

Annika Rabe

FMT-metoden – ett slag för din vardag

Funktionsinriktad musikterapi
vid utmattningsdepression och
läs- och skrivsvårigheter

Handledare:
Anita Granberg och Barbro Matsson

Examinator: Lasse Hjelm

Funktionsinriktad musikterapi C-kurs
Examensarbete maj 2003

Innehållsförteckning

1.	Inledning och syfte	1
2.	Min bakgrund	2
3.	Musikterapiens historia	3
3.1	Musik och medicin under antiken	3
3.2	Medeltid och renässans	4
3.3	Upplysningstiden och fram till vår tid	4
3.4	Musikterapi i Sverige	5
4.	Metodbeskrivning	6
4.1	Teoribakgrund	6
4.2	En neuromuskulär metod	7
4.3	Individuell behandling	7
4.4	Arbetsredskap	8
4.5	Gruppverksamhet	9
4.6	Målgrupper	10
5.	FMT-kriterier	11
5.1	Stabilitet/instabilitet	11
5.2	Sidoskillnad	11
5.3	Separata sidorörelser	11
5.4	Bålrotation	12
5.5	Korsrörelser	12
5.6	Perception	12
5.7	Handutveckling	12
5.8	Modell/logik	13
5.9	Helhetskoordination	13
6	Koder	14
7	Fallbeskrivning 1	15
7.1	Bakgrund – utbrändhet/utmattningsdepression	15
7.2	Bakgrund – Kerstin	16
7.3	FMT med Kerstin	17
7.4	Resultat/diskussion	19
8	Fallbeskrivning 2	21
8.1	Bakgrund – läs- och skrivsvårigheter	21
8.2	Bakgrund – Viktor	22
8.3	FMT med Viktor	23
8.4	Resultat/diskussion	25
	Referenser	27

1 Inledning och syfte

Vid sidan av mitt ordinarie arbete som lågstadielärare har jag på halvfart studerat vid Musikhögskolan Ingesund, idag inlemmad i Karlstads universitet. Målet har varit att bli Diplomerad Musikterapeut inom FMT (Funktionsinriktad Musikterapi).

Under mina 25 år som lärare har jag träffat många elever med olika svårigheter. Trots att de har fått extra hjälp har inte alla nått den nivå som jag har tyckt att de borde. Idag har jag ytterligare en möjlighet att hjälpa dessa barn. Jag kan utan ord locka en individ att handla. Handlingarna leder till nya upptäckter, som ger erfarenheter och dessa erfarenheter är nödvändiga för individens utveckling. Jag har lärt mig att nya minnesspår kan banas i hjärnan och jag kan vara med och höja funktionsnivån, både hos barn och vuxna.

Kursen har bestått av både teoretiska och praktiska delar. Det teoretiska har bl.a. tagit upp utvecklings- och inlärningsteori, fakta om olika skadebilder och om hur hjärnan fungerar. Praktiskt har jag arbetat med adepter (adept = invigd lärjunge) med olika typer av funktionsnedsättningar. Jag har arbetat både med barn och vuxna. Det har varit mycket stimulerande. Genom mitt arbete med vuxna har jag sett en möjlighet att vidga mitt arbetsfält och även arbeta utanför skolans värld.

Syftet med mitt examensarbete är att sprida kunskap om FMT-metoden och förklara vad den innebär, samt kort beskriva musikterapiens historia. Jag vill att ledning och personal inom skolan, föräldrar och andra vuxna ska se FMT-metoden som ett verksamt sätt att höja funktionsnivån inom flera olika områden. Jag vill visa att man kan, på ett nivå- och individanpassat sätt, ”slå ett slag” och få vardagen att fungera bättre.

2 Min bakgrund

Musiken började tidigt i mitt liv. Inte så att mina föräldrar var musiker, men det var naturligt att sjunga för mig och med mig. Jag började så småningom spela piano i musikskolan och jag var också med i olika körer. Under tonårstiden var det många som spelade gitarr i min omgivning och även jag lärde mig spela ackord. En helt ny värld öppnades för mig. Det var lätt att spela och sjunga tillsammans med andra och det var också ett enkelt sätt att lära sig nya sånger.

1975 började jag min lärarutbildning. Där fick jag mina första grunder i musikteori. Det blev många aha-upplevelser. Plötsligt förstod jag varför och hur akordsmönstren upprepade sig och jag fick även lära mig att sätta ut rätt ackord. Men pianot använde jag mindre och mindre. Tänk så mycket enklare det var med gitarr. Det var lätt att skapa kontakt och även ordna en plats att vara på, när man ville musicera.

Jag har arbetat som lågstadielärare i 25 år och jag har även haft mina elever i musik. Det är lätt att få dem att sjunga av hjärtans lust. När de känner sig stolta, sträcker de på kroppen och det låter ännu bättre. Kan man dessutom ge dem en ram, ett förhållningssätt, vid ett uppträdande brukar det lysa om dem efteråt. De måste veta hur de ska gå fram, var de ska stå, hur de ska sitta, hur det kan kännas, vad som kan hända, alltså vara så förberedda som möjligt. Det gäller att skapa en trygghet så att inte allt känns nytt.

Under senare år har jag också haft musik med barn som går i träningskolan. Det är roligt att se hur de sträcker på sig, när musik är på gång. I mångas ögon tänds en liten extra glimt. Där är det verkligen viktigt att de får känna igen sig. Det är bra om strukturen är lika från gång till gång och att det inte är för mycket nytt. Det är roligt att se att de kan spela olika instrument utan att det blir kaos. De kan på uppmaning välja ett instrument och både börja och sluta spela när en viss signal kommer. Den här signalen får gärna vara instrumental. Det gäller att spara på orden.

Under hela mitt liv har jag egentligen förstått att musiken påverkar oss, men jag har nog aldrig kunnat sätta ord på det och inte heller tänkt på vad det kan betyda. Jag fick i samband med ett EU-projekt vara med på en föreläsning, där FMT-metoden presenterades. Det väckte nyfikenhet hos mig och helt plötsligt började jag se annonser om utbildningen och skickade in en ansökan. Under de här tre åren har det varit spännande att se, hur man med musiken som medel kunnat få ett samspel och en utveckling av funktioner, utan att behöva säga ett enda ord. Min förhoppning är, att jag ska kunna använda mina kunskaper i mitt arbete som lärare och där få ägna mig åt barn med speciella behov och stötta dem i deras utveckling.

3 Musikterapiens historia

Musik har funnits länge, troligen lika länge som det funnits människor. Mycket tidiga skrivna källor visar på ett samband mellan musik och medicin. Ett exempel är hur David spelade harpa för kung Saul. Han kände då lindring och den onde anden vek ifrån honom. (1Sam.16:23).

Vi kan historiskt sett skilja på en magisk, en religiös och en rationell uppfattning om vad sjukdom är. Enligt den magiska uppfattningen fanns det något "sjukt" inom personen. Genom musik, rytmer och klanger försökte man vända demonens kraft mot andra objekt. Enligt den religiösa uppfattningen var sjukdom gudarnas straff för synder eller brott mot regler. Här användes musiken som ett medel att komma i kontakt med gudarna för att därigenom få reda på vilket offer som krävdes, för att kunna bli frisk. Först med den rationella uppfattningen tänkte man sig att det fanns sjukdomsframkallande processer hos den sjuke. Musik har ansetts som en viktig del i det sociala livet och musiker har ofta haft ett nära samarbete med ledare i samhället.

3.1 Musik och medicin under antiken

Medicinen tog en vändpunkt under 500-talet f Kr. Man försökte då tolka vad sjukdom och hälsa egentligen var. Man observerade och använde sin erfarenhet och utslöt övernaturliga förklaringar och började se på saker på ett mer vetenskapligt sätt.

Pythagoréerna jämförde motsättningarna mellan jämna och udda tal och mellan det begränsade och det obegränsade. Man tänkte sig att naturen bestod av motsatser, men genom "harmonin" skapades ordning mellan motsatserna. Man talade också om en harmoni mellan tal och kropp. Fanns det harmoni betydde det hälsa och skönhet, stördes harmonin blev människan sjuk.

