

FMT-metoden

FUNKTIONSRIKTAD MUSIKTERAPI

3-årig påbyggnadsutbildning

EXAMENSARBETE

Maj 2003

Karina Larsson

FMT-metoden - I takt med tiden

Innehållsförteckning

Inledning och syfte	3
Min bakgrund	4
FMT-metodens historik i Eskilstuna	6
Metodbeskrivning	9
Målbeskrivning	10
FMT-metodens fundament	11
Kroppskontroll	11
Perception	13
Tankar och känslor – kognition och emotion.....	14
Perceptuella funktioner – våra sinnen	15
Det auditiva sinnet – hörseln	16
Det visuella sinnet – synen.....	16
Det taktila sinnet – beröringssinnet, känseln	16
Det kinestetiska sinnet – led och muskelsinnet	17
Det vestibulära sinnet – balanssinnet.....	17
Det vicerala systemet.....	18
Metodik	18
Individuell behandling.....	18
Terapisituationen.....	19
Icke-verbal metod.....	20
Attribut och tillbehör.....	21
Terapeuten.....	21
FMT-kriterier	22
Kod-beskrivning	27
MUI SK – Musik Inför SKolan	30
Schizofreni	32
Orsaker till schizofreni	32
Diagnos och symtom.....	33
Positiva och negativa symtom	34

Insjuknandet	37
Tillfrisknande	37
Behandling	38
Fallbeskrivning Anna	40
Annas bakgrund	40
FMT med Anna.....	41
DAMP	44
Begreppen DAMP/ADHD	44
Orsaker	45
Diagnos	46
Stöd och behandling.....	46
Medicin	46
Vuxna med ADHD/DAMP.....	47
Andra neurologiska funktionshinder	47
Fallbeskrivning Markus	48
Markus bakgrund.....	48
FMT med Markus	49
Markus´ brev	52
Avslutande diskussion	53
Referenser	55

INLEDNING OCH SYFTE

Inom Svenska kyrkan bedrivs en omfattande verksamhet för människor i alla åldrar. Det kan vara olika typer av gudstjänster, öppen förskola, barntimmar, miniorer, juniorer, konfirmander, ungdomsgrupper, bibelstudiegrupper, sorgegrupper, syföreningar, hantverksgrupper, barn- och vuxenkörer och annan musikverksamhet. Mängder av olika människor strömmar till och från de olika verksamheterna under en arbetsvecka. Personalen i kyrkan kommer i kontakt med många olika människor med olika problem. Det kan vara t ex konfirmander med DAMP-problematik eller körsångare med schizofrena drag. Jag har flera gånger varit med om att personal har bemött dessa besökare på ett okunnigt sätt och resultatet har blivit att somliga ”straffat ut” sig från verksamheten eller på annat sätt känt sig utestängda från den gemenskap som borde kännetecknas av delaktighet och glädje. Detta beror inte på illvilja hos personalen utan brist på kunskap och insikt om de olika problemen och hur man kan lösa dem.

Diakoni är ett av Svenska kyrkans viktigaste arbeten. Det är i diakonin som det talade ordet om medmännisklighet och kärlek visar sig i handling. I den församling där jag arbetar ses det diakonala arbetet som mycket betydelsefullt, och jag är mycket tacksam för att jag gavs möjlighet att gå utbildningen till FMT-terapeut. Jag har studerat FMT-metoden på Musikterapiinstitutet i Uppsala. Utbildningen avslutas med detta examensarbete. Examensarbetet beskriver på ett enkelt sätt FMT-metoden i sin helhet, och jag redovisar mitt praktikarbete som handlar om DAMP och schizofreni.

Syftet med det här examensarbetet är att sprida kunskap om FMT-metoden till kyrkans olika personalgrupper: vaktmästare, värdinnor, präster, pedagoger, diakoner, församlingsassistenter, musiker och kyrkopolitiker, men även till föräldrar, lärare och assistenter som kan ingå i ett kontaktnät kring en person. Min förhoppning är att fler upptäcker vilken bredd och vilka möjligheter FMT-metoden har.

MIN BAKGRUND

”Musik är läkande”, ”Barn som musicerar blir bättre i skolan ”, ”Sång och musik är mikromassage för kroppen”, ”Sjung och spela för ditt ofödda barn”, ”Vagga, gunga, gå” Ja, påståenden och aktiviteter om musikens positiva inverkan på oss människor är många. Jag kan verkligen hålla med om att musikens positiva inverkan på oss människor är förunderligt stor.

I mitt barndomshem har musiken alltid funnits med som en naturlig del, till glädje, gemenskap, och tröst. Min pappa var en duktig dansmusiker och vi spelade ofta tillsammans. Det var självklart att lära sig spela ett instrument. Efter ett års blockflöjtsspel fick jag börja spela piano i musikskolan.

Efter många års sjungande i kyrkans barnkör började jag spela kyrkorgel. Som 15-åring började jag vikariera som kantor och fick så småningom en tjänst i en församling på landet, ett livfullt körarbete påbörjades. Körmedlemmar kom, både stora och små, här fanns sångglädje och lust. Körsång ger känsla av samhörighet, musikalisk upplevelse, fysisk och mental påverkan. Som körledare blev jag medveten om att musiken är ett kraftfullt verktyg och funderingarna kring detta växte sig allt starkare. Kunde musiken användas för att nå andra mål än de rent musikaliska, och hur skulle ett sådant arbete utformas? – Intresset för musikterapi var fött.

Det fanns då inga heltidstjänster inom kyrkan, så därför arbetade jag också som klasslärare i musik, körledare och pianolärare i kommunala musikskolan. Samtidigt tog jag egna lektioner i orgel och pianospel. 1982 gick jag ett år på Oskarshamns folkhögskola och tog därefter kyrkokantorsexamen.

1998 började jag en ny tjänst i en distriktskyrka i Eskilstuna. Området är mycket tungt socialt belastat och många ”värstingar” söker sig till kyrkans verksamhet. Deras situation påverkade mig mycket starkt, och jag ville utveckla en verksamhet som kunde passa ungdomarna. En elbas och en gitarr

fanns, vi fick pengar från kyrkorådet och kunde köpa trummor, förstärkare mm. Det var början till en verksamhet som kallades för ”spelhålan”. Till spelhålan kom ungdomar på håltimmar och efter skoltid. Det förekom även skolk, vilket skedde med lärarnas goda minne. De här ungdomarna orkade inte med skolan och såg spelhålan som en frizon, De kom bort från en stökig skolmiljö och kunde spela sin musik, mest hårdrock och rap. Många gånger lät de som en fabrik, men efterhand var de med och spelade i gudstjänsterna. En rapgrupp sjöng ”Snälla farsan kicka inte ut mej” - en talande text för dessa ungdomars vardag, där många fungerar som föräldrar till sina egna föräldrar. Föräldrar som är så fyllda av skam, att de har ett skamlöst beteende. Allt detta berörde mig djupt. Att göra vad många inom kyrkan kallar ”kvalitetsmusik” var omöjligt, men detta diakonala arbetssätt kändes alldeles rätt. Åter väcks frågan: Kan man göra något mer med verktyget musik? Svaret låg där, djupt i myllan.

Under ett utvecklingssamtal fick jag frågan om jag ville gå någon fortbildning. Jag hade svaret klart. Jag ville bli FMT-terapeut. Det var efter en föreläsning av Lasse Hjelm, som fröet såddes. Fröet till svaret hade legat 15 år och grott, och nu hade det fått ny jordmån och ny näring. Jag ville arbeta med en metod som var tydlig och konkret, alltså skulle FMT-metoden passa mig.

En klasskamrat som gått utbildningen talade sig varm för metoden. Jag gjorde en kursansökan. Kyrkorådet beviljade mig kursen och äntligen spirade fröet. Jag startade utbildningen år 2000. År 2002 sökte jag en nyinrättad tjänst, och arbetar nu 50 % som barn och ungdomskantor och 50 % på sjukhuskyrkan där FMT är inlagt i tjänsten. Under studietidens gång har jag praktiserat metoden, och fått positiv ”feedback” från adepter, föräldrar och lärare. FMT-metoden fungerar.

FMT-METODENS HISTORIK I ESKILSTUNA

Eskilstuna skulle kunna vara en kommun som kunnat ståta med ett förnämligt framåtriktat arbete med FMT-metoden inlagd inom specialpedagogik, arbetsträning, rehabilitering och habilitering. Ekonomi och rädsla att prova nya grepp har dock satt käppar i hjulen, men en förändring är på gång och kanske kan FMT-terapeuterna i Eskilstuna se framtiden an.

Margareta Ericsson blev färdigutbildad FMT-terapeut 1994. Hon arbetade då som musiklärare. Hon startade egen firma och utförde FMT-behandling i hemmet. Året därpå examinerades ytterligare två FMT-terapeuter, Åsa Hejneman och Ulla Sterner. I slutet av 1995 öppnade de gemensamt "FMT-behandlingscenter" i en lokal i centrala Eskilstuna. Åsa och Ulla jobbade samtidigt 100 % inom skolan, Margareta 75 %. De tog emot adepter privat. Landstinget och kommunen köpte ett antal tjänster. Margareta satsade då 100 % på FMT, - ett vårdavtal med Sörmlands läns landsting var på gång. Åsa, som fortfarande arbetade 100 % som musiklärare på Skogstorpsskolan hade FMT-timmar inlagt i tjänsten. Åsa beslutade sig för att hoppa av firman och satsa på skolan. Efter en tid ansåg skolan att FMT kostade för mycket och ville ha Åsa till andra tjänster, så därför togs FMT-timmarna bort.

Eftersom samarbetsavtalet var nära förestående beslöt man att det var det bättre med en FMT- lokal på sjukhuset, lokaler uppläts dock inte gratis och man blev tvungen att hyra in sig, betala telefon mm. Våren 1997 flyttade de in i de nya lokalerna.

Information om FMT-metoden skulle inte FMT-terapeuterna ge. Informationen skulle enbart ske genom en kontakt på landstinget. Landstinget beslutade att remittera tre patientgrupper :

- strokepatienter under 65, med afasi
- autism och autistiska störningar
- CP-skador

De som gått på FMT-behandling tidigare stod frågande: Varför får inte vi komma?

Ulla och Margareta väntade på remisser. Efter två månader kom den första - en strokepatient. Misstankarna växte sig allt starkare om att något var fel. Betalning utgick endast för de adepter som remitterades, hyra, telefon, mm. skulle betalas och Ulla och Margareta tvingades betala med egna medel. Efter en tid droppade några remisser till in. Tio adepter kom från Nyköping. Det blev mycket dyra taxiräkningar. Om en lokal i Nyköping kunde upplåtas skulle kostnaderna för resorna sänkas avsevärt. Landstinget hade inget rum att upplåta men kommunen tillhandahöll en lokal i ett äldreboende. Ulla och Margareta körde dit ett piano och Margareta arbetade där en dag i veckan. När hon skulle ta ut bilersättning blev det nobben, men efter ett samtal med högsta chefen betalades dock ersättningen ut. Så småningom hörde barnhabiliteringen i Katrineholm talas om FMT-metoden och ville ha det som en del i sin verksamhet. Ett piano kördes dit och Ulla arbetade där en dag i veckan.

Ulla och Margareta gjorde en utvärdering, Genom landstingskontakten framkom det då något mycket intressant som aldrig tidigare nämnts, nämligen att detta var ett projekt. 500.000 kr hade satsats. FMT-terapeuterna hade använt 90.000 kr, det borde i så fall finnas drygt 400.000 kr kvar. Landstinget kommenterade aldrig utvärderingen och har ännu inte gjort det. Frågan kvarstår: Vart försvann pengarna? Landstinget erbjöd Ulla och Margareta anställning, dock med en lön långt under anständighetens gräns. De avböjde erbjudandet.

Hösten 1999 kom det upp en ny skylt i landstingets korridorer och i Eskilstuna Kuriren kunde man läsa om ett nytt projekt som startats. Två nya musikterapeuter hade inlett ett projekt med landstinget, de skulle huvudsakligen arbeta på barnhabiliteringen och med barn med autism. De här musikterapeuterna är utbildade inom en annan gren av musikterapi. En av dem är utbildad i Norge.

Efter ett år hoppade den ena musikterapeuten av projektet. En dag när jag var på väg till en sångstund på en av vårdavdelningarna stod dörren till terapirummet öppen. Jag knackade på och där inne pågick flyttstädning. Nu hade även den andra terapeuten fått nog, och projektet avbröts i förväg. Hon kommenterade det hela med att säga: ”Det går inte att samarbeta landstinget, jag ska bara skriva färdigt utvärderingen.” En tråkig avslutning även för deras del.

