3.4 Arbetet med Stina ... 22
3.5 Autism ... 24
3.6 Jonas ... 27
3.7 Arbetet med Jonas ... 28
3.8 Resultat av arbetet med Stina och Jonas ... 31
4. Resultatsammanfattning och diskussion ... 34
5. Slutsats ... 40
6. Källförteckning ... 42

1. Inledning

Musiken har alltid varit levande i min familj och i mig. Den har varit en stor hjälp för mig i olika skeenden i mitt liv. Den är en källa till glädje, eftertanke och utveckling. Men hur ska man använda musiken för att hjälpa andra? Under sista året på gymnasiet gjorde jag och en klasskompis ett projektarbete. Vi utgick ifrån att vi ville arbeta med hur musik används och kan användas för att hjälpa personer med någon sorts utvecklingsstörning. Därifrån gick vi på krokiga vägar, men hamnade till slut i den funktionsinriktade musikterapin. Vi såg att den helt konkret hjälpte och utvecklade människor och det tyckte vi verkade fantastiskt. Jag började fundera, ”kan detta vara något för mig?”

Jag hade redan klart för mig att trots att jag gick på omvårdnadsprogrammet ville jag inte arbeta med ett rent vårdyrke precis efter att jag tagit studenten. Men utvecklingsstörningar lockade mig. Musiken, som är en så stor del av mitt liv, lockade också. Musiken är kraftfull och på något sätt lockar den oss till handling vilket bekräftats för mig i den funktionsinriktade musikterapin.

Musikterapi lät alltså helt underbart i mina öron och trots att jag kanske hade min ålder emot mig (med för lite livserfarenhet) sökte jag till utbildningen vid Musikhögskolan Ingesund. Nu går den resan mot sitt slut i och med det här examensarbetet. Egentligen är det bara början på en lång intressant resa tillsammans med ett antal, nu okända, personer som jag kommer att lära känna och förhoppningsvis stödja i deras utveckling och även lära mig mycket utav.

1.1 Syfte och frågeställning

Syftet med mitt arbete är att belysa FMT-metoden och den positiva kraften som detta terapisätt har. Jag vill också belysa glädjen i stunden och den koncentration och samverkan som uppstår.

Min frågeställning är:
Hur kan vi genom FMT-metoden motivera till rörelse?

1.2 Arbetets uppläggning/disposition

Arbetet är en redovisning av FMT-metodens arbetssätt, de tankar som finns där om utveckling och mitt eget FMT-arbete med två adepter (de som får terapi). Jag redovisar musikterapins historia och sedan FMT-metoden. Därefter kommer en del om mina adepter, deras funktionsnedsättningar, bakgrund och vårt arbete tillsammans. Resultaten av arbetet och slutsatsen avslutar mitt examensarbete.

Min praktik har jag haft i en avskärmad del av en större lokal på musikskolan. Lokalen var avdelad med stora svarta skärmväggar. Jag fick låna rummet gratis och har därför inte kunnat ställa några direkta krav på hur det skulle vara för att passa i en FMT-situation. Jonas hade musikterapi under vårterminen 2007 och 15 gånger från början av april 2008 till slutet av november 2008. Under våren 2009 har vi inte lyckats hitta en tid som passat. Därför har vi inte kunnat fortsätta. Stina började musikterapin i april 2008 och vi har träffas 17 gånger än så länge.

2. Bakgrund

Musiken påverkar vårt intellekt och våra emotioner. Den påverkar också våra minnesfunktioner och vår motivation. Musiken kan påverka vårt blodtryck, puls och vår andningsfrekvens. Den är kraftfull på så vis och har därför en terapeutisk möjlighet. Musikterapi förekommer i många former och har funnits genom hela historien, men inte som den gör idag. Den funktionsinriktade musikterapin är en form som är relativt ny.

Lasse Hjelm skriver: *”Att med musik som medel skapa förutsättningar – och motivation, för en individ att arbeta med den egna kroppen, för att höja sin funktionsnivå. Detta utifrån den enskilda individens egna förutsättningar.”* (Hjelm 2004, B.1 s. 4).
Världsorganisation för musikterapi (WFMT) definierar musikterapi så här:

> Musikterapi innebär att en utbildad musikterapeut använder sig av musik och/eller musikaliska element (ljud, rytm, melodi, harmoni) i en process avsedd att möjliggöra och främja kommunikation, relaterande, inlärning, mobilisering, uttryck och andra relevanta terapeutiska mål med syfte att tillgodose fysiska, emotionella, mentala, sociala och kognitiva behov.
> Musikterapi har som mål att ge individen möjlighet att utveckla resurser och/eller återerövra funktioner så att han eller hon kan uppnå bättre intra- och interpersonell integrering och förbättrad livskvalitet. (Förbundet för musikterapi)

Svenska förbundet för musikterapi säger att musikterapi är användandet av musik i utbildnings- och terapeutiska sammanhang för att ge individer med psykiska, fysiska och sociala handikapp möjligheter att utvecklas (Granberg 2007, s. 22).

2.1 Musikterapins historia

Musikterapin som vi känner den idag utvecklades i mitten av 1900-talet, efter andra världskriget för att rehabilitera de många krigsoffren (Granberg 2007, s. 19). Den har inte samma utgångspunkt som historiens musikterapi där man talar om tre olika sorters musikterapier, *magisk terapi*, *religiös terapi* och *rationell* eller *logisk-vetenskaplig terapi* (Dyreborg 1975, s. 10). De olika formerna har tillämpats under olika perioder i vår historia och av människor i olika kulturer.

Den magiska musikterapin utövades av medicinmän och trollkarlar. De använde musik som en del i ritualer där målet var att driva ut den onda anden som intagit ”patienten” och var orsak till sjukdomen. Man kommunicerade då med anden. Musiken var alltså inte avsedd att påverka patienten, vilket den antagligen gjorde ändå.

Den religiösa musikterapin utövades av präster. De använde musiken för att blidka guden, som straffat patienten med sjukdom på grund av dennes synder, och för att han skulle berätta vad de skulle göra för att bli friska. Musiken användes alltså inte för att främja relationen mellan präst och patient. Även inom kristendomen används musiken för att kalla på hjälp från helgon vid sjukdom. Den kan också ge religiösa upplevelser som lindrar smärta och ångest och innehålla budskap om hopp och förlossning (Dyreborg 1975, s. 12).

Den rationella eller logiskvetenskapliga musikterapin fanns i det antika Grekland. Man menade att det var obalans i själen och kroppens olika vätskor som framkallade sjukdom. Man använde då musiken för att återställa balansen. Den arabiska medicinen utvecklade antikens tankar om samspelet mellan kropp och själ under 800-talet. De sa att mat, dryck, luft, fysiska övningar, bad, sömn, samlag och ”själens lidelser” var viktiga för hälsan, ett helhetsperspektiv skulle man kunna säga (Ruud 2001, s. 19–20).

Längre fram, under 1700-talet, undersökte man hur musiken påverkar matsmältning, blodtryck och andning (Dyreborg 1975, s. 14). Under 1800-talet började musiken användas för att behandla psykiska sjukdomar. Man trodde att det fanns ett speciellt organ som kallades ”Gemüth”. Detta organ skulle vara påverkbart av estetik och förenade kropp och själ (Ruud 2001, s. 24).

Fram till mitten av 1900-talet användes musiken som medel för avslappning och stimulering, alltså ganska allmänt. Det var först efter andra världskriget som man började utbilda musikterapeuter i USA, som en följd av att man hade börjat undersöka musikens terapeutiska möjligheter (Dyreborg 1975, s. 14). I Sverige gjordes enstaka pionjärinsatser under denna tid men först 1974 hölls den första kursen i musikterapi. Föreläsarna var terapeuter från Norge, Danmark och Finland där de kommit längre inom området. Detta år bildades också Svenska Förbundet för Musikterapi, SFM, (kallas numer FMS) av ett antal personer där flera var musikpedagoger. De utvecklade musikverksamhet för barn med funktionsnedsättningar. Dessa personer knöts sedan till olika utbildningar och kurser när

behovet av utbildning ökade. 1981 startade den första kursen i musikterapi vid Musikhögskolan i Stockholm. Det växte fram funktionsinriktad musikterapi och musikpsykoterapi och specialiseringen som skedde under denna tid övergick i integreringsförsök under 1990-talet (Granberg 2000, s. 55–56).

Idag finns det i Sverige ett antal utbildningar där man får professionell kompetens att arbeta med musikterapi. Det finns även kurser som ger kunskaper om musikterapi. Utbildningarna finns på Musikhögskolan Ingesund i Arvika och Kungliga Musikhögskolan i Stockholm. Det har övergått från att handla om pionjärinsatser till etablerade yrkesutbildningar. I och med att intresset och efterfrågan av musikterapi har ökat, har musikterapin blivit ett komplement till ordinarie verksamheter i bland annat skola och omsorg men det är fortfarande svårare att hänvisa till musikterapi än till exempel till sjukgymnastik eller talterapi (Granberg 2007, s. 20–21).

2.2 FMT-metoden

FMT står för Funktionsinriktad musikterapi. Det är en neuromuskulär behandlingsmetod. Man påverkar hjärnan genom att använda kroppen. Funktion står för en helhetssyn på människan i en samverkan mellan perception, rörelsemönster, kroppskontroll, andning, och koncentrationsförmåga. Terapi i FMT står för enskild, individuell behandling (Hjelm 2004, B.9 s. 1). Det var Lasse Hjelm som skapade och utvecklade metoden under sin 15-åriga verksamhet vid Folke Bernadottehemmet i Uppsala. Han grundar sina tankar på Piaget, Kylén, Holle och Ayres teorier om barnets själsliga, psykologiska, motoriska och sensoriska utveckling.

I Funktionsinriktad musikterapi möter terapeuten alltid adepten där hon/han är i sin utveckling. Metoden är nivåanpassad. Den är också ickeverbal och det utvecklas därför en samverkan utan ord (Hjelm 2004, B.1 s. 3).

Terapeuten observerar och analyserar avvikelser mot det typiska för att sedan kunna skapa förutsättningar för en individ att komma vidare i sin utveckling mot ett mål (Hjelm 2004, B.9 s. 1). Detta görs genom samverkan i musik med hjälp av trummor, cymbaler och blåsinstrument. Musiken används som ett medel för att kunna nå utommusikaliska mål. Det

handlar *inte* om att lära sig spela ett instrument (Hjelm 2004, B.1 s. 3). Genom att upptäcka och att lyckas med det du gör ger det dig större tilltro till dig själv och du får lättare att komma ihåg det du ”lärt” dig. Det ger motivation. Det som tränas och övas kan ge motsatt effekt menar Hjelm (Hjelm 2004, B.4 s. 8).

”Grundläggande är att med speciella musikkoder:
- skapa strukturella minnesspår i hjärnan

därigenom successivt:
- åstadkomma reaktioner
- åstadkomma omedvetna handlingar
- medvetandegöra dessa handlingar
- organisera dessa handlingar/rörelser”
[…]
”Allt i en utvecklingsprocess! Ingen träning – ingen övning!”.
(Hjelm 2004, B.4 s. 4)

FMT vänder sig till alla som behöver utveckla och höja sin funktionsnivå, till exempel personer med begåvningshandikapp, neuropsykiatriska funktionsnedsättningar såsom ADHD, autism, Asperger syndrom, beteendestörningar, läs- och skrivsvårigheter, demenser, stroke, muskelsjukdomar och CP-skador.