Vid sidan av matematik och medicin ägnade sig pythagoréerna åt musik. Där fann man en bekräftelse på läran om harmoni och tal. Musiken betraktades som en symbol för lagbundenheten i världen. Människans musik (*musica humana*) ansågs som den jordiska avbilden av harmonin ute i världsrymden. Rubbningar i "människans musik" kunde betyda sjukdom eller död. På så sätt kunde musiken bli ett medel att återupprätta harmonin, att skapa ett riktigt förhållande mellan det fysiska och det psykiska.

Platon såg världen som ett levande väsen utrustat med kropp och själ. Människan ansåg han vara en avbild av världen och därför fanns också de fyra elementen eld, vatten, luft och jord hos människan. Rubbades förhållandet mellan elementen ledde det till sjukdom. Det gällde att finna harmoni mellan kropp och själ. När det gäller musiken så gav Platon den en psykoterapeutisk uppgift. Den skulle bringa

ordning i en splittrad själ. Han ansåg att den rytmiska rörelsen var mycket betydelsefull.

Aristoteles såg ett värde i musikens olika uttrycksmöjligheter. Den kunde användas till fostran, rening eller bekräftelse av den högsta livsformen. Musiken borde därför väljas efter vilket mål den syftar till.

3.2 *Medeltid och renässans*

Under medeltiden vann den praktiska användningen av musik i behandling allmänt erkännande. Musikeryrket var ett av de medicinska hjälpyrkena. Redan under antiken pratade man om hur viktigt jämviktsförhållandet var mellan de fyra kroppsvätskorna. Människorna fick också nu råd om hur de skulle leva och på så sätt hindra att sjukdom uppstod. Kristendomen påverkade också läkekonsten. Läkarna fick ta hand om både kropp och själ. Var själen upprörd påverkade det också kroppen och vice versa. När det gällde musiken var man medveten om att olika sorters musik påverkade människorna på olika sätt.

Under renässansen lades mycket stor vikt vid stämningen. Man försökte också ge tonerna symboliska betydelser och på så sätt förstärka textens innehåll. Läkarna såg också musiken som en faktor som kunde motverka sjukdomar.

3.3 *Upplysningstiden och fram till vår tid*

Under upplysningstiden fortsatte man att använda musiken som sjukdomsförebyggande och vid behandling av både somatiska och psykiska sjukdomar. Mental sjukhus började byggas och där användes musiken som förströelse och lindring. Man trodde på att musiken hade en förmåga att uttrycka mänskliga känslor samtidigt som den framkallade bestämda känslor hos lyssnaren.

Den romantiska musiksynen dominerade under 1800-talet. Man trodde på musikens förmåga att förmedla en känsloupplevelse. Känslorna betraktades som en form av kunskap som nådde längre än intellektet. Det uppstod också en ny syn på psykiska sjukdomar där man trodde mer på själsliga orsaker. Musiken användes dock fortfarande som förströelse och som en form av smärtlindring. Under första hälften av 1900-talet hade musikterapi färre förespråkare, men sedan tog den ny fart igen.

I USA började man i mitten av 1900-talet att rehabilitera krigsoffer från andra världskriget bl.a. med hjälp av musikterapi. Den första utbildningen i Europa startades 1959 i Wien. När det gäller Norden började en utbildning i Norge 1978 och i Sverige 1981 vid Musikhögskolan i Stockholm.

3.4 Musikterapi i Sverige

Från mitten av 1900-talet fick man i Sverige höra talas om begreppet musikterapi. Det avsågs då ett planlagt musikärbete med bestämda mål. 1974 hölls en kort kurs med föreläsare från Norge, Danmark och Finland. Samma år bildades Förbundet för Svensk Musikterapi (SFM). Under 1980-talet skapades olika inriktningar eftersom man hade olika ideologier och arbetssätt. Detta resulterade också i att man valde att etablera sig vid olika utbildningsinstitutioner. Försök till integrering gjordes under 1990-talet. Tre nordiska musikterapi konferenser hölls, bl.a. en i Sverige, men FMT-metoden var inte representerad där.

Idag finns det egentligen tre olika inriktningar på utbildningen när det gäller musikterapi i Sverige. En utbildning finns på Sjöviks Folkhögskola i Dalarna. Man hade redan 1978 musikterapi som ämne på sin musiklinje. Detta har senare utvecklats till en musikterapi linje på basal nivå. För att skilja den från andra utbildningar användes beteckningen "Specialmusikledarutbildning".

Vid Musikhögskolan i Stockholm arbetar man med en psykodynamisk inriktning. För att få en god självkännetdom är egenterapi obligatorisk. Man orienterar sig också om angränsande terapiformer.

Den tredje utbildningen är funktionsinriktad, FMT-metoden. Den bedrivs idag på Musikhögskolan Ingesund och vid Musikterapiinstitutet i Uppsala. Denna utbildning har flera målgrupper som habilitering och rehabilitering, omsorg, funktionsnedsättningar och "må bra"-behandling.

Källor:

Granberg, Anita; Tre svenska utbildningar i musikterapi, 2000

Ruud, Even; Vad är musikterapi?, 1982

4 Metodbeskrivning

Funktionsinriktad musikterapi, i dagligt tal kallad FMT-metoden, är en metod skapad och utformad av Lasse Hjelm. Han arbetade under åren 1975–89 på Folke Bernadottehemmet och utvecklade där sin unika behandlingsmetod. Där fanns många med grava skadebilder, främst CP-skador. Han upptäckte att det inte gällde att spela för dem, utan istället att spela med dem. För att det skulle bli så optimalt som möjligt arbetade han med dem en och en. Genom musikens olika element som melodi, intervall och inte minst tystnad, lockades barnen att delta. Det kunde vara med en andning, blinkning eller ett ljud, men det viktiga var att det blev en reaktion. Efter hand arbetade Hjelm med olika former av funktionsnedsättningar och idag har FMT-metoden en bred bas att verka inom. År 1987 grundade han också Musikterapiinstitutet i Uppsala för att bl.a. sprida kännedom om metoden och utbilda FMT-terapeuter.

Ordet terapi kommer från det grekiska ordet *therapeia*, vilket betyder vård, behandling av sjukdom eller skada. I FMT-metoden är det musikterapeuten som nivåanpassar arbetet gentemot adepten. Eftersom vi arbetar både med barn och vuxna är adept ett bra ord som täcker alla åldrar.

4.1 Teoribakgrund

FMT-metodens idé stöder sig på olika personers tankar om barns utveckling. **Jean Piaget** säger att intelligens och utveckling består av aktivt handlande. Drivkraften är att människan hela tiden försöker anpassa sig till omgivningen. Under de allra första åren utvecklas barnet genom sina sinnen och rörelser. Senare börjar det tänka i symboler och språket utvecklas. Efter hand utvecklas det abstrakta och logiska tänkandet. Utvecklingen går framåt hos barnet, eftersom det hela tiden finns en lust att införliva nya saker bland det redan kända.

Britta Holle är en dansk sjukgymnast och gymnastiklärare, som arbetat både med normala och utvecklingshämmande barn. Hon anser att barnets motoriska utveckling sker i olika faser. Det börjar med reflexmässiga rörelser, som sedan övergår i symmetriska. Fler och fler rörelser blir viljestyrda och många blir senare helt automatiserade. Holle har också sett betydelsen av att ha en "arbetskontakt". Det gäller att stimulera barnet på så sätt, att det själv arbetar konstruktivt på sin egen utvecklingsnivå.

Gunnar Kylén talar om fyra olika utvecklingsnivåer, A-, B-, C-nivå och normalbegåvning. På **A-nivå** är rums- och tidsuppfattningen mycket begränsad. Personer på denna nivå kan ha en förståelse för begrepp som ligger nära deras primära behov, som säng – sova. De kan inte tala, men använder kroppsspråk eller signaler. Personer på **B-nivå** förstår sin närmiljö, men har ingen bild av det frånvarande. De kan tala och förstår bildsymboler och kan även skilja på t.ex. mycket och lite.

Konkreta handlingar betyder fortfarande mest. På **C-nivå** förstår man att det finns platser bortom de upplevda, personer som man inte träffat och annat som man inte själv upplevt. Personerna börjar förstå antal och kan lära sig läsa och skriva. Men att konstruera alternativa lösningar är inte lätt. Man är beroende av det invanda.

