

FMT-metoden som hjälpmedel i skolan

Karsten Steiner

Uppsala musikterapiinstitutet 2003

Examensarbete

Handledare: Elin Svanström

Examinator: Lasse Hjelm

Innehållsförteckning

Sammanfattning.....	
Innehållsförteckning.....	
1. Inledning	1
2. Bakgrund	5
3. Syfte	6
4. Musikterapiens historia	7
4.1 Från antiken till den moderna tiden	7
4.2 Musikterapi i Norden	9
5. Metodbeskrivning	11
5.1 Grundläggande begrepp	11
5.2 FMT-metodens olika attribut	12
5.3 Piagets utvecklingsteori	15
5.4 Koder	17
5.5 Terapeutens roll	19
5.6 FMT kategorier	20
5.7 FMT kriterier	22
6. Barn med skolsvårigheter	27
6.1 MBD	28
6.2 Damp	30
6.3 ADHD / ADD	31
6.4 Autism	33
6.5 Aspergers syndrom	34
6.6 Från diagnos till behandling	39
7. Fallbeskrivningar	41
7.1 Skolsvårigheter	41
7.2 Aspergers syndrom	46
8. Diskussion	56
9. Litteraturförteckning	58

1. Sammanfattning

I dagens skola är eleverna mera än tidigare i behov av att få hjälp. Hjälpen kan bara sättas in effektivt om eleven är tillräckligt mogen / utvecklad för att kunna ta till sig den. FMT-metoden ger på ett enkelt och snabbt sätt möjlighet att bedöma funktionsnivån hos varje individ. FMT-metoden ger också genom sitt lustbetonade sätt att motivera eleverna möjligheten att utveckla tidigare försummade kropps-funktioner. Genom att avsevärt öka elevens funktionsnivå och på så sätt också självförtroendet ges eleven bättre motivation för studierna. Hjälpsatser i form av t.ex. special - eller hjälpundervisning kan bättre tas till vara.

Med mitt examensarbete försöker jag visa att även åländska barn bör få möjlighet att få tillgång till Funktionsinriktad Musikterapi inom ramen för grundskolans verksamhet. Arbetet beskriver närmare två elever som med hjälp av FMT-metoden har fått möjligheten att höja sin funktionsnivå och hur dessa fått positiva gensvar från olika håll.

2. Inledning

När jag för tre år sedan fick chansen till en fortbildning i Uppsala kunde varken de ansvariga i skolvärlden eller jag själv tro att jag nu tre år senare skulle ha möjligheten att för skolvärlden introducera en för Åland helt ny metod att hjälpa barn och ungdomar i skolan - FMT-metoden. Funktionsinriktad Musikterapi är en neuro – muskulär behandlingsmetod där man med musiken som medel lockar fram nya rörelser hos individen. Rörelserna organiseras till en allt bättre och mer välfungerande kroppskontroll och till en bättre perception och andning. Man utgår alltid från individens personliga utvecklingsnivå och höjer funktionerna i adepts takt. Den för utbildningspersonal välkände schweiziske barnpsykologen Piagets utvecklingsteorier ligger även till grund för FMT-metoden .

Jag fick möjligheten att utbilda mig hos metodens ”fader” Lasse Hjelm som 1987 grundade musikterapiinstitutet i Uppsala.

Eftersom detta arbete i första hand skrivs till skolans personal och till de tjänstemän på Åland som bestämmer över resurserna som tillförs till skolan handlar det om det stora antal elever som i allmänna termer beskrivs som elever med skolsvårigheter och ”koncentrationssvårigheter”. Vissa av dem har även fått bokstavsdiagnoser som ADHD, DAMP, Asperger syndrom och Tourettes syndrom. Under flera år har lärarna på Åland blivit utbildade i att förstå vad de benämningarna betyder och hur de bör reagera när de har dessa elever i klassrummet. Jag har under de senaste åren haft tillfälle att behandla ungdomar som har fått ovannämnda ”bokstavsdiagnoser” men även ungdomar med vanligare ”skolproblem”. I resultatdelen, fallbeskrivningen, kommer jag att utförligt redogöra för två av dem.

Inom FMT-metoden anser man att ”fenomenet är intressantare än diagnosen”. Lärarna ser ofta mycket snabbt att barnet inte har uppnått samma utvecklingsnivå som de övriga eleverna. I grundskolans åk1 – åk6, när barnet fortfarande har en klasslärare nära sig, finns en stor möjlighet att hjälpa barnet genom att ge det en större uppmärksamhet. På högstadiet däremot är det mycket svårare att se eleven i sin helhet. Många olika lärare ser var och en bara en bråkdel av elevens prestationsförmåga.

Orsakerna till det vi kallar skolsvårigheter ligger i att den såkallade ”normala utvecklingen” gäller som en norm. Samhället och därmed skolan utgår helt enkelt ifrån att barn vid 7 års ålder har uppnått skolmognad och därmed en viss funktionsnivå och att eleven som kommer till högstadiet har genomgått den normala utvecklingen. Men verkligheten är den att kalendern inte styr funktionsutvecklingen/mognaden.

Lasse Hjelm beskriver i sitt arbete med hundratals elever med ”läs- och skrivsvårigheter och dyslexi”, barn med och utan diagnos, att alla dessa barn har ”en påtaglig begränsning i rörelsemönstret”. Det är en tydlig ”försening” i rörelseutvecklingen som kan tydas som en funktionsnedsättning. Följande ”fynd” finns nästan genomgående hos ”problembarnen”.

- Dålig stabilitet
- Sidoskillnad

- Svårigheter med separata sidorörelser
- Försenad bålrotation
- Svårigheter med korsrörelser
- Så gott som helt genomgående: sen handutveckling
- Stela handleder (ofta ulnarflexion)
- Helhetskoordination / problem med koordination fot/hand
- Begränsad (fokuserad) perception
- Problem med ögonmuskulaturen
- Svag logik / modell

Som en följd av dessa avvikelser kommer funktionsutvecklingen i "bakvatten" vilket äventyrar (i lyckliga fall endast försenar) förutsättningarna för inläring av läsning och skrivning. (Hjelm 2002)

Vad detta betyder säger sig självt. Förseningen leder till problem i grupp – och skolsituationen. Av läraren eller familjen uppställda krav kan inte infrias, vilket leder till en dålig självkänsla som ofta ligger till grund för fortsatta och ökande svårigheter.

Förutsättningen för utvecklingen av dessa "kroppsliga" funktionerna är att hjärnan kan ta emot och bearbeta rörelse- och gravitationsförnimmelserna. Om ett barn har en vestibulär störning råkar ett flertal av de sensomotoriska mönstren i hjärnan i olag. Barnet har då inget sätt att minnas vad ett tryckt ord betyder eller hur han ska skriva det. Det grymmaste en lärare kan säga till en sådan elev är: "Du kan om du bara försöker!" Hur ska ett barn kunna läsa om han inte kan förbinda det han ser med det han hör? Hur ska han kunna skriva sitt namn om han måste koncentrera sig på att sitta kvar på stolen? Det är de här senso-motoriska färdigheterna som är de verkliga "baskunskaperna". Inlärnings- svårigheterna kommer att bestå tills skolan ägnar sig åt att utveckla dessa "baskunskaper". (Ayres s.91)

Barnet måste organisera sin egen hjärna !

Vi kan aldrig tro att vi kan organisera hjärnan åt en annan person.

De kom fram till att den avgörande faktorn för ett tillfrisknande var aktiv fysisk interaktion med den sensoriska miljön. När individen bara passivt tog emot sensorisk stimulering, tillfrisknade inte hjärnan. Patienten måste "tjänstgöra som sin egen stimulansälla". Hjärnan måste styra sitt eget tillfrisknande genom att anpassa sig till stimulering och själv

tillhandahålla ytterligare stimulans. Ingen annan kan göra detta åt patienten. Detsamma gäller för barn med störningar i de sensoriskt integrativa funktionerna. (Ayres s.153)

I normala fall behöver inte ett barn gå i behandling, eftersom han får den sensoriska stimulering hjärnan behöver genom leken och har möjlighet att reagera meningsfullt på dessa stimuli. Den neurologiska störningen hos ett barn med MBD eller störningar i de sensoriskt integrativa funktionerna hindrar barnet från att bearbeta sina sinnesintryck när han leker. Han kan därför inte utveckla de anpassade reaktioner som krävs för att få sina behov tillgodosedda. (Ayres s.154)

Med FMT-metoden har vi fått ett ytterligare hjälpmedel till skolvärlden. Men - FMT – metoden diagnostiserar inte barnen och många föräldrar vill gärna ha en diagnos . Även lärarkåren är idag inställd på att ta hänsyn till de enskilda elever som möter svårigheter i skolvärlden, många speciallärare runtom i landskapet gör sitt yttersta för att eleverna skall klara dagens ambition att alla skall få en bra utbildning. FMT-metodens insatser kommer att hjälpa dem i deras arbete, samt att även hjälpa många elever som idag inte klassas som hjälpbehövande, sådana elever som anses som långsamma, tysta eller oroliga eller allmänt nojsiga.

Det är bevisat att ju tidigare vi kan sätta in hjälpåtgärder desto bättre. Barnen i förskolan kan redan i 6 års- verksamheten testas enskilt eller i ett speciellt utarbetat dagisprogram som har fått namnet, MUISK (Musik inför skolan, utarbetat av Lasse Hjelm).

Elever i grundskolan och på gymnasiet kan få hjälp av FMT när de känner att informationsflödet blir för högt, att deras tillgängliga energiförråd inte mera räcker till för alla utmanande skol- och fritidsintressen.

Sist, men inte minst kan FMT-metoden även hjälpa de lärare och alla vuxna som i ett sent skede i livet går i väggen inom det ständigt föränderliga yrkeslivet. FMT-metoden ger möjligheten att reparera de kroppsliga funktioner som någon gång tidigt i livet har försummats och därefter har fungerat dåligt eller inte alls under livet, med följden att kraften inte mera räcker till i det dagliga energihushållet.

2. Bakgrund

Redan från barndomen har mitt liv fått en musikalisk prägel. Jag växte upp i Essen, Tyskland i en musikaliskt intresserad familj och i 6 års åldern började jag, förutom i musikskolans ”Orffsche instrumentalgrupp”, även att spela piano och att sjunga i barnkören. Den sistnämnda fortsatte jag med framgång i till 15 års ålder. Många roliga och kamratliga äventyr liksom de positiva känslor som bildades med musicerandet lade den stadiga grunden till min musikaliska karriär.

Under tonåren, som ledare för musikaliska barngrupper och under studietiden, märktes det alltid att musiken även i fortsättningen skulle vara en viktig del av livet. Under den tiden formades även genom engagerade kyrkliga grupper en gedigen grund för känslan att vilja hjälpa de socialt utstötta och svaga i samhället. Barn, ungdomar men även äldre personer spelade en stor roll när jag arbetade som hemvårdsassistent under civiltjänsttiden.

Efter min emigration till Åland skulle musiken komma att skapa de band mellan de båda olika kulturer som språket i början inte förmådde. Körsång och musikleärarskapet hjälpte på alla sätt till att integrera mig i samhället. Under en musikleärfortbildning i Uppsala våren 2000 kom jag första gången i kontakt med musikterapiutbildningen. Lasse Hjelm berättade om FMT-metoden och det kändes naturligt för mig att ta möjligheten att starta utbildningen vid nästa tillfälle, som blev redan hösten samma år.

Under de senaste åren har det diskuterats inom lärarkåren på Åland att elevgrupperna blivit mera oroliga. Barn med tydliga koncentrationssvårigheter blev offer för allt för stora gruppindelningar. Även när skolningen inom kollegiet under 90-talet hade medfört att förmågan att upptäcka barnen med problem hade ökat – fanns och finns fortfarande inte många konkreta försök att göra något åt det. I princip har man lagt ansvaret på lärarna som efter att de har lärt sig att upptäcka sådana elever nu under samma förutsättningar - lika stor elevgrupp, i lika stora utrymmen under samma tidsperiod, med samma undervisningsmaterial och naturligtvis ensamma – skall bearbeta och lösa problemet. Detta är som man lätt kan inse en omöjlighet.