Sommaren 2002 började jag min nya anställning inom sjukhuskyrkan. Eftersom FMT ingår i tjänsten blev jag anvisad ett rum på sjukhuset. Nog kändes det som ödets ironi när jag flyttade in mina instrument i deras gamla lokaler.

Ulla Sterner fick en speciallärartjänst med FMT på Lindskolan i Huddinge. Åsa Hejneman bytte skola och har en musiklärartjänst på Djurgårdsskolans musikklasser i Eskilstuna, i tjänsten ingår FMT-timmar. Margareta Ericsson började som FMT-terapeut på ett äldreboende i Södertälje. Hon erbjöds sen en kombinerad musiklärar- och FMT-tjänst, på Lundbyskolans låg- och mellanstadium och arbetar nu 75 % med FMT-metoden och 25 % som musiklärare. Rektorn på Lundbyskolan ”säljer ut” Margareta till föreläsningar. Det har resulterat i en ökad efterfrågan på FMT-behandling, både lärare och rektorer har visat ett stort intresse för metoden. I nuläget kan inte FMT-behandlingar erbjudas till alla som önskar. Om det ekonomiska läget tillät kunde fler elever få del av FMT-behandling, som på lång sikt skulle spara pengar och ge eleverna förutsättningar att tillgodogöra sig undervisningen.

METODBESKRIVNING

Funktionsinriktad MusikTerapi - FMT - är en neuromuskulär icke-verbal metod, som utvecklats av Lasse Hjelm, i nära samarbete med docent Bo Bille och Kerstin Breidits som var rektor på Folke Bernadottehemmet. Under femton år (1975-1989) var Lasse Hjelm verksam på Folke Bernadottehemmet, en habiliteringsavdelning till Akademiska sjukhuset i Uppsala. Till en början arbetade han med CP-skadade barn, men efterhand utvidgades verksamheten till att rymma även personer med ryggmärgsskador, Downs syndrom, autism mm. Senare kom tyngdpunkten att ligga på barn med skolproblem. Ur deras utvecklingsarbete har denna unika metod växt fram. Metoden är delvis fortfarande under utveckling, och prövas inom nya områden.

Sedan 1987 finns en utbildning till FMT-terapeut på Musikterapiinstitutet i Uppsala, dels på Musikhögskolan Ingesund vid Karlstad universitet. Utbildningen är tre-årig och sker på halvfart. Den består av teoretiska, neurologiska och medicinska kunskaper kopplade till FMT-metoden samt en omfattande praktikverksamhet. Efter examinationen blir man diplomerad FMT-terapeut. I dag finns det ca 200 diplomerade FMT-terapeuter. 1997 tillkom en påbyggnadskurs, där möjligheter att gå en forskningsförberedande eller en praktisk fördjupningskurs erbjuds.

Metoden grundar sig på Jean Piagets utvecklingsteorier. Utvecklingsteorin är en beskrivning av den generella utvecklingen från det lilla barnets sensorisk-motoriska aktivitet till den vuxnes abstrakta tänkande. Enligt Piaget går utvecklingen stegvis och det går inte att hoppa över något steg utan att det får konsekvenser för framtida utveckling.

”Varje utvecklingssteg möjliggörs endast av det föregående steget”.

(Jean Piaget 1978)

Dessutom ligger Britta Holles och Gunnar Kylens teorier till grund för FMT-metoden.

Målbekrivning

Musiken är ett hjälpmedel i en musikverksamhet med utommusikaliska mål.
Så här fastställer Lasse Hjelm sin målbekrivning.

Att med musik som medel skapa förutsättningar – och motivation för individen att arbeta med kroppen för att höja sin funktionsnivå. Detta utifrån den enskilda individens egna förutsättningar.

Att med musik locka fram spontana uttryck och rörelser, som senare kan organiseras till förmån för individen.

Att med musik befrämja en fördjupad koncentration kontra avspänning.

Att genom musik skärpa uppmärksamheten och stärka uthålligheten.

Att genom återkommande musikstrukturer utnyttja och stärka associations- och minnesfunktioner i syfte att strukturera individens beteendemönster och begreppsfunktioner.

Att med musik skapa situationer som kan befrämja en utveckling mot att mera aktivt kunna ge uttryck för känslor och upplevelser.

Att genomgående ”servera” våra musikstrukturer och modeller på en så anpassad nivå att musik i likhet med det talade språket kan bli en egendom för människan i utveckling.

Allt i förhoppning att individen skall tillföra sig erfarenheter - och mognad - som blir till gagn för hans/hennes vardagliga levnad.

(Lasse Hjelm Block 1)

FMT-METODENS FUNDAMENT

FMT-metodens fyra ”ben” är kroppskontroll, perception, kognition och emotion. De hör samman och är de utvecklade i ett gott samspel med varandra gör de oss till väl fungerande människor.

Kroppskontroll

Vi människor föds med en stor uppsättning av reflexrörelser. Med reflexrörelse menas att en viss stimulans alltid utlöser samma stereotypa rörelse. Efterhand i utvecklingen integreras rörelserna till ett alltmer komplicerat rörelsemönster. Om vissa reflexrörelser kvarstår kommer dessa att störa de övriga rörelserna. Detta kan man tydligt se hos barn med neuropsykiatriska störningar såsom ADHD/DAMP. Jean Ayres tar upp fem aspekter av rörelse:

1. Förmågan att lära sig krypa eller gå är exempel på *inprogrammerade rörelser* i centrala nervsystemet .
2. *Kroppshållningsreaktioner* berör individens koordinationsförmåga och balans, d v s förmåga att ändra ställning och förflytta sig utan att tappa balansen.
3. De fina och *väl avvägda rörelserna* förutsätter ett jämt flöde av impulser från hjärnan ut till muskulaturen. I annat fall riskerar rörelserna att bli ryckiga och ofrivilliga.
4. *Motoriska färdigheter* är en handling som ursprungligen krävde motorisk planering, men som så småningom kan utföras automatiskt. När ett barn lär sig knyta skorna, måste han koncentrera sig på både fingrar och skosnören, detta är motorisk planering. Efter att ha lyckats knyta skosnörena några gånger med hjälp av motorisk planering ”sjunker kunskaperna in” och blir en färdighet. Rörelsen blir automatiserad.
5. Den *motoriska planeringen* utgör det första steget mot inläring av nya färdigheter.

(J. Ayres, Sinnenas samspel, sid 105-107)

Förmågan att behärska sin kropp och skapa kroppslig medvetenhet är av största betydelse för en människas utveckling. Vårt kroppsspråk är en viktig del i samverkan människor emellan, både att själv ha en fungerande kroppskontroll och att ha förmågan att tyda varandras kroppsspråk.

”Hur vi rör oss är viktigare än vad vi säger”

”Den som behärskar sin kropp och sitt kroppsspråk, behärskar också sin omgivning.”

(Lasse Hjelm kurskompendium, block 5)

Inom FMT-metoden används ordet kroppskontroll. Kroppskontroll är i FMT-sammanhang ett begrepp som innefattar en helhet i agerandet, i handlandet, i planerandet. Kroppskontroll är alltså mer än bara motorik, eftersom även perceptionen innefattas. En bedömning av riktning och avstånd mm. måste ske för att rörelsen skall utföras på ett ändamålsenligt sätt.

Människokroppen kan ses som bestående av två delar - *centrum* – den massiva delen mellan axlar och bäcken samt av *periferin* – armar, ben och huvud. Tyngdpunkten ligger i buken, strax under naveln, - ett kroppscentrum. Kroppscentrat står i förbindelse med huvudet, - medvetandets centrum, via ryggraden, – kroppens stomme. Ryggraden skapar balans mellan kropp och huvud, utifrån gravitationskraften. Om en försvagning i kroppens muskulatur uppstår, måste den kompenseras.

”Resultatet blir en överspänning kontra förslappning och kroppen kommer in i en ond cirkel med kedjekomplikationer. I en sådan situation måste vi också uppmärksamma en betydande energiförlust (pga instabiliteten) som ytterligare sänker individens funktionsnivå.”

(Lasse Hjelm kurskompendium, Block 1)

När en människa får kroppslig medvetenhet kan också en positiv förändring ske som på djupet påverkar våra liv och våra förutsättningar.

(Lasse Hjelm kurskompendium, Block 1, 5,6)

Perception

Perception eller varseblivning handlar om hur vi mottar och bearbetar våra sinnesintryck. En person kan ha utmärkt syn och hörsel men ändå inte uppleva sin omgivning om han saknar förmågan att varsebli den. Upplevelsen blir personligt färgad utifrån varje människas egna kunskaper och erfarenheter, dessutom tolkar vi våra upplevelser ofta på ett sådant sätt att allt stämmer med tidigare erfarenheter och kunskaper. Denna vår strävan att söka mönster och förstå vår omvärld är medfödd och finns i våra gener. Perception och kroppskontroll är starkt sammanflätade med varandra. Den som saknar funktionell kroppskontroll, saknar funktionell perception, och vice versa. Fungerar detta samspel väl blir kropps rörelser ändamålsenliga, och ger grundförutsättningar till att bygga kunskap.

Om vi inte hade förmågan att diskriminera och samordna alla impulser från våra sinnen skulle hjärnan bli överstimulerad och "stressad". Samordningen mellan de olika sinnen kallas sensorisk integration. Bristar i den sensoriska integrationen kan leda till beteendestörningar och inlärningssvårigheter. 1979 gav Jean Ayres (fil dr i psykologi och forskare vid University of Southern California) ut boken "Sinnenas samspel hos barn". Hennes forskning om sensorisk integration och helhetssynen på barns utveckling stämmer väl överens med Lasse Hjelms arbete, intressant är att deras teorier utvecklats oberoende av varandra. Sensorisk integration innebär att individen får kroppsuppfattning och uppfattning av omvärlden, så att handlingar och beteenden sker på ett riktigt sätt, och individen kan anpassa sig till olika situationer och till sin omgivning. Med hjälp av tolkade sinnesintryck får tankar och känslor ett innehåll, och förmågan till att uttrycka dessa utvecklas.

Tankar och känslor – kognition och emotion

Utifrån tidigare erfarenheter tolkar vi människor det vi upplever på ett högst personligt sätt och vårt tänkande avspeglar sig i vårt känsloliv. Processer som rör våra tankar kallas kognition. Exempel på kognitiva funktioner är

- Minne – inläring
- Språk – samverkan
- Initiativförmåga
- Vakenhet
- Uppmärksamhet – koncentration
- Planering
- Insikt – omdöme
- Självreflexion

Parallellt med vår kognitiva utveckling löper utvecklingen av våra emotioner – som har med vårt känsloliv att göra. Vi vet att barn som mist en förälder eller syskon genom dödsfall har en mycket lång bearbetningsprocess framför sig. Sorgen bearbetas i olika faser allteftersom barnet blir äldre, tankeprocesserna följer den intellektuella utvecklingen och med den följer den känslomässiga utvecklingen. Därför kan inte en vuxens sorgearbete jämföras med ett barns sorgprocess. Okunskap om detta gör barnet eller tonåringen mycket utsatt för en oförstående omgivning som säger ”Det har ju gått så lång tid”. I det emotionella systemet ingår minnen, drömmar, visioner varseblivning och tankar. Piaget menar att tankar och känslor egentligen är två sidor av samma mynt. Får vi positiva svar på våra beteenden utvecklas vi funktionellt och emotionellt, sker det omvända påverkas vårt beteendemönster och psykiska blockeringar kan uppstå. FMT-metoden bearbetar samtliga enheter för att uppnå balans. Kroppskontroll och perception är de områden som är konkret tillgängliga för terapeuten i terapisituationen, men eftersom kognition och emotion påverkas via kroppskontroll och perception bearbetar FMT-metoden även dessa områden – alltså hela människan.

PERCEPTUELLA FUNKTIONER - VÅRA SINNEN

Det gamla uttrycket att människan har fem sinnen, ibland talas det även om ett "sjätte sinne", är ett förlegat talesätt från antikens tid. Om vi räknar med olika former av kroppsnära sinnen så blir antalet sinnen betydligt fler.