2.2.1 Attribut/Arbetsredskap

Rummet terapin bedrivs i bör vara enkelt inrett med så lite synintryck och stimuli som möjligt. Det bör se likadant ut varje gång adepten kommer för att skapa trygghet (Hjelm 2004, B.9 s. 8). Det ska finnas ett piano som terapeuten spelar på (Hjelm 2004, B.9 s. 11). Till adepten finns en stol (om hon kan sitta själv) i lagom sitthöjd, gärna ganska hög och framåtvinklad för att främja ett bra sittande. Adepten ska sitta så att hon har terapeuten i fokuslinjen (rakt framför sig med instrumenten emellan) (Hjelm 2004, B.9 s. 8). Adepten använder trummor (virveltrumma, ramtrumma, bastrumma), cymbaler och blåsinstrument (blockflöjter och ACME-instrument). Trummorna och cymbalerna lockar till handling och

det krävs ingen ”kunskap” för att spela på dem. De är inte heller bundna till en viss tonart. För att skapa de förutsättningar som behövs för ändamålsenliga rörelser är trummorna och cymbalerna höj- och sänkbara och går att vinkla åt olika håll. Trumstockarna som används har olika form och tyngd. Blåsinstrumenten har olika egenskaper och utseende, som gör att adepten måste anpassa munnen för att sluta tätt om instrumentet och hon måste variera styrkan i utandningen för att det ska bildas en ton (Hjelm 2004, B.9 s. 11).

2.2.2 Kodsystem

Terapeuten spelar koder på piano. Det är specialkomponerade melodier med tillhörande instrumentuppställningar vilka spelas enkelt och rent för att vara så tydliga som möjligt (Hjelm 2004, B.1 s. 3). Det finns ett 20-tal koder. Terapeuten spelar en inledningston, eller ett ackord, som uppmaning att börja och avslutar koden med ett glissando. Koderna används för att bekräfta handlingarna adepten utför. När adepten känner att hon lyckas skapar det motivation till fortsatt aktivitet (Hjelm 2004, B.8 s. 19). Alla koder har syften, att genom attributen exempelvis skapa kontakt, aktivera svanken, bearbeta läsriktningen, perception, antalsförankring, bålrotation, samordna rörelser och andning. De utvecklar associations- och minnesfunktionerna. Genom koderna kan terapeuten analysera adeptens erfarenhetsnivå och lägga upp en strategi för arbetet (Hjelm 2004, B.15 s. 1).

2.2.3 Arbetssätt

Terapin sker en gång i veckan och pågår i max 20 minuter. Sessionerna filmas (om tillåtelse getts) som en del i dokumentationen av arbetet och som en hjälp för terapeuten i sitt arbete. Adepten får tänka själv utan att bli instruerad eller tillrättavisad. Det handlar inte om rätt eller fel utan snarare som Barbro Matsson[1] brukar säga ”så kan man också göra”. Adepten visar på så sätt var hon/han befinner sig i sin utveckling. Terapeuten följer alltid adeptens tempo och bekräftar det hon/han gör. Det är dock terapeuten som bestämmer början och slut under terapin. Det skapas en trygghet i samverkan och adepten kan på så sätt också få större tilltro till sin egen förmåga och självförtroende (Hjelm 2004, B.9 s. 10). Trygghet hänger ihop med utveckling och tryggheten är en stöttepelare i den

[1] Barbro Matsson FMT-terapeut, föreläsning den 19 oktober 2006

Funktionsinriktade musikterapin (Hjelm 2004, B.15 s. 1). Det ska också vara roligt att gå på FMT!

Terapeuten utvecklar spelet genom att ställa upp trummor och cymbaler på olika sätt. Det är för att ge adepten möjlighet att själv lista ut hur hon/han ska spela och utföra olika rörelsemönster. Det handlar om att locka till handling som ger upptäckter och nya erfarenheter (Hjelm 2004, B.1 s. 3). Lasse Hjelm skriver: ”*Att med musik som medel skapa förutsättningar – och motivation, för en individ att arbeta med den egna kroppen, för att höja sin funktionsnivå. Detta utifrån den enskilda individens egna förutsättningar.”* (Hjelm 2004, B.1 s. 4)

2.2.4 MUISK

I FMT-metoden finns ett skolförberedande material, en gruppverksamhet som kallas MUISK, MUsik Inför SKolan. Det är en upplevelsebetonad musikverksamhet som är nivåanpassad för att främja och stödja barnens helhetsutveckling. Den innehåller sång, dans, rörelse, ljudskapande och instrumentalspel (Hjelm 2004, MUISK s. 1).

I denna verksamhet ska det bara skapas positiva upplevelser. Lasse Hjelm poängterar: *”Vi skall <u>inte</u> arbeta med krav, <u>inte</u> med prestationer. Vi skall <u>inte</u> lära, <u>inte</u> träna, <u>inte</u> öva.”* (Hjelm 2004, MUISK s. 4). Vi arbetar med musik, upplevelse, utveckling. Allt handlar om trygghet. Trygghet nås genom igenkännande och genom upprepning och återupprepning. I denna trygga miljö placeras musiken in och den har en bestämd form som också skapar trygghet (Hjelm 2004, MUISK s. 4).

Det finns både utommusikaliska och musikaliska mål i arbetet. De utommusikaliska målen är att stödja barnens helhetsutveckling, stärka deras motoriska utveckling och koordinationsförmåga, stärka deras perceptionella utveckling, och samtidigt utveckla deras fantasi och uttrycksförmåga. De musikaliska målen är att skapa en positiv attityd till musik, stimulera barnens musikintresse, låta dem komma i kontakt med olika slag av musik, bli delaktiga i det kulturella livet och lägga grunden till ett aktivt musicerande.

Innehållet i verksamheten bygger på utvecklingsteoretiska insikter om barns grovmotorik och hållning, balans, gravitation, koordination, finmotorik, andning, koncentration, auditiv perception och identitet (Hjelm 2004, MUISK s. 1).

Materialet MUISK är så utformat att med minimal verbal information skapa förutsättningar för barnen att uppleva musik och tillföra dem en förbättrad auditiv perceptionsförmåga. Det sker genom väl anpassade musikmodeller som byggs upp allt eftersom med mer avancerade mönster och rörelseaktiviteter. Dessa förväntas då åstadkomma en funktionsförhöjning, förbättrad kroppskontroll, kroppstrygghet och som en följd utav detta en förbättrad uthållighet (Hjelm 2004, MUISK s. 2).

Man använder sig inte av instruktioner, förutom vid enstaka tillfällen, utan barnen härmar en ”spegel”. ”Spegeln”, som kan vara förskoleläraren, sitter framför gruppen och visar rörelserna. MUISK leds av den som spelar piano (FMT-terapeuten). Upplevelsen är viktigast. Det blir också en social träning när man får vänta på sin tur i olika moment. Det är en bra förutsättning för den auditiva perceptionsförmågan vilket i sin tur leder till en förhöjning av den allmänna perceptionsnivån. Barnet får bättre förmåga att bearbeta stimuli och kan på så sätt lättare urskilja det viktiga i sammanhanget (Hjelm 2004, MUISK s. 3). MUISK kan, förutom i förskoleklass även användas på lågstadiet, i sär- och träningsskola samt inom äldreomsorgen.

2.2.5 Observation/Analys

Efter MUISK kan terapeuten erbjuda individuella observationer (sexårs-observation) av barnen för att eventuellt upptäcka de barn som är i behov av särskilt stöd. Dessa barn kan då erbjudas Funktionsinriktad musikterapi. FMT-metodens observationer är ett verktyg som används för att analysera adeptens funktionsnivå och kunna möta adepten på rätt utvecklingsnivå i det fortsatta arbetet. Analystabellen som terapeuten använder är i första hand en värderings- planerings- och redovisningsmodell av arbetet (Hjelm 2004, B.15 s. 1).

2.2.6 FMT-kriterier

Observationen med analystabellen ger terapeuten en helhetsbild av adepten. En helhetsbild som sedan sönderdelas i det som kallas FMT-kriterier (Hjelm 2004, B.15 s. 1).

Balans/Stabilitet – Proprioceptionen (information från muskler, leder, hud och balansorgan) och det kinestetiska sinnet (den medvetna upplevelsen av rörelser) har en

viktig funktion i vår balans (Larsson 2000, s. 19, 107). Det har även det visuella sinnet (syn). Dessa sinnen ger oss den information vi behöver för att förhålla oss till vår omgivning. Allt detta sammantaget kallar Lasse Hjelm för KFU, Känsla För Underlaget. Det handlar om hur vi sitter eller står, hur vi förhåller oss till underlaget, till gravitationen och om det görs på ett energisnålt sätt som inte tar mer energi än vad som är nödvändigt (Hjelm 2004, B.5 s. 4).

Sidoskillnad – Alla människor har en dominant kroppshalva, antingen är vi höger- eller vänsterhänta. Detta beror på vilken hjärnhalva (hemisfär) som är dominant. Är skillnaden mellan hemisfärerna för stor, kan det medföra problem. Perceptionen av omvärlden blir osäker. Man får också problem med KFU som ger försämrad stabilitet och även medför svårigheter i vissa rörelser. Dessa saker ser vi ofta i skolans värld hos elever som uppfattas som ”ojämna” i sina prestationer (Hjelm 2004, B.15 s. 3).

Separata sidorörelser – För att högra och vänstra hemisfären (hjärnhalvan) ska kunna kommunicera med varandra länkas de samman av corpus callosum (hjärnbalken) som innehåller det största nervfiberstråket mellan hemisfärerna. Eftersom höger hemisfär styr vänster kroppshalva och tvärtom, behövs denna kommunikation för att vi ska få en hel bild av omgivningen (Eriksson 2001, s. 61–62). Den behövs också för att kroppshalvorna ska kunna samarbeta och göra olika men samtidiga rörelser på båda sidor av kroppen. Kan du hålla i ett papper med ena handen och klippa med den andra?

Om man har svårigheter med instabilitet, sidoskillnad och har en snäv perceptionsvidd kan det medföra svårigheter att utföra och kontrollera samtidiga rörelser på båda sidor av kroppen (Hjelm 2004, B.15 s. 4).

Korsrörelser – Korsrörelserna är vår förmåga att korsa medianlinjen, vår tänkta lodräta mittlinje, med ena armen utan att den andra armen följer med. Vid dessa rörelser måste hemisfärerna också samarbeta (Hjelm 2004, B.15 s. 5).

Bålrotation – Bålrotation är vår förmåga att vrida överkroppen utan att bäcken och ben följer med. Det är två system i kroppen som ska kunna samarbeta, men även fungera

oberoende av varandra. Denna funktion är normalt färdigutvecklad vid 12 års ålder då även läsinlärningen vanligtvis är komplett. Människor med försenad bålrotation kan ha inlärningssvårigheter, och svårt speciellt med stavning och läsning. Bålrotationen påverkar stabilitet, sidoskillnad, separata sidorörelser, korsrörelser och perception (Hjelm 2004, B.15 s. 4).

Handfunktion – Handen är en viktig kroppsdel som upptar en stor del av den motoriska hjärnbarken. Handens grepp säger oss mycket om en individs utvecklingsnivå och utvecklas i takt med nervsystemet. Handen har stor betydelse för helhetsutvecklingen. Lasse Hjelm har i sitt arbete sett att *”inmatningen av erfarenheter och vetskap, förmåga till planering och genomförande, sker via handen och då självklart i stor utsträckning via fingrarna.”* (Hjelm 2004, B.5 s. 17).

Inom FMT- metoden arbetar man med att utveckla handgreppet med hjälp av olika trumstockar. Man byter ofta för att stimulera, få nya impulser och nya känselupplevelser eftersom de sensoriska systemen främst reagerar på förändringar i stimuleringen (Hjelm 2004, B.2 s. 16).