Funktionsinriktad Musikterapi blir därför för mig ett konkret åtgärdsmedel - att vara den länken mellan elev och lärare, men även mellan förälder och samhälle, som i princip efterlysts mer och mer under de senaste åren. FMT-metoden kan ge en möjlighet att hjälpa den enskilde genom en utökad perception - att lättare kunna vara en del av klassrummet, skolan, samlivet i familjen och i samhället i stort.

Redan under de första utbildningsåren fick jag tillfälle att använda FMT-metoden med några ungdomar med skolsvårigheter och autism. Skolledningen och kollegiet blev efter en fortbildning mycket positivt engagerad och förmedlade ytterligare nya FMT-kontakter. Även speciallärarna som redan tidigare hade fått kontakt med metoden i sin utbildning blev nöjda med att kunna erbjuda möjligheten vid skolan. Framgångarna med adepterna gjorde att skolan under senaste läsåret nu har startat schemalagd FMT (ännu bara en timme i veckan) som en form av specialundervisning. Adepterna bestäms i Elevvårdsgruppen (EVG) i samråd mellan FMT-terapeuten, skolpsykolog, skolkurator, hälsosystem, speciallärare samt ledningspersonal. Det planeras en utvidgning av timantalet till nästa år.

Även på andra fronter på Åland (BUP) har intresset varit stort för FMT-metodens intåg på Åland.

3. Syfte

Syftet med detta examensarbete är att sprida kunskap om FMT-metoden till:

- Åländska skolvärlden
- Föräldrar
- Läkare
- Politiker

Vidare är syftet att visa att FMT-metoden är ett modernt sätt att komplettera stödundervisningen i skolorna och att FMT-metoden går att använda i habiliteringssyfte.

4. Musikterapiens historia

Vad gäller musikterapi kan man historiskt sett tala om tre huvudformer, grundade på magiska, religiösa respektive logisk-vetenskapliga principer och synpunkter. I den *magiska terapin* försökte människorna skydda sig själva, kontrollera eller behärska de krafter som styrdes av universums andar och övernaturliga krafter. Den som var sjuk ansågs besatt av en ond ande och för att driva ut anden spelade medicinmannen en väsentlig roll. Han behärskade ritualerna i vilka musiken ingick som ett centralt element. Den *religiösa terapin* använde sig av musiken för att blidka gudarna. Den sjuke hade gjort sig skyldig till en ogärning. Detta fick prästen i det gamla Grekland avslöja och han tog även fram vilken botgöring som skulle blidka guden. Här användes musiken som ett slags övertalningsmedel som skulle vara behagligt för guden, dvs präglad av skönhet och harmoni. (Dyreborg , s.10-11)

4.1 Från antiken till den moderna tiden

Redan under antiken var musiken på olika plan en del av medicinen. För det första tillskrevs musiken stor påverkanskraft på själen genom att de enskilda tonarterna hade speciella egenskaper. Vissa kunde lugna, andra hetsa upp. Använde man sig av harmonisk musik kunde själen läkas och även disharmonier kunde på så sätt harmoniseras. Å andra sidan utgick man ifrån att sjukdom uppstod som en följd av en obalans mellan de olika kroppsvätskorna, den så kallade humoralpatologin. Redan i antiken föreskrev läkarna levnadsregler som talade om att uppnå en balans mellan arbete, sömn, vila och näringsintag. Genom att vårda själen kunde denna balans lättare uppnås. Kulturaktiviteter, aktiva liksom passiva kunde bygga upp ett försvar mot sjukdomar. (Ruud 2002)

Det blev den arabiska medicinen som under åttahundratalet realiserade de antika tankarna om ett samband mellan kropp och själ. Fenomen som var viktiga för hälsan kunde vara luft och omgivning, mat och dryck, fysiska övningar och bad, sömn, samlag och inte minst "själens lidelser".

Flera sinnestillstånd skapar en effekt i kroppen, till exempel sådana som för den naturliga värmen från det inre av kroppen till dess yttre delar eller till hudens yta. Ibland sker detta plötsligt, som vid häftigt vredesmod; andra gånger sker det försiktigt och långsamt, som vid glädje och behag. (cit efter Horden 2000, s.27)

Den engelska musikterapihistorikern Peregrin Horden anser att det var då som musikens helande kraft infördes i det medicinska tänkandet. Musiken kunde, genom att ge uttryck för ”glädje och behag”, dämpa och lindra tillstånd som förorsakade sjukdomar. Genom musik kunde själsliga tillstånd som förhindrar eller förebygger sjukdom förstärkas. Det skapas ”positiva känslor”. (Ruud 2002, s.20, 21)

Under medeltiden var Boëthius (480-526) en person som redan som ung funderade över musikteoretiska problemställningar. I hans verk ”*musica humana*”, den mänskliga musiken, skriver han bland annat:

Vad *musica humana* är kan man förstå genom att undersöka sig själv. Ty vad är det som binder samman förståndets andliga aktivitet med kroppen om inte en viss ömsesidig anpassning, så att säga en slags samstämmighet mellan höga och låga toner till en enda konsonans? Vad annars skulle kunna förena själens olika delar, det som enligt Aristoteles´ åsikt är en förening av det rationella och det irrationella? Vad förorsakar blandningen av kroppens olika delar och håller den i en stabil jämvikt? (Révész, G: Einführung in die Musikpsychologie. Bern, 1946.)

Benestad tolkar Boëthius´ sätt att se på den musikaliska formen som ”den inre harmonin i människan, som symmetrin mellan våra lemmar, som förhållandet mellan kropp och själ (Benestad 1978, s.55). Tankegångar om stabilitet och jämvikt är även en grundförutsättning för framgång i det musikterapeutiska arbetet inom FMT-metoden.

Under de följande århundradena tog de empiriska iakttagelserna över och antikens tänkande fick ge vika för mera logiska argument. I sextonhundratalets musikestetiska affektlära formulerades att stora eller små intervall i musiken kunde utvidga eller dra

samman kroppens *spiritus animale*, ett slags livsluft som strömmade genom människan. Var vi deprimerade, hade denna luft krympt ihop. (Ruud 2002, sid.23)

Under adertonhundralet skedde ett epokskifte. Det naturvetenskapliga tänkandet tog över och genom att empiriskt studera sjukdomsförlopp och inte mera ta hänsyn till patientens levnadssätt blev musiken ett mindre viktigt fenomen. Först efter andra världskriget återuppstod musikterapi som en modern behandlingsform i samband med arbetet att rehabilitera de många krigsoffren. Idag finns det ett 60-tal utbildningscentra vid amerikanska universitet och college. Först 1958 etablerades en musikterapiutbildning vid musikhögskolan i Wien som var det enda stället i Europa fram till slutet av 60-talet.

4.2 Musikterapi i Norden

Sedan mitten av 1900-talet hittar man begreppet musikterapi i Sverige och Norden. År 1968 bildades *Nordisk förbund for pedagogisk musikterapi*, som snart upplöstes och övergick i nationella föreningar och förbund. Man skiljde mellan den ”Pedagogiska musikterapi” som betecknar den speciella musikverksamhet som bedrevs vid olika skolor och institutioner för handikappade barn och den ”kliniska musikterapi” som hade en psykoterapeutisk inriktning och vände sig till patienter på psykiatriska sjukhus och som bara kunde bedrivas av ”specialister”. (E. Ruud, Vad är musikterapi, s.9)

I Sverige är musikterapibegreppet av tradition knutet till specialpedagogiken (Ruud, s.10). Ännu under 1970-talet var den pedagogiska musikterapi i Sverige den dominerande, kontakter skapades till de andra nordiska länderna Finland, Norge och Danmark som i sin tur hade fått inflytande från England och USA. År 1974 bildades Svenska Förbundet för Musikterapi (SFM). Flertalet av grundarna var musikpedagoger som började arbeta med personer med psykiska och fysiska handikapp och på så sett utvecklades musikverksamheter för barn med olika funktionshinder.

Under 1980-talet splittrades verksamheten i de nordiska länderna och i Sverige startades olika skolor och utbildningar som hade olika ideologier som utgångspunkt i sina behandlingsformer. Musikpsykoterapi och den funktionsinriktade musikterapi

(FMT) växte fram som två specialiserade grenar som man valde att utbilda vid olika utbildningsinstitutioner. Utbildningen av Musikpsykoterapi ges vid Kungliga Musikhögskolan i Stockholm och vid folkhögskolan i Sjövik. FMT utbildningen bedrivs vid Musikterapiinstitutet i Uppsala samt vid Musikhögskolan Ingesund i Arvika. I Sjövik har utbildningen genomgått flera utvecklingsfaser från a) kurser med musikterapeutiska inslag, över b) en linje med musikterapi och specialpedagogik, c) därefter specialmusikledarutbildningen till 4) den nuvarande musikterapeututbildningen på basal nivå.(Granberg, s.61)

Vid Stockholms Kungliga Musikhögskola utbildar man i musikterapiteori och – metodik (i grupp och individuellt), psykologi, psykiatri, musikpsykologi och utvecklingspsykologi. Det ingår även kurser i angränsande terapiformer som psykodrama, symboldrama, dansterapi, bildterapi och kroppsterapi samt grunderna i neuropsykologi, fysiska och psykiska handikapp.

FMT – utbildningen i Uppsala och Ingesund baserar sig på den specifika FMT-metoden som utarbetades av Lasse Hjelm under 15 år vid Folke Bernadottehemmet, en fristående rehabiliteringsavdelning vid Akademiska Sjukhuset i Uppsala. Utbildningen inleddes i Uppsala 1987 och här läggs tyngdpunkterna på utvecklings- och inlärningsteori, handikapp – och socialkunskap och musikpsykologi. Mycket viktigt är även kunskaper i neuropsykologi och neurofysiologi eftersom metoden är neuromuskulär. Under utbildningen läggs betydande vikt på praktisk erfarenhet med tillhörande handledning.

5. Metodbeskrivning

5.1 Grundläggande begrepp

För att kunna använda FMT - metoden med framgång måste vi skapa förutsättningar för att en dyad, en tvåpersonsgrupp, skall kunna forma sig. Detta viktiga, kontaktskapande moment förutsätter ett **lugn** i rummet och i terapeuten. Rummet skall gärna vara neutralt inrett och inte innehålla föremål som skulle kunna ge störande synintryck. Eventuella fönster bör förses med gardiner, allt som kan ge oro för adepten måste elimineras. Terapeuten sitter vid det akustiska pianot och har en grunduppställning av trummor och cymbaler inom räckhåll. Adepten erbjuds en stol bakom trumman. Lugnet kan nu auditivt spridas till adepten med hjälp av en välkomnande melodi som i FMT samband kallas **kod**. Terapeuten måste vara beredd på att möta adepter som inte självklart kan ställa om från den "vilda" yttre världen till terapirummets lugn.

En ton från pianot är tecknet att terapeuten är beredd att **samverka**. Ett par trumstockar överräcks till adepten. Det är tonen och nuet som ligger i terapirummet och väntar på en reaktion som med säkerhet kommer. Att "invänta" adepten är i detta skede A och O, ett sätt att ta adepten på allvar, att inte "pressa" honom, att ge honom möjlighet att "ta det lugnt" och följa kroppens egen takt. Adepten inleder nu genom sin utforskande reaktion en samverkan som är frivillig och på så sätt en mycket god förutsättning för en framgångsrik, **ickeverbal** dialog. Denna ickeverbalitet är ett av de mest utmärkande förhållningssätten mellan adept och terapeut i FMT-metoden:

- ingen verbal kommunikation förekommer
- man eftersträvar en neutral välvilja
- terapeuten skall ha ett så återhållet kroppsspråk som möjligt, icke vara instruktiv

Den enda reaktion som ges från terapeuten uttrycks med pianot. Tanken bakom detta förhållningssätt är att undvika påverkan genom uppmuntran vilket skulle implicera en inläring.