A Kroppssinnen

- *Känselsinnet*
- *Rörelsesinnet*
- *Smärtsinnet*
- *Trycksinnet*
- *Värmesinnet*
- *Det vegetativa sinnet, vicerala systemet*
- *Balanssinnet*
- *Smaksinnet*

B Fjärrsinnen

- *Synsinnet*
- *Hörselsinnet*
- *Luktsinnet*

Med denna "nya" indelning rör vi oss plötsligt med 11 sinnen och vårt gamla "sjätte sinne" förpassas till minst 12:e plats. Indelningen är gjord utifrån två huvudgrupper, kroppssinnen samt fjärrsinnen. Fjärrsinnena reagerar på retningar som har sitt ursprung utanför kroppen. Kroppssinnena kallas ibland också för det somatiska sinnessystemet.

(Neuropedagogik B. Adler & H. Holmgren, 2000, sid 40)

Det är vanskligt att göra en lista över de olika kvaliteter som våra sinnen har, eftersom de aldrig förnimms enbart via ett sinne utan via kombinationer av de olika sinnessystemen. De sinnen som presenteras i följande text är dock de sinnen som är viktigast ur FMT- synpunkt.

Det auditiva sinnet - hörseln

Hörselorganen anläggs redan i fjärde fostermånaden och är färdigutvecklade vid födseln. Forskare har gjort många undersökningar och belagt det som gravida kvinnor vetat i årtusenden, nämligen att foster reagerar starkt på ljud och känner igen sånger och melodier. Hörseln ger oss också information om *hur* det låter – klangfärg, ljudkaraktär, tonläge mm. *Var* det låter – riktning, avstånd kraft, anpassning, kvalitet mm. *Vad* som låter – upphov, orsak-verkan, avstånd riktning mm. I terapisisituationen används trummor och cymbaler med olika klangfärg. Trumstockarna är av varierande tjocklek och ger en mängd variationsrika ljud. Inom FMT-metoden anses hörseln vara det främsta sinnet och följande tes är ledord.

”Örat leder ögat, ögat leder handen”

(Hjelm kurskompendium, block 2)

Det visuella sinnet – synen

Ögat tar emot impulser, vilka leds till hjärnan för bearbetning. Även detta är en mycket komplicerad process som kräver god funktion i hjärnans alla nivåer. Synen är naturligtvis ett viktigt sinne när det gäller att uppleva vår omgivning och för att kunna läsa och skriva. I FMT-behandlingen bearbetas öga-handkoordinationen.

Det taktila sinnet - beröringssinnet, känseln

I huden finns en mängd olika sinnesceller för beröring, tryck, smärta och temperatur. Beröringssinnet är det mest omfattande sensoriska system vi har och påverkar vårt beteende både psykiskt och fysiskt. Speciellt känsliga är våra händer, fötter och vår mun. Med FMT-metoden stimuleras dessa områden genom olika sorters trumstockar och olika blåsinstrument.

Det kinestetiska sinnet – led och muskelsinnet

Intryck från muskler och leder gör att vi kan uppleva vår kropp och våra rörelser. Det kinestetiska sinnet har också stor betydelse vid inläring. Via det kan man minnas olika handlingar som upprepats och blivit automatiserade - kroppen minns. Lasse Hjelm kallar detta för det "kinestetiska minnet". Tillsammans med det **vestibulära sinnet - balanssinnet** har det kinestetiska sinnet stor betydelse för vår hållning, kroppsuppfattning och därmed också för vår självkänsla. Med FMT-behandling bearbetas dessa sinnen genom olika stolshöjder, fotklossar, olika vinklingar och avstånd mellan instrumenten.

Det vestibulära sinnet – balanssinnet

Innanför ytterörat sitter innerörat. Där finns labyrinten, som är en mycket komplicerad benstruktur. Labyrinten innehåller auditiva receptorer och två sorters vestibulära receptorer. Den ena typen reagerar på gravitationskraften - de receptorerna består av små kalkkristaller fästade vid hårlika neuron. Eftersom vi ständigt är påverkade av jordens dragningskraft pågår en ständig ström av impulser från gravitationsreceptorerna till områden i hjärnstammen. Den andra typen av vestibulära receptorer finns i båggångarna. Dessa är fyllda med vätska. När vi rör huvudet snabbt förskjuts vätskan i båggångarna. Receptorerna skickar sen impulser till hjärnstammen. Impulserna ändras så fort vi ändrar på riktning eller hastighet och därför kallas impulserna från båggångarna rörelsesinnet. De kombinerade impulserna från gravitationsreceptorerna och båggångarna är mycket exakta och talar om precis var vi befinner oss i förhållande till gravitationen, om vi rör oss eller är stilla, hur fort vi förflyttar oss och i vilken riktning. Vestibularissystemet är så känsligt att minsta läges- och rörelseförändring har en mycket kraftig inverkan på hjärnan. (J. Ayres 1988, sid 47) En väl fungerande balans och kroppskontroll är fundamentala ingredienser för inläring och beteende. I FMT bearbetas dessa funktioner i alla moment.

Det vicerala systemet

Det vicerala systemet kallas också för det autonoma nervsystemet och styr våra inre organ. Nästan alla inre organ - hjärta, tarmar, blodkärl och körtlar - har nervförbindelser med ryggmärgen eller hjärnstammen. Denna trafik kan vi inte kontrollera, den styrs reflexmässigt. Däremot påverkas det autonoma systemet vid stress. I FMT bearbetas rygg och svank, och därigenom påverkas nervimpulserna som styr vår urinblåsa. Detta gör det möjligt att behandla inkontinens. Det finns både terapeuter och adepter som vittnat om denna positiva bieffekt.

METODIK

Individuell behandling

FMT- metoden är en musikverksamhet med utommusikaliska mål, där musiken används som ett medel för att höja funktionsnivån i en fungerande kropp, genom att skapa förutsättningar för:

egen reaktion - utan andras önskan / vilja / krav

egen handling - utan instruktion

egen tanke - utan andras ord eller förmaning

egen planering - utan fysisk påverkan

(Lasse Hjelm, FMT-folder "FMT – 25 år")

Därför utförs FMT-behandling alltid enskilt, aldrig i grupp. Utvecklingsprocessen sker på alla områden och ger en helhetsutveckling efter individens egna förutsättningar. FMT-behandling ges 20 minuter i veckan eller i vissa fall varannan vecka därför att FMT-metoden övar och tränar inte - FMT **utvecklar**.

"Det som utvecklas sitter alltid kvar – det som tränas måste alltid tränas"

(Ann-Britt Hellén, Lasse Hjelm, Block 9)

Med musikens hjälp lockas rörelser fram som leder till att nervsystemet och hjärnan påverkas och funktionsnivån hos individen höjs. FMT-metoden arbetar således **från kroppen till hjärnan**, det är därför metoden kallas neuromuskulär.

Terapisituationen

Personen som får FMT behandling kallas adept (invigd lärjunge). Det har valts för att slippa uttryck som t ex patient eller elev. Adepten varken tränar eller övar. Adepten erbjuds trummor, olika cymbaler, olika trumstockar och olika effektinstrument. Adepten möts varje gång av samma instrumentuppsättning. Terapeuten har som verktyg ett antal specialkomponerade musiklingor – koder. (Se sid. 27) Då en FMT-behandling inleds sitter terapeuten vid pianot. En ton slås an och trumstockarna överröks till adepten (i de fall då adepten är mogen för detta) som ska få behandling. Terapeuten inväntar en reaktion, detta skapar kontakt.

Kontakt

Kontakten sker på adeptens villkor, och terapeuten utgår från adeptens utvecklingsnivå. Utifrån den nivån arbetar terapeuten sedan för att få igång en samverkan.

Samverkan

Terapeuten svarar på och bekräftar adeptens spel. I FMT spelas aldrig *för*, utan *med* adepten. Adepten spelar enligt vissa mönster som upprepas. Terapeuten skapar förutsättningarna, så att adepten alltid lyckas. Genom upprepning, igenkännande samt upplevelsen av att lyckas, känner adepten trygghet.

Trygghet

Koderna och uppställningarna följer alltid samma mönster. Rummet ser alltid likadant ut. Inga störande aktiviteter och ting förekommer i terapirummet. Terapeuten skall ha ett lugnt och tryggt förhållningssätt. Adepten skall inte känna några krav utan tillåts utvecklas i egen takt. Det är stimulerande.

Stimulans

Adeptens egen nyfikenhet blir drivkraften. Terapeuten ger adepten nya, väl avvägda uppställningar att lösa. Det ger motivation.

Motivation

Att lyckas är ”eget beröm”. Adepten blir motiverad att fortsätta behandlingen. Här är det återigen terapeutens ansvar att se till att adepten lyckas, och ge adepten lust till att använda sin kropp.

Icke-verbal metod

Vårt verbala språk innefattar även kroppsspråk och mimik. Eftersom FMT-metoden är icke-verbal ges inga instruktioner med ord, menande blickar eller kroppsspråk. Det ges inte heller tillrättavisningar eller verbalt beröm. Adeptens känsla av att lyckas är det som ska driva honom framåt. I vår ordrika miljö, särskilt inom skolvärlden, kan detta till en början kännas främmande. När man etablerat en kontakt känns det icke-verbala samspelet dock befriande, för såväl adept som terapeut. En egen tanke, en egen reaktion som sker spontant ger direktinformation till sensomotoriska områden i hjärnan. Där sker en utvecklingsprocess som ger det vi eftersträvar, nämligen kroppskontroll, stabilisering och strukturering.

” Man kan inte organisera en hjärna med ord- man kan således inte organisera en människa med ord.”

(Lasse Hjelm, kurskompendium)

Det icke-verbala arbetssättet ska inte på något sätt ses som ett ”tigande”, utan man skapar ett otvunget och öppet förhållande till adepten. Kommunikationen och samverkan finns där ändå, genom musiklingorna - de så kallade koderna, en nära samverkan mellan adept, koder och terapeut där adepten står i centrum. Tillsammans utförs ett arbete som ska tillföra hjärnan och nervsystemet nya impulser som ska leda till nya insikter och erfarenheter. Detta sker även om

adepten inte har ett språk, p g a. skada eller annat. Det gör också att en FMT-terapeut obehindrat kan arbeta med invandrare.

Attribut och tillbehör

Trummor är ett attraktivt instrument. Alla kan trumma, det förutsätter ingen musikalisk färdighet. Trummorna är inte tonbundna, och de ger vibrationer som är värdefulla i de fall då man arbetar med adepter på låg nivå. Cymbaler ger en annan klang och olika storlekar ger olika ljud. Alla dessa attribut är fästade på höj- och sänkbara stativ och går att vinkla på olika sätt, allt för att locka adepten till att utföra så ändamålsenliga rörelser som möjligt.

Adepten spelar också på olika **blåsinstrument** såsom förpreparerade blockflöjter och olika effektinstrument såsom gök, duva, olika tågvislor och ankor. Det befrämjar andning, hållning och stimulerar de mycket känsliga sinnesreceptorerna kring munnen. Här sker en tydlig samverkan mellan terapeut och adept då det gäller ”ge och ta”-momenten.

Viktigt är också **trumstockarna** som är av olika längd, tjocklek och material. Specialtillverkade klubbor såsom tvärhandsklubbor, dubbelklubbor och klubbor som man kan trä olika kulor på används också. Den rika variationen på trumstockar stimulerar receptorerna i handen. Även det auditiva sinnet stimuleras eftersom de olika trumstockarna ger en mångfald av klanger.

Under en terapibehandling bör sittställningen förändras flera gånger. Adepten kan även få spela stående. Dessutom innebär det markanta förändringar för adeptens kroppskontroll när höjd och vinkling på stolen förändras. Detta är mycket viktigt då balans, stabilitet och KFU (Känsla För Underlaget) är framträdande begrepp inom FMT- metoden.

Terapeuten

En terapibehandling sker i nuet och skall alltid anpassas till den enskilda adeptens situation. Terapeuten måste vara lyhörd och ha ett öppet

förhållningssätt, varje liten förändring kan vara stor och revolutionerande för adepten. Terapeuten lämnar över trumstockarna på ett inbjudande och vänligt sätt och ser till att adepten har det bra, byter fotklossar, ändrar på stolen och ”pysslar om” adepten. Detta ”pysslande” gör att adepten känner ett välbefinnande – tjugo minuters odelad uppmärksamhet och omhuldande upplevs ofta mycket positivt. Jag vill benämna detta som själavårdande. Själavård är att se sin medmänniska. Det är också att komma sin medmänniska nära och att ta ansvar för henne. För terapeuten är det naturligtvis viktigt med kunskap, men det krävs också uppmärksamhet, lyhördhet, kreativitet och intuition.