Handledsfunktion – Handledens funktion i precisa rörelser är mycket viktig och står för en stor del av kontakten, avläsningen och kontrollen av omvärlden (Hjelm 2004, B.15 s. 6).

Koordination hand-fot – Det är viktigt att samverkan mellan kroppens överdel och underdel fungerar bra. En samverkan som har betydelse för många grundfunktioner (Hjelm 2004, B.15 s. 7).

Perception – När vi upplever något, får en sinnesförnimmelse, bearbetas den i hjärnan. Denna bearbetning är beroende av våra minnen och tidigare erfarenheter av liknande förnimmelser. Det är sensationen, sinnesförnimmelsen, som tolkas i hjärnan och som kallas perception (Larsson 2000, s. 99). Perception är därför subjektivt precis som sensationerna är subjektiva (Ayres 1979, s.199). I FMT-metoden menar man att den auditiva (hörsel) perceptionen är ledande. Hjelm skriver *”Örat leder ögat – ögat leder handen”* (Hjelm 2004, B.15 s. 7).

Lasse Hjelm talar om totalperception. Det är alla sensoriska intryck som samordnas till en helhetsbild av omgivningen och som styr hur vi upplever vår omvärld. Om inte alla våra sinnesorgan har utvecklats normalt kommer vår upplevelse av omvärlden inte att bilda en helhet och det kan uppstå problem inom olika områden. Det kan till exempel handla om läs- o skrivsvårigheter, dålig rumsuppfattning och koncentrationssvårigheter (Hjelm 2004, B.2 s. 3). Hjelm menar att det är hanterandet av ting som är det grundläggande för den totalperceptionella utvecklingen. Hjärnan utvecklas av de erfarenheter som barnet gör (Hjelm 2004, B. 2 s. 6). Genom insiktsfull samvaro med en genomtänkt miljö och skapande av förutsättningar kan vi påbörja en förändring i önskad riktning (Hjelm 2004, B.2 s. 7).

Modell/Logik – Lasse Hjelm stödjer sig på Piagets teorier om barns utveckling. Han pekar på att barnet är mer logisk i sitt handlande än i sitt tal. Handlandet är utgångspunkten för de framtida intelligensoperationerna (Hjelm 2004, B.4 s. 1). I FMT-metoden bearbetas uppbyggandet av det logiska tänkandet genom uppställandet av attribut i modeller som stöds av den musikaliska formen. Det blir minnesspår i hjärnan som i sin tur blir till hjälp i framtida liknande problemlösningar (Hjelm 2004, B.4 s. 1). Terapeuten bedömer adeptens förmåga till logiskt tänkande genom dennes sätt att lösa instrumentuppställningen. Terapeuten observerar också om adepten kan läsa av rummet, planera handlingar och utföra dem. Adeptens självförtroende växer när hon/han lyckas lösa modellerna och är viktigt i människans utveckling och ingår i vår identitet (Hjelm 2004, B.2 s. 21).

Andningskoordination – Vi anpassar vår andning efter vad vi gör, till exempel när vi spelar ett instrument eller utövar en sport. För att prestera maximalt gäller det att vi har andningen ”med oss”, att vi andas i rätt ögonblick. Det är viktigt att vi koordinerar andningen med rörelsen och det gäller i varje situation i vardagen, i livet (Hjelm 2004, B.3 s. 24).

I terapin används ACME-instrument (gök, duva, anka, kråka och tågvisslor) och blockflöjter för att främja andningen, få igång diafragman och även påverka hållningen. När adepterna blåser sittande ser man ofta att de rätar på sig för att kunna ta i ordentligt. ACME-instrumenten används också tillsammans med andra attribut för att främja

helhetskoordinationen och medvetandegöra andningen. Då måste rörelse och andning samverka. Blockflöjterna kräver inte mycket utandning för att det ska uppstå ett ljud. De är även förpreparerade så att det blir rätt ton till den kod som spelas. ACME-instrumenten kräver mer luft och med hjälp av dessa olika egenskaper hos instrumenten kan man påverka andningen på olika sätt (Hjelm 2004, B.9 s. 10).

Samverkan – Istället för ordet kommunikation används ordet samverkan av Lasse Hjelm. Han menar att samverkan är att fungera tillsammans och uppmärksamma varandra i interaktionen och ”lyssna in” den andra människan. Terapeuten har stort ansvar att uppfatta och tolka förändringar och signaler från adepten, förstå dem och besvara dem för att de ska kunna fungera tillsammans. Man skapar ett samspel, ett samförstående, som är grunden för utveckling (Hjelm 2004, B.9 s. 14).

Helhetskoordination – Det är samordningen av kroppens rörelser med andningen och med tanken, ett planerande av kommande handlingar (Hjelm 2004, B.15 s. 8). Det är hela kroppens samspel, samverkan. Alla delar som ska fungera tillsammans.
”Organismens kontakt med sin omgivning, sin egen kroppsställning och sina egna rörelser - en helhetsfunktion!” (Hjelm 2004, B. 2 s. 7).

3. Fallbeskrivningar

Här återger jag FMT-arbetet med mina adepter och fakta om deras diagnoser. Jag började terapiarbetet med att göra en analys av adepterna. Det blev en grund för mitt fortsatta arbete med att skapa motivation och förutsättningar som behövdes för att nå vissa mål. Målen blev samverkan i nuet, ljudbearbetning, andningskoordination, kontroll av rörelser, KFU (känsla för underlaget) och förhållandet mellan ting (virveltrumma och cymbal).

3.1 Epilepsi

Definitionen av epilepsi är enligt FASS *”anfall av muskulära kramper, ibland kombinerat med medvetslöshet.”* Det epileptiska anfallet är en oreglerad och plötslig nervaktivitet i hjärnan som förorsakar kramper i muskulaturen och en del andra symtom. Diagnosen epilepsi får man om man har haft minst två anfall. Dessa får inte ha framkallats av någon yttre tillfällig påverkan. Under det första levnadsåret och efter 70 års ålder är risken störst att drabbas av epilepsi (Rindforth Gillgren 2008). Ungefär en halv till en procent av befolkningen har epilepsi. Det motsvarar cirka 60 000 personer varav 10 000 är barn. Ungefär 4 500 nya personer tillkommer varje år (Ben-Menachem, Olsson och Uvebrant 2005/2006).

Vid ett epileptiskt anfall är det vissa nervceller som är överaktiva. Beroende på vilka nervceller det är och var i hjärnan de finns uppkommer olika typer av anfall. Anfallen klassas i tre grupper: Partiella anfall, generaliserade anfall och anfall som inte kan klassificeras.

Partiella anfall – Det finns *enkla* och *komplexa* partiella anfall. Ett enkelt partiellt anfall startar i ett avgränsat område och ger muskelrörelser eller förändrade sinnesförnimmelser. Vid detta anfall förloras inte medvetandet. (FASS) Det komplexa anfallet är liknande, men kännetecknas av en aurauppleveIse (en förkänning) och sedan sänkt medvetandegrad och ofrivilliga muskelrörelser så som ryckningar, tuggrörelser eller upprepande av en fras.

Förkänningen kan vara hallucinationer eller humörförändringar med mera (Hedström 2008). Dessa anfall kan spridas till andra delar av hjärnan och omfatta ett stort område. När detta sker övergår anfallet i ett så kallat ”Grand Mal-anfall” (FASS).

Generaliserade anfall – Vid generaliserade anfall är båda hemisfärerna symmetriskt inkluderade när det börjar. Dessa anfall kan hålla på i allt från några sekunder till flera minuter. Det finns tre stycken olika generaliserad anfall som kallas *Absenser, Myokloniska anfall* och *Tonisk-kloniska anfall*. Absenser kallades förr för Petit Mal. Dessa är kortvariga, plötsliga anfall där personen som drabbas blir orörlig och ej kontaktbar. Myokloniska anfall är en serie kortvariga och symmetriska ryckningar. De drabbar oftast armarna men påverkar inte medvetandet. De Tonisk-kloniska anfallen är det som kallas Grand-Mal. Vid dessa anfall förlorar personen medvetandet och faller. Det blir spänningar och kramper i hela kroppens muskulatur och sedan kommer en fas med ryckningar. Även blodtrycket påverkas, det stiger, och personen svettas. När kramperna slutat kommer en fas där personen blir slapp i muskulaturen och då töms ofta urinblåsa och ändtarm ofrivilligt. Personen återfår sedan medvetandet men är förvirrad och trött. Detta tillstånd kan vara i flera timmar (FASS).

Orsaker – Skador på hjärnan, medfödda eller förvärvade, tillfälliga eller permanenta kan orsaka epilepsi. Skadan är oftast liten och ger inga andra symtom än epileptiska anfall. Om skadan är större, kan det finnas andra symtom så som förlamning eller psykisk utvecklingsstörning. Skadan kan ha uppkommit under fosterlivet eller i samband med förlossning. Det kan också handla om stroke, tumörer i hjärnan, alkoholförgiftning eller trafikolyckor. Många har epilepsi trots att det inte finns någon tydlig orsak (Svenska Epilepsiförbundet).

Behandling – Epilepsi behandlas med medicin (antiepileptika) för att förhindra nya anfall. Denna medicin bromsar hjärnans retbarhet för att förhindra spridningen av den obalans i hjärnans signalsystem som är orsaken till anfallen (Pzifer 2008, A). Om epilepsin är svårbehandlad med medicin kan man operera. Man tar då bort den del av hjärnan där anfallen startar. Ibland skärs nervbanor av för att minska spridningen av anfallen (Pzifer

2008, B). Man kan också operera in en sorts pacemaker under nyckelbenet på vänster sida. Den stimulerar där vagusnerven som har förbindelse med hjärnan. Detta kallas *Vagusstimulering*. De epileptiska anfall där personen har förkänning kan behandlas med beteendeterapi utöver medicinering (Pzifer 2008, C).

3.2 Cerebral Pares

Cerebral Pares är samlingsnamn för en rad olika symtom. Det förkortas ofta med bokstäverna cp och betyder förlamning genom hjärnskada. Det är ett rörelsehinder som orsakats av skada eller utvecklingsrubbning under graviditeten, i samband med förlossningen eller innan två års ålder. Beroende på när det skedde och var i hjärnan skadan sitter får barnet under sin utveckling olika symtom. Cp är den vanligaste orsaken till rörelsehinder hos barn och ungdomar. I Sverige får varje år cirka 200 barn av alla nyfödda en cp-skada (Klasén McGrath 2008).

Orsak – Vanligast är att skadan uppstår under graviditetens tre sista månader. Orsaken kan bland annat vara infektion hos mamman eller hjärnblödningar hos fostret. Det kan också vara syrebrist under förlossningen, för tidig födsel, hjärn- eller hjärnhinneinflammation och feberkramper. I hälften av alla fall finns ingen känd orsak till skadan (Allergren & Massalsky). Det är inte ovanligt att barn som har en cp-skada även har andra funktionsnedsättningar såsom utvecklingsstörning, epilepsi, uppmärksamhetsstörning, perceptionsstörningar och synskador (Riksförbundet för rörelsehindrade barn och ungdomar).