”När vi lär, (instruerar/tränar) begränsar vi människans möjligheter till egen utveckling”.

Enligt: Stig E. Björkqvist – Chefsneurolog, Kårkulla-Finland (Hjelm, 2001)

En dialog kommer att utspela sig mellan adeptens reaktion på den dialogöppnande inledningstonen och terapeutens bekräftelse på pianot. Målet med ickeverbaliteten är att locka fram individens eget initiativ utan instruktioner. Utan ord och krav formas nu denna kommunikation som leder till att adepten omsluts av våra koder som i sin tur ger trygghet i dialogen. Ingen krävande ögonkontakt bedömer om adepten gör rätt eller fel. Uppmärksamheten ligger på det gemensamma objektet tex. en virveltrumma. Terapeuten är mycket observant på dialogens längd och väljer utifrån adeptens utvecklingsnivå även dialogens innebörd (kod). När vi väl har uppnått trygghet i dialogen , som skapas av:

- a) miljön som inte förändras nämnvärt
- b) det terapeutiska förhållningssättet gentemot adepten
- c) den igenkännbara attributuppställningen och
- d) den igenkännbara musikaliska klangen

kan FMT-behandlingen fortskrida.

Byte av trumstockar och attributuppställningar stimulerar till nya utmaningar som alltid leder till en positiv upplevelse och på så sätt motiverar till fortsatt agerande. Individens medfödda längtan att utvecklas i egen takt, att vara nyfiken och lösa problem ger adepten möjlighet att genom eget handlande och tänkande nå en högre funktionsnivå.

5.2 FMT-metodens olika attribut

För att nå målet använder vi inom FMT-metoden ett begränsat antal olika attribut som kan varieras på ett obegränsat antal sätt.

Terapeutens verktyg är det akustiska **pianot** som i motsats till förstärkta, elektriska motsvarigheter kan överföra de naturliga svängningarna rakt in i **trumman**. Vibrationen i trumskinnnet överförs via händer eller trumstockar genom det perifera nervsystemet till hjärnan. Bearbetningen sker från :

”ett passivt, muskulärt lyssnande till en växande samverkan mellan sensoriskt (inåtgående) lyssnande och ett muskulärt motoriskt (utåtriktat) agerande”. (Hjelm, 2001)

Vi utnyttjar då trummans vibration och den egenskapen att trumman genom sin storlek är lätt att träffa. Genom att använda stativ och olika trumstorlekar kan man anpassa situationen till adeptens funktionshinder liksom man lätt kan variera uppställnings-formationen. Varje liten förändring i uppställningen ger nya signaler till hjärnan som bearbetas till nya erfarenheter. Upprepandet förstärker minnesspårerna i synapserna i hjärnan . Trumman som instrument är lätt att hantera. Möjligheten att svara med en ”felaktig” ton eller melodi finns inte. På så sätt behöver adepten inte uppleva och tolka sitt svar som misslyckat. Musiken används således som ett medel och inte som ett mål.

Utifrån handens utvecklingsnivå erbjuder vi adepten olika specialtillverkade **trumstockar** (se bild 1). Trumstockarna kan även utrustas med olika påbyggnader som kulor, skumgummi osv. som ger olika mycket friktion i handflatan. Detta ger i sin tur adepten en ny varseblivning och tvingar fram en problemlösning och i vissa fall en omorganisation av handen. Att byta trumstockar anses som ett helt nytt moment i en behandlingssekvens eftersom utformningen, tjockleken, vikten, längden och klangen i sig ger en ny erfarenhet för hjärnan.



bild 1, en samling trumstockar som används i FMT-metoden

Under de första behandlingstillfällena förändras bara ett delmoment i taget dvs. en förflyttning av attributen eller ett trumstocksbyte. När adepten är mogen för det kan antalet förändringar ökar något.

Ett annat attribut är **cymbalen** som kontrasterar med sitt hårdare, klara ljud mot trummans mjuka, dova klang. Här skapas den auditiva möjligheten för ett oändligt antal kombinationer. Storleken av cymbalen kan varieras och förutom att det är svårare att träffa en mindre cymbal kan storleken och klangen så småningom i mera förfinade koder förmedla ett mönster, en tankestruktur. Både trumma och cymbal kan visuellt ytterligare förstärkas med en röd punkt, som kan hjälpa till att ordna rörelsemönstret. Cymbalens lutning är ett viktigt delmoment i arbetet med adepts kroppshållning, och särskilt med handens och handledens utveckling. En vänd cymbal kan med enkla medel leda till en sträckning av armen och handen, vilket är ett delmål i behandlingen. Skillnaden ses i bild 2 och 3.



Bild 2, tumfingerstyrning



Bild 3, pekfingerstyrning

I behandlingen ingår även ”sittverktyget”, **stolen** som är anpassad till adepts förmåga att sitta. Stolen kan vara en vanlig trästol från ett klassrum med olika sittunderlag, eller en mera avancerad stol som man kan ställa in i höjd och i vinkel till trumman. I behandlingen undviker vi i möjligaste mån rullstolar. I det fall då en adept är rullstolsbunden försöker terapeuten, så snart som personen är mogen för det, förflytta honom till en ”vanlig” och stadig stol. Stolen behöver erbjuda en fast förankring för att adepten fysiskt skall kunna känna av en förändrad sittställning under FMT-behandlingen. Vi är ute efter att adepten skall vara medveten om sittknölnarna, en grundförutsättning för att skapa en *känsla för underlaget* (KFU), en stabilitet.

Jag är synnerligen angelägen om att åstadkomma ett så perfekt "sittande" som är möjligt. (Hjelm, block 9)

Till sist finns även några **blåsinstrument** som attribut under behandlingen. Här hittar vi preparerade flöjter, djurläten och olika visselpipor som alla kan användas för kontaktskapande ändamål. De stimulerar andningen och vakenheten och förbättrar munmotoriken.

5.3 Piagets utvecklingsteori

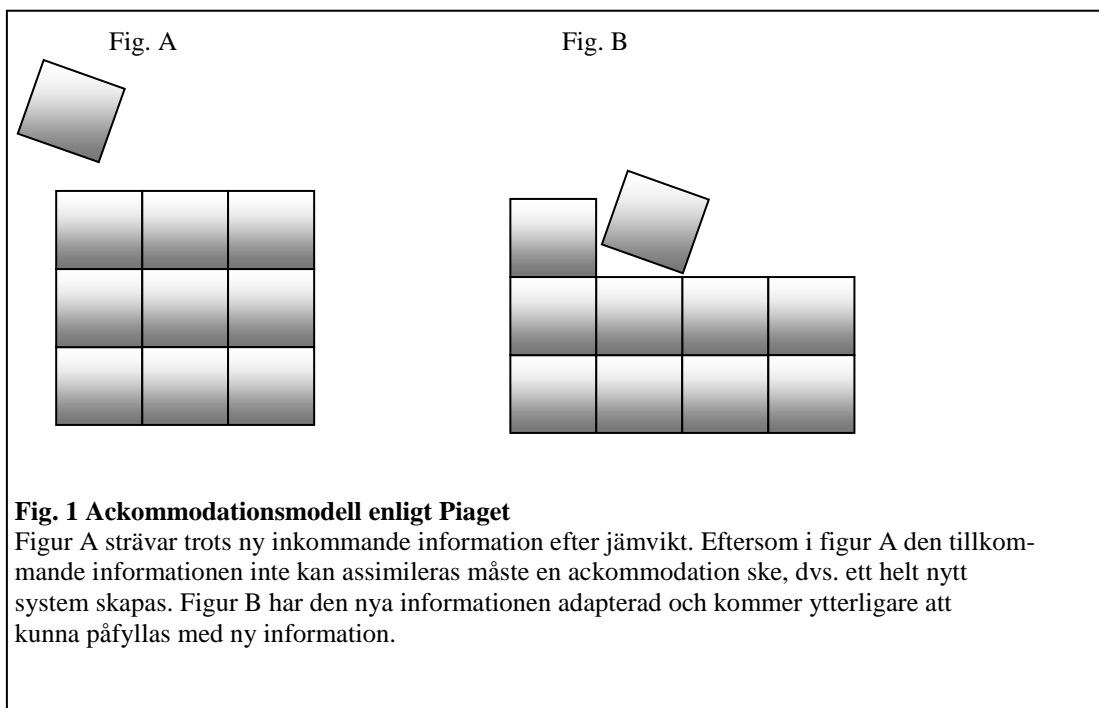
FMT-metoden har som en grundpelare den schweiziske barnpsykologen Jean Piagets utvecklingsteori. Grundförutsättningen är att människohjärnan har en medfödd strävan till att skapa helheter. Inkommande sensorisk information bearbetas i enlighet med vad Piaget kallar **jämviktsprincipen**. Den går ut på att den nya informationen assimileras, dvs. anpassas till den redan befintliga så länge detta går att genomföra. När den inkommande sensoriska informationen ger allt för avvikande data leder detta till en ackommodation dvs. en omorganisation av den gamla informationen så att den även kan omfatta den nya. Ett historiskt exempel på ackommodation är den Kopernikanska förändringen av världsbilden. Den nya informationen angående himlakropparnas rörelser kunde inte längre inpassas i det gamla systemet utan en helt ny världsbild måste skapas.

I FMT-metoden utsätts adepten för auditiva, visuella, taktila, proprioceptiva, vestibulära och visceralare sinnesintryck i en sådan mängd att en assimilation inte längre är möjlig utan en ackommodation måste ske för att ett nytt jämviktsläge skall kunna uppnås.

Piagét slår fast att varje barn:

1. själv skall konstruera sin version av den yttre världen
2. aktivitet är den bästa vägen till sådan uppbyggnad
3. alla har ett medfött behov att organisera tillvaron

Det faktum att FMT-metoden genomsyras av Piagets utvecklingsteori ger terapin det positiva utgångsläget att adepten ses som en individ med en inneboende strävan till förändring där terapeutens roll blir att vägleda och locka fram de resurser som redan finns latenta. Detta kan liknas med att de olika utvecklingskedena föreställer olika geometriska formationer som var och en består av x antal mindre geometriska former. Helheten av den formen som skall "gjutas" utgörs av summan av de andra formerna. De mindre formerna motsvarar de olika ovan nämnda sinnesintryck som adepten formar sin utvecklingsformation av. I ett avgörande skede, då ett nytt behov infinner sig, dvs. "summa + 1" kommer dock den geometriska formen att ackommoderas till en ny form som nu ser helt annorlunda ut och strävar igen efter sin jämvikt.



Under FMT-behandlingen tillförs många sådana "nyheter" (enligt ovanstående exempel) och förändrar alltså adeptens helhetsfungerande på ett mycket drastiskt sätt. Barnet genomgår enligt Piaget följande fyra utvecklingsstadier:

1. **sensomotoriska** utvecklingsstadiet (0 – ca. 18 mån ålder)
2. **pre-operationella** utvecklingsstadiet (2 - 7 år)
3. **konkreta operationernas** stadium (7 – 11 år)
4. **formella operationernas** stadium (ca. 11 år till vuxenålder)

Det viktiga är att stadierna måste genomgås just i denna ordning. I FMT-samband understryks dock Piaget's yttrande att åldersgränserna inte får övervärderas. Detta har den konkreta följden att ett barn i 12 års åldern utan vidare kan befinna sig i början av det tredje stadiet. Varje nytt stadium utvecklas ur ett föregående och utmynnar i det nästa (se fig. 1). I FMT-metoden har vi möjligheten att relativt snabbt kunna bedöma i vilket stadium en person befinner sig. Piaget har hjälpt oss genom att beskriva olika processer som genomgås i de olika stadierna. Ett barn kan efterhand uppfatta:

- a) **Objekt** – en sak som inte ses men ändå finns
- b) **Rum** – uppfattningen om avstånd mellan föremål
- c) **Kausalitet** – samband mellan orsak och verkan
- d) **Tid** – tidsuppfattningen

Inom FMT-metoden har Lasse Hjelm mycket noggrant beskrivit vilka koder som bearbetar de olika utvecklingsstadierna.