INTUITION - HJÄRTATS KUNSKAP

INTUITION är en omedelbar oreflekterad handling.

INTUITION är ingivelse

INTUITION är att förena hjärna och hjärta

INTUITION är det instinktiva handlandet, som får ett omedelbart svar vilket ofta leder till ny intuition

INTUITION är en eftertraktad egenskap som kan äventyras av intellektet

INTUITION kräver självförtroende och ett öppet hjärta

INTUITION kräver ett klart medvetande om nuets innehåll

INTUITION är terapeutens förnämsta verktyg

(Lasse Hjelm, kurskompendium)

FMT-kriterier

FMT-behandling är en utvecklingsprocess, varje människa måste få den tid hon behöver, processen kan inte påskyndas. FMT- terapeuter iakttar förändringar hos adepten, korrigerar och bearbetar för att adepten ska nå optimal funktionsnivå. Lasse Hjelm har under 20 år samlat erfarenheter och kunskap och format en unik analys-modell, där terapeuten läser av ett antal kriterier. Det innebär att en FMT- terapeut inte behöver ha någon diagnos från läkare, psykolog eller annan för att kunna ge ”rätt” behandling, FMT- terapeuter

jobbar utifrån FMT- kriterierna och ger behandling efter adeptens utvecklingsnivå. Dessa FMT- kriterier är:

Stabilitet

Stabiliteten är en grundläggande funktion, och den är så viktig inom FMT att det finns ett specialuttryck för just detta, KFU – Känsla För Underlaget. Fötterna skall ha stadig kontakt med golvet, och ”sittknölna” ska ha stadig kontakt med stolen. Balans och kroppskontroll uppnås när det vestibulära, taktila, kinestetiska och visuella sinnen är integrerade och individen kan känna sig själv mot underlaget. Vid god gravitationskänsla och kroppskontroll utför kroppen medvetna och ändamålsenliga rörelser och får därmed inget onödigt energibortfall. I terapisituationen förekommer det att adepten ”slingrar” fötterna runt stolsbenen, håller upp ena armen i ett ”paraplygrepp” eller låser armar och ben intill kroppen och försöker på så sätt stadga upp kroppen. Genom att använda fotklossar och ändra höjd- och sittvinkel på stolen befrämjas utvecklingen av en god kroppskontroll.

Sidoskillnad

De flesta människor har en dominant kroppssida. Om sidoskillnaden däremot är alltför markant sker tolkningen av omvärlden på olika nivåer, och problem uppstår med perception och kroppskontroll. FMT syftar till att reducera denna sidoskillnad till en mer normal dominans. Personer med dessa problem uppvisar ofta en ojämn begåvningsprofil - bäst ibland, sämst ibland. Sidoskillnad hör samman med instabilitet och dålig KFU.

Separata sidorörelser

Med separata sidorörelser menas förmågan att kunna utföra och kontrollera olika rörelser på kroppens båda sidor, som t ex. att peka i en bok med ena handen och samtidigt göra anteckningar med den andra. Även för detta krävs god perception, och kroppskontroll.

Bålrotation

Människokroppen kan ses som två funktionella system, det nedre som står för stabilitet, med fötter, ben och bäcken, och det övre från bröstkorg till skuldror

hals och armar. Dessa system samarbetar likväl som de ska kunna fungera separat. Bålrotation innebär att en person kan vrida överkroppen utan att ben, fötter och bäcken följer med i rörelsen. Bålrotationen anses vara färdigutvecklad vid 12- års ålder. En dåligt utvecklad bålrotation har ofta visat sig höra samman med inlärningssvårigheter, då speciellt med stavning och läsning. Läsinlärningen anses normalt vara komplett vid 12 års ålder, - ett intressant sammanträffande.

Stabiliteten försämras om inte bålen medverkar på ett relevant sätt.

Sidoskillnaden förstärks negativt vid avsaknad av rotation.

Separata sidorörelser är beroende av en god bålrotation.

Korsrörelser fungerar inte utan medverkan av bålrotationen.

Totalperceptionen är helt beroende an en god bålrotation.

(Lasse Hjelm, FMT-folder, ”FMT – 25 år”)

Korsrörelser

För att kunna korsa händer och armar över medianlinjen (kroppens tänkta mittlinje) måste hjärnans hemisfärer växla och samverka. Det är en funktion på hög nivå som kräver god stabilitet och kroppskontroll. Om funktionen inte är tillräckligt utvecklad är det inte ovanligt att adepten flyttar kroppen så att en överkorsning undviks. I vissa s k. ”läsriktningskoder” förekommer det att adepten använder vänster hand inom det vänstra synfältet, och sedan byter hand när handen går över medianlinjen och spelar med höger hand inom höger synfält.

Handutveckling och handledsfunktion

Handfunktionen avslöjar på ett mycket tydligt sätt adeptens mognadsnivå. Ofta är adeptens handfunktion på en lägre utvecklingsnivå än vad den normala utvecklingen förutsätter i förhållande till den kronologiska åldern. En god handfunktion är förutsättningen för att utveckla läs- och skrivförmåga.

”FMT-terapi lär ingen att läsa och skriva, men kan utveckla grundförutsättningarna för att tillägna sig en god läs- och skrivförmåga.”

När terapeuten överräcker trumstickarna avläser hon hur stockarna tas emot. Är det ett tvärhandsgrepp (ca. 3 år), eller tumstyrt grepp (ca. 5 år) eller pekfingerstyrt grepp (ca. 7 år)? Är greppet löst eller hårt? Är handen supinerad (handflatan uppåt) eller pronerad (handflatan nedåt)? Är handleden mjuk och följsam eller är den fastlåst (flexion)? *"En handledsflexion tycks ligga som ett hinder mellan kroppens perifera utpost (hand och fingrar) och hjärnan"*. (Lasse Hjelm, Block 15) Att handen är av stor betydelse för människan kan förstås vid betraktande av "den sensoriska homunkeln". Bilden nedan visar hur stor del av hjärnbarken som representeras av händer, fötter och mun. Intressant är att kroppens olika delar inte representeras i förhållande till sin storlek utan till den sensoriska tätheten.

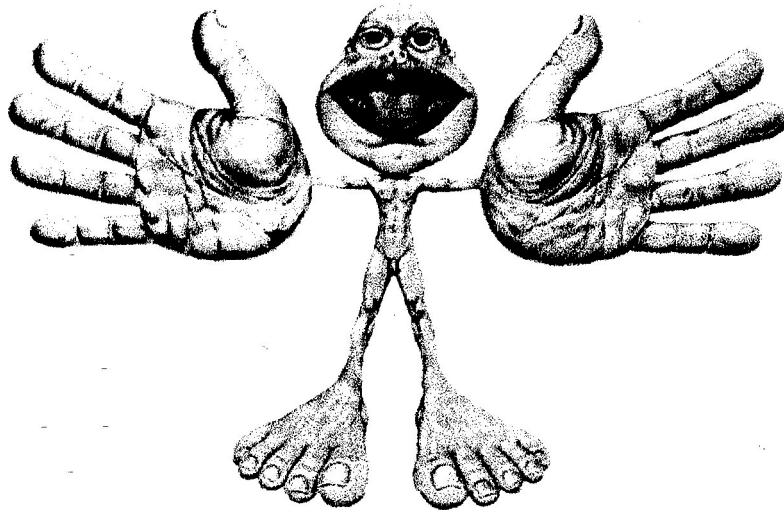


Illustration ur "Boken om vår värld"

I FMT-metoden kan terapeuten bearbeta handens utveckling med hjälp av trumstickor med olika längd, tjocklek och form, därtill används många specialtillverkade trumstickor. Genom att också använda stående spel, vinkla, flytta och höja trummor och cymbaler kan ett förbättrat handgrepp utvecklas. Det är viktigt att inte terapeuten lär ut ett grepp, utan att adepten själv får utveckla det i sin egen takt.

Perception

Med perception avses här totalperception innefattande auditiv, visuell och taktil perception. Denna process innefattar ett avancerat samspel mellan olika sinnen - förmåga att uppfatta, urskilja, lokalisera, diskriminera och tolka de stimuli som omger oss. Till en början är det lilla barnets perceptionsvidd mycket begränsad, och behöver all information i fokus (rakt framifrån), för att sedan successivt utvidgas. I FMT- situationen märks det på att adepten får dålig precision på slagen eller inte spelar alls på de attribut som är placerade utanför adeptens perceptionsfält. Att under en lektionstimme i skolan tolka och urskilja information som strömmar emot en elev kan vara synnerligen krävande.

”Det handlar om att finna fokus och diskriminera ur ett stort stimulansflöde för att kunna göra en perceptuell urskiljning. Dels handlar det bildligt om att kunna ta in omgivningen och inte övermannas av en överväldigande ström av intryck”

(Gunnar Smideman, Examensarbete, sid 21)

Modell / logik

I FMT- situationen används uppställningar av instrumenten på ett logiskt och strukturerat sätt. Eftersom inga muntliga instruktioner ges är det adeptens associationsförmåga, logiska tänkande och initiativförmåga som skall lösa problemet. När adepten löst modellen kan terapeuten gå vidare med fler attribut och förändringar i uppställningarna.

Helhetskoordination

En välkoordinerad rörelse förutsätter ett fint samspel mellan perception och kroppskontroll. Kroppen skall anpassa sig till kommande aktivitet. Ett exempel är när adepten justerar stolens läge och placerar kroppen på ett ändamålsenligt sätt; inom FMT kallas detta ”förmotorik”. Förmågan att koordinera sin kropp är mycket komplicerad. Britta Holle skriver:

”En välkoordinerad rörelse förutsätter ett fint samspel mellan perception och motorik för att rörelsen ska ske lätt, obesvärat och ändamålsenligt, dvs att muskelsammandragningarna utföres med lämplig styrka vid lämplig tidpunkt och under en lämplig tidsrymd. Koordinationen är inte medfödd utan kommer i och med centrala nervsystemets mognad och är beroende av bl a känsel- och muskelsinnet, synen och den erfarenhet som är sammankopplad därmed.” (Holle 1978, sid. 21)

Kodbeskrivning

Inom FMT förekommer ingen improvisation. Det som spelas är ett 20 tal olika specialkomponerade koder, från väldigt enkla till lite mer avancerade melodier. Ordet kod står för en särskild melodi som spelas på pianot. Varje kod har en speciell uppställning av instrumenten. Vissa koder har en lugnande effekt medan andra är mer pådrivande till sin karaktär. Terapeuten följer adepten och därmed kan det sägas att det är adepten som indirekt ”spelar piano”. Koderna anpassas utifrån den utvecklingsnivå som adepten befinner sig på och byggs på för att locka fram rörelser som befrämjar adeptens utveckling. Den medvetna upprepningen av koderna skapar trygghet för adepten. Alla FMT- terapeuter arbetar således med samma koder och kan därför ersätta varandra.

Kod 1 A, B

Detta är en lugn melodislinga som spelas dröjande och avspänt utan bestämd puls som skapar kontakt och trygghet. Den används som välkomnande inför analys / behandling och för att ”fånga upp” en adept som går omkring i rummet. Den kan även användas som vilomoment under en behandling. Inga attribut används.

Kod 2 A, B, C

Den här koden används för att få igång en samverkan. I koden görs ett fermat och adepten förväntas göra ett svar genom en rörelse eller utandning, till en

början kanske omedvetet men medvetandegörs genom att adepten får ett svar och återupprepar sin handling.

Kod 3 A, B, C

Vid analys används en grunduppställning och adepten spelar fritt och terapeuten analyserar spelet. Grunden till samspel läggs då adepten blir medveten om att det är han/hon som ”styr” spelet.

Kod 4

Den här koden används för att finna parförhållandet. Den spelas på en sida i taget för att stärka den bilaterala kontrollen och vidga totalperceptionen. Koden är förberedande för tvåhandsarbetet i kod 7.

Kod 5

Detta är en s k läsriktningskod, Den spelas från höger till vänster och korsar medianlinjen som är kroppens tänkta mittlinje, och den utvecklar rums/tidsbegrepp, logik, och bålrotation.

Kod 6

Detta är en utvidgning av kod 5, där bål och huvudvridning bearbetas mer.

Kod 7

Det här är en viktig kod som ligger till grund för den fortsatta utvecklingen, dels av tvåsidigheten, modell/logik, lateralisering och perceptionsvidgning, och dels av kodsystemet i sig. Koden har stora variationsmöjligheter.

Kod 8

Detta är en utvidgning av kod 7, fler attribut tillfogas.