Variationer och symtom – Det finns tre huvudgrupper av cerebral pares:

- Spastisk
- Dyskinetisk (rörelseförvridande)
- Ataktisk

Den spastiska cerebrala paresen är vanligast. Då är nervbanorna som förbinder hjärnbarken och ryggmärgen skadade. Det medför att musklerna spänns onormalt vid rörelse vilket kallas just spasticitet. Är musklerna spända hela tiden, vilket kallas hypertoni, kan det vara svårt att kontrollera rörelserna (Riksförbundet för rörelsehindrade barn och ungdomar) Denna grupp indelas i ytterligare tre undergrupper:

- Hemiplegi (påverkan på ena kroppshalvan)
- Diplegi (hög eller medelhög grovmotorisk funktionsnivå där benen är mer påverkade än armarna)
- Tetraplegi (låg grovmotorisk funktionsnivå där både armarna och benen är mycket påverkade men armarna är mer påverkade)

Vid dyskinetisk cp kan musklernas tonus variera omotiverat och nyföddhetsreflexer kvarstår. Rörelserna blir då felaktiga och ofrivilliga. Det gör det svårt att utföra ändamålsenliga rörelser. Ataktisk cp innebär svårigheter med att samordna sina rörelser. Rörelsernas precision, storlek och kraft blir felaktig, detta kallas ataxi. Svårigheter med balansen, skakighet och slapphet i kroppen på grund av nedsatt muskelspänning, hypotonus, hör också ofta till denna diagnos. Den motoriska utvecklingen går här långsamt (Klasén McGrath 2008).

Behandling – Det finns ingen behandling som botar cerebral pares. Behandlingen blir att mildra symtomen med olika metoder. Man kan till exempel få medicin eller kirurgisk behandling som minskar rörelsehindret. Det viktigaste är dock habilitering som betyder ”att göra duglig”. Genom träning och stimulering minska effekterna av skadan och skapar förutsättningar för utveckling. Symtombilden förändras genom livet och träningen är en viktig del för att minska stelhet och upprätthålla sin rörlighet för att minska smärta senare i livet (Klasén McGrath 2008).

3.3 Stina

Stina föddes 1986. Hon föddes inte i Sverige. Hennes föräldrar fick ingen diagnos på henne förrän de kom hit. Då var hon fyra år och fick diagnosen cp-skada och epilepsi. Hon

har anfall varje dag, främst petit mal men även, ganska ofta, toniska kramper som gör att hon faller. Hon har bra medicinering och fick under hösten 2008 en vagusstimulerings-pacemaker inopererad under nyckelbenet. Den är inte riktigt inställd än men anfallen har ändå minskat sen hon fick den. På grund av sin epilepsi behöver hon ständig tillsyn och hon har assistans dygnets alla timmar. Cp-skadan gör att hon är svagare i sin högra kroppshalva. Hon har en framåtlutad, stapplig gång. Hon har också en synnedsättning som påverkar hennes avståndsbedömning.

Stina är enda barnet och har växt upp med sin mamma och pappa. 2006 drabbades hennes mamma av en stroke och i samband med det började man planera för att Stina skulle flytta hemifrån. Hon blev rädd av att inte kunna prata med mamma som tidigare. Rädslan uttryckte sig i aggressivitet, men avtog efter ett tag. Våren 2007 flyttade hon till en egen lägenhet. Sen dess har hon utvecklats mycket. Hon har mognat, blivit mer självständig och fått bättre självförtroende.

När Stina växte upp gick hon i särskola utan egen assistent. Det var först på gymnasiesärskolan som hon fick det. Där gick hon fyra år och fick bland annat mycket ADL-träning (Anpassning till Dagligt Liv) och sinnesträning. Hon trivdes och tyckte det var roligt. Eftersom hon missade mycket undervisning på grund av sin epilepsi, hade hon rätt till ytterligare ett år. Detta år fick hon inte tillbringa på samma gymnasium som innan. Nu går hon ett sjätte år på särvuxskola några dagar i veckan. Där läser hon grundskoleämnena matematik, svenska och engelska.

Stina går också på Daglig verksamhet där får hon ADL-träning och hon deltar i olika aktiviteter.

De kunskaper hon inte underhåller ofta tappar hon. Hon kan skriva sitt namn, men ska hon skriva mer måste någon bokstavera. Hon kunde läsa och räkna när hon gick sitt femte år på gymnasiesär, men har tappat en del eftersom hon inte gör det så ofta nu. Till sin dator har hon ett specialtangentbord som hon kan skriva på med hjälp av någon som bokstaverar. Hon tittar nästan bara på sina händer istället för på skärmen. Hon är tvåspråkig, men har inte så stort ordförråd. Hon är smart och kvicktänkt i konversationer. Finner hon inte de ord hon behöver för att uttrycka sig, hittar hon på egna. Hon har bra minne och ser och kommer ihåg detaljerna i det som händer. Man kan säga att hon har fotografiskt minne.

3.4 Arbetet med Stina

Jag började FMT-arbetet med Stina i april 2008. Vi samtalade lite innan vi gick in i terapirummet och hon fick även skriva sitt namn på ett papper. Då såg jag att hon hade mycket svårt att dels hålla i pennan, dels att skriva och dessutom hålla kvar pappret. Under den första och andra terapisessionen pratade hon mycket, dels för sig själv men också mycket med mig och hon var fundersam över varför jag inte svarade henne. Hon hade väldigt roligt, skrattade, pratade och spelade olika rytmer. Stina är vänsterhänt och är svagare i sin högra sida. När jag överräckte trumstockarna tog hon emot dem så att trumstockens ände var inne i handen, speciellt med högerhanden. Annars skakade hon fram dem i handen. Hon spelade och blåste väldigt hårt. När hon satt balanserade hon upp sig genom att luta underarmarna mot låren, vilket hon även gjorde när hon spelade. Då hade hon inte hela fotsulan i golvet utan stödde sig bara på tårna eller fotens utsida.

Stinas separata sidorörelser fungerade inte riktigt bra, vilket tyder på dåligt samarbete mellan hjärnhalvorna. Hennes sidoskillnad gjorde att hon inte kunde spela på en trumma med båda händerna och få samtidiga slag. Hon hade svårt att utföra spel mellan två ting (växelspel mellan virveltrumma och cymbal). Hon stannade upp på ett instrument och spelade då många slag åt gången innan hon bytte. Stina hade en snäv perceptionsvidd och svårt med avståndsbedömning. Hon hade också svårt att bedöma hur mycket kraft hon behövde använda i slagen.

Första gången löste hon modellen (instrumentuppställningen) som jag ställt fram, efter en stund, men hon hade problem att hålla kvar den. Eftersom hon hade svårt att gripa ordentligt om saker, var det svårt för henne att hålla i trumstockarna. När hon tappade greppet om stocken kom hon av sig, och började om från början med många slag på samma instrument innan hon bytte till nästa. Stina har dålig syn och har därför glasögon. Hon började nästan alltid att spela på cymbalen istället för på virveltrumman.

Stina behövde hela tiden titta på vad hon gjorde. Främst behövde hon kontrollera vänster hand trots att det är den hand som hon har bäst funktion i. När hon tittade på den missade hon ofta med den svagare högerhanden, och då kom hon lätt av sig i spelandet. Hon hade som sagt svårt med separata sidorörelser och hade stor sidoskillnad som tillsammans med hennes snäva perceptionsvidd gjorde att hon fick problem med att

använda båda sina händer samtidigt. Hon har därför fått arbeta med en hand i taget, dels för sidoskillnaden och dels för antalsuppfattningen och för att få endast ett slag på varje instrument. Efter några gånger började hon uppfatta avsluten och var med på dem. Samspelet började också ta form, när hon lyssnade till vad jag gjorde och hon blev medveten om att vi spelade tillsammans.

Stina hade inte så bra balans, varken sittande eller stående. Hon har fått sitta på en balanskudde och hon har även haft pallar under fötterna och bollar mellan sina knän. När hon satt på balanskudden fick hon arbeta med svanken och det krävde mycket av hennes energi. Hon fick även börja spela stående och gående mellan instrumenten, vilket är bra för balansen och för rums- och antalsuppfattningen. När hon spelade med bara en trumstock blev det ofta ett slag och när hon fick två stockar blev det många slag. Jag funderade på om det kunde bero på att det var dåligt samarbete mellan hennes hemisfärer.

Över sommaren hade vi uppehåll och när vi träffades igen i augusti 2008 var det ungefär som det var innan vi skildes åt. Stina spelade fortfarande väldigt hårt. Till och från spelade hon endast ett slag åt gången men så fort hon missade ett instrument tappade hon modellen och började slå många slag för att efter en stund komma in i modellen igen och spela ett slag åt gången. För att det skulle bli lättare för henne att rikta sina slag fick hon spela med trumstockar som hade tennisbollar eller innebandybollar längst fram. Det var för att få mer tyngd i stocken. Det blev alldeles för tungt, och hon slog hårdare än någonsin. Gången därefter bytte jag taktik. Hon fick bara bollar att spela med. Detta för att hon skulle få möjlighet att ”känna in” avståndet till instrumenten och hur hårt hon spelade. Det fungerade mycket bättre. Stina hade lättare att spela med sin starkare vänsterhand. Den handen kunde hon kontrollera bättre och slog oftast färre slag med. Vissa modeller som jag ställde upp löste hon bra med vänster hand, men med höger hand fungerade det inte.

Samspelet har varierat i olika koder men efter sommaren började vi leka lite i en blåskod där även jag som terapeut spelade på ett ACME-instrument. Jag härmade henne och när hon hörde mig, att jag också spelade fick vi i gång en samverkan där vi blåste varannan gång.

I slutet av november 2008 och i början av januari 2009 fick Stina spela blåskoderna stående för att hon skulle använda sin ”magandning” ordentligt och för balansens skull. När man står och spelar får man också fram en annan helhetskoordination än när man sitter

och spelar. Då, i januari, började hon blåsa olika starkt i en av blåskoderna. Innan hade hon alltid blåst med samma styrka hela tiden. Genom ett givande och tagande i blåskoderna fick Stina möjlighet att arbeta med båda hjärnhalvorna och deras samarbete. Samtidigt som hon började stå upp i blåskoderna fick hon spela stående i en del andra koder också. Det var dels för att stärka balansen, men även för att jag ville prova ett annat sätt för att utveckla antalsuppfattningen. Stina spelade fortfarande inte alltid bara ett slag på varje instrument. Därför ställde jag upp två instrument en bit ifrån varandra för att hon skulle gå emellan dem. Då blev det tydligare med ett slag på vardera instrument. Eftersom hon är ostadig i sin gång och har epilepsi hade jag inte vågat detta innan. Nu känner vi varandra lite bättre och hon har på sig sin EP-hjälm ifall hon skulle få ett anfall. Än så länge har Stina aldrig fått ett EP-anfall under terapisessionerna. Däremot fick hon ett anfall en gång efter en session men då hade hon redan gått ut till sina assistenter. I mitten av mars 2009 började Stina även spela olika starkt på virveltrumman och cymbalen. Hon hade betydligt lättare att rikta och samordna händernas rörelser. Hon spelade oftare, och längre stunder, med endast ett slag på varje instrument.

3.5 Autism

Autism är en beteendedefinierad biologisk störning i hjärnan. Med det menas att man inte kan ta exempelvis ett blodprov för att se om den här personen har autism, utan det handlar om personens sätt att bete sig. Personer med autism tar in och tolkar information från omvärlden på ett annorlunda sätt (Zander 2008, A). Det kan vara en del i ett flerfunktionshinder kombinerat med exempelvis utvecklingsstörning, epilepsi, syn- och hörselnedsättningar. Ungefär två av 1000 nyfödda barn har autism och det är vanligare hos pojkar än hos flickor (Klasén McGrath 2007). Autismen i sin nutida betydelse blev känt av Leo Kanner på 1940-talet. Termen används som beteckning på flera olika diagnoser som är relaterade till autism. Man talar om bland annat klassisk autism (Kanners syndrom/infantil autism), Asperger syndrom, Rett syndrom och Savant syndrom (Västerbro 2007, A)

Orsak – Autism har alltid en biologisk/neurologisk grund. Orsakerna kan vara många men för de flesta är det medfött och då har sannolikt ärftliga och genetiska faktorer spelat in (Zander 2007).