5.4 Koder

FMT-metoden använder sig av ett 20-tal specialskrivna musikfraser, koder. Med hjälp av dem lockas det fram reflexer/reaktioner, handlingar som till en början är omedvetna. Som en följd av terapeutens bekräftelse blir de så småningom medvetna och leder då till en utveckling. Denna utveckling är i första hand bara en rörelse men denna rörelse innefattar ur ett neuropsykologiskt perspektiv både en reaktion, en bedömning, ett nytänkande, en planering, ett utförande och ett resultat – dvs. ett mycket omfattande och komplext skeende.

De enklaste koderna fyller uppgiften att skapa kontakt men de används även till att höja funktionsnivån hos adepten och sätta igång utvecklingsprocessen.

I kodsystemet ligger ett underlag för en strukturutveckling, ett successivt byggande av självmedvetenheten, ett successivt byggande av "närmandet till omvärlden", ett successivt skapande av en perifer medvetenhet. (Hjelm, 2001)

Genom att lägga till olika attribut i form av cymbaler och trummor skapar vi förutsättningen för ett mera avancerat rörelseprogram. Helhetsutvecklingen står i förgrunden, kroppskontroll, perception och tänkande flätas ihop. Upprepning och återupprepning ger de minnesspår i hjärnan som adepten i ett senare skede har till förfogande. Musikaliskt är koderna enkelt uppbyggda. Rytmen ger puls åt koden och upptakten skapar den musikaliska spänning som utlöser en reaktion, ibland en ögonryckning eller en annan gång ett trumslag. Melodierna i koderna är lättillgängliga och korta. De blir i vänster hand för det mesta ackompanjerade av en enkel basgång som tillåter hjärnan att koncentrera sig på melodistrukturen. Harmonierna består av dissonanser och kadenser. Terapeuten följer alltid adeptens tempot i kodspelet. Starka toner på pianot frambringar påtagliga vibrationer, svaga toner föredras av de ljudkänsliga adepterna. Koderna avslutas alltid med ett glissando, ett mjukt sätt att meddela avslutningen av koden. När adepten har genomgått alla utvecklingsstadier kan ett fåtal koder ytterligare ändra struktur och erbjuda mera komplexa melodier, här står balans, koreografi och kreativitet i centrum. Flertalet adepten möter vid varje behandling för det mesta samma kod med grundupp-ställningen (se bild 4). Detta för att adepten skall känna sig trygg.



Bild 4, Grunduppställningen som de flesta adepten möter i början av varje behandling.

Koderna är även skrivna för blåsinstrumenten som förutom att skapa en dialog också behandlar andningen så att den blir djupare. Ibland används de enklaste koderna för att återskapa lugn och ordning i terapirummet.

5.5 Terapeutens roll

Terapeutens uppgift är alltså att exakt bestämma adeptens utvecklingsnivå för att på så sätt hela tiden kunna befinna sig i randzonen för det genomförbara. Genom att varsamt tänja, genom att förflytta attributen eller byta trumstockar etc. lockas hjärnan att överbrygga de muskulära hindren. Genom upprepning av det nya rörelsemönstret kommer den nya förmågan att befastas och generaliseras till att användas i andra situationer.

I FMT – metoden lyckas man att fånga uppmärksamheten genom att erbjuda en situation med klara och entydiga visuella, auditiva och motoriska impulser som är så starka att de upptar hela medvetandet (se fig.2). Man kommer att befinna sig i en situation av rent varseblivande där kommunikation och initierande av rörelse sker på en preverbal nivå som motsvarar Piagets sensomotoriska nivå. På så sätt kan de problem och hinder som är förknippade med denna utvecklingsnivå bli tillgängliga för bearbetning. Även adepter med störningar i uppmärksamhetsförmågan kan i terapituationen bibringas det lugn som är förutsättningen för en mental samling. FMT-metoden kan ses som det brännglas som kan fokusera deras ständigt kringflackande sinne.

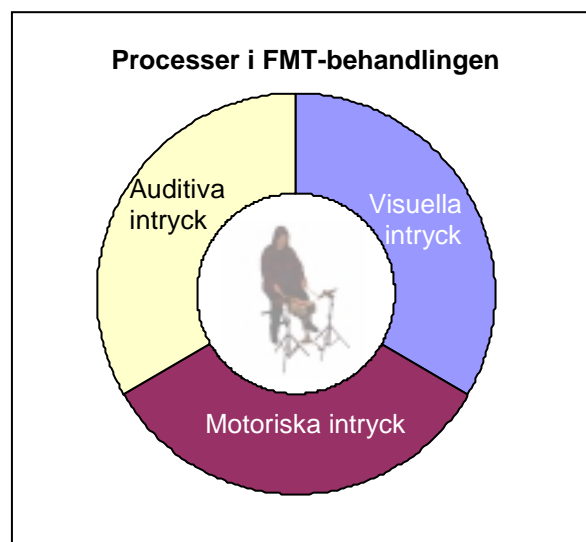


Fig. 2. Hela människans mentala kapacitet används för att delta i en FMT-behandling. Därför når terapeuten adepten direkt på ett mycket nära håll. Hela människan är "indragen" i behandlingsmomentet .

De *auditiva, visuella och motoriska signalerna* som kopplas till en förväntan på gensvar från terapeuten fyller den mentala kapaciteten till den grad att det inte blir utrymme för distraherande, negativa tankar kring den egna förmågan.

Enligt den engelske kognitionsforskaren John Teasdale sker informationsprocessandet i hjärnan så att det finns ”flaskhalsar” där endast en dataström i taget kan bearbetas. Om man på ett medvetet sätt aktiverar en sådan ”flaskhals” med stimuli kommer detta att leda till uppbrytandet av ett gammalt mönster för informationsbearbetande och etablerandet av ett nytt.

5.6 FMT – Kategorier

För att kunna inleda behandlingen av en adept måste terapeuten börja med att bedöma adeptens funktionsnivå. FMT-metoden har som hjälpmedel en behandlingsstrategiskala. Behandlingen riktar sig till individer inom följande kategorier:

Kategori 1 omfattar adepter med

- Födelseskador
- Muskelsjukdomar
- Olycksskador
- Hjärninfarkter
- Viss äldrevård
- Demenser

Kategori 2

- Begåvningshandikapp
- Beteendestörningar
- Autism och liknande
- Viss psykiatrisk vård
- Viss äldrevård
- Demenser

Kategori 3

- DAMP-ADHD-ADD
- Dyslexi / dyskalkyli
- Talsvårigheter
- Koncentrationsproblem
- Asperger syndrom
- Vissa psykiatriska problem
- Fibromyalgi / stressyndrom

Kategori 4

- Egenvald FMT-behandling
- Kroppsbalansering

Utgående från kategoriseringen kommer han att välja de koder som i början av behandlingen står till förfogande. På så sätt tar man hänsyn till adeptens aktuella funktionsnivå som är grunden för hur kontakten till adepten skall utformas för att ge trygghet i den ickeverbala dialogen.

Ett exempel är en medelålders adept som får en hjärninfarkt (stroke). Tidigare hade han inga funktionshinder i livet och skulle i så fall ha bedömts enligt kategori 4 om han skulle ha sökt egenvald FMT-behandling. Efter stroke ligger hans funktionsnivå så pass lågt att terapeuten kommer att behandla honom enligt kategori 1. På så sätt anpassar terapeuten sig hela tiden efter adeptens funktionsnivå, i det här fallet utifrån skadans art.

Eftersom terapeuten alltid i början av en behandling gör en analys genom att spela några koder efter en noggrant bestämd mall kommer han mycket snabbt att kunna hitta funktionsnivån. Utifrån erfarenheten kan vi nu inom FMT-metoden ordna våra koder i enlighet med våra fyra kategorier.

Utgående från kategorierna får terapeuten en fingervisning om vilka koder han kan inleda behandlingen med. Själva behandlingsstrategin görs upp och kommer i fortsättningen att ligga till grund för bedömningen och utvärderingen av förändringar i funktionerna.

5.7 FMT - kriterier

Terapeuten bedömer funktionerna genom att titta på FMT-metodens så kallade kriterier. Med hjälp av ett bedömningsschema med en skala mellan 0 och 3, där 0 betyder inga problem, 1 - märkbara problem, 2 - påtagliga problem och 3 - extrema problem kan terapeuten fylla i en analysstabell som visar om och hur funktionerna hos adepten har utvecklats under en tidsperiod. På så sätt finns en noggrann skriftlig uppföljning av varje adepts utveckling under behandlingen. Detta kan ligga som underlag för eventuella samtal med andra tänkbara instanser runt en adept så som läkare, sjukskötare, skolpsykolog etc. Bedömningen sker med hänsyn till följande kriterier:

Stabilitet

Eftersom vår balans och jämvikt styrs av samspelet mellan det vestibulära, kinestetiska, visuella och det taktila sinnet är det av största vikt att behandla eventuella funktionsnedsättningar på dessa områden så fort som möjligt. För att få en välfungerande kroppskontroll måste adepten i första hand sitta bra. Inom FMT-metoden anses ett bra sittande så viktigt att Lasse Hjelm skapade en egen förkortning, **KFU** (känsla för underlaget). Båda fötter skall ha stadig kontakt med golvet och man skall sitta upprätt så att man kan känna sittknölarna mot underlaget (se Fig.3). Om adepten har en bra stabilitet kommer han att kunna använda sin energi på ett mycket mera effektivt sätt. Han frigör energibanor bl.a. till hjärnan. Om adepten saknar god stabilitet, påbörjas en behandling för att utveckla detta.

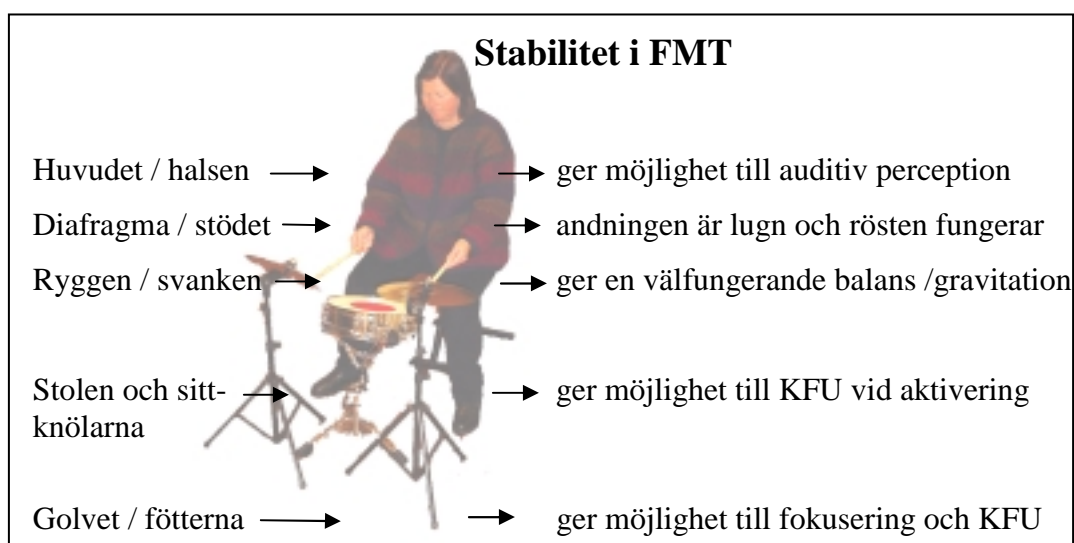


Fig.3, Stabilitet i FMT

Sidoskillnad

Hjärnan är indelad i en vänster och en höger hjärnhalva. Varje halva är ansvarig för olika uppgifter men man har under de senaste åren visat att halvorna samarbetar mycket mera än man tidigare trodde. Komplicerade funktioner måste kunna samköras effektivt. Att röra kroppen på ett balanserat sätt med avvägd rumsuppfattning, att tala eller skriva, att tänka logiskt mm. är sådana komplicerade funktioner. De allra flesta människor har en dominant hjärnhalva som genom mera stimulans fått utvecklas bättre. Detta avgör bl.a. med vilken hand vi skriver, men även vilken sida vi föredrar att arbeta emot, föredrar att vända oss emot osv. Att ”jobba” åt andra hållet tar då mera energi. Blir skillnaderna mellan sidorna för stora kan detta medföra stora problem i samordningen av kroppshalvorna och på så sätt uppstår en energiförlust som bl.a. kan leda till inlärningsproblem.