Parallellt med Lasse Hjelm har **Jean Ayres** utvecklat teorier om sinnesintegrering. Enligt henne sker det ett konstant flöde av sinnesintryck till hjärnan, inte bara från ögon och öron, utan även från kroppen i övrigt. Hjärnan måste organisera alla dessa intryck om individen ska kunna utvecklas. Fram till sjuårsåldern förnimmer hjärnan saker och tolkar sinnesintrycken direkt. Barnet arbetar mer motoriskt än psykiskt. När barnet blir äldre ersätts en del av den senso-motoriska aktiviteten av psykiska och sociala reaktioner. Människan tycker om sådant som främjar hjärnans utveckling. Därför vill barn röra sig, eftersom det stimulerar hjärnan. Om hjärnan inte kan integrera sinnesintrycken riktigt, kan det ha störande inverkan på många områden. Det kan bl.a. leda till inlärningssvårigheter och beteendestörningar.

4.2 En neuromuskulär metod

FMT-metoden är en neuromuskulär metod, som bygger på att impulser tillförs hjärnan genom muskler och nerver. Genom att bearbeta kroppsliga funktioner kan man påverka hjärnans funktioner. Människans sinnesorgan är utrustade med receptorer (sinnesceller) som reagerar på bestämd form av retning. Receptorerna omvandlar retningarna till nervimpulser, som går till sinnescentrum i hjärnan. Där kan de omvandlas till medvetna intryck. Hela tiden kan nya minnesspår skapas i hjärnan. Terapeuten ger möjlighet till handlingar, som leder till nya upptäckter och nya erfarenheter, allt för att individen ska fortsätta i sin utveckling. Kroppens aktiviteter skapar förutsättning för utveckling i hjärnan.

4.3 Individuell behandling

Funktionsinriktad musikterapi utförs endast som individuell behandling. Detta är mycket viktigt eftersom metoden skall skapa förutsättningar för

- egen reaktion
- egen handling
- egen tanke
- egen planering
- utan andras önskan/vilja/krav
- utan instruktion
- utan andras ord eller förmaning
- utan fysisk påverkan

FMT-metoden är en icke-verbal metod. Det förekommer alltså inga muntliga instruktioner eller kommentarer. Istället för verbalt beröm får adepten en upplevelse, bekräftad i samspelet med terapeuten. Adeptens unika upplevelse får arbeta vidare till nästa terapitillfälle. Med musiken som medel skapas förutsättningar för adepten att handla av egen vilja. Det är mycket viktigt att terapeuten är alert och anpassar nivån till adepten. Det ska hela tiden ges förutsättningar för utveckling

och inte misslyckanden. Terapeuten ska också undvika att försöka styra med ögonen. Kontakt och samspel skapas genom spelet.

I terapiarbetet strävar man efter att befästa den utveckling som sker. Det är alltså viktigt att utgå från den nivå som adepten befinner sig på, för att därifrån initiera en fortsatt utveckling. Intelligens, motorik och den känslomässiga utvecklingen följs åt. Ingen kan se hur hjärnan arbetar, men individens rörelserepertoar ger oss vetskap.

*”Man kan inte organisera en hjärna med ord
- man kan inte organisera en människa med ord!”*

Ur kurskompendium KOMP\Blok – 4 981009

4.4 Arbetsredskap

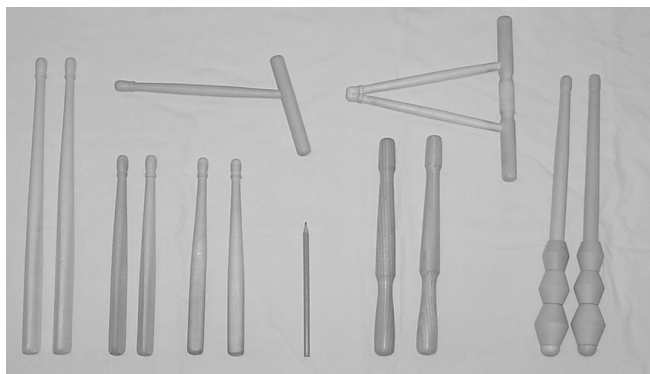
Terapeutens instrument är ett akustiskt piano. Det är viktigt att få så mycket vibrationer som möjligt och pianot ger också ett direkt ljud. Adepten använder trummor, cymbaler och olika blåsinstrument. Terapeuten skapar förutsättningar för spel. Genom att spela en ton på pianot manar man fram ett spel. Olika musikmodeller och strukturer lockar fram reaktioner och uttryck. När sedan adepten spelar bekräftas varje slag på pianot. Det är alltså adepten som svarar och som bestämmer tempot och terapeuten följer henne/honom. Hela tiden eftersträvas ett samspel mellan terapeut och adept. Det gäller att skapa en tillitsfull kontakt och med musikens hjälp skapa förutsättningar för ett agerande. Detta ger en möjlighet att initiera nya handlingsmönster, som kan leda till en förhöjd funktionsnivå.

Spelrummet bör vara så neutralt som möjligt. Det är viktigt att det ser likadant ut från gång till gång. Terapeuten sitter vid pianot, när adepten kommer in. I fokus finns en virveltrumma och två cymbaler uppställda i en grunduppställning. Virveltrumman är placerad i mitten och med en cymbal på varje sida. Där finns också en stol, som adepten kan sätta sig på. Terapeuten sitter vid pianot och pianots kortsida är vänt mot adepten. Detta gör att terapeuten finns i fokus framför adepten och kan på ett enkelt sätt observera henne/honom. Sedan utgår man från en av adepten kända uppställning, som kan varieras efter hand som utveckling sker.



Grunduppställning Foto: Annika Rabe

Adepten får använda flera olika trumstockar under terapin. Händerna har många receptorer, som kan skicka signaler till hjärnan. Stockarna har olika form, tyngd och längd och det gör att receptorerna får en mångfald av signaler, som hjärnan sedan får bearbeta.

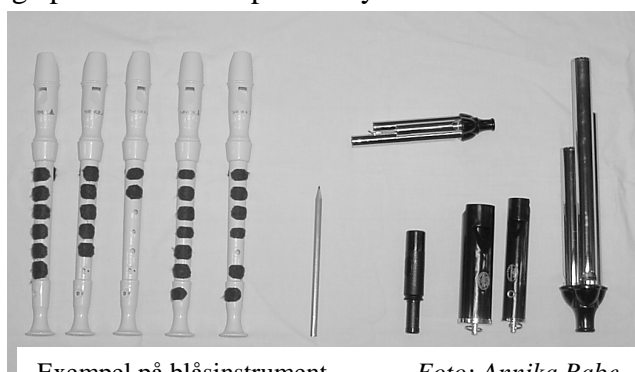


Exempel på trumstockar

Foto: Annika Rabe

Under terapistunden observerar terapeuten också hur andningen fungerar. Stress, oro och dålig kroppshållning kan ha en negativ inverkan på vårt sätt att andas. Det nyfödda barnet andas med naturliga pauser och i en perfekt rytm. Att man ska andas med magen har många hört. Det är magandningen

som vädrar lungorna maximalt och syresätter blodet på bästa sätt. Detta påverkar hur vi mår allmänt och vad vi orkar. För att bearbeta andningen har terapeuten till sin hjälp flera olika blåsinstrument. Inget av dessa instrument ställer några krav på att man ska kunna



Exempel på blåsinstrument

Foto: Annika Rabe

”spela”, utan här gäller det att anpassa tillförseln av luft för att få ljud. Samtidigt stimuleras munregionen. Även här finns många receptorer och informationen från denna region ger hjärnan många signaler att bearbeta.

En terapistund varar cirka 20 minuter. Man träffas inte oftare än en gång per vecka. Under terapistunden får adepten korta pauser, när terapeuten flyttar om attributen. Dessa pauser är också viktiga för terapeuten. Hon/han kan t.ex. avläsa om kroppsställningen ändras, om det finns en strävan efter att lösa nästa uppgift, om adepten söker kontakt med terapeuten.