Avvikelser – Studier har visat att personer med autism har en påvisbar dysfunktion i hjärnan. Hjärnstammen där alla stimuli kommer in har en fördröjd impulsöverföring. Det blir försening av ljudimpulser och avbrott i kodningen av talat språk. Lillhjärnan som är inblandad vid koordination av rörelser och social interaktion har nedsatt aktivitet. Vävnadsskador i tinningloben påverkar förståelsen av talat språk, vad ord betyder och hur man använder det i umgänget med andra. Här sitter också hjärnans funktion för fininställning av ilska. Skador i pannloben gör att personer med autism har svårt med planering, motivation, impulskontroll och tidsuppfattning. Centrat för igenkänning av ansikten och de delar som har hand om känslor och beteende har också nedsatt aktivitet (Gillberg & Peeters 2001, s. 54–57, 62–63).

Symtom/Diagnoskriterier – Laura Wings och Judith Gould utvecklade på 1970-talet en symtomtriad som ett försök att beskriva vad som är gemensamt för personer med en autismdiagnos. Dessa tre områden används idag som huvudrubriker i diagnosmanualerna för autism (Västerbro 2007, B)

1. Allvarlig begränsning i förmåga till ömsesidigt socialt samspel.

Personer med autism har svårt att förstå att andra människor har känslor och tankar som kanske skiljer sig från deras egna (Västerbro 2007, C). De har bristande inlevelseförmåga, fantasi och empati. De har svårt att vara en del i ett samspel, att uppmärksamma det som sker runt omkring dem och förstå vad som förväntas av dem. Därför uppfattas de som att de trivs bäst i ensamhet. Den sociala och emotionella ömsesidigheten saknas. De har ofta en stel blick och tycker i allmänhet inte om ögonkontakt. Fysisk kontakt kan de tycka illa om men det kan också bero på avvikande sensoriska reaktioner. (Västerbro 2007, D)

2. Allvarlig avvikelse i kommunikationsutvecklingen.

Kommunikation hör ihop med socialt samspel, talat språk och lek. Nästan alla barn med autism har en försenad talutveckling. En del utvecklar aldrig något eget talat språk. Andra utvecklar ett språk, men kan inte riktigt förstå betydelsen av alla ord och uttryck (Västerbro 2007, E). Ekolali, som innebär upprepning av det någon annan person sagt, är vanligt.

(Västerbro 2007, F). En del högfungerande barn kan utveckla ett spontant tal. Alla har problem med språkförståelsen. De talar också på ett annorlunda sätt. Talet är ofta monotont och stelt (Västerbro 2007, G).

3. Begränsade, repetitiva och stereotypa beteendemönster, intressen och aktiviteter. Rutiner är viktiga och för personer med autism kan därför förändringar vara svåra, nästan omöjliga för vissa. Det är vanligt att de intresserar sig för ett visst ämne eller en viss sak och har lätt för att ”fastna” i det. De har en bristande föreställningsförmåga. Leksaker används men ofta på ett annat sätt än de är avsedda för. De har också ofta stereotypa rörelsemönster, som ofta uppkommer vid känsloyttringar. De kan också ha tvångsmässiga beteenden (Västerbro 2007, H).

I diagnosmanualerna finns också kriteriet att autismen ska ha debuterat tidigt, senast omkring tre års ålder. Många forskare anser att även avvikande reaktioner på sensoriska stimuli borde vara ett kriterium, eftersom nästan alla barn med autism har det. Störningar i hjärnans funktioner gör att man får ett annat sätt att uppfatta, tolka, samordna och förstå sinnesintryck. Barnet kan bland annat ha avvikande respons på ljud. De kan ha svårt att lokalisera ljud och de kan höra ljud som andra inte hör. De kan uppfatta ljud på ett annat sätt och ha svårt att uppfatta styrka och tonhöjd. Detta kan variera från dag till dag. Den auditiva perceptionen är viktig för utvecklingen av språkförståelsen. En person med autism kan också ha minskad eller avvikande känslighet för smärta, värme och köld. Detta kan leda till att de uppfattar beröring som obehagligt. Att duscha, ha visst material i kläder eller att äta vissa maträtter kan också upplevas obehagligt. De kanske äter bara ett fåtal maträtter eller mat med en viss färg. De är ofta känsliga för dofter och vill gärna lukta på föremål och på andra människor. Har man autism kan man ha svårt att avgöra färg och form, ha svårt med avståndsbedömning och rumsuppfattning, svårt att koordinera sina rörelser, avgöra hur mycket styrka som behövs för att utföra något och vara balansosäker. Det är svårt med generaliseringar liksom att analysera och samordna sinnesintrycken till den information man behöver. Det är lätt att se detaljer men inte helheter (Västerbro 2007, I). Andra symtom som är vanliga vid autism är avvikande aktivitetsnivå. De är antingen överaktiva eller underaktiva. Planering, motivation, tidsuppfattning och impulskontroll är inte heller lätt när man har den här funktionsnedsättningen. Det är också vanligt med ett självskadande beteende, tics och sömnsvårigheter (Västerbro 2004).

3.6 Jonas

Jonas föddes 1998. När han var ungefär två och ett halvt år sökte hans mamma och pappa hjälp på barnavårdcentralen för att han inte hade börjat prata. Det ledde fram till att han fick diagnosen autism vid cirka tre års ålder. Han var en lugn baby som tyckte om att bli kramad. Han undvek inte ögonkontakt. Föräldrarna tyckte att han var som andra barn. När han gick i förskola älskade han att riva sönder papper och gjorde det så fort han fick en chans. I första klass började han i särskolan. Då skrek han ofta höga, gälla skrik. Jonas har aldrig haft en egen assistent utan bara de som fanns i klassen. Nu går han sitt fjärde år i samma skola. Han går på ”kortids” en dag i veckan, och några timmar då och då har han en ledsagare. Övrig tid är han hemma hos pappa och lillasyster.

Jonas har ett nyckelband som han tycker om att snurra. Det har han haft ända sedan han började skolan. De första åren blev det en hel del konflikter med lärare och assistenter om nyckelbandet. Han ville ha det hela tiden, men personalen tyckte annorlunda. Nu nöjer han sig med att lägga det i väskan när han kommer på morgonen, och plocka fram det, antingen på väg till taxin eller när han kommit hem. Om familjen ska göra någonting accepterar han att hans pappa lägger undan det.

Jonas tycker om att sitta framför datorn och surfa på google, lyssna på musik och spela spel. Då söker han själv efter saker på google och stavar själv både på svenska och på engelska. Han kan svenska, albanska och lite engelska. Han kan sjunga på italienska men då förstår han inte vad han sjunger. Jonas tycker mycket om musik och har spelat lite piano i skolan. Han kan många sånger utantill och sjunger ofta, speciellt vid maten. Han spelar trummor/xylofon på musikskolan och sedan maj 2008 spelar han munspel hemma.

Jonas har palilali (han upprepar saker en tid efter att de har blivit sagda). Han har även ekolali (direkt upprepning av det som sagts). Han använder språket på eget initiativ också, men oftast inte i hela meningar, utan bara något ord för att till exempel få det han vill ha.
Jonas har ett stort ordförråd men kan ändå inte använda orden och sätta ihop dem till meningar. Han läser bra och han förstår det han läser. Han har väldigt bra minne och kan citera sagor från det han var liten. Jonas har också lätt att hitta till olika platser. Han pekar själv på saker han vill ha, men ibland tar han även tag i sin lärares hand och pekar med den istället. Det sker ofta om det är något som han vill ha hjälp med.

Jonas vill ha fasta rutiner och veta vad som ska ske. Han har schema med bilder i skolan. Han kan numera utan problem acceptera förändringar i schemat om det visas tydligt. Han kan också ha skrivna scheman. Han har bra tidsuppfattning. Lärarna funderar på om han kan klockan eller inte, eftersom han vet när pappa är på gång att hämta honom, eller om han bara känner det ändå.

Ungefär sen april 2008 har Jonas ritat ansikten. Förr ritade han endast runt, runt, runt, men nu kan han rita hus, bilar, solar, teletubbies med mera. Han ritar ibland spontant sådant han sett och ibland ritar han saker som han blir tillsagd att rita. Han väljer medvetet vilka färger han ska använda och han tycker om färger.

Jonas leker eller fantiserar inte med saker utan snarare plockar han med dem eller leker till exempel en film han har sett. Han tycker om att gå runt och bara titta på saker. När han blir uppspelt och glad hoppar han och viftar med händerna framför kroppen. Han har bitit sig själv i handen och i sina tröjor under en period men inte nu längre. Han biter på naglarna men det har minskat sista året.

Jonas har ganska svag muskeltonus när han sitter. Han har svårt att hålla i pennan. Lärarna har tränat fram en skrivhand hos honom men när han håller pennan är det ofta med ett outvecklat grepp. Han sitter hängigt på stolen, och när han äter hänger han över bordet. När han sitter i bänken sitter han ofta på huk på stolen. När han däremot springer runt ute, eller har idrott har han bra kontroll över sin kropp och är medveten om den.

Han söker själv ögonkontakt och tycker om beröring. Han tycker dock inte om plötsliga eller höga ljud. Då skriker han, blir ledsen eller håller för öronen. Han har också reagerat kraftigt på ljudet av skolvaktmästerns traktor. Han hade en period då han blev arg och aggressiv men det har minskat.

3.7 Arbetet med Jonas

När jag våren 2007 arbetade på Jonas skola som musiklärare hade vi FMT tillsammans. Allting var inte idealiskt, så som rummen vi arbetade i och instrumenten vi använde, men det störde inte vårt arbete nämnvärt. Jonas förstod modellerna jag ställde fram. Han vandrade dock runt i rummet en del varje gång för att titta på saker och på barn som lekte

utanför. I FMT-metoden finns en kod som man kan använda för att locka tillbaka en adept till trummorna. Den koden fick jag användning av i mitt arbete med Jonas. Varje gång jag spelade den och väntade på hans gensvar kom han tillbaka till trumman för att svara mig. Enda gången detta inte fungerade var när han upptäckt att man kunde rita på den svarta tavlan. Han var inte alltid närvarande i nuet. Samverkan fungerade bra från och till men ibland ”gled han iväg” och då påminde jag honom genom att spela, vilket lockade tillbaka honom. Trots att han löste modellerna var de inte riktigt etablerade och han spelade helst på virveltrumman som stod i fokus framför honom.

Han spelade vartannat slag på trumman och vartannat slag på kanten av trumman. Modellen fanns där men cymbalen han skulle ha slagit vartannat slag på var antagligen för långt ut i periferin eller så tyckte han inte om ljudet. Stockarna gnuggade han en del mot virveltrummans skinn. Jag tror han experimenterade med ljuden. Jonas hade dålig KFU och satt ostadigt på stolen. Han verkade ha svag muskulatur i rygg och svank och inte så bra gravitationskänsla. Efter vårterminen slutade jag arbeta på Jonas skola, och vi slutade även med terapin.