Sidorörelser

För att kunna utföra separata och samtidigt sidorörelser behövs en bra kroppskontroll. Perceptionen måste kunna flyttas från fokusering i mitten till de yttre områdena utan att kroppen tappar samkörningen mellan hjärnhalvorna. En sån ”enkel” uppgift som att skriva med en hand och med andra handens finger följa en rad i en bok kan innebära ett stort problem som kan leda till sämre möjlighet för inläring.

Bålrotation

Kroppen kan delas in i den nedre hälften - fötterna, benen och bäckenet - och den övre delen - bröst, skuldror, armar, nacken och huvudet. Båda delar samarbetar men skall också kunna fungera separat, oberoende av varandra. Bålrotationen utvecklas från 8 månaders ålder till 12 år.

Huvudet måste tex. kunna vridas åt ett håll utan att hela kroppen följer med. En avsaknad av den möjligheten minskar drastiskt totalperceptionen. Med tanke på energihushållningen är det klart att ett ständigt onödigt vridande av kroppen tar mycket på energiförrådet. En elev som följer läraren genom rummet inte bara genom

att vrida på huvudet utan också med delar eller hela bålen blir trött efter ett fåtal timmars undervisning. Okoncentration och ”icke-ork” följer av detta.

Inom FMT-metoden anses detta kriterium som ett av de grundläggande för en i fortsättning lyckad behandling. Därför är det av största vikt att lägga mycket tid på spelning av de koder som behandlar bålrotationen. Lasse Hjelm uppmärksammar också fenomenet att läsinläringen enligt litteraturen skall vara komplett vid 12 års ålder, ett samband som har lett till erfarenheten att en ”person med försenad bålrotation ofta har påtagliga inläringssvårigheter och då speciellt svårt med stavning och läsning”. (Hjelm 2001)

Korsrörelser

I hjärnan kommer signalerna för att bearbeta något på vänster sida från den högra hemisfären och vice versa. Detta medför att händer och armar som rörs över medianlinjen (kroppens tänkta mittlinje) får informationen från två olika håll som - för att rörelsen skall kunna bli smidig och jämn – måste samarbeta via förbindelser i hjärnbarken. Ett bortfall av möjligheten att kunna korsa händerna leder på så sätt till en ersättande rörelse av kroppen, t.ex. en vridning av hela kroppen eller dylikt. Varje enskild ersättningsrörelse kostar energi.

Försenad handutveckling

Eftersom handen under de första sju åren genomgår ett flertal olika utvecklingsskeden, avslöjar den för FMT terapeuten på ett ganska säkert sätt mognadsnivån hos adepten. I grova drag utvecklas handen på följande sätt:

- tummstyrning (5års ålder)
- tumme + pekfinger delar på ”ansvaret” – perfekt 6 års-grepp
- pekfingerstyrning – skolstart
- avslappnat pekfinger åt sidan men med pronationsvinkel på handen

Terapeuten kan då avläsa adeptens rätta nivå och kommer genom att befästa den att ge handen möjlighet att utveckla sig själv till nästa nivå. Till hjälp har terapeuten i första hand olika trumstockar (se bild 1 s.?). Men även rörelser av hand och arm kan locka fram handutvecklingen. I samband med en utveckling av handen sker även en

förvandling i vardags- och skollivet. Hjärnan har blivit uppdaterad och hela utvecklingen tar fart.

Handledsfunktion

En välavvägd handledsfunktion deltar i precisa rörelser av handen. Handleden är en mycket viktig länk mellan hjärnan, armen, handen och fingrarna. Den deltar i rörelsens smidighet och exakthet.

Problem med koordination fot / hand

En bra koordination mellan kroppens nedre del och den övre är basen för många grundfunktioner (se KFU). Även här uppdagas problem som har med hemisfärssamarbete att göra. Men även här kan kroppen utveckla sig själv genom användning av en bastrumma med fotpedaler, enskilt och / eller i samverkan med andra attribut.

Begränsad (fokuserad) perception

Inom FMT använder man uttrycket: *den totala perceptionen*. Med detta menas den auditiva, visuella och taktila perceptionen. Det är en av FMT-metodens hörnstenar. Lasse Hjelm uttrycker det med följande ord:

”Örat leder ögat – ögat leder handen”.

Det är alltså ljudet som styr reaktionerna av kroppen. Ögat letar sig till ljudkällan och en eventuell reaktion av kroppen följer. Om denna perceptionsföljd blir försvagad i något led eller överrepresenterad eller avbruten sker en snäv reaktion eller ingen reaktion alls. Inom FMT-metoden behandlar vi just i denna följd förmågan att utveckla de olika perceptionsförmågorna. Vi utgår från fokus genom att flytta våra attribut försiktigt utåt. Möjligheterna att ändra i höjd och bredd är oändliga.

I skolsituationen blir eleverna ständigt utsatta för ett flertal olika perceptionella intryck samtidigt. Ett antal elever klarar inte ens av att diskriminera den första – den auditiva perceptionen. Kompisarnas småprat, lärarens röst, eventuella bygggljud i skolvärlden, sopbilen och klockan på väggen gör att det därpå följande visuella

uppletandet av ljudkällan blir till ett kaotiskt informationsflöde. Naturligtvis uppfattar inte eleven längre den kunskap som läraren försöker att förmedla. Perceptionssvårigheten blir till ett osynligt handikapp.

Modell / Logik

Att analysera problemlösningsförmågan utan att få verbal information ger oss möjligheten att bedöma adeptens logiska tänkande och förmågan till planerade handlingar. (Hjelm, 2001) Genom att placera ut ett antal instrument i "rummet" finns möjligheten för adepten att lösa problemet på ett "smart" sätt, självförtroendet växer eftersom terapeuten med sin erfarenhet skall kunna avgöra i förväg att adepten kommer att klara modellen (undantaget är analysen i början av behandlingen).

Helhetskoordination

Här undersöker terapeuten om adeptens rörelseapparat står i samklang med andningen. Till förfogande har han ett antal preparerade blåsinstrument som berättar om andningen är för ytlig eller oproportionellt stark.

Här "uppmärksammas även samordningen av rörelse och tanke, uttryckt som en rörelse- och tankekoreografi. Här avses förmågan att anpassa kroppen till kommande aktivitet ("förmotorik"), förmågan att utnyttja sin balans och gravitationskänsla, för att kunna koncentrera sin energi till det för stunden viktiga." (Hjelm, 2001)

6. Barn med skolsvårigheter

Många barn har i något skede problem och svårigheter i sin skolgång. Ofta är problemen tidsbegränsade men ibland kan de dock uppmärksammas under en längre tid. När problemen väl uppdagas av barnets föräldrar, dagispersonalen eller lärare görs det ofta en utredning. Svårigheten är att problemet är så pass mångfacetterat att man inte kan förvänta sig att reda ut det på ett enkelt sätt. Många faktorer kring barnet gör att problemet visar sig på olika sätt.

Man kan tänka sig att symtom och beteenden kan beskrivas som :

- ojämn utvecklingsprofil
- funktionella störningar
- perceptuella avvikelser
- hyperaktivitet
- hypoaktivitet
- motoriska avvikelser, såväl grov- som finmotorik
- dåligt utvecklad öga-handkoordination
- dålig ögonmotorik
- svårigheter med siffror och bokstäver
- perseveration (envisa upprepningar)
- dålig balans
- impulsivitet
- dålig koncentrationsförmåga
- uppmärksamhetsbrist
- labilitet
- tal- och språksvårigheter
- impulsivt pratande
- kommunikationssvårigheter
- inlärningsproblem
- anpassningsproblem
- tolkningsproblem

Diagnosen skolsvårigheter finns naturligtvis inte som sådan. Man kan då försöka hitta de diagnoser som har blivit definierade och därefter se vilka barn och elever

som av olika anledningar inte får en diagnos och hur man kan hitta och hjälpa även dem.

6.1 MBD

Fram till för några år sedan användes termen **MBD** (*Minimal Brain Dysfunction*) som kan översättas som ”en mindre störning i hjärnans funktioner”.

Professorn i barn och ungdomspsykiatri vid Göteborgs Universitet, Christoffer Gillberg och Peder Rasmusson beskriver MBD på följande sätt:

”Den neurologiska bilden domineras mestadels av en motorisk omognad och /eller ojämn utvecklingsprofil med framförallt svårigheter med öga-handkoordinationen, perception, balans, tal- och språksvårigheter och ögonmotorik samt ett överflöd av medrörelser.”

”Många barn med svår MBD har en psykisk beteendevikelse.....Ärftlig påverkan och hjärnskada är sannolikt de viktigaste orsaksfaktorerna, medan olika psykosociala belastningsfaktorer har utomordentligt stor betydelse främst därigenom att de ökar risken för psykiatriska komplikationer.”

Under tiden som FMT-metoden utvecklades hade Lasse Hjelm möjligheten att samarbeta med Bo Bille, docent och överläkare vid Folke Bernadottehemmet samt Kerstin Brieditis, speciallärare. De båda sammanfattade sina observationer i boken ”MBD-barn”:

”MBD har blivit en kontroversiell diagnos och en omtvistad benämning. Det finns många uppfattningar om vad som menas med MBD och var gränserna skall dras mot framförallt normala avvikelser, lätt CP-skada (dvs lindrig hjärnskada som drabbar rörelseförmågan) och övervägande mental retardation (dvs psykisk utvecklingsstörning, förståndshandikapp).”

”När man använder begreppet MBD bör man därför alltid tala om de kriterier man har satt upp för denna diagnos.”

De definierar MBD på följande sätt:

”MBD är en utvecklingsneurologisk störning, som framförallt medför brister i den automatiska samordningen av perception och motorik, mest påtaglig vid stress och för stora krav på barnet. Den störda motoriska samordningen kan medföra de välkända symtom som förknippas med MBD-diagnosen och som kan vara företrädna i större och mindre grad, såsom:

- *hyperaktivitet (överaktivitet)*
- *hypoaktivitet (underaktivitet)*
- *dålig koncentrationsförmåga*
- *uppmärksamhetsbrist*
- *impulsivitet*
- *labilitet*
- *försenat tal och språksvårigheter*
- *perseveration (envisa upprepningar)*
- *inlärningssvårigheter osv.*

”I många fall tillkommer dessutom behov av inte bara pedagogiska utan också medicinska, psykologiska och sociala habiliteringsinsatser.

För barnet och familjen är det värdefullt om man kan sätta in stödåtgärder så tidigt som möjligt och helst redan i förskoleåldern.” (enligt Hjelm, block 10)

En annan dimension till MBD tillför Jean Ayres:

”Barn med MBD uppvisar i de flesta fall vissa störningar ifråga om de taktila processerna. Beröringssinnet brukar inte vara nedsatt på det sätt som när vi tex får bedövning hos tandläkaren. Tvärtom är barnet ibland extra känsligt för beröringsförmimmelser och känner obehag vid normala taktila upplevelser. Den vanligaste typen av taktil störning består av en oförmåga att lokalisera beröringsstimuli och att avgöra vad de innebär. Barnet har med andra ord svårt för att skilja på och känna igen något som rör vid honom eller som han själv rör vid.” (Ayres, sid 110)

Termen MBD har idag i stort sett ersatts med andra bättre beskrivande termer.