Kod 9 A

Här sker en fortsatt utvidgning av kod 7 och 8. Den är mycket effektiv vid bearbetning av rygg, svank och nacke samt öga-handkoordinationen. Den har även en positiv inverkan på handgreppet. När kod 9A är väletablerad fortsätter arbetet till

Kod 9 B, C, D

Det här är en koncentrationskrävande kod där separata sidorörelser bearbetas. Koden är viktig vid en analys då flera kriterier avläses såsom totalperception, stabilitet och bålrotation.

Kod 10

Här görs cirkelrörelser över medianlinjen, vilket stärker KFU, bålrotationen och öga-handkoordinationen. Koden finns i flera varianter.

Kod 11

Här används två attribut. Adepten spelar gående eller stående och tar själv initiativ till förflyttning. Tids- och rumsbegrepp bearbetas, likaså samverkan och perceptionsförmåga.

Kod 12

Den här koden utvecklar också rums-och tidsbegrepp. Den spelas gående i läsriktning. Det är en bra kod för att utveckla handgreppet liksom handledsaktiviteten.

Kod 13 A, B, C, D

Här används olika blåsinstrument för att befrämja andningskontrollen, röstkontrollen och munmotoriken. Även samverkan och turordning bearbetas.

Kod 14

Här sker en utökning av kod 5 och 6, och fler attribut tillfogas. Koden bearbetar läsriktning, bålrotation, tidsbegrepp, öga-handkoordination och stabilitet. Den upplevs av många adepter som lugn och behaglig.

Kod 15 A, B, C

Den här koden innehåller en bearbetning av korsrörelse över medianlinjen. Det är en mycket användbar kod för bearbetning av hand- och handledsfunktionen.

Kod 16

Här stimuleras rums och tidsbegrepp, och här krävs en god samverkan mellan terapeut och adept.

Kod 17

Detta är en mycket avancerad kod som förutsätter att adepten kommit långt i sin utveckling. Den bearbetar problemlösning, balans, bålvridding, hand- och handledsfunktionen.

Kod 18 och 19

Dessa koder skiljer sig markant från de övriga koderna och används endast med erfarna adepter. Här bearbetas rums- och tidsbegrepp, samt kroppskontroll. Koderna inger ett lugn och adepten vilar i melodierna för att sedan använda sin kreativa förmåga.

Kod 20 och 23

Dessa koder är härmningskoder- adepten följer terapeutens spel. Det utvecklar den auditiva uppfattningsförmågan, minnet och samverkan. Efterhand tillfogas fler attribut, gärna med olika klangfärg, och adepten får här spela ”fritt” efter egen fantasi.

Vissa koder kan varieras genom att terapeuten lägger till en bastrumma med dubbelpedaler för att utveckla hand/fotkoordinationen. Det ger god stimulans åt hela kroppen.

MUISK – Musik Inför Skolan

Musik Inför SKolan är en gruppverksamhet som riktar sig till förskolans 6-årsverksamhet. Det är en mycket välplanerad och strukturerad musikverksamhet, sångerna utvecklas vecka för vecka till att bli alltmer komplicerade. Barnen deltar aktivt i sång, dans, rörelse och enkelt instrumentalspel. Genom att sångerna återupprepas känner barnen igen sig och känner trygghet. För att barnen själva ska ta egna initiativ och använda sin

fantasi ges få verbala instruktioner, barnen avläser och härmar ledaren. MUISK- verksamhet kan inte blandas samman med FMT- behandling, men den innehåller vissa liknande grundtankar.

Utommusikaliska mål

- *Stödja barnets helhetsutveckling*
- *Stärka deras motoriska utveckling och koordinationsförmåga*
- *Stärka deras perceptuella utveckling*
- *Utveckla deras fantasi och uttrycksförmåga*

Musikaliska mål

- *Skapa en positiv attityd till musik*
- *Stimulera barnens musikintresse*
- *Föra barnen i kontakt med olika slags musik*
- *Ge barnen delaktighet i det kulturella livet*
- *Lägga en grund för ett aktivt musicerande*

(Lasse Hjelm kursmaterial MUISK 1)

Att börja skolan ställer stora krav på barnen, förmågan att kunna sitta på en stol kräver god motorik. Att i ett stimmigt klassrum kunna ta instruktioner och därtill lära sig läsa och skriva kräver god uppfattnings- och tolkningsförmåga. Utvecklingen av perception och motorik kommer för vissa barn långsammare än för andra. Detta är inget onormalt, utan borde istället ses som högst normalt. De barn som inte är så långt komna i sin utveckling blir ofta missförstådda och har svårt att uttrycka sig. Kamraterna tar avstånd och mobbning ligger nära till hands. En dålig start ger dålig motivation och många föräldrar som bett om hjälp har fått svaret ”vi får vänta och se”.

”Utifrån detta får vi då räkna med sk pålagringar. En psykisk belastning som drabbar den som ständigt misslyckas, ständigt kommer på efterkälken, kanske gränsar till det vi kallar utslagning.”

(Lasse Hjelm block 2)

De barn i gruppen som visar sig behöva stöd kan då få individuell FMT- behandling för att ge bättre förutsättningar för en lyckad skolstart.

SCHIZOFRENI

Schizofreni är en gåtfull och mytomspunnen sjukdom. Ingen annan sjukdom är så missförstådd som schizofreni. Termen ”schizofren” bör användas sparsamt, eftersom den antyder att det rör sig om en speciell typ av människor. En människa med schizofreni har ett handikapp, men är en medmänniska och en unik individ som alla andra. Många människor tror att sjukdomen är detsamma som ”dubbel personlighet” och att personen växlar mellan dessa. Berättelser som ”Dr Jekyll och Mr Hyde” ligger nära tillhands som tankeexempel. En orsak till detta missförstånd är att ordet schizofreni ordagrant betyder ”splittrat sinne”. En människa med schizofreni har dock bara en personlighet, men tankar och handlingar är ofta oorganiserade och splittrade. I Japan har förbundet för psykiatri och neurologi år 2002 bytt ut det japanska ordet för schizofreni som betyder ”splittrat sinne” till ett ord som betyder ”sjukdom med förlust av koordination”, detta för att motverka de fördomar som existerar idag.

Orsaker till schizofreni

Sjukdomen beskrevs redan på 1800-talet som en allvarlig kognitiv sjukdom med tidigt insjuknande, men än idag vet forskarna inte exakt vilka mekanismer som ligger bakom sjukdomen. Faktorer i miljön, såsom olika virus anses kunna vara bidragande, liksom komplikationer i samband med födseln. Vissa genetiska faktorer har påvisats sen lång tid tillbaka. Forskningen kring detta är omfattande. Troligen är flera gener inblandade och dessutom är det troligt att olika kombinationer av genetiska förändringar ligger bakom de symptom som framkommer vid schizofreni. Nedärvningsmönstret är oerhört komplext och långt ifrån klarlagt. Stress kan ses som en utlösande orsak, och en riskfaktor för återinsjuknande. Traumatiska händelser i livet såsom dödsfall och familjeförhållanden tycks också påverka risken för ett insjuknande. Hjärnans anatomi har alltmer kommit i fokus för forskningen. Den försvåras dock av att man inte med säkerhet kan säga om det är sjukdomen i sig eller tillförseln av antipsykotisk medicin som gett upphov till de förändringar som kan uppstå i

hjärnan vid schizofreni. Undersökningar med magnetkamera avslöjar en ökad ventrikelvolym. Främre pannlobsbarken som är viktig för minnet är mindre aktiv hos de drabbade. Så är även fallet med hippocampus, som också inverkar på minnet. Dessa förändringar kan observeras i ett tidigt skede vilket indikerar att dessa beror på sjukdomen och inte är en effekt av medicineringen. Dessutom kan man se rubbningar i hjärnans kemiska sammansättning. Dopamin är en signalsubstans som överför information från en nervcell till en annan. Överproduktion av dopamin leder till att individen blir översvämmad av stimuli, och detta resulterar i hallucinationer och vanföreställningar. Senare forskning har funnit en molekyl som kallas reelin. Reelinet kan vara inblandad i de mekanismer som gör att hjärnan inte utvecklas normalt. Forskarna har funnit att reelinhalten är mellan 30- 50% lägre i pannlobsbarken (prefrontalcortex) och i hippocampus hos patienter med schizofreni. Schizofrena symtom förekommer även vid traumatiska hjärnskador, hjärntumörer och vid narkotikamissbruk.

Diagnos och symtom

Schizofreni är en allvarlig psykotisk sjukdom, där personen förlorar kontakt med verkligheten och får svårt att skilja mellan verkliga händelser och överkliga upplevelser. Symtombilden vid schizofreni är mycket komplicerad. Sjukdomen kan te sig mycket olika hos olika personer och symtomen kan dessutom variera under sjukdomens gång. Det finns en mängd kriterier uppställda över symtom som måste stämma in på en person för att diagnosen schizofreni skall kunna ställas. Till hjälp finns internationella regelsystem. Det nu aktuella kallas DSM IV ("Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders" från The American Psychiatry Association) och beskriver de kriterier som är nödvändiga för att ställa en diagnos för schizofreni. Dessutom finns flera olika subtyper av schizofreni.

- **Den katatoniska typen**

Kännetecknas av allvarliga motoriska störningar.

- **Den oorganiserade typen**

Karaktäriseras av osammanhängande oorganiserat beteende och olämpligt känslouttryck

- **Den paranoida typen**

Inkluderar systematiska vanföreställningar och hörselhallucinationer.

- **Den odifferentierade typen**

Beskrivs som uppenbara psykotiska symtom som inte passar in i någon annan kategori.

- **Den resterande typen**

När en patient haft minst en period med ihållande tecken på sjukdom, men i frånvaro av allvarlig psykos.

Positiva och negativa symtom

Ett annat sätt att klassificera beteendesymtom är att dela in dessa som positiva eller negativa. Begreppen kan tyckas förvirrande och ska inte tolkas som att symptomen är ”goda” respektive ”dåliga”. **Positiva symtom** är onormala tankar och upplevelser, de kan betraktas som plussymtom eftersom patienten upplever något som andra människor inte upplever. De positiva symtomen kan i bästa fall medicineras bort, men ibland tvingas patienten leva med dem och lära sig hantera dem. **Negativa symtom** kan kallas minussymtom. De beskriver något patienten saknar som de flesta andra har. Resultatet av dessa symtom blir ofta att den drabbade drar sig tillbaka från samhället och vardagslivet. Baserat på dessa kriterier har man fastslagit två typer av schizofreni. **Typ I** kännetecknas av mest positiva symtom utan skador på hjärnan, medan **typ II** karaktäriseras av företrädesvis negativa symtom och anatomiska förändringar i hjärnan. De negativa symtomen svarar i mindre grad på behandling med de mediciner som finns tillgängliga idag. Därför brukar sociala och psykologiska åtgärder sättas in.

Positiva symtom	Negativa symtom
<ul style="list-style-type: none"> • Vanföreställningar • Hallucinationer • Tankestörningar • Humörsvängningar 	<ul style="list-style-type: none"> • Känslolöshet • Koncentrationsstörningar • Brist på energi och glädje • Självförsjunkhet

Vanföreställningar

Vanföreställningar är tankar och föreställningar som saknar verklighetsförankring. Somliga patienter med paranoida vanföreställningar tror att deras tankar är styrda utifrån, att mystiska krafter kontrollerar deras tankar. För att hantera vanföreställningarna konstruerar patienten förklaringar som inordnas i en omfattande föreställningsvärld som är helt orealistisk. Hypokondriska vanföreställningar innebär att patienten tycker sig ha egendomliga sjukdomar eller kroppsliga missbildningar. En tredje vanföreställning är att personen tror sig vara någon annan t ex Jesus eller presidenten. För en person med vanföreställningar är dessa högst verkliga och omgivningen har svårt att påverka den sjuke med förnuftsargument.

Desorienterade tankar och tal

När vi kommunicerar med varandra och när vi tänker, inordnar vi tankar och ideer i en logisk följd. En människa med schizofreni har svårt att hålla kvar en logisk följd av tankar och ideer. Tankar och tal blir röriga och hoptrasslade, olika samtalsämnen blandas ihop och det blir svårt att följa tankegången för den som ska lyssna. Osammanhängande tankar och tal kan vara närbesläktade med störningar i varseblivning och koncentration. Dessa patienter har svårt att sortera intryck, associationer flödar in, tankar och tal blir osammanhängande. En association leder till en annan och den ursprungliga tankegången tappas bort.