4.5 Gruppverksamhet

Det finns dock en gruppverksamhet som kallas för MUISK (MUSIK Inför SKolan). Den vänder sig främst till 6-åringar. Musikterapeuten arbetar tillsammans med en ledare, ”en agerande spegel”. Utan muntliga instruktioner byggs aktiviteterna upp stegvis. Barnen blir uppmärksamma och uppövas i avläsning, vilket är grundläggande i deras läs- och skrivutveckling. Musikmodellerna är väl strukturerade och genom rörelseaktiviteter förbättrar man kroppskontrollen och får också en bättre uthållighet. På olika sätt bearbetas också deras andning. Upplevelsen av

musik bör vara positiv. Varje barn får känna sin egen puls. De får också spela och uppleva bekräftelse på det de gör. Vid flera tillfällen får de vänta på sin tur och höja sin auditiva perceptionsförmåga (ta in och tolka det man hör).

4.6 Målgrupper

Idag finns det cirka 150 diplomerade musikerapeuter (FMT) i Sverige. Dessa är kompetenta att bearbeta problem och avvikelser enligt nedanstående kategorier:

- kategori 1* **HABILITERING-REHABILITERING**
*födselskador (ex CP) – muskelsjukdomar – olycksskador –
hjärninfarkter*
- kategori 2* **OMSORG**
*begåvningshandikapp – beteendestörningar – autism och
liknande – viss psykiatrisk vård äldrevård – demenser*
- kategori 3* **FUNKTIONSNEDSÄTTNINGAR**
*läs-och skrivsvårigheter – dyslexi – matematiksvårigheter –
koncentrationsproblem DAMP – ADHD – ADD – Asper-
gers syndrom – vissa psykiatriska problem*
- kategori 4* **EGENVALD FMT-behandling**
”må-bra” behandling

Ur Hjelm Fold\4-info99

5 FMT-kriterier

Lasse Hjelm har formulerat ett antal kriterier, som beskriver viktiga grundförutsättningar för en normal, allmän funktionsnivå hos en individ. Dessa kriterier finns med i terapeutens tänkande under terapistunden. Utifrån adeptens funktionsnivå kan hon/han med hjälp av kriterierna avgöra vilken inriktning terapiarbetet ska ha. Vid observationen kan terapeuten använda en problemskala i fyra steg (0 inga, 1 märkbart, 2 påtagligt, 3 extremt). Det görs en bedömning vid varje kriterium. Denna analys görs vid flera tillfällen och man kan då se vilken utveckling som har skett. Det är viktigt att även följa upp adepten i vardagssituationen. Överföringseffekter är vanliga och viktiga. Det kan vara att självförtroendet, koncentrationen, uthålligheten, sömnen, initiativförmågan och det sociala samspelet ökar. Här följer en kort beskrivning av kriterierna.

5.1 *Stabilitet/instabilitet*

Har du en funktionell stabilitet och fötterna har en stabil kontakt med underlaget kan du hålla upp kroppen. När du sitter, kan du med hjälp av "sittknölarna" få en stabil kontakt med stolen. Om detta fungerar har du också bra balans. En god stabilitet är en viktig grundförutsättning. Den hjälper kroppen att fungera på ett ändamålsenligt sätt. Därför har stabiliteten fått ett eget begrepp, nämligen KFU, som betyder **K**änsla **F**ör **U**nderlaget. Brister stabiliteten av någon orsak, påverkas individen negativt.

5.2 *Sidoskillnad*

Normalt har alla en viss skillnad mellan höger och vänster sida. Överstiger skillnaden den vanliga dominansen, kan det bli problem med den allmänna kroppskontrollen, hållningen och stabiliteten. Det kan också vara svårt med perceptionen, eftersom varseblivningen av omvärlden på höger respektive vänster sida är på olika nivåer.

5.3 *Separata sidorörelser*

Det krävs god kroppskontroll och stabilitet för att kunna utföra två olika saker samtidigt. För att t.ex. skrivandet ska fungera bra, måste en hand kunna hålla pennen och den andra handen ligga avslappnad på bordet. Blir det medrörelser så fungerar inte tvåsidigheten tillfredsställande. När man utför separata sidorörelser integreras flera sinnen. Hjärnhalvorna strävar efter att kommunicera med varandra.

5.4 Bålrotation

Bålrotationen börjar utvecklas vid 8 månaders ålder och brukar normalt vara klar vid 12 års ålder. Det är alltså en lång och omfattande del i utvecklingen. Den är också avancerad, eftersom den övre kroppshalvan ska frikopplas från den nedre. Samtidigt måste muskelsystem anpassa sig för att behålla t.ex. balans och rörlighet. Det har visat sig, att många som har dåligt utvecklade bålrotation, också har problem med stavning och högläsning.

5.5 Korsrörelser

Att kunna korsa armar, eller andra kroppsdelar, över medianlinjen (kroppens tänkta mittlinje) är ingen självklarhet. Det måste finnas väl utvecklade förbindelser över hjärnbalken för att det ska fungera. Samtidigt är detta en viktig grundfunktion för människan och den har betydelse för inläringen.

5.6 Perception

Ett litet barn har en begränsad och snäv perceptionsvidd. Det behöver få all information rakt framifrån. Successivt breddas varseblivningsförmågan och det blir större samverkan med omgivningen. Förmågan att uppfatta, urskilja, lokalisera och tolka de sinnesintryck som når oss är mycket viktig. Störs man av ovidkommande stimuli kan man få svårt att koncentrera sig. Det blir också svårt att se mönster och få sammanhang i sina upplevelser. Det är ett stort steg i utvecklingen att kunna ta in intryck, bearbeta och ha kontroll även över det som händer vid sidorna. Den totala perceptionen kan delas in i auditiv (hörsel), visuell (syn), taktil (beröring), kinestetisk (kroppens rörelser) och vestibulär (balans) perception. Inom FMT anser vi att den auditiva är ledande. Det är vanligt att du hör ett ljud och sedan söker med blicken varifrån det kommer. Detta leder fram till följande devis: ”*örat leder ögat – ögat leder handen*” (Hjelm block 10 sid. 20)

5.7 Handutveckling

Händerna har många receptorer. Till och från detta område finns många nervförbindelser och av det följer, att ett stort område av hjärnan bearbetar intrycken från just händerna. Genom att iaktta hur adepten håller trumstockarna, kan man få en uppfattning om hur långt hon/han har kommit i sin utveckling. Man kan också observera handleden, om den är stel eller inte. Det är också viktigt att ge akt på hur greppet är på höger respektive vänster sida och om det förändrar sig, när man spelar olika koder. Finns det möjlighet att utveckla handens funktion, är det också möjligt att påverka grundförutsättningarna för läs- och skrivförmågan.

5.8 Modell/logik

Terapeuten ställer upp trummor och cymbaler efter en logisk struktur. Adepten förväntas spela på dessa utan några anvisningar. Det gäller alltså för adepten att ta initiativ och lösa problem och försöka få igång ett samspel med terapeuten. Samspelet är den motivation som behövs för att kunna gå vidare med fler modeller. Det är också intressant att se, om en modell behålls när fler instrument läggs till.

5.9 Helhetskoordination

Här tittar man på hur samordningen av adepts rörelser sker. Kan hon/han planera sina handlingar och anpassa kroppen till det som ska göras? Utnyttjar hon/han t.ex. balansen och stabiliteten i kroppen för att så ändamålsenligt som möjligt utföra uppgiften? Vi observerar också hur koordinationen mellan öga/hand och hand/fot är. Om hon/han kan koncentrera sin energi till uppgiften, kan det samtidigt skapas minnesspår i hjärnan och en utveckling sker.

6 Koder

Musiken utgörs av ett speciellt kodsystém (olika melodislingor), som Lasse Hjelm har komponerat. Den hjälper till att skapa strukturella minnesspår i hjärnan och på så sätt åstadkoms omedvetna handlingar, som senare organiseras till förmån för adepten. Hela tiden används koder som är anpassade till adeptens nivå och behov. Musiken är medlet att locka fram olika handlingar.

Kod 1 – 4 och 11 har inga eller få attribut. Musiken kan användas som välkomnande eller lugnande. Det finns även en spänning i musiken, som används för att få en reaktion från adepten och få igång samspelet. Terapeuten observerar också om adepten upptäcker alla attribut.