Vi startade igen vårterminen 2008, i april. Jonas hade utvecklats mycket under året. När han väl satt sig på stolen efter någon minut, satt han sen kvar där hela sessionen. Han kom ihåg modellerna ganska bra. När vi spelade våren innan hade jag inga blåsinstrument. Nu när han spelade på dem kunde han inte blåsa i det ACME-instrument som ger störst motstånd. De andra gick bra. Han blåste flera gånger i varje instrument och klarade av att byta mellan instrumenten. Då och då citerade han filmer under sessionen. Han var aktiv men ibland frånvarande korta stunder. Trumstockarna gnuggade han på trumskinnet ibland. Jag satte honom en stund på en luftdyna för att han skulle sitta stadigare och samtidigt böja och sträcka rygg och svank. Det var lite ostadigt i början men han tyckte om det. Nästa terapisession, en vecka senare, var det första han gjorde när han kom in i rummet, att hämta dynan på flygeln, och sätta sig på den. Det verkade som att han själv kände att den var ”bra” för honom. Den gången spelade han på virveltrummans kant i stället för på cymbalen och ingenting fungerade förutom blåskoderna. Han kom på ett sätt att få ljud i ankan. Han vände på den och drog in luft istället för att blåsa. Vi fick en fin samverkan och han tyckte det var jätteroligt att blåsa, och suga. Gången efter klarade han av att blåsa i ankan, men han gjorde det väldigt löst och försiktigt. Hans pappa som var utanför rummet

frågade mig efteråt om det var Jonas som hade blåst. När jag svarade ja blev han förvånad och sa att han inte ens kan blåsa ut ljusen på födelsedagstårtan. Jonas ler och skrattar när jag avslutar koderna med glissandot på flygeln.

Nästa session ställde jag upp en trumma och en cymbal, och den här gången spelade han på cymbalen i stället för på virveltrumskanten. När han fick ankan började han blåsa ordentligt men vände ankan emellanåt och drog in luft för att få ljud. Vid avslut blåste han hårt.

Vid nästa tillfälle förstod han instrumentuppställningen. Modellen fanns kvar men han ville bara spela med höger hand. Det gjorde han både på vänster och höger sida. Jag bekräftade dock ändå när han spelade för jag fokuserade på samverkan. Han var även tvungen att hålla sig i stolen när han satt på luftdynan. Ankan sög han mest på denna gång.

Sjätte gången sjöng han tyst med i inledningskoden (spelas som välkomsthälsning varje gång). Vi arbetade med förhållandet mellan två ting och gick sedan vidare med att arbeta på båda sidor om kroppen samtidigt för att vidga den visuella perceptionen. Han klarade av det. Han fick stå upp och blåsa för att använda magstödet. Då började han vandra runt i rummet och citerade repliker från en film, blåste så hårt han kunde och brydde sig inte ett dugg om mig.

Sista tillfället innan sommaren testade jag en läsriktningskod och en kod för vidgning och omorganisation men där gick jag fram lite för snabbt. Jonas kunde inte lösa modellen. Han vandrade fortfarande runt i rummet under blåskoderna och brydde sig inte mycket om mig. Då blåste han endast i ankan och drog inte in luft en enda gång.

Efter sommaren den 12 september var det som att börja om från början igen. Jonas sjöng mest hela tiden och vi fick inget samspel att tala om. Gången därpå kunde vi fortsätta där vi slutat i maj. Han upptäckte sin spegelbild i flygeln och studerade sitt ansikte medan han spelade på blåsinstrumenten. Han citerade då också ur filmer. Så fort jag påminde honom, genom att blåsa i min anka, spelade han en liten stund igen.

Jonas vet exakt hur koderna är och vet när det är dags för avslut. Då väntar han innan han slår sista slaget, tittar på mina händer slår så sista slaget och lyser som solen när jag spelar glissandot på pianot. Han har hela tiden testat ljud, men nu gör han det mer aktivt. Han spelar svagt och starkt både på trummor och blås. Hans sittställning har varit ihopsjunken. Han har fått sitta på luftdynan och då har han rätat upp sig ett tag.

Hela hösten satt han framför flygeln och tittade på sin spegelbild medan han spelade en av blåskoderna. Under en annan vandrade han istället runt i rummet och citerade ur filmer och blåste ibland. När jag gjorde avslut började han blåsa länge och högt och viftade ofta med händerna samtidigt.

I november klarade Jonas att lösa en kod där två trummor läggs till, en vidgnings- och omorganisationskod. Han kunde behålla modellen även när han bytte stockar. Nästa gång försökte jag utöka med ytterligare två instrument men det var han inte riktigt mogen för än. Han klarade av att lösa läsriktningskoden som vi testat på våren men som han inte klarat då. Han letade också efter ankan som var sönder. Han saknade den.

Hans ”prestationer” varierade en del från gång till gång, antagligen beroende av vad som hänt tidigare under dagen och hur han mådde. Han verkade dock alltid tycka att det var roligt att komma till mig och spela.

3.8 Resultat av arbetet med Stina och Jonas

Stina hade när vi började, stora svårigheter med KFU, alltså med sin balans och stabilitet. Hon har blivit stabilare när hon sitter. Hon har hela fotsulan i golvet oftare och hon sitter inte så bredbent längre, även i vardagen. Hon rätar ofta på ryggen när hon spelar men så fort hon behöver koncentrera sig mer sitter hon ostadigare igen. Hon lutar då ofta armbågarna mot knäna för att stabilisera upp sig i sin sittställning och använder då inte sin svank. Hon är inte lika medveten om sin högra hand som den vänstra men hon har lättare att använda den numera.

Hon har fortfarande en tydlig sidoskillnad och svårt för separata sidorörelser. Sin tänkta kroppsliga mittlinje kunde hon inte korsa utan vred hela kroppen istället. Nu har hon betydligt lättare att rikta och samordna sina händers rörelser. Stina kan flytta ett föremål från ena handen till den andra, vilket hon inte kunnat innan. Hon kan även göra detta hemma. Förr flyttade hon till exempel kniven från ena sidan av tallriken till den andra med en hand. Nu tar hon den med ena handen och byter till den andra för att sedan lägga den tillrätta på bordet bredvid tallriken. Hon korsar alltså fortfarande inte sin mittlinje men

hennes händer kan samarbeta bättre. Nu kan hon också sätta tillbaka träningsgolfbollen på trumstocken när den har åkt av.

Stina har fortfarande svårt att greppa om saker och hon är stel i sina händer och handlederna är inte aktiva i rörelserna. Hon skakar fortfarande fram stockarna i handen så hon får änden inuti handen. När hon ska lämna tillbaka trumstockarna lyckas hon inte alltid rikta dem direkt till mina händer. Jag får vänta tills hon har hunnit korrigera sin rörelse till det önskade målet som är mina händer. Det har nu blivit mycket bättre. Även när hon spelar på instrumenten riktar hon sina slag bättre och kan slå lättare flera gånger på samma ställe på trumman. Stina har börjat spela olika starkt på virveltrumman och cymbalen. Hon spelar oftare, och längre stunder, med endast ett slag på varje instrument. I och med att hon har spelat gående har hon utvecklat sin antalsuppfattning. Samspelet fungerade bra. Hon har fortfarande ett synfel som påverkar hennes syn och avståndsbedömning. Avståndsbedömningen kan utvecklas.

Stina använder ”magstödet” när hon blåser och tar i väldigt mycket men har börjat anpassa styrkan. Hon blåser inte bara så hårt hon kan längre. Hon klarar av att blåsa både sittande och stående. Hon dreglar och har öppen mun ofta i vardagen. Samtidigt som hon började med FMT, började assistenterna säga till henne att hon skulle stänga munnen. Det har sedan dess blivit bättre och hon dreglar inte lika mycket längre. Hon har blivit uppmärksammad om att hon dreglar på ett tydligt sätt vid användandet av blåskoderna. Hon spelar alltid en stund och sedan tar hon ut instrumentet, sväljer och fortsätter sedan.

Jonas hade, när vi först började vårterminen 2007, svårigheter att hålla kvar modellen och behålla koncentrationen i nuet. Till våren 2008 hade han utvecklats mycket och i slutet av vårt arbete tillsammans hade han inte de svårigheterna längre. Modellerna kan han. I terapisituationen är hans koncentration i nuet mycket bättre. Han har bättre KFU. Sitter ofta mycket bättre på stolen, är stadigare med rakare rygg och med fotsulorna i golvet framför stolen.

Han har kommit igång med att blåsa och kan nu blåsa ut ljus. Han talar inte lika mycket för sig själv under terapin längre. I slutet av terapisessionerna tittar han på sin spegelbild i flygeln och pratar lite. Sin vänstra hand använder han mer än i början och är medveten om att han ska använda den. Han dämpar fortfarande cymbalerna, ibland direkt efter att han har slagit på dem. Ibland väntar han en stund och lyssnar ordentligt först innan han dämpar

dem. Han har inte tyckt om plötsliga ljud, och gör inte det än i vardagen. I terapin har det inte varit något han reagerat negativt på. Då har han skrattat och verkat förundrad istället. Något som blivit bättre är hur han reagerar på skolvaktmästarens traktor som jag nämnde tidigare. Han blir inte upprörd av den och håller inte så ofta för öronen när han ser eller hör den

Trumstockarna håller han ordentligt i och handleden är aktiv i rörelserna. Hans pappa säger att han har bitit mycket på naglarna tidigare men att det har blivit bättre det sista året. Vi har bra kontakt och samspel. Han vet precis vad som ska hända, i den utsträckning det går att veta, och han behöver inte ha ett schema att följa.

4. Resultatsammanfattning och diskussion

Praktikarbetet har varit lärorikt och de båda adepterna har skiljt sig åt ganska mycket. Arbetet med Stina har kretsat runt KFU, riktning av rörelser, förhållandet mellan två ting och etablerande av modellerna. Med Jonas har det handlat dels om modellerna och hans KFU men främst samverkan i nuet och hans egen bearbetning av ljudstimuli. Jonas har utvecklats mycket i kodsystemet vilket betyder att han har löst modellerna och den logik som finns i dem. Han använder nu båda sina händer utan problem och har en bättre sittställning. Stina har lättare att använda sin högra hand nu än i början. Jag tror det beror på att jag har försökt aktivera den genom att hon har fått spela med bollar med piggar på och olika trumstockar. Hon har även utvecklat förmågan att förflytta ett föremål från ena handen till den andra. Det är ett moment som ingår i en av blåskoderna. Blåsinstrumenten har antagligen påverkat hennes munmotorik också. Jag tror att det har hjälpt henne att bli uppmärksam på sin mun och att hon dreglar i blåsinstrumenten.

Varför vi inte kommit vidare i kodsystemet utan fortfarande håller på med två ting beror nog på olika saker. Dels att all utveckling tar tid men jag kan också tänka mig att det har att göra med hennes synnedsättning, stora sidoskillnader och att hon kanske har ett behov av att höra höga ljud. Hennes epilepsi kan också ha påverkat och påverkar kanske fortfarande hennes sinnesförnimmelser och funktioner. CP-skadan påverkar också. Hon har blivit medveten om att hon kan spela omväxlande starkt och svagt. Jag kan tänka mig att hon känner att hon har förmågan att kontrollera sina muskler och rörelser för att göra det nu. Samtidigt tror jag att hon njuter av de höga ljuden. Hon gör ljud med rösten när hon spelar och tar i med rösten när hon slår hårdare. Hela hon är med i rörelsen. Hon spänner hela sig när hon slår. Hennes avståndsbedömning har också blivit påverkad på ett positivt sätt. Stina riktar sina rörelser bättre nu än när vi började. Jag tror att det beror på terapin och hennes vilja att lyckas. Hon har fått bearbeta synintrycken av sina rörelser och känslan av dem och frustrationen över att hon inte alltid träffar där hon avser att slå. Det tror jag kan ha motiverat henne.

Stina börjar ofta spela på cymbalen men verkar inte lyssna på att jag inte bekräftar henne på pianot. Jag har funderat på om det kan bero på hur jag ställer fram modellen och

har kommit fram till att det i stor utsträckning nog är så. Cymbalen ställer jag fram sist och då är den det sista hon tittar på. Där ”fastnar” blicken och hon börjar spela på den. Jag har därför varit tydligare den senaste tiden med att rikta in trumstocken på virveltrumman, som står i fokus och som hon ska börja spela på. Då började hon oftare på virveln. Ett tag funderade jag på om det var lättare för henne att se cymbalen men så var antagligen inte fallet. Jag har märkt att mycket ligger hos mig som terapeut. Jag måste se till att adepten får de rätta förutsättningarna för att lyckas.