Hallucinationer

Nästan alla med schizofreni har vid något tillfälle haft hörselhallucinationer. Den drabbade kan höra en eller flera röster som andra inte kan höra. Rösterna samtalar med varandra eller tilltalar personen. Detta upplevs mycket skrämmande då rösterna kan anklaga eller uppmana den hallucinerande till olika handlingar. Många beskriver också känselhallucinationer och lukthallucinationer.

Störningar i varseblivning och koncentration

Patienter med schizofreni överväldigas ofta av tillsynes okontrollerbara inre och yttre stimuli. Det gör att patienten har mycket svårt att koncentrera sig. Intrycken väller in utan att personen kan uppfatta vad som är viktigt och vad som är ovidkommande. Vid samtal kan det räcka med att samtalspartnern ändrar sittställning för att patienten ska tappa koncentrationen.

Brist på energi och glädje

Patienten upplever att det är svårt eller omöjligt att intressera sig för sådant som tidigare varit attraktivt och roligt. Patienter kan få autistiska drag och helt avskärma sig från omvärlden. Autism innebär bl a självförsjunkhet eller kontaktlöshet. Patienter kan också få svårt att fatta beslut och bristen på motivation resulterar i sänkt aktivitet. Personen blir bokstavligt talat ”kvar i sängen”.

Känslomässig avtrubbning

Känslomässiga störningar är vanliga vid schizofreni. Det kan innebära att den sjuke har förlorat förmågan att uttrycka känslor. Ansiktet uttrycker inget känslomässigt engagemang, utan förblir stelt och orörligt. Känslorna kan också ta sig fel uttryck. Han kan skratta då han borde vara ledsen, eller bli rasande över orsaker som är helt obegripliga för omgivningen. En patient med känslomässig avtrubbning använder endast få gester och rörelser samt undviker ögonkontakt. I svåra fall kan patienten bli helt orörlig, ett tillstånd som kallas ”katatoni”.

Insjuknandet

Ungefär en procent av jordens befolkning insjuknar i schizofreni, oavsett kön eller rastillhörighet. Vanligtvis bryter sjukdomen ut under slutet av tonårstiden eller i tidigt vuxenliv. Det händer att barn drabbas men det är ovanligt. Människor med schizofreni kan ha varierande symtom. Ibland kommer symtomen akut, men i de flesta fall kommer sjukdomen smygande över en period som sträcker sig över flera månader, i vissa fall över flera år. De första symtomen kan gå obemärkt förbi, både för den drabbade och för familjen. Ibland kan tecknen på sjukdomen tolkas som normala personlighetsförändringar i samband med övriga förändringar i livet. Symtomen kan också förväxlas med andra sjukdomar och tillstånd. Tiden för insjuknandet infaller ofta i en aktiv period av livet, då individen formar sin framtid, skaffar sig utbildning och umgänge. Därför riskerar de människor som drabbas av schizofreni att försättas i sociala och ekonomiska svårigheter.

Tillfrisknande

Återhämtningen från det aktiva sjukdomstillståndet varierar. 15-20 % av de drabbade återgår till den tillvaro de hade tidigare. I 25-35 % av fallen övergår sjukdomen till en kronisk form som kräver lång behandlingstid. Denna grupp finns ofta på gruppboenden eller i boenden med särskilt stöd. Den återstående hälften är de patienter som tidvis insjuknar. Den aktiva fasen kallas ”skov”. Mellan skoven förbättras patientens tillstånd och denne kan ofta leva ett normalt liv. För dessa människor är det oerhört viktigt att tillägna sig sjukdomsinsikt. För läkaren kan det räcka med att patienten tar sina mediciner och accepterar sin diagnos. Den insikten är naturligtvis viktig, men det krävs mer än så. Insikt betyder djup kunskap. Det behövs kunskap om sjukdomen och hur patienten ska förhålla sig till den, och även kännedom om friska och sjuka faser. Sjukvården borde ge individen kraft att handla så livet utvecklas i en positiv riktning, alla människor har friska sidor och olika begåvningar. Att få en individ till insikt om sig och sin situation kräver omfattande insatser såsom samtal och familjestöd. Här räcker inte vården till, och patienten

kommer därför in i ett ekorrhjul bestående av utskrivning, dålig ekonomi, oro, sömnlöshet osv.

Behandling

De patienter som fått diagnosen schizofreni kan i de flesta fall bli hjälpta genom medicinering, vilket gör att de kan leva ett ganska normalt liv. Medicinen som är antipsykotisk kallas med ett annat ord för neuroleptika. Det är viktigt att komma ihåg att antipsykotiska läkemedel inte botar schizofreni utan endast minskar symtomen och risken för återfall. Neuroleptika används för att behandla akuta faser av psykos, reducera hallucinationer och underlätta sammanhängande tankar. Samtidigt kan patienten bibehålla sina sociala kontakter och arbetsförmåga. Antipsykotiska mediciner blev tillgängliga under mitten på femtiotalet. Trots att man visste att medicinerna fungerade visste forskarna på den tiden mycket lite om dem. Läkemedlen gav allvarliga biverkningar, i vissa fall utvecklade patienterna symtom som kännetecknar Parkinsons sjukdom. På sjuttiotalet fastslogs att neuroleptika verkar genom att blockera receptorer i hjärnan så att de inte kan tillgodogöra sig information som förmedlas via dopamin. Forskningen upptäckte också att amfetamin, vilket ökar frisättningen av dopamin, förvärrade de schizofrena symtomen. Ämnet dopamin reglerar och styr många av kroppens funktioner såsom rörelser, känslor och beteende. Antipsykotiska läkemedel kan delas in i två olika kategorier: *konventionella*, som beskrivits ovan, och *atypiska*. De atypiska antipsykotiska läkemedlen har utvecklats under de senaste åren, och de kan benämnas som "en andra generations" läkemedel. Liksom de konventionella läkemedlen förhindrar de psykos, dessutom har de en god effekt vid behandling av negativa symtom. En egenskap som de nya atypiska läkemedlen har är att de är selektiva. Det betyder att de enbart riktar in sig mot den del av hjärnan som förorsakar de psykotiska symtomen, men att de inte berör de delar som kontrollerar normala muskelrörelser. De atypiska antipsykotiska läkemedlen blockerar förutom dopamin även ett annat ämne som kallas serotonin. Serotonin har inverkan på sinnesstämning, sömn, aptit och smärta. Vissa av dessa läkemedel blockerar även fler receptorer i hjärnan. I framtiden

hoppas forskarna kunna skräddarsy individuellt anpassade läkemedel, med kunskap om de gener som ligger bakom respektive symtom. På så sätt undviks alla onödiga biverkningar. Förmodligen ligger dessa läkemedel ett bra stycke in i framtiden.

Schizofreni är en dold folksjukdom som drabbar många människor och deras familjer hårt. Låt oss hoppas att schizofrenins gåta snart kan få sitt svar.

FALLBESKRIVNING - ANNA

Annas bakgrund

Anna har växt upp i en stor, trygg familj med fyra syskon. Skolan gick bra och hon hade många kamrater. När Anna började högstadiet började problemen dyka upp - skolk och trots mot lärare och föräldrar. Hon gick ut grundskolan med ofullständiga betyg. I efterhand kan man förstå att sjukdomen började då. Hon säger själv att hon kände sig förvirrad. Därefter följde flera års upprepade studie- och praktikförsök.

Vid tjugoo års ålder fick hon sin första psykos. Anna upplevde den mycket skrämmande och beskriver den som "att saker och ting gick in i hjärnan". Mamman kontaktade sjukvården, men ingen hjälp gick att få. Här följde flera års förtvivlad kamp för att hjälpa Anna. Anna är en verbal person och vid de kontakter hon hade med sjukvården kunde hon prata sig ur situationen och hävda att hon var frisk, medan familjen skuldbelades.

Vid första vårdtillfället var hon 24 år - tvångsintagen och hämtad av polis. Anna vårdades på en akut psykiavårdsavdelning, och hon var mycket rädd. Hon var rädd för personalen som tvångsinjicerade medicin, och för de övriga medpatienterna som betedde sig konstigt. Anna fick diagnosen paranoid schizofreni. Hon rymde upprepade tillfällen och fick hämtas tillbaka av polis. Anna lyckades bli så frisk att hon påbörjade en sjukvårdsutbildning, vilken hon avbröt efter en tid och så var karusellen igång igen.

När Anna var 26 år födde hon ett barn. Här följde en tid då hon trots psykos skötte sitt barn, med familjens hjälp, på ett bra och beundransvärt sätt. Hon tog emot behandling och började på samtal hos en psykolog. Hon flyttade till en lägenhet närmare familjen, som nu andades ut, och tillvaron var lugn och harmonisk. Anna mådde så bra och ansåg sig så frisk att hon kunde sluta ta sin medicin, vilket hon också gjorde. Det slutade med katastrof. Barnet familjehemplacerades hos en syster. Anna var återigen inne i ekorrhjulet.

Efter utskrivningen började Anna studera igen. Hon var motiverad och studierna gick bra. Hon beslöt sig för att flytta in till stan. Ännu en gång mådde hon så bra att hon själv drog ner på medicinen. Därefter följde en fruktansvärd tid då hon trots upprepade suicidförsök överlevde.

I början av 2002, blev Anna – då 35 år, tvångsinskriven en längre tid, i augusti 2002 skrevs hon ut. Hon går nu till olika aktiviteter såsom simning, gympa, hobbygrupp och FMT. Anna tar depåer - medicin som injiceras, doseringen är inställd på en riktig nivå. Anna fungerar bra och är tillfreds med sin tillvaro.

FMT med Anna

Anna och jag har känt varandra sedan skoltiden, vi träffas ofta och vi känner varandra väl. Efter utskrivningen berättade jag för Anna om FMT-metoden och erbjöd FMT-behandling. Hon ville fundera ett tag, efter en månad ringde hon upp mig och sa att hon ville pröva.

Höstterminen –02, nio behandlingstillfällen

Kod 7 – grunduppställning för analys: Anna spelade mycket ostrukturerat på samtliga instrument. Spelet avbröts av mig ganska omgående för att koda in ”ett slag – en handling”. Vi spelade med en trumstock på en virvel-trumma. Så småningom uppfattade hon sambandet mellan oss och att hon själv styrde spelet och avsluten blev allt bättre. När samspelet var etablerat överräckte jag två trumstockar. Anna spelade då så kallat växelspel d.v.s .växlar mellan höger och vänster trumstock. Hon fick då en dubbelklubba som sen ersattes av trumstockar sammankopplade med en gummisnodd. När jag sen trodde att samtliga slag var etablerat visade det sig att så inte var fallet, vid spel med två trumstockar återgick hon nämligen till växelspel. Efter IFI på kod 7 uppfattade hon modellen, men hon mindes den inte andra gången vi träffades. Efter en stunds letande hittade hon fram till rätt modell. Vi arbetade med läsriktningskoderna 5, 6 och 14. För att bearbeta handlederna och handgreppet fick Anna stå och spela. Attributen var då oftast bakåtinklade, och det gav

omedelbart resultat. Handledsfunktionen och handgreppet förbättrades. Bålrotationen bearbetades också, den förbättrades på kort tid. Vi kom inte vidare till kod 8, så vi utgick från kod 5 och 6 som flyttades fram till en lodrät uppställning, dels för att koda in rörelsen till kod 8 och 9, dels för att bearbeta ryggen. Vid fjärde speltillfället introducerades kod 15 för att bearbeta korsrörelsen. Det gjorde att handlederna blev mer avslappnade och att handgreppet förbättrades påtagligt.

Vårterminen –03, tre behandlingstillfällen

Handfunktionen förbättrades, hon mindes modellerna bättre och kroppskontrollen verkade säkrare. Då jag gjorde nya uppställningar kunde jag se hur hon förberedde sig och t o m ställde sig upp då hon såg att jag ställde upp de koder hon vanligtvis spelade stående. Korsrörelsemodellen har haft en gynnsam effekt på handgreppet och handledsfunktionen, dock är själva korsrörelsen svår att utföra och den kräver en längre behandlingsperiod. Kod 8 och 9 använde vi inte eftersom hon inte löste modellen. Det finns ändå mycket att arbeta vidare med. Nio behandlingstillfällen är ganska lite jämfört med de behov som Anna har. Hon skulle behöva en längre behandling. Anna är inställd på att fortsätta med FMT och jag ser fram mot en utvecklingsprocess som har gett, och som kommer att ge ytterligare goda resultat.