Kod 5, 6, 10 och 14 bearbetar bl.a. läsriktning och bålrotation. Här kan man också notera eventuell sidoskillnad.

Kod 7 – 9 visar adeptens perception och om hon/han behåller en modell, när det blir flera instrument. Från att ha arbetat samtidigt med båda händerna kan man gå vidare och även arbeta med separata sidorörelser.

Kod 13 finns i flera olika varianter. Olika blåsinstrument används och andningen, som är så viktig för välbefinnandet, stimuleras och bearbetas. Adepten kan också aktivera en hand i taget. Samtidigt skapas en modell för att lämna över saker från den ena handen till den andra.

Kod 15 används när man arbetar med korsrörelser. Här observeras adeptens förmåga att lösa problem och hålla kvar en modell.

Kod 20 och 23 kallas för fria koder. Där kan adepten följa terapeuten. Attributen är olika varje gång och placeras på olika sätt.

Inom varje kod finns det många variationsmöjligheter. Genom att höja, sänka eller vinkla attributen bearbetas olika funktioner. Adepten kan sitta på olika stolar eller stå på olika sätt och använda olika trumstockar under terapistunden. Även om man bara använder några få koder är det ändå stimulerande för adepten.

7 Fallbeskrivning 1

Kerstin, förskollärare, med symtom på utbrändhet.

7.1 Bakgrund – utbrändhet/utmattningsdepression

Ordet ”utbrändhet” har enligt Björkman, Joneborg och Klingberg Larsson (2002) olika innebörd för olika personer. Det är en översättning av ”burnout”, det internationellt vedertagna namnet för arbetsrelaterade stressreaktioner. Den nuvarande definitionen har funnits sedan mitten av 70-talet. Den beskriver vad som kan hända i ”kontaktyrken”, t.ex. inom vård och skola, där man arbetar utan att ha tillräckligt med tid för återhämtning och med bristande resurser. Dessa yrken är också emotionellt krävande.

Testet The Maslach Burnout Inventory (MBI) är skapat av Christina Maslach. Det används av företag och forskare för att fastställa hur anställda upplever sina arbeten. Det är alltså inriktat på människors personliga upplevelser. Enligt Maslach och Leiter (1997) finns testet i tre versioner. Human service Survey passar bäst för vårdirken. Educators Survey är mer inriktad på läraryrket. Den tredje versionen, General Survey, går att använda inom flera yrken. Där betonas den svarandes förhållande till arbetet i allmänhet.

Det är tre centrala sidor av en persons upplevelser av arbetet som MBI mäter, nämligen energi-utmattning, engagemang-likgiltighet, och prestationer-otillräcklighet. Man får ingen klinisk diagnos med detta instrument, utan det beskriver en process.

Om man utgår från det som MBI mäter finns det sex vägar till större harmoni mellan människor och deras arbete enligt Maslach och Leiter (1997). För att få ett bättre arbetsliv behöver den arbetande människan

- en rimlig arbetsbelastning
- kontroll över arbetssituationen
- bli sedd och belönad
- arbetsgemenskap
- klara riktlinjer för befordran och rättvisa
- meningsfullt arbete utan konflikter

Om kraven på arbetsplatsen är för stora samtidigt som man saknar kontroll över sitt eget arbete uppstår ohälsa. Kroppens stresssystem är ständigt påslagna eftersom individen är i beredskap för att hantera den omöjliga situationen. Samtidigt finns det små möjligheter till återhämtning. Naturligtvis medför det slitage på kroppen. Det kan visa sig som värk i axlar och nacke, sömnsvårigheter, trötthet, koncentrationssvårigheter eller minskad stresstålighet.

Björkman m.fl. (2002) anser inte att det finns någon enskild teori som kan förklara hela fenomenet utbrändhet. Det finns mycket som talar för att det är flera faktorer som samverkar. I en viss situation kan en personlig egenskap innebära sårbarhet. Samtidigt kan arbetsplatsen ge en yttre belastning. Detta kan samverka så att dåliga eller goda mönster förstärks.

Författarna försöker också besvara frågan varför sjukskrivningarna ökat. De anser att det beror på flera orsaker. Dels är det en neddragning av arbetskraft, dels har det skett många förändringar på arbetsplatserna. Projektanställningar har också ökat. Inom dessa anställningar ställs stora krav på flexibilitet och det medför ökad belastning, otrygghet och stress för den enskilde individen. I hela samhället märks ett ökat tempo och ofta är det kortsiktiga mål som premieras. Idag hör man ofta att årets budget måste hållas. Är det då en verksamhet som innehåller mycket personlig kontakt så är det mänsklig arbetskraft man kan dra ner på. Detta innebär att färre personer ska utföra lika mycket arbete som tidigare. Då är det lätt att hamna i utmattning, cynism eller otillräcklighet som Maslach och Leiter (1997) anser vara utbrändhetens dimensioner.

Vad är det som gör att människor söker vård? Enligt Björkman m.fl. (2002) är det främst två orsaker man kan urskilja. Ofta är det någon form av kränkning eller att man glömmer självklara saker som hur man sätter på diskmaskinen. Mediernas intresse för problemet kan också bidra till att människor söker hjälp. Det kan även bli en "ketchupeffekt" på ett företag. Har en anställd blivit sjukskriven kan andra arbetstagare, som är på gränsen till utbrändhet, också söka hjälp.

Den person som söker hjälp för begynnande STUR (stressutlöst utmattningstillstånd) har ofta symtom från både kropp och själ. Det kan vara oro, nedstämdhet, koncentrationssvårigheter, sömnsvårigheter, ökad muskelspänning, spänningshuvudvärk och överkänslighet för sinnesintryck.

Författarna skriver också om vilken behandling som är lämplig för STUR-patienter. De behöver saklig, medicinsk information. En mycket viktig sak är stressavlastning. Det innebär sjukskrivning för de allra flesta patienter. I ett tidigt skede behöver man ta reda på om patienten har en depression. Flertalet patienter har sömnstörningar och eftersom sömnen spelar en viktig roll för återhämtning, behöver dessa symtom behandlas. De ger också förslag på olika psykoterapier och fysioterapier som kan användas i behandlingen. Det är olika jag-stärkande terapier och traditionella avslappningsbehandlingar. Min praktiska teori visar att även Funktionsinriktad Musikterapi är en lämplig behandlingsform.

7.2 Bakgrund – Kerstin

Kerstin är utbildad förskollärare och har varit verksam i nästan 30 år. 1998 flyttade hon, tillsammans med sin familj, tillbaka till sin hemkommun. Hon började då arbeta med en liten grupp barn med särskilda behov. Arbetet var intressant, men Kerstin blev mobbad på arbetsplatsen och av den anledningen började hon må

dåligt. Hon var sjukskriven under en kort period för värk i axlar och nacke. Heltid blev inte den avkoppling som de brukade vara. Men trots alla svårigheter fortsatte Kerstin jobba heltid.

Nästa läsår förflyttades barngruppen till en annan skola och Kerstin flyttade med. Hon trivdes bra med sina arbetskamrater. Tyvärr fanns det flera olösta frågor när det gällde hennes arbetsuppgifter, eftersom det inte var självklart hur hon skulle arbeta med de här barnen. Hon jobbade heltid fram till påsk. Under lovet hade hon svårt att komma ur sängen. Hela kroppen värkte, benen svullnade och hon hade svårt att vrida huvudet. Efter kontakt med läkare blev hon sjukskriven, men hon hade svårt att acceptera detta. Från att ha varit en aktiv och kompetent person, som inte var rädd för utmaningar, orkade hon nu inte med sig själv och hade inget självförtroende.

Från augusti 2000 och framåt har Kerstin mestadels varit sjukskriven 50 %. Vid varje längre lov har hon upplevt en försämring. Ledigheten har inte blivit den avkoppling och återhämtning som hon har trott. Istället har hon velat vara ifred och helst inte träffa någon, inte ens sin familj.