Trots att jag inte hade som ett tydligt mål att arbeta med Jonas KFU blev det så ändå under tiden vi arbetade. Han fick sitta på en balansdyna och jag försökte också ställa instrumenten på ett sådant sätt att han var tvungen att räta på ryggen för att kunna spela. Det visade sig att det hjälpte en hel del. Han sitter mycket bättre på stolen nu i terapin.

Stina har blivit lugnare, mindre stirrig och nervös över saker och jag tror att det kan bero på att hon känner sig tryggare i sin kropp än hon gjorde tidigare på grund av terapin. Hon har också utvecklats och mognat mycket sen hon flyttade hemifrån och det spelar nog in till en del. De som känner henne säger också att hon kan sätta ord på sina känslor bättre nu än innan och vågar till exempel ringa själv till kooperativet som hennes assistenter är anställda av.

Jonas förmåga att nu kunna blåsa ut ljus beror till stor del på terapin, där han motiverades att blåsa och upptäckte att det var roligt. Han testade och testade tills han lyckades. En annan faktor som troligtvis också spelade in var att han fick ett munspel ganska snart efter att vi börjat terapin. Det blev alltså något lustfyllt att blåsa. Han tycker väldigt mycket om ACME-instrumenten och han tycker mycket om sitt munspel. Hans pappa sa att när han är glad och upprymd viftar han med händerna, vilket är precis vad han gör när han spelar på ACME-instrumenten.

Han biter inte så mycket på sina naglar längre enligt pappan. Det kan bero på att han har fått spela på trummorna med sina händer och även att han spelat med trumstockarna. Han har då fått många känselupplevelser i händerna som kanske gjort honom mer medveten om dem. Jag hoppas att det ska kunna leda till att han får ett bättre grepp när han skriver.

Jag anser det också väldigt rimligt, med tanke på att vi har arbetat mycket med båda sidor av kroppen, att hans sidoskillnad har förbättrats på grund av FMT-metoden. Han är inte ovillig att använda sin vänstra hand som han ibland var när vi började spela

tillsammans. Nu, när han byter hand, slutar jag att spela och då byter han tillbaka och spelar med sin vänsterhand.

Att motivera Jonas har aldrig varit ett stort problem. Det som var lite problematiskt, speciellt i början, var att få honom att hålla kvar koncentrationen. Jag lyckades dock alltid, med en speciell kod locka tillbaka honom. Sedan vi började igen våren 2008 har det fungerat mycket bra. Stina har det inte heller varit några problem att motivera. Hon har tyckt att det har varit roligt ända från första stund och arbetat på hela tiden.

Som jag nämnde tidigare har jag tydligt märkt att mycket beror på mig som terapeut. Det handlar verkligen om att skapa de förutsättningar som adepterna behöver för att kunna lyckas. Om jag inte lyckas med det, går deras utveckling kanske långsammare eller så blir målen svårare än nödvändigt att nå. Tydlighet och lugn är viktiga delar i mitt arbete som terapeut. Det viktigaste av allt är att ”se” adepten, kunna observera och veta vad hon/han behöver. Det är inte alltid en lätt uppgift, men erfarenheter ger färdigheter. När man är mitt uppe i något kan det vara svårt att se de framsteg som faktiskt sker eftersom de inte alltid är så stora och märkbara. Allt måste få ta tid. Utveckling tar tid. Både min egen och mina adepters. Det går inte stressa fram ett resultat bara för att jag vill ha bekräftelse på det jag gör och känna mig duktig.

Jag har under arbetet, med mina adepter, tagit till mig att ingen kan allt perfekt från början. Det handlar inte om att det ska ske en utveckling för min skull, för att jag ska visa att jag kan. Det är klart att jag har arbetat med mina adepters bästa för ögonen, men det är lätt att ha för bråttom för att något positivt ska hända. Det positiva ligger i stunden. Just då i terapisessionen händer något fantastiskt varje gång. Det är glädje, det är upptäckt och samverkan. Det kan vara frustration som övergår i lycka över att äntligen lyckas. Det kan vara självförtroende som lyfter personer ur det jobbiga som omger dem. Det kan vara trygghet och vetskapen om att jag är duktig på något, jag kan! Sen om det sker en synlig utveckling i kroppsliga funktioner är det en stor bonus, men det är inte alltid det som är det absolut viktigaste. En dag finns det där, en förändring/utveckling av en kroppsfunktion till det bättre, en funktion som länge har ställt till problem för adepten.

Om jag skulle börja om från början nu skulle jag tro mer på mig själv och på något sätt vila i att jag håller på att lära mig. Jag skulle också vara tydligare med Stina. Jag skulle ha låtit henne stå upp och spela tidigare och hon skulle ha fått spela med tjockare trumstockar.

Hon skulle också ha fått spela mera med bara händerna för att bearbeta avstånd och kraft och få en rik känselupplevelse.

Med Jonas skulle jag ha tagit det lugnare från början med koderna. Inte gå vidare så snabbt utan låta honom experimentera ännu mer med ljuden och upplevelsen av olika stockar och avstånd. Då tror jag att vi hade kommit längre än vad vi nu har gjort. Även om jag hade börjat om skulle jag ha fokuserat först och främst på kontakten mellan oss och samverkan i nuet. Jag upplever det som något väldigt positivt att han varit så närvarande i nuet. Att han har verkat tycka om våra sessioner så mycket och mått bra av det och att han har tyckt om ljuden och njutit av dem. Han har sett mig i ögonen med glädje och upprymdhet och en förundran över vad han åstadkommit, speciellt med blåsinstrumenten. Kontakten är så viktig i utvecklingsprocessen, att vi gör det tillsammans och hjälper varandra.

Stina och jag ska arbeta vidare med förhållandet mellan två ting och att endast slå ett slag åt gången. Jag ska fortsätta bearbeta hennes KFU och balans genom att hon får sitta på en balansdyna, spela stående och gående och ha klossar under fötterna när hon sitter. Jag ska även bearbeta hennes läsriktning och bålrotation. Jag ska aktivera hennes högra hand mer och låta henne arbeta med tjockare stockar som hon kan greppa lättare men även låta hennes spela mycket med bara händerna och med bollar i händerna. Hon får då en bättre känsla för avståndet till trumman och hur hårt hon spelar.

Med Jonas ska samverkan fortfarande vara det primära i allt vi gör. Jag ska fortsätta att vidga koderna så att han får läsa av en större del av sin omgivning och samverka med den. Han ska få blåsa mycket, men också arbeta med läsriktning och bålrotation för att underlätta och ge honom ännu bättre förutsättningar att lära nya saker.

Jag tror att FMT-metoden har en positiv effekt på personer med autism. Den bygger på igenkännande och trygghet. Den är ickeverbal och på ett sätt väldigt kravlös. Allt får ske i adeptens eget tempo, efter hans egen vilja på hans nivå. Motivationen de behöver för att arbeta och utvecklas finns i metoden, i musiken, i attributen. Adepterna får också planera sitt handlande inför varje modell som ställs upp och varje gång den förändras. De får bearbeta sin tidsuppfattning under spelandet eftersom rörelsen adepten utför definierar tiden och koderna är bestämda melodier som blir lika långa varje gång (om terapeuten inte bedömer att den behöver vara kortare eller längre av olika anledningar) och

får då en ”känsla” av tiden. De här funktionerna (motivation, planering, tidsuppfattning) kallas exekutiva och är en del av autismsyndromet. Personer med autism har ofta svårigheter med dessa.

Personer med autism har svårigheter med omgivningen, att ta in det som finns runt omkring dem och dela uppmärksamheten av omgivningen med någon annan. I FMT-metoden kommer detta automatiskt fram eftersom terapeuten hela tiden finns där, i fokus, men utmanar adepten med att vidga omgivningen allt eftersom med fler attribut. Samtidigt som koderna påminner om att terapeuten är där tillsammans med mig som adept och det skapas då en kontakt mellan terapeut, adept och omgivning. Den delade uppmärksamheten bearbetas. Det uppstår ett socialt samspel, på personens egen nivå, som förhoppningsvis kan leda till en ökad social kompetens i andra sammanhang. Kanske inte jättestora förändringar, men förändringar som ändå får en positiv inverkan på personens liv och för människorna runt omkring.

Kommunikationsutvecklingen borde också kunna påverkas eftersom det skapas en kommunikation och samverkan i terapin, man kan nästan säga under lek. Adepten får nytta av den i liknande sammanhang till exempel i skolan med klasskompisarna. Det kan få till resultat att adepten blir mer uppmärksam på sin omgivning och den roll som han har i den. Jonas har till exempel börjat trösta de som är ledsna runt omkring honom vilket han aldrig gjort tidigare. Han blev då upprörd själv eller höll för öronen om någon var ledsen.

Eftersom det som sker i terapisituationen sker på adeptens villkor, där han är i sin utveckling, får han chansen att bearbeta det just han behöver. Jonas har fått experimentera med ljud och själv kunnat bestämma hur starkt det ska låta. Han har fått möjlighet att arbeta med den auditiva perceptionen och på så sätt bearbetat mycket. Det kan vara en anledning till att han inte tycker skolvaktmästarens traktor är otäck längre.

Jonas har också under sin tid i skolan lärt sig att lättare acceptera förändringar som sker i schema och liknande, bara det visas tydligt. Jag tror att det kan bli ännu bättre genom fortsatt musikterapi. I terapin vet han ungefär vad som ska ske varje gång men han är också medveten om att det kan komma till nya attribut och nya koder. Detta tror jag är en bra ”träning”, förändring i tryggheten men utan att det visas med bilder eller ord.

FMT-metoden är en källa till glädje. Den är en källa till upptäckter, upplevelser, självförtroende, förundran, förtjusning, så många positiva saker både för mig som terapeut

och för adepten. Lönen som jag som terapeut har fått när jag har sett in i mina adepters, av förtjusning, glittrande ögon, när Jonas lyckades få ljud i ACME-instrumentet, när Stina spelade för allt vad hon var värld på trumman och skrattade av glädje, då förstår man att det spelar roll det som händer i terapirummet. De lyckades med dessa saker på grund av att jag, som terapeut, gav dem förutsättningarna att lyckas på sin nivå. De utförde handlingen på grund av en intention, ett motiv, som ”gavs” dem i situationen.

Dessa mål som vi har börjat uppnå, utvecklingsprocesser som vi har påbörjat, tror jag att FMT-metoden har aktiverat. Genom att använda funktionerna som fanns från början, medvetandegöra dem, på ett lustfyllt sätt, utmana och locka i en ”kravlös” miljö har det kunnat ske en utveckling i rätt riktning.

5. Slutsats

All rörelse är en reaktion på ett intryck som registreras i hjärnan, tolkas, färgas, får en betydelse och leder till en intention, blir ett motiv, en vilja att utföra en handling. När jag öppnar munnen för att tala gör jag det för att jag vill förmedla något. När jag går är det för att jag vill komma någonstans och när jag lyfter handen till näsan är det för att jag vill klia mig. Vi har motiv till all rörelse. I arbetet med mina adepter måste jag kunna hitta de förutsättningar, utifrån deras erfarenhetsnivå, som ger dem den motivation de behöver till att utföra den handling som kan vidareutveckla dem.