FMT-kriterier – analysmall

problemskala: 0 inga / 1 märkbart / 2 påtagligt / 3 extremt

Obs-datum	020903	030213
stabilitet	2	1
sidoskillnad	3	2
sep. sidorörelser	3	3
bålrotation	2	0
korsrörelse	2	2
handgrepp Hö	3	2
handgrepp Vä	3	2
handled Hö	3	1,5
handled Vä	3	1,5
koord. hand-fot	3	2
perception	3	1,5
modell/logik	3	2
helhetskoordination	3	2
totalpoäng:	36	22,5

Med tanke på Annas bakgrund är det mycket positivt att hon har kommit till FMT-behandlingen nästan varje vecka. Annas vanliga mönster är att ge upp efter några veckor, så detta har varit något unikt för henne. Anna har alltid varit mån om sitt utseende, men i de perioder hon mått dåligt har hon inte orkat bry sig. Därför var det roligt, när hon i slutet av terminen kom med en ny frisyr och med nya kläder. Hon fungerar nu bra med familjen och går till sina olika aktiviteter. Anna är nu mer insiktsfull om sin situation än tidigare och medveten om att hon behöver stöd för att få vardagen att fungera. Hon kontaktade kommunen för att få personligt stöd, vilket innebär att en person kommer hem till henne och tittar på när hon städar så att det ska bli gjort. Denna person kom några veckor men slarvade med tiderna och ringde återbud samma stund som hon skulle vara där. Detta gjorde Anna arg och besviken på det sätt hon behandlades. För första gången i livet blev hon arg på ett sunt sätt och tog tag i situationen själv, utan att be mamman om hjälp. Detta exempel är ett enormt framsteg för Anna, men det är även ett exempel på att den som är sjuk måste vara frisk för att kunna be om hjälp, såvida det inte finns anhöriga som ställer upp.

Anna säger själv att hennes koncentration, tålamod och uthållighet har ökat. Hon sover bättre och tar egna initiativ till sociala kontakter. Anna går på flera olika verksamheter och det är svårt att säga vad som påverkat henne i den positiva riktning som är så markant. Jag tror att de olika stödinsatserna i kombination med FMT-behandling har varit bra för Anna. De ovan nämnda förändringarna som är uppenbara för alla i Annas omgivning, anser jag och även Annas familj ändå vara ett resultat av FMT-behandlingen.

DAMP

På skolgårdar och andra ställen hörs allt oftare uttryck som ”DAMP-unge” och liknande. Många barn med DAMP vet att de inte är som andra, och de har inte förmågan att bete sig som andra. Barn med DAMP anses ofta som ”trotsiga” och ”uppfostrade”. Många gånger har föräldrarna anklagats för att de uppfostrat sina barn alltför slapphänt, men inget kan vara mer fel. Säkert har de, mer än de flesta, kämpat för att barnet ska uppföra sig som alla andra. Föräldrarna får även kämpa för den hjälp och stöd ett barn med detta, till synes utåt dolda, funktionshinder har rätt till. Barn med DAMP har svårt för att sitta still, kontrollera sina impulser och fokusera sin uppmärksamhet. När dessa problem blir så stora att vardagen inte fungerar, är det berättigat att tala om funktionshinder som brukar benämnas ADHD eller i vissa fall DAMP

Begreppen DAMP/ADHD

D	A	M	P
Deficits in	Attention	Motor control and	Perception
Brister i fråga om	Avledbarhet Uppmärksamhet	Motorisk kontroll	Varseblivning
	Nedsatt: Koncentration Impulskontroll Aktivitetskontroll	Klumpig motorik Nedsatt balans Svårläst handstil	Svårt att bearbeta sinnesintryck
A	D	H	D
Attention	Deficit	Hyperactivity	Disorder
Uppmärksamhets	Brist	Överaktivitets	Störning
Nedsatt: Koncentration Impulskontroll Aktivitetskontroll		På ”högvarv” Pratar ofta och mycket Rastlös	

Begreppet DAMP används i Norden. Internationellt används begreppet ADHD med olika tillägg. DAMP finns i olika svårighetsgrader och problemen kan variera från person till person. Alla som har DAMP har en uppmärksamhetsstörning vilket är en av de grundläggande kriterierna för diagnosen ADHD. DAMP innebär att personen har uppmärksamhetsstörning och hyperaktivitet, plus motoriska svårigheter och perceptionsstörningar. Detta innebär dock inte att alla med DAMP uppfyller diagnoskraven för ADHD. DAMP är ett snävare begrepp än ADHD. Mellan 4 – 7 % av alla barn uppfyller kriterierna för DAMP, och ca. 1 % har svår DAMP. Det finns en tredje grupp som enbart har svårigheter med motorik och perception. Denna problematik går under namnet *developmental coordination disorder* och förkortas DCD. Sammanfattningsvis kan man säga att DAMP i stort sätt är liktydigt med en kombination av ADHD och DCD.

Orsaker

Forskare är numera överens att DAMP är ett neurologiskt funktionshinder, och att biologiska faktorer är avgörande för uppkomsten. Ärftligheten spelar en stor roll i detta sammanhang. Olika riskfaktorer under graviditeten och förlossningen kan också ha betydelse i detta sammanhang. Vetenskapliga studier har visat att funktionerna i hjärnan avviker hos personer med DAMP. Det förekommer störningar i impulsöverföringen i de delar som styr uppmärksamhet, aktivitetsreglering och impuls kontroll. Det handlar främst om den biokemiska balansen och framför allt om dopaminförsörjningen i hjärnan. De processer i hjärnan som svarar för planering, organisation, samordning och impulsreglering m.m. påverkas. Även brister i det så kallade arbetsminnet hör hit. Arbetsminnet svarar för förmågan att hålla flera saker i huvudet samtidigt och att kunna använda tidigare erfarenheter för att förstå nya situationer som vägledning för handlandet.

(Attention, faktablad 2:1, A. Hellström)

Diagnos

Diagnos eller inte? Utredningar är ett teamarbete som utförs av psykolog, läkare och pedagog. Ibland kan även andra yrkesgrupper såsom logoped, sjukgymnast och arbetsterapeut ingå. Vissa psykologer menar att det utförs för många utredningar, och att diagnosen kommer att ligga individen ”i fatet” och vara en belastning inför framtida skolgång och yrkesval. Dock kan en diagnos vara en förutsättning för att kunna ge rätt stöd åt barn och ungdomar med DAMP.

Stöd och behandling

Personer med DAMP behöver en väl strukturerad vardag, där tydlighet är absolut nödvändigt. Att komma med ”överraskningsmoment” är uteslutet. I umgänget är det viktigt att uttrycka sig konkret, enkelt och kortfattat. Klart uttryckta förväntningar, gränser och konsekvenser underlättar. Krav och förväntningar bör vara rimliga, så att stress och misslyckanden undviks. För att minska effekten av funktionshindret är det viktigt att familjen och olika kategorier av skolpersonal får information och kunskap om vad DAMP innebär. Föräldrar till barn med DAMP behöver också stöd för att kunna ge sina barn en trygg, fungerande vardag och stärka barnens självförtroende.

Medicin

I vissa fall kan centralstimulerande mediciner i mycket låga doser användas. Många studier har gjorts och visat på goda effekter vid kärnsymtomen såsom uppmärksamhet, impulsivitet och aktivitetsnivå, ibland också på finmotoriska och perceptuella problem. Någon risk för missbruk har inte kunnat påvisas, dock finns inga studier om effekten på längre sikt. Psykofarmaka såsom neuroleptika och lugnande läkemedel har en negativ effekt och gör barn med DAMP oroliga i stället för lugna. Vissa forskare anser att låg vakenhet i själva hjärnan är kärnan i DAMP/ADHD. Tvärt emot vad man skulle kunna föreställa sig tycks det vara hjärnans låga vakenhetsgrad som driver kroppen att hålla igång, för att hjärnan inte ska somna. Det kan jämföras med hur svårt det är att

varva ner efter flera dygns dålig sömn, eller att gamla människor som är understimulerade somnar om de får en kopp kaffe på kvällen.

Vuxna med ADHD/DAMP

Länge har man trott att DAMP var ett barndomshandikapp som mognar bort under barnets uppväxt. Detta har visat sig vara felaktigt, problemen kvarstår under ungdomsåren och även upp i vuxen ålder. Symtomen blir dock mindre framträdande och kännbara med åldern. Långtidsuppföljningar visar att minst hälften, kanske två tredjedelar har kvar betydande uppmärksamhetsproblem som unga och vuxna. Konsekvenserna blir t ex dåliga studieresultat, konflikter med vänner, familj och arbetskamrater. Ofta har dessa personer samarbetsproblem och hög frånvaro från arbetet som leder till täta arbetsplatsbyten. Bland barn uppmärksammas pojkars problem på ett tydligare sätt än hos flickor som oftast är mindre aggressiva och utagerande. I vuxen ålder kan det däremot vara så att kvinnor oftare vänder sig till psykiatrin för att få hjälp än vad män gör. Många vuxna män kan ha så stora psykiska och sociala problem att deras eventuella DAMP/ADHD- problematik göms bakom andra beteckningar. Tyvärr är vuxenpsykiatrin mycket dåligt insatt i vad dessa neuropsykiatriska tillstånd innebär. Klyftan mellan barnpsykiatrin och vuxenpsykiatrin har bidragit till bristande kunskapsutbyte. Dessutom finns få studier om vuxna med dessa problem. Många med dessa problem är mycket skickliga i sitt yrkesutövande om de finner rätt arbete. Ett arbete med tydliga strukturer och lagom utmaningar gör att arbetsplatsen får en mycket kompetent resurs med energi och kreativitet.

Andra neurologiska funktionshinder

DAMP/ADHD, autism, Aspergers syndrom och Tourettes syndrom är neurologisk betingade tillstånd som ofta hänger samman eller går i varandra. Tourettes syndrom visar sig i ofrivilliga rörelser så kallade tics som kan vara ryckningar eller blinkningar, och dels i ljud som grymtningar eller harklingar. Ungefär hälften av de barn som får diagnosen Tourettes syndrom har också DAMP/ADHD.

FALLBESKRIVNING - MARKUS

Markus bakgrund

Markus är född 1987 och är en storväxt men ändå "liten" kille i mopedåldern. Han kämpar på i skolan med gott resultat och utvecklas i en positiv riktning. Vägen dit har inte varit enkel varken för Markus eller för hans familj som fått utstå många prövningar. Redan vid tidig ålder kände mamman på sig att allt inte stod rätt till när det gällde Markus utveckling. Markus kunde inte sitta still och leka, nya saker var bara intressanta en kort stund och han växlade ständigt mellan olika aktiviteter. Fick inte Markus som han ville, skrek han tills omgivningen gav upp. På så sätt drev Markus alltid sin vilja igenom.

Han började i skolan och trots mammans upprepade försök till hjälp hände inget. När Markus gick i tredje klass upptäckte lärarna att han hade inlärningssvårigheter. Mamman önskade då att Markus skulle gå om tredje klass, men så blev det inte. I fjärde klass började de verkliga problemen komma. Han mobbades och utsattes för olika trakasserier, och under lektionerna fick han kämpa för att hänga med. I femte klass hade familjen kontakt med BUP och de fick samtala med en kurator som konstaterade att Markus var "ett stökigt barn". Åren på låg och mellanstadiet, kan enligt mamman, ses som bortkastade och gav endast en rad misslyckanden, och till följd av detta - en mycket svag självkänsla.

När Markus började på högstadiet gjordes ett test av en psykolog, och psykologen kom fram till att Markus utvecklingsnivå inte var adekvat för hans ålder. Någon klar diagnos ställdes inte men Markus har DAMP-liknande symtom och drag av Tourettes syndrom. Det yttrar sig i ljudåtbörder vid t ex TV-tittande och ett "fult språk".

Vändpunkten för Markus kom andra terminen i årskurs sju, då han fick börja i särskolan. Särskolan är i samma byggnad som den skola han tidigare gått i men bytet gick över förväntan och utan några större svårigheter. Särskolan har ett

annat arbetssätt och tydlig struktur på sin verksamhet. Markus har utvecklats på ett positivt sätt och har en kontaktperson som han kan gå ut och göra roliga saker med. Markus behöver tydliga regler och klara gränser. Han är nu i tonåren med allt vad det innebär för en ungdom i utveckling. Mamman befinner sig i "skottlinjen" för olika kontroverser men utbrotten blir färre och kortare.