Jag lärde känna Kerstin när hon blev min arbetskamrat 1999. När jag började mitt FMT-arbete var jag helt inriktad på att arbeta med barn. Men under tiden väcktes en tanke att även arbeta med vuxna. Det kunde ge mig ytterligare en utmaning. Det gav mig också en möjlighet att arbeta med en person som har en vanligt förekommande diagnos. När det gäller diagnosen utmattningsdepression finns det inga entydiga rehabiliteringsåtgärder, eftersom den enskilda individen har så olika behov. Av den här anledningen frågade jag Kerstin om hon ville delta och hon sa ja.

7.3 FMT med Kerstin

Januari – mars 2002, fyra gånger

Kerstin löste utan problem de uppställningar jag gjorde. Hon upptäckte snart att jag bekräftade slagen och lyssnade därför in mig. Jag observerade att både bålrotation och svankarbete fanns. Men hon ville gärna ha attributen nära sig och höll mycket långt ut på stockarna. Höger handled var mycket stelare och handgreppet var oftast tumstyrt. Handgreppet i vänster hand var svårt att avgöra, men handleden fungerade bättre och det berodde nog på att Kerstin är vänsterhänt. Kerstin var instabil. Hon höll armarna intill kroppen, höll ihop knäna, vinklade ut hälarne eller knep med tårna runt klossarna.

September – december 2002, sex gånger

Kerstin fick fortsätta att bearbeta sitt handgrepp och sin instabilitet. Hon gjorde det genom att stå och spela, sitta på olika saker, använda olika sorters stockar och

med attributen vinklade på olika sätt. Det ingick även spel på bastrumma. Höger hand blev mer och mer pekfingerstyrd. Jag kunde konstatera att vänsterhanden hade ett bra grepp, fastän hon höll långt ut. Vid mer komplicerade uppställningar observerade jag en återgång till ett tidigare handgrepp. Det märktes tydligast i höger hand, där greppet blev tumstyrt. Jag kunde också märka på handgreppet om Kerstin var trött när hon kom.

Februari – mars 2003, två gånger

Det pekfingerstyrda greppet fanns kvar i höger hand. Nu var det bara vid något enstaka tillfälle som det blev tumstyrt. Stabiliteten var bättre, men om jag ställde upp attributen på ett nytt sätt kunde det bli medrörelser i mun eller ben.

Sammandrag av Kerstins egna anteckningar

Kerstin har under den här tiden fört egna anteckningar om vad hon har upplevt. Jag har fått ta del av dessa och skrivit ner dem. Kerstin har godkänt mitt nedtecknande.

- 24/1-02 Det var svårt att veta hur jag skulle spela. Jag fick pröva mig fram. Efter ett tag kände jag mig säkrare. Efter denna första gång kände jag mig upprymd och ”pratig”, nästan lite flamsig, men samtidigt mer självsäker. Det var en underlig, men ändå rolig upplevelse.
- 7/3-02 Jag började förstå mer och mer vad Annika menade utan att hon sa något. Kände mig leende och lite fnittrig efteråt.
- 14/3-02 Jag hade svår huvudvärk när vi började spela. Jag var faktiskt tveksam till om jag skulle spela över huvudtaget. Efter ett tag lättade värken, för att sedan helt släppa. Det var en mycket skön känsla, men det var svårt att förstå att det kunde bli så här.
- 21/3-02 Jag var ganska trött när jag började spela. Upplevde ingen speciell skillnad efteråt heller.
- 23/9-02 Jag tyckte det var positivt att få vara där. Det kändes roligt att få ha musikterapi.
- 14/10-02 Jag kände mig mycket trött och fick verkligen tvinga mig till att göra som Annika önskade. Jag hade svårt att låta bli att tänka på annat.
- 21/10-02 Jag kände mig trött och stel, men det var samtidigt bra att få röra mig och slå på trummorna. Efteråt kände jag mig mer mjuk. Jag var också mer avslappnad.

- 18/11-02 Allt kändes bra. Jag var trött i början, men plötsligt kände jag att jag bara log. Jag blev lite full i skratt. Kände mig faktiskt lite ”komisk”.
- 25/11-02 Jag hade varit på utflykt hela dagen och var jättetrött när jag kom tillbaka. När Annika frågade om jag skulle ha musikterapi var jag mycket tveksam. Jag var inte säker att jag skulle orka, men jag försökte i alla fall. Efter halva tiden började jag le och kände att jag blev pigg. När passet var slut var hela min trötthet som bortblåst. När jag kom hem var jag fortfarande pigg och kände för att baka bullar. I vanliga fall brukade jag vara väldigt trött när jag kom hem. Många gånger har jag lagt mig en stund. Detta var en mycket märklig upplevelse.
- 16/12-02 Jag hade ganska ont i axlarna när jag började spela. Kände mig trött och okoncentrerad. Jag upplevde att det var svårt att spela.
- 17/2-03 Jag kände mig tyngd av gamla saker som hänt i mitt liv. Jag pratade lite med Annika om det innan vi började. Efter ungefär halva tiden kände jag mig lycklig och fri. Jag fick ett skrattanfall som var så stort att jag hade svårt att spela. Jag fick verkligen skärpa mig för att kunna fortsätta spela. I mitt inre såg jag en härlig vinterdag och att min älskade man mötte mig. Resten av musikterapien kände jag mig glad. Den känslan fanns kvar efteråt och jag kände mig både glad och fri.
- 3/3-03 Jag var lite trött och stressad men kände mig ändå glad över att få gå på terapin. Jag hade lite svårt att spela och fick försöka skärpa mig. Jag tyckte att jag hade svårt att koncentrera mig. Jag kände mig ändå ganska pigg när jag kom hem.

7.4 Resultat/diskussion

När jag observerade Kerstin hittade jag inte så mycket att bearbeta. Men idag kan jag konstatera att handgrepp och stabilitet är bättre. Det viktigaste är ändå att Kerstins allmänna välbefinnande har förbättrats. Jag har sett att hennes självförtroende har ökat och att hon oftare säger vad hon tycker. Hon ser ut att må bättre. Vid flera tillfällen under terapin har det kommit förlösande tårar hos Kerstin. Leenden och skratt har också förekommit med jämna mellanrum.

Terapitillfällena har varit mycket utspridda, eftersom Kerstin inte alltid har kunnat gå ifrån sina ordinarie arbetsuppgifter. Trots detta har det fungerat direkt i början av varje ny terapitund. Ibland har det varit sämre stabilitet eller tillbakagång i handgreppet. Om det beror på att det har varit långt emellan eller på hur Kerstin har mått rent allmänt är svårt att säga. Jag tror på det senare. Det hade varit intressant att få pröva en mer intensiv period med terapi varje vecka och sedan ha en

period med terapi var tredje vecka. Skulle Kerstin uppleva någon skillnad och i så fall på vilket sätt?

Det har varit bra för mig att jag har kunnat använda så många koder i mitt arbete med Kerstin. Det har gett mig god träning. Det har varit intressant att få jobba med en vuxen. De vågar ofta inte pröva lika mycket direkt och är mer rädda för att göra fel än vad barn är.

Kerstin har hela tiden arbetat med stor koncentration. När hon har kommit in och satt sig har vårt gemensamma arbete stått i fokus. Några gånger har vi blivit avbrutna av personer som kommit in i rummet, men det har inte stört henne. Hon uttryckte sig ungefär så här en gång: *Här kommer man och känner sig trött, stressad och helt ointresserad. Men när jag väl har satt mig, blir jag helt koncentrerad på dessa trummor och jag glömmmer allt annat. Och så sitter jag där och bara spelar och spelar. Det är inte klokt! Sen går jag ut ur rummet och ofta känner jag mig avslappnad. Det är fantastiskt!*

8 Fallbeskrivning 2

Viktor, 9 år, aktiv pojke med läs- och skrivsvårigheter.

8.1 Bakgrund – läs och skrivsvårigheter

Enligt Sjødén (1995) måste man i förväg veta vad man ska säga när man talar. Det egentliga talet är det tysta, tänkta talet. Man måste också få feedback från sin egen röst och/eller munrörelser. Det man redan har sagt måste undan för undan släckas ut, för att inte verka störande. Tal produceras från vänster hjärnhalva, men höger hjärnhalva är med och ger talet en känsloton. När vi lyssnar till tal så hörs samma ord i båda öronen. Båda hjärnhalvorna får samma information, men de bearbetar intrycken på olika sätt.