6.2 DAMP

Det i Norden utbredda begreppet DAMP betyder *Deficits in Attention, Motor Control and Perception*, en dysfunktion ifråga om avledbarhet, motorik och perception. Det handlar om barn och elever med hög, normal eller något under normal begåvningsnivå som har koncentrationssvårigheter i samband med motoriska/perceptuella svårigheter, samt ofta över- eller underaktivitet.

Det är Prof. Gillberg som präglar begreppet och skriver:

”De grundläggande symtomen vid DAMP beror alltså på hjärnfunktionsstörningar. Vilka följderna blir av att leva med DAMP blir naturligtvis sedan i många fall starkt beroende av uppväxtmiljön i hemmet, förskolan och skolan. Stress, överkrav och otydlig gränssättning förvärrar symtomen medan förståelse, uppmuntran och tydlig/konsekvent struktur i vardagsmiljön dämpar dem.” (Gillberg, Barn med DAMP/MBD)

För att få diagnosen DAMP skall det finnas avvikelser inom *koncentrationsförmåga, motorik och perception*, samt ofta över- eller underaktivitet. Avvikelserna skall finnas i alla tre eller uttalat inom två områden.

Koncentrationssvårigheter, impulsivitet och bristande förmåga att anpassa sin aktivitetsgrad till situationen hör till de mest handikappande svårigheterna vid MBD/DAMP. *Motoriska svårigheter* som klumpig grovmotorik och outvecklad handmotorik innebär ett påtagligt synligt handikapp i många vardagssituationer. Barnet stöter emot kamraterna, slår omkull saker, spiller ut och sölar vid måltider. Eftersom barnet på grund av sina motoriska problem inte får vara med i kamraternas lektillfällen får barnet ytterligare sämre självkänsla. Svårigheterna innebär att långvarigt sittande och arbetsuppgifter som innehåller motoriska moment blir mer tröttande. En *perceptionsstörning* medför svårigheter att uppfatta vilka intryck som är väsentliga att reagera på och svårighet att tolka dem rätt och tillräckligt snabbt. Om flera sinnen måste bearbeta en situation samtidigt blir resultatet lätt kaotiskt vilket yttrar sig som koncentrationssvårigheter.

Auditiva perceptionsstörningar påverkar talutvecklingen, och gör det svårt att uppfatta tal och att kunna koncentrera sig i talsammanhang. Läs- och

skrivutvecklingen bygger på förmågan att uppfatta ordens ljudmässiga uppbyggnad och är därför också beroende av den auditiva perceptionen. (Duvner, sid 51)

Om det förutom de ovannämnda tre huvudområden ytterligare finns problem inom språk, inlärning och beteende uppstår kognitiva störningar som liknar de autistiska:

- *svårigheter att uppleva tid och sekvens, orsak-verkan och logiska sammanhang*
- *brister i föreställningsförmåga och i förmåga att fatta beslut och att välja*
- *svårigheter i att hitta konstruktiva lösningar vid oförutsedda förändringar*
- *nedsatt flexibilitet i tänkandet*
- *nedsatt förmåga att förstå innebörden av människors handlingar, hur de tänker, känner och reagerar*

6.3 ADHD och ADD

I USA används varken begreppet MBD eller DAMP utan i stället ADHD och ADD.

Diagnosen ADHD – Attention Deficit Hyperactivity Disorder innebär uttalade uppmärksamhetsstörningar med överaktivitet, rastlöshet och impulsivt beteende men inga påtagliga motoriska eller perceptuella brister. När överaktiviteten faller bort men perceptuella och kognitiva svårigheter och en dåligt utvecklad motorik kan konstateras är diagnosen ADD.

De symtomen som man tittar på är:

Uppmärksamhetsstörning

- Slarvar eller missar detaljer i skolarbete eller andra aktiviteter
- Har svårt att hålla kvar koncentrationen på uppgiften eller i lekaktiviteter
- Tycks inte lyssna på vad man säger
- Har svårt att uppfatta instruktioner, och misslyckas ofta med att slutföra skolarbete, vardagssysslor eller arbetsuppgifter.
- Har svårt att organisera sitt arbete eller andra aktiviteter
- Undviker uppgifter som kräver längre stunds mental ansträngning, som skolarbete
- Tappar ofta bort saker, glömmer att ta med saker som behövs för aktiviteter,

som pennor, böcker och kläder

- Blir lätt distraherad av yttre stimuli
- Glömsk i vardagssituationer

Hyperaktivitet

- Har ingen ro i händer eller fötter, eller skruvar på sig i stolen
- Har svårt att sitta stilla, lämnar sin plats
- Rusar omkring och klättrar på allt. Hos äldre en känsla av rastlöshet
- Har svårt att leka och arbeta tyst
- Är ständigt i farten, uppvarvad
- Pratar ofta och mycket

Impulsivitet

- Svarar rakt ut innan man hunnit ställa fråga färdigt
- Har svårt att vänta på sin tur
- Avbryter och stör andra, bryter in i samtal eller lekar

Redan i spädbarnsålder har barnet varit påfallande lugnt eller mycket livligt, och överaktiviteten är som regel tydligt redan under barnets andra levnadsår. (Duvner, sid.55)

Bakom ADHD - symtomen anses ligga en störning i impulsöverföringen i hjärnans nervbanor. Bristande hämning av impulser är det centrala problemet. Individen handlar direkt på stimulus utan att hinna hejda sig och tänka efter. Alla stimuli går direkt vidare till stora hjärnan utan att bearbetas på lägre nivåer.

Läraren uppfattar bara hyperaktiviteten hos barnet/eleven som kan delvis förstås som ett sätt för barnet att höja sin vakenhet genom rörelseaktiviteter och ständiga byten av intresseväckande aktiviteter.

Duvner skriver att ”redan i 10-årsåldern kan det vara svårt att finna tecken på motorisk dysfunktion i en testsituation, även om barnet har haft tydliga svårigheter som yngre och fortfarande handikappas i vardagen av bristande precision och automatik i rörelserna.” Duvner anser att det ”är önskvärt att observation av barnet i

lek- och arbetssituationer ingår i den motoriska bedömningen”. Här har FMT – metoden den stora fördelen genom sin utomordentligt goda möjlighet att se avvikande beteende och mönster i rörelsefunktioner och hjälper till vid kartläggningen av de motorisk-perceptuella störningarna.

6.4 Autism

Symtomen på autism debuterar vanligtvis före treårs ålder. Det föreligger avvikelser i perception och aktivitetsgrad och 80 procent av autistiska barn har även ett förståndshandikapp. Funktionsstörningarna inom autism ligger inom områdena:

- Kontakt
- Kommunikation
- Beteende (snäva intressen, fixeringar och rutinbundenhet)

Ofta förekommer avvikande reaktioner på sinnesintryck som överkänslighet mot ljud och beröring. Generellt sätt är den visuella perceptionen bättre utvecklad än den auditiva, vissa har tex. fotografiskt minne. Autister har bristande förmåga att integrera sensoriska intryck från syn och hörsel.

Diagnoskriterier för Autism enligt DSM-IV:

A. Minst sex kriterier skal vara uppfyllda varav minst två från (1) och ett från vardera (2) och (3).

1. Nedsatt förmåga till social interaktion (minst två)

- a. Märkbart begränsad förmåga till ickeverbal kommunikation, som ögonkontakt, mimik och gester.
- b. Oförmåga att utveckla kamratrelationer på ett åldersadekvat sätt.
- c. Bristande intresse av att dela glädjeämnen och intressen med andra, eller att delta i lekar och åstadkomma något gemensamt.
- d. Brister i social eller känslomässig ömsesidighet.

2. Nedsatt förmåga till kommunikation (minst ett)

- a. Försenad talutveckling eller avsaknad av tal, som barnet inte

kompenrar med gester eller minspel

- b. Märkbare svårigheter att trots ett adekvat tal kunna initiera och hålla uppe en konversation med andra. Monologer i stället för samtal.
- c. Påtagligt onormalt tal till form och innehåll, upprepande av fraser, ekolali, avvikande intonation, rytm eller syntax, och avvikande språkförståelse.
- d. Avsaknad av varierade, spontana låtsaslekar eller rollekar på åldersadekvat nivå.

3. Påtagligt inskränkt repertoar av aktiviteter och intressen: (minst ett)

- a. Fullt upptagen av ett eller flera stereotypa, snäva eller udda intressen, på ett sätt som är avvikande vad gäller intensitet eller innehåll.
- b. Oflexibelt bunden till speciella ofunktionella rutiner eller ritualer.
- c. Stereotypa kroppsrörelser som handviftningar, gungande rörelser, tågång och andra udda rörelsemönster.
- d. Ihärdigt upptagen av delar av föremål eller använder dem på ett avvikande sätt.

B. Debut före 3 års ålder av försening eller avvikelse inom minst ett av områdena (1) social interaktion, (2) kommunikativt språk, eller (3) rollekar och fantasilekar.

C. Störningen förklaras inte bättre av diagnoserna Retts syndrom eller desintegrativ psykos.

6.5 Aspergers Syndrom

Detta är en speciell form av autistisk störning. Endast 20 procent av barnen har mental retardation (förståndshandikapp). Grundläggande vid Aspergers syndrom är svårigheten att intuitivt förstå hur andra människor tänker, känner och reagerar, och vad människor avser med sina handlingar, en empatistörning. En avgörande skillnad mellan autism och Aspergers syndrom är olikheten i "Theory of mind".

Barnet med autism förstår inte att andra människor har ett inre liv, känner och tänker, medan barnet med Aspergers syndrom förstår att men inte hur andra känner och tänker. Ett annat sätt att uttrycka det är att barnet med autism lever i sin egen värld, medan barnet med Aspergers syndrom är i den här världen men på egna villkor. (Duvner sid. 102)

Barnet med Aspergers syndrom har ett ytligt sätt bra talspråk men klumpig grovmotorik.

Diagnoskriterier för Aspergers syndrom enligt DSM-IV:

A. Nedsatt förmåga till social interaktion: (minst två)

1. Märkbart begränsad förmåga till ickeverbal kommunikation, som ögonkontakt, mimik och gester.
2. Oförmåga att utveckla kamratrelationer på ett åldersadekvat sätt.
3. Bristande intresse av att dela glädjeämnen och intressen med andra, eller att delta i lekar och åstadkomma något gemensamt.
4. Brister i social eller känslomässig ömsesidighet.

B. Påtagligt inskränkt repertoar av aktiviteter och intressen: (minst ett)

1. Fullt upptagen av ett eller flera stereotypa, snäva eller udda intressen, på ett sätt som är avvikande vad gäller intensitet eller innehåll.
2. Oflexibelt bunden till speciella ofunktionella rutiner eller ritualer.
3. Stereotypa kroppsrörelser som handviftningar, gungande rörelser, tågång och andra udda rörelsemönster.
4. Ihärdigt upptagen av delar av föremål eller använder dem på ett avvikande sätt.

C. Störningen innebär avsevärt nedsatt förmåga socialt, yrkesmässigt eller inom andra väsentliga livsområden.

D. Ingen påtaglig allmän språkförsening, använde enstaka ord vid 2 års ålder och kommunikativa fraser vid 3 års ålder.

E. Ingen påtaglig försening i kognitiv utveckling, eller i utvecklingen av vardagligt fungerande och anpassning annat än vad gäller social interaktion. Normal nyfikenhet på omgivningen som barn.

F. Tillståndet överensstämmer inte med annan specifik genomgripande utvecklingsstörning eller med schizofreni.

Sammanfattning

Som man ser återkommer en hel del olika symtom i olika sammansättningar i de ovannämnda diagnoserna. Viktigt är att man i samråd med föräldrar och dagispersonal/ lärare tittar på många olika situationer i vilka barnet fungerar bra och i vilka de inte fungerar. Ärftliga faktorer spelar ofta en stor roll i neuropsykiatriska tillstånd. Genom att leta efter likartade svårigheter hos nära släktingar kan diagnosen kompletteras. Det är också viktigt att titta på barnets nuvarande miljö. Hur är familjesituationen, hälsotillståndet hos den övriga familjen och även traumatiska händelser måste beaktas.