FMT med Markus

När Markus började i åttonde klass fick han en lärare som kände till Lasse Hjelm och FMT-metoden. På något sätt hade hon hört talas om min verksamhet och att jag behövde "övnings-adepter". Hon kontaktade mig och Markus började spela i slutet av april –02.

Vårterminen –02 april – maj. Sex speltillfällen

Markus kom tillsammans med en assistent. Assistenten väntade utanför. Vid första speltillfället stod kod 7 uppställd. Jag spelade melodin för kod 3 för att göra en analys. Markus spelade då en aning avvaktande på alla attribut, förmodligen stördes han av att inte få några instruktioner. Markus fick då en IFI och spelet kom igång med ökad säkerhet. Vi arbetade med koderna 7, 8, 9, 5, 6, 3. Det viktigaste för Markus var att hitta KFU – känsla för underlaget, och att förbättra stabiliteten. Fotklossar i olika höjd användes flitigt. Många koder spelades stående, bl a för att "lösa upp" handlederna. Uppställningarna placerades framåt i en V-formation vilket befrämjade bearbetning av såväl svank som handgrepp. Efter sista gången för terminen tog han i hand och tackade.

Under **sommarlovet** träffades vi **två gånger** för behandling, en gång i början på juli och en gång i början på augusti. I juli kunde en klar utveckling märkas, Markus handgrepp hade gått från tumgrepp till pekfingergerupp, det var även mer svikt i handlederna. Han var mycket glad och positiv och spelomgångarna var för oss båda mycket glädjefyllda.

FMT-kriterier – analysmall

problemskala: 0 inga / 1 märkbart / 2 påtagligt / 3 extremt

Obs-datum	020430	020702	030213
stabilitet	3	2,5	2
sidoskillnad	2	2	2
sep. sidorörelser	3	2,5	2
bålrotation	2	1,5	0
korsrörelse	3	3	2
handgrepp Hö	3	1	0
handgrepp Vä	3	1	0
handled Hö	2	1	0
handled Vä	2	1	0
koord. hand-fot	3	2	1
perception	2,5	2	1,5
modell/logik	2	1,5	0,5
helhetskoordination	2,5	2	1,5
totalpoäng	33	23	12

Höstteminen –02 Åtta speltillfällen

Min lokal har flyttats till ett rum på sjukhusområdet. Den skola som Markus går i har genomgått en renovering och under tiden användes ersättningslokaler nära min lokal på sjukhusområdet, vilket gjorde det enkelt för Markus att gå till FMT-behandlingen utan assistent. Vi fortsatte att arbeta på samma sätt som tidigare. Kod 15, vilken innebär korsrörelser, lades till. Vid första spelningen i september mindes han inte på modellen till kod 7, men han hittade tillbaka via kod 4. Hans handfunktion hade förbättrats och han höll trumstockarna i ett fint pronerat grepp. Vid de enklare koderna syntes allt mindre medrörelser i ben och fötter. Korsrörelserna var mycket koncentrationskrävande och Markus spelade ett slags "haltande spel". Vi spelade dock koden korta stunder. Korsrörelsen fick vila ett tag och mogna för att sedan tas upp senare. De separata sidorörelserna behövde utvecklas mer, så vi fortsatte med kod 9A, B, C och D. 9 A var inga problem för Markus, han sträckte ut och arbetade med ryggen. De övriga uppställningarna vållade dock problem och krävde stor koncentration. När dessa koder spelades gick hans hand tillbaka till ett mer omoget grepp, särskilt på vänster sida som är den svagaste. Medrörelserna kom åter fram och störde hans rörelseschema. Bålrotationen bearbetades med kod 6

och 14. Bålrotationen kom igång, men hans kroppskontroll var fortfarande instabil och slapp.

Under **vårterminen –03**. har vi spelat **tre gånger** och vi fortsatte att utveckla stabiliteten, sidoskillnanden, kroppskontrollen och bålrotationen, som jag har sett som det viktigaste. Medrörelserna i ben, fötter och mun har minskat, dock har han fortfarande kvar sin ”säckiga” rygg, men han sträcker ut alltmer och arbetar med en alltmer aktivare rygg och svank.

Den största framgången för Markus är nog känslan av att lyckas. Det går inte att ta miste på hans glädje när han provar sig fram och löser en kod. Markus ansikte har fått mer liv och han har en öppnare blick och attityd till dem han möter. Han har kommit regelbundet varje vecka med några få undantag. Någon gång har han varit i bråk och avvikit från skolan men ändå kommit till spelningen – vilket måste ses som en prestation för Markus. Hans skola har flyttat tillbaka och detta innebär större problem att ta sig till FMT-lokalen. Skolan har löst det så att han får åka med en assistent till spelningen och sen tar han själv bussen tillbaka. Det har fungerat bra. Trots att Markus innan kan klaga över att det är besvärligt och jobbigt att gå och åka buss, har han alltid varit glad efter spelningarna och även uttryckt till sina lärare och mamman, att han tycker att det är kul. Som jag nämnt tidigare har Markus utvecklig gått i rätt riktning på ett fanta stiskt sätt, både i skolan, hemma och i terapituationen. Detta bekräftar att FMT-metoden är ett utomordentligt bra komplement till skolan och hemmets stödjande insatser. Markus självkänsla har stärkts och det ger förutsättningar att kunna tillägna sig kunskaper. Så här beskriver Markus själv upplevelsen av FMT-behandlingarna:

musikterapi

Det har faktiskt varit bra

Jag trivs bra där och jag

hoppas att det fortsätter

lika bra för jag vill gärna

bli en bra trummenist det

är faktiskt kul att lära

sig spela trummer.

Det känns jätte bra

och det har ändrats lite

grann jag har blivit bättre

på att spela trummer

och det är kul att det

går så bra, och sen tycker

jag att jag har blivit

lungnare. slut

AVSLUTANDE DISKUSSION

Trots att Anna och Markus har olika diagnoser och är i olika åldrar har jag kunnat iaktta många likheter, främst vad gällande instabilitet, kroppskontroll och perceptionsförmåga. Dessa områden bör utvecklas mer för både Anna och Markus. Utvecklingen måste få den tid den behöver, för den går inte att forcera fram. En FMT-terapeut måste ha kunskap att vänta och att vänta in adepten.

Att tillägna sig förmågan till social samvaro, att känna och hitta balansen i sin kropp, att ha god självkänsla och känna tillit till sig själv och andra är nödvändigt för att vi människor ska utveckla ett fungerande samspel med vår omgivning. Många gånger under studietiden har jag funderat över sambandet mellan olika problem såsom inlärningssvårigheter, sociala problem osv. i förhållande till dåligt utvecklade kroppsfunktioner och svag perceptionsförmåga mm. Sammanhangen är komplexa och mycket intressanta, och att sambanden finns är uppenbart. Vid schizofreni och olika typer av neuropsykiatriska störningar, såsom ADHD/DAMP kan det klart och tydligt påvisas betydande problem med perception och kroppskontroll. FMT-metoden är en neuromuskulär metod där arbetet sker från kroppen till hjärnan. Då neuromuskulära förändringar vid schizofreni är säkerställda kan flera intressanta frågor ställas: Kan det vara så, att viktiga utvecklingsmoment inte har tillförts hjärnan, som då kommit i otakt med funktionsutvecklingen? Vad händer i hjärnan vid FMT-behandling? Kan det vara möjligt att minska, eller kanske ta bort medicinering? Hjärnan, med sina 1000 miljarder nervceller är ett universum i sig, och att förklara exakt vad som händer med hjärnan vid FMT-behandling kan ingen göra. Dock vet vi, genom att iaktta en persons utveckling av sitt rörelsemönster, att hjärnans nervceller knyter nya kontakter med varandra och att hjärnans kontaktnät därmed utvecklas, dvs bildar nya synapser. Jag är övertygad om att blodflödesmätningar i hjärnan kan påvisa resultat. FMT-metoden är en tydlig och konkret metod där den rätta utvecklingsnivån framträder på ett mycket ”avslöjande” sätt. Utvecklingsnivån avspeglar sig i personens rörelsemönster och kan inte förställas, eftersom inga verbala anvisningar ges. Genom att iaktta rörelsemönstret kan en FMT-terapeut

få en uppfattning om hur hjärnan arbetar och utgå från den rätta utvecklingsnivån.

Studietiden och praktikarbetet har också gett ”nya ögon” och ökad förståelse för en människas beteende i olika sammanhang – i skolan och på arbetsplatser. Jag har också fått inblick i den utsatta människans kamp för de rättigheter hon har enligt lagar och FN:s konventioner.

I den församling där jag arbetar har det utarbetats en församlingsinstruktion, där det under rubriken diakoni står bl a. att församlingen ska ha bra kontakt med de instanser som arbetar med och för utsatta människor:

”En god kunskap om myndigheters, föreningars och sjukvårdens resurser ger oss större möjligheter att på ett effektivt sätt hjälpa människor att få del av den omsorg de har rätt till”.

”Vi möter i våra barn- och ungdomsgrupper allt fler unga som behöver vår omsorg. Utslagning och mobbning gör att många av dessa ungdomar söker sig till kyrkan för att där finna trygghet och gemenskap. Skolor och sociala myndigheter vädjar till kyrkan om stöd och hjälp till dessa ungdomar”.

Dessutom står det att det finns deltagare i olika grupper med ”särskilda behov” där det kan behövas extra resurser i form av vuxenstöd. FMT-metoden går väl i linje med församlingsinstruktionen, och kan även inom kyrkan ses som ett komplement till övrig verksamhet, för människor i alla åldrar och med skilda problem. Det skulle vara intressant att pröva en MUIISK-grupp (se sid 30) inom ramen för kyrkans barntimmar och att utveckla samarbetet med de ”sjukvårdsnära” områden som finns på sjukhuset. Överallt finns stora behov, samtidigt som ekonomin sätter ramarna för verksamheten. FMT-metoden har gett mig ett nytt kontaktnät att arbeta med. Olika personalgrupper och andra människor är positiva och nyfikna på verksamheten. Min ambition är att använda FMT-metoden i så stor utsträckning som möjligt – till glädje för alla!

REFERENSER

- Adler, B/
Holmgren, H Neuropedagogik, Lund: Studentlitteratur, 2000
- Ayres, J Sinnenas samspel hos barn, Stockholm: Psykologiföretaget,
1979
- Axengrip, C, J En skrift om DAMP/ADHD, Umeå: Konsulterna Axengrip
2000
- Beckman, V Vuxna med DAMP/ADHD, Stockholm: Cura 1999
- Dropsy, J Leva i sin kropp, Stockholm: Natur och kultur 1998
- Duvner, T Barnneuropsykiatri, Stockholm: Liber 1994
- Eriksson, H Neuropsykologi, Stockholm: Liber 2001
- Gillberg, C Ett barn i varje klass, Stockholm: Cura 1996
- Grankvist, G Från schizofreni till livslust, Sollentuna: Riks-IFS 1997
- Grönvold, I/
Nydal, E Barn och ungdomar med DAMP, Stockholm: RBU 1999
- Hellström, A Fakta om ADHD och DAMP, Riksförbundet Attention 2002
- Hjelm, L Kurskompendier, Uppsala: Musikterapiinstitutet
- Holle, B Barns motoriska utveckling, Stockholm: Natur och kultur
1987
- Kadesjö, B ADHD hos barn och vuxna, Socialstyrelsen 2002
- Kahl, U Schizofrenin – en mytomspunnen och gåtfull sjukdom,
Läkartiningen 2002 nr 38 sid 3789 – 10
- Kylen, G Begåvning och begåvningshandikapp, Stockholm: FUB,
ALA-stiftelsen 1981
- Ottosson, J-O Psykiatri, Stockholm: Almqvist & Wiksell 1995
- Piaget, J Barns själsliga utveckling, Lund: Liber, 1976
- Ray, J Att använda musik för att nå utommusikaliska mål,
Stockholm: MPC, 1998

- Rudin D Schizofreni och psykosvård, Värnamo, Värnamo sjukhus,
1995
- Ruud, E Varma ögonblick, Göteborg: Bo Ejeby, 2002
- Smideman, G FMT-behandling i problemanalys och behandling,
examensarbete, Uppsala: musikterapiinstitutet 1999
- Sundqvist-
Stensman, U Funktionsinrökad musikterapi Slutrapport UAS-psyk.klin,
Norra sektorn- projekt 1471-601 vår 95-0800, 1997

[http: // www. hubin.org](http://www.hubin.org)