Genom metoden, kan vi skapa en kontakt och samverkan genom att skapa intryck att reagera på. Analystabellen hjälper mig att observera adeptens erfarenhetsnivå så att jag kan lägga terapiarbetet på rätt nivå. Då blir terapin något lustfyllt och inte något som ger negativa känslor av otillräcklighet. Attributen i sig själva lockar till handling genom att finnas där. Som Lasse Hjelm (2004) påpekar, trummor är lockande att spela på. Du behöver inte ens använda trumstockar eller något annat att spela med, det räcker med händerna. Terapeuten, i en trygg miljö i kontakt med adepten, placerar attributen och skapar på så vis intryck att reagera på. Musiken ger motivation genom att fungera som bekräftelse av adeptens rörelser. När terapeuten lägger an inledningstonen skapas en ”spänning”, en uppmaning, en förväntan som lockar/motiverar till en motorisk aktivitet. Sedan uppmuntrar melodierna, genom bekräftelser av adeptens spelande på attributen och samverkan med terapeuten till fortsatt aktivitet.

Viljan att skapa, utforska, göra ”rätt”, ha roligt, slå hårt, slå löst, lära sig något nytt, samverka med någon annan, motiverar människor. Genom att ta tillvara på det och integrera det med musik ger det oss en enorm möjlighet att påverka en annan människa till att utföra en rörelse som kan hjälpa henne i utvecklingen, att helt enkelt motivera henne. Som Lasse Hjelm (2004) säger, hjärnan struktureras inte med ord utan genom handlingar du utför med kroppen och kroppsrörelser. Hjärnan behöver stimulans och nya utmaningar för att utvecklas och struktureras. Vi kan alltså genom FMT-metoden motivera till rörelse och då även till utveckling.

Jonas och Stina fick de förutsättningar de behövde till fortsatt utveckling genom små medel i en situation som för dem var lustfylld och positiv. En situation där de kunde. En situation där de inte tvingades göra det alla andra säger till dem att göra. På ett sätt fick de utföra de rörelser de själva valde att göra, eftersom det var på deras nivå och de motiverades av terapeutens bekräftande spel på pianot.

Förändring och utveckling kommer inifrån, men i kontakt med omgivningen. Vi kan som sagt bara skapa de förutsättningar adepterna behöver för att utveckling ska kunna ske. Rätt nivå och lagom utmaning i en positiv, glädjefylld miljö skapar motivation. Detta är något som behöver tas tillvara på i vårt samhälle, inte minst i skolans värld, där många barn kämpar med att lyckas i en miljö och på en nivå som inte passar dem. Möjligheter för dessa barn kan ges att utvecklas, och den motivation de behöver för att göra det, med hjälp av FMT-metoden.

6. Källförteckning

Allergren, A. & Massalsky, H., *CP - cerebral pares, Förekomst och orsaker.* [Elektronisk]. Stockholm: Neuroguiden. Tillgänglig: http://www.neuroguiden.se/Diagnoser.CP_-_cerebral_pares.Forekomst_och_orsaker.htm [2009-03-13] .

Ayres, J. (1983). *Sinnenas samspel hos barn*. 2. ed. Stockholm: Psykologiförlaget.

Ben-Menachem, E., Olsson, I. & Uvebrant, P. (2005). *Epilepsi.* [Elektronisk]. Göteborg: Apoteket. Tillgänglig: http://www.apoteket.se/content/1/c4/78/27/Neurologi_2.pdf. [2009-03-22]

Dyreborg, E. (1975). *Musikterapi*. Stockholm: Natur och Kultur.

Eriksson, H. (2001). *Neuropsykologi Normalfunktion, demenser och avgränsade hjärnskador*. Stockholm: Liber.

FASS 2008, (senast uppdaterad 2008-07-16). *Nervsystemets sjukdomar; Epilepsi*. [Elektronisk]. Stockholm: FASS. Tillgänglig: http://www.fass.se/LIF/lakarbok/artikel.jsp?articleID=6529 [2009-3-10] .

Förbundet för musikterapi, *Vad är musikterapi*. [Elektronisk]. Stockholm: FMS. Tillgänglig: http://www.musikterapi.se/musik.htm [2009-03-12] .

Granberg, A. (2007). *Det måste få ta tid: En studie av musikterapeuters verksamhet i skolan.* Stockholm: KMH Förlaget.

Granberg, A. (2000). *Tre svenska utbildningar i Musikterapi: En studie av inriktningar, arbetsfält och arbetsformer*. Stockholm: Centrum för musikpedagogisk forskning, MPC Kungl. Musikhögskolan/Stockholms Universitet.

Gillberg, C. & Peeters, T. (2001). *Autism Medicinska och pedagogiska aspekter.* Stockholm: Cura Bokförlag och Utbildning AB.

Hjelm, L. (2004). *Block 1–15*, Kompendiematerial. Opublicerat manuskript. Musikterapiinstitutet - centrum för Funktionsinriktad Musikterapi, Uppsala.

Hjelm, L. (2004). *MUISK Musik inför skolan - gruppmetodik*. Opublicerat manuskript. Uppsala: Musikterapiinstitutet.

Klasén McGrath, M. (2007), (senast uppdaterad 2007-09-20). *Autism hos barn.* [Elektronisk]. Stockholm: Vårdguiden. Tillgänglig: http://www.vardguiden.se/templates/Article.aspx?Articleid=3100

Klasén McGrath, M. (2008), (senast uppdaterad 2008-08-19). *Cerebral Pares*. [Elektronisk]. Stockholm: Vårdguiden. Tillgänglig: http://www.vardguiden.se/templates/Article.aspx?ArticleID=3205 [2009-02-25] .

Larsson, L. (2000). *Neurofysiologi En bok om hur hjärnan fungerar*. Lund: Studentlitteratur.

Hedström, A. (2008), (senast uppdaterad 2009-04-08). *Om epilepsi.* [Elektronisk]. Stockholm: Neuroportalen. Tillgänglig: http://www.neuroportalen.com/sv/ep/epilepsi.html

Pzifer , Medicinsk. [Elektronisk]. (senast uppdaterad 2008-03-18) A. Sollentuna: Pzifer Tillgänglig: http://www.pfizer.se/default____1827.aspx [2009-03-12] .

Pzifer , *Kirurgisk*. [Elektronisk]. (senast uppdaterad 2008-03-18) B. Sollentuna: Pzifer Tillgänglig: http://www.pfizer.se/default____1828.aspx [2009-03-12] .

Pzifer , *Övriga behandlingformer*. [Elektronisk]. (senast uppdaterad 2008-03-18) C. Sollentuna: Pzifer Tillgänglig: http://www.pfizer.se/default____1829.aspx [2009-03-12] .

Riksförbundet för Rörelsehindrade Barn och Ungdomar. (2009). *Cerebral Pares, Cp* [Elektronisk]. Stockholm: Riksförbundet för Rörelsehindrade Barn och Ungdomar. Tillgänglig: http://www.rbu.se/start.asp?sida=7295 [2009-03-11] .

Rindforth Gillgren, M. (2008), (senast uppdaterad 2008-10-19). *Epilepsi.* [Elektronisk]. Stockholm: Vårdguiden. Tillgänglig: http://www.vardguiden.se/templates/Article.aspx?ArticleID=3126 [2009-03-12] .

Ruud, E. (2001). *Varma ögonblick: om musik, hälsa och livskvalitet.* Göteborg: Bo Ejeby Förlag.

Svenska Epilepsiförbundet. (2009). *Om epilepsi.* [Elektronisk]. Sundbyberg: Svenska Epilepsiförbundet, Tillgänglig: http://www.epilepsi.se/om.htm [2009-03-12] .

Västerbro, N. 2008, (senast uppdaterad 2008-07-16). *Autistiskt syndrom*. [Elektronisk]. Stockholm: Autismforum. Tillgänglig: http://www.autismforum.se/gn/opencms/web/AF/Vad_ar_autism/autisktiskt_syndrom/ [2009-03-13] .

Västerbro, N. 2007, (senast uppdaterad 2007-11-19). A. *Om termen autism.* [Elektronisk]. Stockholm: Autismforum. Tillgänglig: http://www.autismforum.se/gn/opencms/web/AF/Vad_ar_autism/autismspektrumet/om_termen_autism/

Västerbro, N. 2007, (senast uppdaterad 2007-11-19). B. *Symtomtriaden*. [Elektronisk]. Stockholm: Autismforum. Tillgänglig: http://www.autismforum.se/gn/opencms/web/AF/Vad_ar_autism/autismspektrumet/symtomtriaden/ [2009-03-13] .

Västerbro, N. 2007, (senast uppdaterad 2007-02-23). C. *Begränsad förmåga till socialt samspel, del 1*. [Elektronisk]. Stockholm: Autismforum. Tillgänglig: http://www.autismforum.se/gn/opencms/web/AF/Vad_ar_autism/autisktiskt_syndrom/samspel_1/

Västerbro, N. 2007, (senast uppdaterad 2007-02-23). D. *Begränsad förmåga till socialt samspel, del 2*. [Elektronisk]. Stockholm: Autismforum. Tillgänglig: http://www.autismforum.se/gn/opencms/web/AF/Vad_ar_autism/autisktiskt_syndrom/samspel_2/

Västerbro, N. 2007, (senast uppdaterad 2007-02-23). E. *Avvikande kommunikationsutveckling, del 1*. [Elektronisk]. Stockholm: Autismforum. Tillgänglig: http://www.autismforum.se/gn/opencms/web/AF/Vad_ar_autism/autisktiskt_syndrom/kommunikation_1/

Västerbro, N. 2007, (senast uppdaterad 2007-02-23). F. *Avvikande kommunikationsutveckling, del 2*. [Elektronisk]. Stockholm: Autismforum. Tillgänglig: http://www.autismforum.se/gn/opencms/web/AF/Vad_ar_autism/autisktiskt_syndrom/kommunikation_2/

Västerbro, N. 2007, (senast uppdaterad 2007-02-23). G. *Avvikande kommunikationsutveckling, del 3*. [Elektronisk]. Stockholm: Autismforum. Tillgänglig: http://www.autismforum.se/gn/opencms/web/AF/Vad_ar_autism/autisktiskt_syndrom/kommunikation_3/

Västerbro, N. 2007, (senast uppdaterad 2007-02-23). H. *Begränsade beteenden och intressen, del 1*. [Elektronisk]. Stockholm: Autismforum. Tillgänglig: http://www.autismforum.se/gn/opencms/web/AF/Vad_ar_autism/autisktiskt_syndrom/intressen_1/

Västerbro, N. 2007, (senast uppdaterad 2007-02-23). I. *Andra vanliga symtom, del 1*. [Elektronisk]. Stockholm: Autismforum. Tillgänglig: http://www.autismforum.se/gn/opencms/web/AF/Vad_ar_autism/autisktiskt_syndrom/andra_symtom_1/

Västerbro, N. 2004, (senast uppdaterad 2004-06-03). I. *Andra vanliga symtom, del 2*. [Elektronisk]. Stockholm: Autismforum. Tillgänglig: http://www.autismforum.se/gn/opencms/web/AF/Vad_ar_autism/autisktiskt_syndrom/andra_symtom_2/

Zander, E. 2008, (senast uppdaterad 2007-11-19). A. *Vad beror autism på?* [Elektronisk]. Stockholm: Autismforum. Tillgänglig: http://www.autismforum.se/gn/opencms/web/AF/Vad_ar_autism/introduktion/vad_beror/

Zander, E. 2008, (senast uppdaterad 2008-07-16). B. *Introduktion om autism.* [Elektronisk]. Stockholm: Autismforum. Tillgänglig: http://www.autismforum.se/gn/opencms/web/AF/Vad_ar_autism/introduktion/ [2009-03-10] .