För att lättare kunna upptäcka funktionsstörningar beskriver Tore Duvner i en detaljerad lista alla möjliga faktorer som man kan titta på (Duvner, sid.135-141). Han letar efter avvikelser genom att titta på följande detaljer:

Här följer ett urval av hans material:

1. Motorik

Tonus under första levnadsåret; sitta, stöd, krypa, gå och leka

Senare års:

Grovmotorik: balans, koordination, klättra, springa osv., Tics?

Stereotypa rörelser

Handmotorik: grepp ; omogenhet inåt- utåtvänt grepp, handdominans och händernas samverkan

Ögonmotorik: skelning

Munmotorik: avvikande ätbeteende eller uttal eller oförmåga att vissla

2. Perception

Avvikande reaktioner på ljud, ljus och beröring; lättskrämd, ängslig

Vestibulärt: överkänslig för att slå kullerbytta, snurrlekar, bilåkning, att vara på sjön, osäker balans, snubblar

Taktilt: nedsatt känslighet för smärta, kyla och värme; överkänslighet för beröring, ogillar att sitta i knät och ogillar hårt sittande kläder

Kinestetiskt: Svårigheter med att härma rörelser, klumpig, hårdhänt, stöter emot, spiller

Visuellt: Avvikande reaktioner på synintryck, fascination inför lampor, rinnande vatten och snurrande föremål; dålig på att hitta det som barnet letar efter, bristande lokalsinne, svårigheter med små höjdskillnader som trösklar och trappor

Auditivt: Avvikande reaktioner på svaga eller starka ljud. Dålig på att lystra och uppfatta, dålig rytmkänsla och/eller omusikalisk.

3. Aktivitetsgrad och koncentrationsförmåga

Avvikelser i vakenhet, dygnsrytm och grad av livlighet under det första levnadsåret? Kinkig, skrikig och svårtröstad?

Under följande år:

- Avvikande dygnsrytm, mardrömmar
- Överaktivitet, motorisk oro, eller uttalad passivitet
- Impulsivitet
- Svårt att acceptera förändringar
- Dålig att hålla ordning på sina saker
- Svårt att uppfatta instruktioner som ges till hela gruppen, kräver personlig instruktion

Koncentration:

- Dålig uthållighet och växlar aktivitet utan att göra färdigt
- Känslig för yttre störningar
- Tappar tråden om något annat fångar uppmärksamheten?

Se även: ADHD/ADD.

4. Humör och känsloläge

- Snabbt och kraftigt växlande humör
- Dålig självkänsla
- Dålig på att ta motgångar
- Orealistisk självuppfattning
- Tecken på depression

5. Social interaktion

- Första levnadsåren: bristande ögonkontakt, sträckte inte armarna mot den vuxne och visade inget intresse för människor eller föremål.

Följande år:

- Tar inte efter barns och vuxnas aktiviteter, är mycket självcentrerad, allt samspel sker utifrån barnets villkor, förstår inte avsikter bakom människors

handlingar, kan inte föreställa sig hur andra tänker, känner, reagerar och kommer att handla.

Se även: Aspergers syndrom

6. Kommunikation – språk

- Avvikelser i det tidiga samspelet mellan mimik, gester och ljud
- Avvikelser i nuvarande kroppsspråk, mimik och gester
- Brister i uttal, passivt och aktivt ordförråd och svårigheter i att hitta rätt ord
- Brister i semantisk förmåga: Förstår inte meningar, bildlika uttryck, ordlekar
- Brister i syntax: Felaktig meningsbyggnad, grammatik
- Avvikande prosodi: Annorlunda satsmelodi, entonigt, gällt tal

7. Kognition

Rumsbegrepp: Dålig uppfattning om begrepp som framför-bakom-inuti (att kunna orientera sig i rummet)

Tidsbegrepp:

- Uppfattar inte innebörden av snart, i eftermiddag etc.
- Kan inte passa tiden och kan inte klockan
- Svårt att uppleva längden av ett arbetspass och planera sin aktivitet efter en viss tidsrymd

Minne:

Nedsatt korttidsminne, inlärningssvårigheter

Generaliseringsförmåga:

Har svårt att improvisera och lösa problem vid oförutsedda händelser

Logik:

Har svårt att förstå hur händelser hänger ihop, orsak och verkan i sociala sammanhang. Har inget sunt förnuft

Föreställningsförmåga:

Har svårt att fantisera och att välja mellan olika erbjudna alternativ

8. Lektbeteenden och Intressen

- Förstår inte att använda leksaker på rätt sätt
- Fastnar för detaljer
- Påtagligt begränsad repertoar av intressen

Fixeringar vid vissa tankar, intressen eller samtalsämnen

Tvångsmässiga tankar eller handlingar

Rutiner:

- Måste allt vara på ett visst sätt (sitta på samma plats osv.)
- Svårigheter vid alla ”övergångar”, såsom byte av aktivitet

9. Läs- och skrivförmåga

- *Läser* långsamt och knaggligt, läser fel även på småord, gissar sig fram, undviker att läsa, vill inte läsa högt inför andra.
- *Stavar* ofta fel även på vanliga ord, ser inte sina fel. Förväxlar eller kastar om bokstäver och har svårigheter med dubbeltecknad konsonant

- *Fonologisk förmåga*: Har svårt att uppfatta ljudmässiga likheter och olikheter mellan ord, att dela upp orden i sina ingående ljud och att rimma
Har svårt att associera ljud till bokstav och vice versa
- *Seendet*: Blir lätt trött i ögonen. Har svårt att fästa blicken och att följa raden.
- *Handmotorik*: Har dålig handstil trots att barnet kanske ritar bra. Har ej valt hand och har dålig handmotorik

6.6 Från diagnos till behandling

Vi har alltså idag en avsevärd mängd olika hjälpmedel i form av tabeller och diagnoskriterier som kan användas av barnpsykologer för att diagnostisera barn med ovannämnda funktionshinder.

Det är dock frågan om behandlingsmöjligheter som är den verkligt intressanta delen av arbetet. Prof. Gillberg t.ex. skriver:

”Långvarig klinisk erfarenhet talar för att grundproblematiken vid Aspergers syndrom är resistent mot varje form av ”behandling”, men ansträngningar bör göras för att på ett kontrollerat sätt undersöka eventuella effekter av psykoterapi.” (Gillberg, sid. 189)

Tore Duvner är mera konkret och föreslår behandling i form av:

”Kontakt och kommunikation är grundläggande för all utveckling och för barnets möjlighet att utveckla en social förmåga.”

Han säger vidare att :

”svåra situationer är framför allt:

- *Pauser, ”tomrum”, då man inte vet vad man skall göra.*
- *Förändringar, ”övergångssituationer”.*
- *Kravsituationer, då något upplevs för svårt, eller då barnet måste välja eller planera arbetsstrategi.*
- *Starka känslor, vilka ofta leder till kaotiskt beteende eller avskärmning.”* (Duvner, sid. 109,110)

Det finns således metoder att diagnostisera olika svårigheter och idéer om behandlingar men det är endast FMT-metoden som har en konkret, utprovad och användbar behandling av de ovannämnda symtomen. Behandlingens fördel är att vi hela tiden befinner oss på adeptens utvecklingsnivå.

”Han leder oss med sitt sätt att agera, gör sina egna upptäckter, upplever naturligt de förändringar som leder till en ökad självmedvetenhet och därmed ett självförtroende i takt med att kroppen tillförs de grundfunktioner som tidigare saknats.” (Hjelm, 2001)

Det som bör betonas med hänsyn till om arbetet läses av pedagoger är att FMT-terapeuten inte jobbar genom övning eller träning – som ofta ligger ovanför individens funktionsnivå! FMT – behandlingen handlar om utveckling.

7. Fallbeskrivningar

7.1 Skolsvårigheter

Erika är 14 år gammal (namnet är fingerad) när hennes klassföreståndare tar kontakt med mig. Jag känner Erika från tidigare i skolsituationen och har uppmärksammat hennes koncentrationssvårigheter. Klassföreståndaren upplyser mig om att hennes vitsord i olika ämnen dalar och att hennes mamma är bekymrad över hennes skolgång samt hennes nuvarande sätt att prioritera skolarbetet mindre och mindre. Mamman är även rädd att denna nonchalans skall spridas till hennes fritidsintressen. I ett efterföljande samtal med mamman förstår jag att Erika inte hade några problem under grundskolans första sex årskurser men att problemen hopade sig i årskurs 7 och verkade blir oövervinneliga i årskurs 8. Mamman sade : ”Jag märkte att hon bara flydde från allting, det kändes om hon hade ”gett upp skolan”.

Första fasen – stabiliteten, KFU (Känsla för underlaget)

Erika är motiverad när hon första gången möter mig i rollen som FMT-terapeut i november 2001. Behandlingen kommer efter en stund igång med en IFI. Min ”koddagbok” berättar:

Erika är mycket försiktig, har fötterna inåtvända och knäna kniper ihop extremt. Hon har svårt att lösgöra armarna från benen. Många koder spelar hon med pekfingerstyrning i båda händer. Hon spelar inte kod 8 i första omgången , men vid en senare tidpunkt. Kod 5 och 6 spelas i spelriktning. Kod 15 spelar hon mycket osäkert och har ett markant tremolo i den icke korsande handen. Ryggen fungerar inte –är mycket statisk, ingen bålrotation. Kod 9c spelar i vänster hand på ettan och trean - väldigt försiktigt. Handfunktionen är låst.

Erika ger alltså ett mycket osäkert intryck. Hon stabiliserar kroppen på alla möjliga sätt och är stel i kroppen. Hennes perception tillåter henne inte att se de yttre cymbalerna i kod 8. Genom hennes icke befintliga bålrotation förmedlar hon en orkeslöshet som överensstämmer med de beskrivningar som förde henne till

mig. Flera gånger frågar Erika om hon ”skall göra på det sättet”, även när hon ”vet” att jag inte svarar. I min analysmall angående Erika från den 5.11.2001 antecknas följande poäng:

Tabell 1; Erika analys 1

kontakt	0
initiativ	1
KFU-stabilitet	3
handutveckling	3
öga-handkoordination	1
sidoskillnad	2
bålrotation	2
perception	3
modell/logik	3
samverkan	0
helhetskoordination	1
totalpoäng	19

0= inga problem
 1= märkbara problem
 2= påtagliga problem
 3= extrema problem

Redan vid den andra behandlingen kan jag konstatera att hennes tremolospel har upphört. Hennes ostadiga kroppshållning är dock markant och jag erbjuder fötterna en alternativ sittställning med hjälp av klossar. Jag arbetar mycket med att ”lösgöra” underarmen från att vila på benen och försöker att få överkroppen att bli aktiv.

Detta lyckas för första gången vid den femte behandlingen i mitten av december. Denna gång får Erika också för första gången använda trumpinnar besatta med kulor som får hennes händer att röra sig lösare. Vissa modeller (kod 6, 9a,b) är ännu inte befästa, men hon minns dem direkt när hon inte får svaret från pianot. När koderna spelas lite längre kan det hända att modellen tappas bort. Vid trumspelet i 9c händer detta ofta mellan andra och tredje attributet.

Andra fasen - handens utveckling, våren 2002

Efter jullovet har stabiliteten utvecklats och Erika kan själv börja utveckla handfunktionen. Här är det intressant att höger hand tydligen har sämre förutsättning än den vänstra. Det märks att hon inte riktigt får stadigt grepp om högra handens trumstock, den kan glida ner, den kan t o m. tappas på golvet. Den har tydligen, för att kunna utvecklas i ett övergångsskede, ”gått tillbaka”, ett fenomen som tidigare har uppmärksammats enligt Hjelm.

Dubbelkoderna 77, 88 och 99 ger henne nu en förbättrad rörelse, fortfarande kan dock ryggen kallas ”låst”. Armarna har dock i detta skede löst sig från att vila på övre benpartiet. Bollen mellan fötterna eller knäna stöder hennes sätt att sitta och ger på så sätt en förbättrad KFU.