Han säger vidare att det är lite annorlunda med läsning. Synsinnet kan ta emot stora mängder information samtidigt. En speciell svårighet är att vi delar upp synfältet mellan hjärnhalvorna. Att läsa kan därför vara mer komplicerat än att lyssna till ljud.

Normalt brinner barn av iver att lära sig läsa. Många har dock svårigheter med att urskilja talets språkliga byggstenar. Det kan bero på en svaghet i att bearbeta snabba informationsflöden. Det går däremot bättre med långsammare flöden. För andra ligger svårigheten just i att läsa skriven text säger Sjødén (1995). I västvärlden räknar man med att fem till åtta procent av barnen har specifika läs- och skrivsvårigheter (dyslexi).

Ordet dyslexi härstammar från det grekiska ordet "dyslexia". "Dys" betyder svår och "lexis" betyder tal, ord enligt Madison & Johansson (1998). I översättning betyder alltså dyslexi svårigheter med ord. De allra flesta dyslexiforskare är enade om att dyslexi har sin grund i en svaghet i en eller flera kopplingsstationer i hjärnan som har betydelse för läsning och skrivning. (Gillberg & Ödman 1994)

Lundgren & Ohlis (1995) menar att läs- och skrivsvårigheter medför att personen har svårare än normalt att hantera ord och bokstäver. Det har inget med intelligensen att göra utan är en funktionsnedsättning. Denna uppfattning delas också av Hanö (1998). Han menar att en person med läs- och skrivsvårigheter läser långsammare och stavar sämre än vad hon eller han borde göra om man ser till den allmänna begåvningsnivån.

Det finns olika problem sammankopplade med läs- och skrivsvårigheter. Exempel på problem är enligt Madison (1992):

- försenad talutveckling
- svagt auditivt minne
- artikulationsproblem

- förväxling av bokstäver (b-d, t-d, u-o t.ex.)
- fel på småord och ändelser
- låg läshastighet

Vid avkodning använder man sig i huvudsak av två strategier. Vid den fonologiska strategin utgår man från mindre delar av ett ord, såsom enskilda bokstäver eller stavelser, som sätts samman till en helhet. Går man direkt från ordets utseende till dess betydelse använder man den ortografiska strategin. Vid svåra läs- och skrivsvårigheter fungerar inte den ena eller båda strategierna som de ska enligt Höien & Lundberg (1999). All energi går åt till att avkoda orden och läsaren får problem med läsförståelsen.

Andra svårigheter är enligt Rygvold (2001) att personen utelämnar bokstäver (språk – spåk), eller låter bokstäver byta plats (tavla – talva). Orden kan också vändas helt (såg – gås). Det kan också vara problem med obekanta ord. Eleven gissar vilket ord det är utifrån de första bokstäverna eller utifrån sammanhanget. Hon menar också att ett vanligt problem är, att när barnet ljudar går det för långsamt, så de första bokstavsljuden är bortglömda när de kommer till de sista ljuden. De ljud som lästs lagras endast några sekunder i korttidsminnet och försvinner om de inte förs över till långtidsminnet. Ljuden sätts inte samman till en meningsfull helhet.

Har en person problem med läsningen påverkar det i regel även skrivningen enligt Stadler (1994). Stavningsförmågan begränsas och ordförrådet kan verka torftigt. Många stavfel och osammanhängande text gör att många drar sig för att skriva.

8.2 Bakgrund – Viktor

Viktor är en mycket aktiv pojke. På rasterna i skolan spelar han gärna bandy. Ett av hans stora intressen är ishockey. Han tränar en gång per vecka med sin egen åldersgrupp. Sedan tränar han också med dem som är ett år äldre och även där hänger han med bra.

Jag träffade Viktor när han började i förskoleklassen. Jag upplevde honom som mycket positiv, men det var inte lätt för honom att sitta stilla. Han var inte intresserad av att pyssla eller hålla på med småsaker.

Viktor började sen i första klass med mig som lärare. Precis som många andra tyckte han att rasterna var det bästa med skolan. Men det tog emot lite att skriva, rita och läsa. Matte var roligare. På utvecklingssamtalen var målet ständigt att kunna läsa bättre. Vi försökte att både hemma och i skolan träna läsningen extra mycket, men Viktor var inte nöjd med resultatet. Jag frågade honom i mars, när han gick i ettan, om vi skulle pröva att spela tillsammans och det ville han.

8.3 *Fmt med Viktor*

April – maj 2002, fyra gånger

Första gången jag träffade Viktor i terapिसammanhang var i april-02. Jag började då med att göra en observation på honom. Han gick fram till instrumenten och satte sig ner och började spela direkt när han fick trumstickarna. Jag upptäckte att han spelade med en hand i taget. Det fanns ingen samordning mellan händerna. I kod 7 började han spela samtidigt med båda händerna. Då var pekfingerarna uppe. När jag höjde en cymbal hade Viktor svårt att hålla kvar modellen. Det blev spel med en hand i taget. Mest använde han vänster hand. Jag prövade också att gå vidare med kod 8 och den spelade han en kort stund. Sedan spelade han med en hand i taget igen.

Jag fortsatte med kod 5. Viktor tog pukstocken i vänster hand. Han spelade fram och tillbaka. Helt plötsligt tog han stocken med höger hand och började spela, men även då fram och tillbaka. Jag ställde fram kod 6, men spelet blev kaotiskt.

Jag prövade att ställa upp kod 4 och Viktor löste den direkt. Han fick spela både åt höger och vänster. När han hade spelat en kort stund slog han två slag på varje attribut. Det gjorde han åt båda hållen.

Vi fortsatte med blåskoderna. Viktor blåste lite försiktigt, men blåste starkare när han visste hur det fungerade. Ankan tyckte han var extra rolig. Det var inga problem att växla mellan olika pipor.

Jag trodde innan vi började att Viktor var klart vänsterhänt, men här visade han ingen dominans. Jag bad också specialläraren att observera detta och hon upplevde samma sak. Möjligtvis använde han den vänstra sidan lite mer. När jag pratade med föräldrarna om hur han höll sin hockeyklubba, så sa de att han höll den som en högerhänt person.

Handgreppet var mycket stelt denna första gång, men jag gladdes över att det var pekfingerstyrt. Men jag var ändå konfunderad, eftersom det var så mycket spel men en hand i taget. Kunde det bero på att det var första gången vi träffades så här?

Vi spelade tillsammans ytterligare tre gånger den här terminen. Det första som ändrades då var handgreppet. Viktor höll mycket löst och nu var det inget pekfinger som styrde, utan det var ofta ett löst toppgrepp. Viktor var ofta instabil. Ryggen var krum och endast tårna hade kontakt med golvet. Det var mycket delade (inte simultana) slag och många gånger spelade han snabbt. Viktor uppfattade början och slut och han prövade verkligen samspelet med mig genom att låtsas slå. Det var många gånger han fick mig på fall. Under den här perioden använde jag koderna 3, 4, 11 och 13. Han fick arbeta mycket med en hand i taget. Vinkelklubban och stockar som var sammanbundna med gummiband användes ofta för

att stimulera samtidiga slag. Så fort han fick två stockar i händerna blev det delade slag.

September – december 2002, tio gånger

Vi använde samma koder som tidigare, men de utökades med koderna 5 och 6. Viktor spelade ofta hårt. Han fick då blompinnar att spela med och det lockade fram skratt. Men han upptäckte att det inte var så lätt att hålla dem. Han satt ofta med krum rygg och ville inte gärna följa sitt spel med ögonen. Det gjorde att han missade ofta, men han märkte det och slog en gång till. Fötterna var kvar på fotklossarna, men han knep gärna med tårna om framkanten.

Under den här perioden fick han pröva att spela med två stockar i kod 11 och det klarade han. Först höll han händerna mycket tätt ihop, men det gick även när han höll dem en bit ifrån varandra. Jag kunde inte låta bli att pröva med två långa stockar, men då blev det delade slag. Samtidigt spel med båda händerna hade inte blivit automatiserat, men det var på gång.

Ibland kunde jag se en sträckning i ryggen när han spelade. Det var mycket korta stunder, men sträckningarna kom då och då. Armarna behövde inte stödja sig så mycket mot benen heller. Det var inga problem för Viktor när jag vidgade kod 4.

Helt apropå sa resursläraren i klassen att läsningen började gå lättare. Det förvånade mig inte, för under perioden november-december gick utvecklingen vidare i små steg. Vänster hand började bli mer och mer dominant. Handgreppet blev bättre och det var sällan han satt med krum rygg, när han spelade med vänster hand. Höger handgrepp utvecklades också, men det var ett slappare grepp där. Det hände att det blev delade slag när två trumstockar användes. Viktor hörde direkt att jag inte bekräftade dessa och fick snart ihop det igen. I slutet av perioden introducerade jag kod 10. Han prövade några gånger och löste det till slut med vänster hand. Redan första gången klarade han att spela med två stockar.

Januari – mars 2003, fem gånger

Jag fortsatte med samma koder som tidigare. Handgreppet i vänster hand blev mer och mer pekfingerstyrt. Viktor kunde även spela med tunga stockar. Han fick pröva morfarsstocken, med extra kulor att hålla ordning på. Det var svårt och det blev medrörelser i ansiktet, men eftersom han fortfarande höll långt ut på stockarna behövdes den här stimulansen. Svankarbetet och bålrotationen var på gång. En dag när vi återigen hade spelat kod 4 åt både höger och vänster ställde jag attributen i grunduppställningen. Då började Viktor spela kod 7. Detta trodde inte jag skulle hända utan ett ifi (indirekt fysisk information), men det var roligt att bli överraskad. Jag fick se att det fungerar om man har tålmod. Han behöll också modellen i kod 8. I slutet av perioden klarade han även kod 9B, som har separata sidorörel-

ser. Det var ansträngande för honom och det fanns medrörelser i ansiktet, men han löste modellen. Viktor har också fått prova på korsrörelser i kod 15. Han klarade dessa en kort stund. När han hade spelat denna kod sa han själv att det var roligt, men svårt.

8.4 Resultat/Diskussion

När Viktor började spela hos mig använde han inte båda händerna samtidigt, utan bara en hand i taget. Mest spelade han med vänster. Han hade också svårt att hålla kvar den modell som var påbörjad. De flesta gångerna spelade han snabbt och det var ibland svårt att följa honom. Det var ju ett sätt för honom att klara av uppgiften, men det medförde också att han missade attributen. Detta märkte Viktor och han korrigerade sig själv.

Viktor fick i början bearbeta en sida i taget. Det var ingen sida som egentligen var någon favorit. För att få samtida slag har han fått använda en dubbelklubba eller två stockar sammanbundna med ett gummiband. Handgreppet har varit löst och han har hållit mycket långt ut på stocken. Det gör han fortfarande, men pek fingret styr korta stunder i vänster hand. I höger hand är det ibland tummen som styr. Handgreppet har jag även försökt bearbeta genom att han har fått spela stående med framåtvinklade attribut. Men det har inte gett den förbättring som jag hade förväntat. Morfarsstocken, med flera kulor att hålla kvar, har gett större möjligheter att stimulera hela handen. Idag klarar Viktor att spela med samtida slag. Han har också börjat följa slagen med ögonen. I början satt han gärna och blundade när han spelade.

Bålrotationen har bearbetats i koderna 6 och 10. Viktor löste modellen utan problem, men det var svårt för honom att ha ett jämt flöde i spelet. Detta är något som han får fortsätta att bearbeta. I fortsättningen vill jag även använda kod 14, som har fler attribut. Det kan vara ett sätt att få honom att spela i ett lugnare tempo.

Stabiliteten har förbättrats. I början var det mycket medrörelser i benen. Idag kniper han med tårna eller får medrörelser i ansiktet när det blir nya eller svårare moment. Han försöker alltid att spela och han vet att han kan lyssna in pianot och höra om han får bekräftelse. Det är fortfarande svårt att hålla kvar en modell under en hel kod. Spelet blir gärna snabbt och/eller ojämnt.

När Viktor löste kod 7 öppnades nya möjligheter till variation i spelet. Idag klarar han även att utföra separata sidorörelser och korsrörelser. Det blev en liten kick för honom när han provade detta. Det är inte på något sätt automatiserat, utan detta kan vi arbeta vidare med. Mot slutet gav jag honom antagligen för lite utmaningar och han började tröttna. Viktor har vid ett annat tillfälle sagt, att han vill testa de nya koderna lite mer.

Med Viktor har jag fått möjlighet att arbeta under en längre period och ganska regelbundet. Vi har också en lärare–elev-relation och det kan medföra vissa svår-

righeter. Jag är med i hans utveckling hela tiden, men ibland missar jag hans framsteg i klassrummet. Då är det bra med andra i arbetslaget som också ser. Viktor är sådan som person att han gärna ”ställer upp”. Det har varit svårt för honom att säga direkt till mig när t.ex. tiden inte passat. Eftersom Viktor pratat om detta hemma har hans föräldrar framfört det i stället.

Jag tycker fortfarande att det är en svår avvägning att veta hur länge jag ska fortsätta med samma koder. Det ska inte vara för svårt, men samtidigt ska det vara utmanande. Här finns det naturligtvis ingen enhetlig mall. Varje individ är unik och utvecklas på sitt eget sätt. Dessutom behöver varje individ sin egen dos av upprepning. Jag tror, att när jag får mer erfarenhet, kan jag avläsa adepten bättre och anpassa terapin efter hennes/hans nivå. Jag har lärt mig att det inte sker underverk på kort tid, utan det gäller att ha tålamod. Det känns tillfredsställande att jag, under en tidsrymd av 20 minuter per vecka, kan bygga upp adeptens självförtroende och samtidigt bearbeta kroppens grundläggande funktioner. Detta är verkligen att slå ett slag för sin vardag.

Referenslista

- Ayres, J. (1988) *Sinnenas samspel hos barn*. Stockholm: Psykologiförlaget.
- Björkman, Å., Joneborg, N., Klingberg Larsson, S. (2002)
Stress och utmattningsreaktioner. Stockholm: Liber
- Dyreborg, E. (1975) *Musikterapi*. Stockholm: Liber.
- Gillberg, C & Ödman M. (1994)
Dyslexi - vad är det? Borås: Natur och Kultur.
- Granberg, A. (2000) *Tre svenska utbildningar i musikterapi*. Stockholm: MPC.
- Hanö, T. (1998) *Svenska på skärmen*. Lund: Studentlitteratur.
- Hjelm, L (1987-2002) *Kurskompendier 1-20*. Uppsala: Musikterapiinstitutet.
- Holle, B. (1987) *Normala och utvecklingshämmande barns motoriska utveckling*. Stockholm: Natur och kultur.
- Höien, T & Lundberg, I. (1999)
Dyslexi. Från teori och praktik. Borås: Natur och Kultur.
- Kylén, G (1986) *Begåvning och begåvningshandikapp*. Stockholm: ALA.
- Lundgren, T. & Ohlis, K. (1995)
Vad alla lärare och rektorer bör veta om läs- och skrivsvårigheter. Stockholm: FMLS Bokhandel AB.
- Madison, S. (1992) *Läkande läsning och skrivning – En handbok om dyslexi*. Angered: TIDEN/FOLKSAM.
- Madison, S & Johansson, J. (1998)
Dyslexi. Vad är det? Vad kan vi göra?
Bokförlaget Kommunlitteratur
- Maslach, C. & Leiter, M. P. (1999)
Sanningen om utbrändhet. Stockholm: Natur och Kultur
- Piaget, J. (1976) *Barns själsliga utveckling*. Lund: Liber Läromedel.
- Ruud, E. (1982) *Vad är musikterapi*. Stockholm: Nordstedts.
- Rygvold, A-L (2001) *Läs- och skrivsvårigheter*. / Asmervik, S., Ogden, T. & Rygvold, A-L. (red). *Barn med behov av särskilt stöd*. Lund: Studentlitteratur.

Sjödén, S. (1995)

Hjärnan. Jönköping: Brain Books.

Stadler, E. (1994)

Dyslexi. En introduktion. Lund: Studentlitteratur.

Internet:

www.fmt-metoden.se