I januari 2002 följer en ny analys:

Tabell 2; Erika analys 2

kontakt	0
initiativ	0
KFU-stabilitet	2
handutveckling	3
öga-handkoordination	0
sidoskillnad	1
bålrotation	2
perception	1
modell/logik	0
samverkan	0
helhetskoordination	0
totalpoäng	9

0= inga problem
 1= märkbara problem
 2= påtagliga problem
 3= extrema problem

I detta skede arbetar jag med en mängd olika trumstockar, ibland särskilt i höger hand. Modellsvårigheterna från hösten har helt upphört. Perceptionen utvidgas hela tiden med bl.a. dubbelkoderna. Genom kod 14 kan vi nu också effektivt utveckla hennes bålrotation. Här märks dock att tidsuppfattningen inte är så som den skall vara. Hon väljer ännu att pausa mellan varven. Även blåskoderna tillkommer och det märks att hon har en ganska ytlig andning som vi fr.o.m. nu arbetar med vid alla behandlingarnas avslutning, och som kommer att förbättras till vårterminens slut.

Tredje fasen – Finmaskighet

Under hösten har Erika fått en bra KFU och hon har intagit en bra sittställning. Hon arbetar bra med armar och axlar. Hennes höger hand har blivit nästan färdigutvecklad och båda handlederna är aktiva, däremot fortfarande lite utåtböjda (ulnarflexion). Det som återstår är att få hennes rygg ännu mera avslappnad. Även tidsfaktorn – förhållandet mellan tid och rum – som tydligt kommer fram i kod 14 måste ännu utvecklas. Hennes andning har blivit mycket mera medveten. Blåskoderna låter mera nyanserade och renare. Erikas sätt att spela känns numera

avslappnat. Hon har lätt till att skratta under spelets gång t.ex. när någonting går tokigt. Hennes prestationsstelhet verkar ha utbytt till en mera lugn och harmonisk hållning.

Under hösten och våren ser hennes analys ut som följande:

Tabell 3; Erika analys 3

	Höst	Vår
kontakt	0	0
initiativ	0	0
KFU-stabilitet	1	1
handutveckling	1	0,5
öga-handkoordination	0	0
sidoskillnad	0,5	0
bålrotation	0,5	0
perception	1	0,5
modell/logik	0	0
samverkan	0	0
helhetskoordination	0	0
totalpoäng	4	2

0= inga problem
1= märkbara problem
2= påtagliga problem
3=extrema problem

I totalpoängerna 4 på hösten och 2 på våren 2003 ses att behandlingen under denna period har gått in på finmaskigheten. Nu gäller det inte mera att utveckla i första hand grundläggande funktioner utan vi behandlar nu mycket små nyanser. Behandlingen inom de områdena tar lång tid men behövs för att få en hög funktionsnivå på alla plan.

Utvärdering

I en intervju med mamman, våren 2003 berättar hon bl.a. om sin dotter:

- Hon är mycket gladare och positivare
- Hon sitter mera och läser än förut
- Hon är öppnare – hon berättar mera hemma idag
- I början när hon skulle gå till FMT-behandlingen var hon helt emot det, hon visste ju inte vad det handlade om, förstås, och jag kunde inte heller berätta så mycket, men jag sa gå och försök, det kommer att hjälpa – och sen var det ju inte en enda gång ett nej efter att hon var första gången.

- Fast hon inte säger det så känner jag att hon tycker att det är positivt för henne
- Hon klarar psykiska ansträngningar bättre idag, hon är lugn och cool, mer harmonisk. Det var mycket värre tidigare på så sätt att hon blev stressad när hon skulle ändra på någonting som var planerat.

Hennes lärare skriver om Erika:

Har det skett en förändring i klassrummet?

- Koncentrationen har ökat
- Hon är mer positiv
- Lyssnar bättre utan den negativa blockering gentemot sig själv som hon tidigare hade
- Samarbetar gärna och kommer med egna inlägg
- Säger väldigt sällan ”Jag kan inte” innan hon ens har försökt
- Hon är mer koncentrerad på sin uppgift än på vad kamrater gör numera. Detta har varit mycket bra för Erika.
- Erika har lättare att hänga med idag. Hon är också gladare och har framåtanda.

Kan du datera förändringen?

- Erika har under hösten i 9:an gjort växlande resultat men en stor positiv plusperiod inleddes med ett gott resultat i samhällskunskap. Det verkar som om både självbild och självförtroende fick sig en stark injektion
- Hela åk 9 har hon varit jätteglad och pigg – positivt

Hur har betyget utvecklats?

- Ganska höga under hösten på sjuan, nedgång på våren på sjuan, Fortsatt ned under åttan; men stabilt i slutet på åttan, början på nian
- 7:an och 8:an neråt men i 9:an uppåt

Har du upplevt en förändring utanför klassrummet?

- Erika har ”funnit sig själv”, har utvecklats till en egen person. Hon har kastat ”oket” som broderns intelligens lagt på henne.

- Hon verkar lite gladare nu än förr. Blicken viker inte av neråt som den gjorde förr. Verkar ha börjat tro på sig själv litet mer.
- Hon verkar mer positivt inställd till skolarbetet

Annat:

- Erika är klarsynt och kan ta ställning
- Tidigare under 8:an svor hon till andra och även till mig – det har hon helt slutat med nu

Terapeutens utvärdering:

Erika är idag en tjej som sprider kring sig en sund självkänsla. Hennes perception har förbättrats väsentligt med den påföljd att hon nu kan placera sig bättre inom gruppen och i klassrummet. Detta medför en bättre möjlighet att kunna följa undervisningen och hon behöver inte längre bli distraherad av sina kamrater. Med bättre uppmärksamhet följer givetvis även bättre prestationsförmåga. Hon har även fått en bättre stabilitet i kroppen som hjälper henne att under skoldagen använda energin till tankearbete istället för att koncentrera sig på att sitta. En del av stabiliteten är den bättre bålrotationen som ger henne chansen att energisnålt ta in lärarens information. Den kan dock ytterligare förbättras. Hennes handfunktion har blivit stabiliserad och tillsammans med hennes förbättrade sidoskillnad borde det ge henne bättre möjlighet att studera och läsa. Alla dessa pusselbitar har även lett till ett markant ökat självförtroende.

7.2 Aspergers syndrom

Martin är 13 år och går i årskurs 7, när jag träffade honom som adept första gången våren 2001. Tidigare hade han varit min elev under ett halvt års tid. Han besökte då undervisningen med en assisterande lärare och valde under mina timmar att för det mesta stanna utanför klassrummet. Han följde dock undervisningen med hjälp av boken så mycket det var möjligt. Martin försökte således att ingå i klassen under några timmar, resten skötte den assisterande lärare. Det var svårt att få språklig kontakt med honom eftersom han ofta lyckades med att gå undan. Föräldrarna berättade i ett samtal att det inte skulle vara lätt att få Martin att börja gå till FMT. Han var mycket skeptisk mot allt nytt. Vi kunde dock försöka.

Första fasen – Förtroendet och att komma igång

Hans personliga assisterande lärare och jag kom överens om att vi skulle försöka att få Martin att komma till FMT på en rast. Under rasterna kom dock Martin antingen överhuvudtaget inte i närheten av behandlingsrummet eller så gick han omkring direkt utanför och ”pratade med sig själv”. Vi konstaterade att han nog var nyfiken i alla fall. Jag spelade under tiden kod 1 och 2 med förhoppningen att han skulle känna igen dem när vi väl kunde gå in i nästa skede av behandlingen.

Efter sex veckor närmade han sig försiktigt virveltrumman som stod färdig för utforskning. Han rörde den med en trumpinne under ca 5 minuter. Han blev dock påtagligt störd av alla störande ljud (i form av elevprat) som fanns utanför klassrummet. Nästa vecka kom han inte till behandlingen.

Efter ett möte med föräldrarna och assistenten beslöts att vi skulle försöka vänja honom med att spela i lugn och ro efter skoltid för att undvika störningarna utifrån. Mamman skulle följa med honom under några veckor i början av sommarlovet för att vänja honom vid den avsedda tidpunkten. Detta skulle också medföra att han själv efteråt måste gå till bussen för att åka hem vilket var en stor utmaning med tanke på att FMT då skulle betyda ytterligare förändringar i hans liv. Intressant ur det perspektivet är att FMT som en bieffekt kan förbättra vardagliga färdigheter.

Vid första gången under sommarlovet följde Martin synnerligen motvilligt med mamman till rummet. Här gick han runt och svarade ett antal gånger på kod 2 genom att slå med händerna mot väggar, stolar och bord. Under tiden pratade och ropade han ett flertal gånger : ”Jag tänker inte spela och jag skall gå hem med detsamma”. Mamman satt stilla med i behandlingsrummet och svarade inte – som avtalat - på sonens utfall och svordomar. Något spel på virveln blev det inte men det kändes att kontakten över kod 2 hade knutits.

Veckan efteråt kom Martin relativt avslappnad in i rummet tillsammans med mamman. Mamman bad jag att ta plats utanför skynket och adepten kom med kod 1 lite tveksamt in i behandlingsområdet och efter uppmaning med handen satte han sig på en ”vanlig” stol. Jag använde återigen kod 2 och han reagerade denna gång med trumpinnen. Reaktionstiden var i snitt 24 sekunder. Däremellan kändes det att ljudet

formligen sjönk in i honom och att ingenting skulle störa denna väg till reaktionen. När han under ett skede provade att spela två slag reagerade jag med kod 3. Den spelade han först med en hand och vid överlämnande av ytterligare en trumpinne med båda händer. Eftersom han spelade växelvis med trumpinnarna använde jag en gummisnodd för att sammanlänka pinnarna och på så sätt sammanfoga även handrörelsen. Det lyckades och jag kunde lämna bort gummisnodden fr.o.m. denna gången. Därefter introducerade jag kod 4. Han bytte själv hand, när jag bytte sida. Martin verkade inte ha någon skillnad mellan att använda höger eller vänster hand. Han visade dock att han var fascinerad och det kändes att han hade kul. Jag avslutade efter 20 minuter och kom överens om ytterligare en träff veckan därpå för att befästa koderna och ”proceduren” med att komma. Även den gången förlöpte utan avbrott och i en positiv anda. Vi hade i detta skede avslutat vårt trettonde behandlingstillfälle. Analysen såg ut på följande sätt:

Tabell 4; Martin analys 1 och 2

	Vår början	sommar lovet
kontakt	3	2
initiativ	3	2
KFU-stabilitet	3	3
handutveckling	3	2
öga-handkoordination	3	1
sidoskillnad	3	2
bålrotation	3	2
perception	3	2
modell/logik	3	2
samverkan	3	2
helhetskoordination	3	2
totalpoäng	33	22

0= inga problem
1= märkbara problem
2= påtagliga problem
3=extrema problem

Andra fasen – utforskning och stabilitetsökning

Höstterminen kom och Martin deltog utan att tveka vid FMT-behandlingarna. Han letade länge efter ett bättre sätt att sitta, men hans ryggmuskulatur tillät inte den stabilitet som är grunden till möjligheten för nervbanorna att på ett smidigt sätt skicka information till och ta emot information från hjärnan. Han klagade över

ljudgets styrka och mamman funderade om han skulle kunna använda hörselskydd. Jag lovade dock att göra allt för att dämpa ljudet från pianot samt av trumman som under en övergångsperiod fick en dämpande filt under trumskinet. Trots att jag senare avlägsnade filten klagade han efter några gånger inte mera över ljudet och det uppfattade jag som bevis för att hjärnan nu bättre kunde sortera ljudet, en del av behandlingen. Martin arbetade mycket med ryggen, en följd av att jag nu vågade ändra hans stolhöjd ett flertal gånger under behandlingen. Mitt under höstterminen valde han att stå upp under en hel behandling trots att stolen stod där, kanske en signal av kroppen att den kan arbeta bättre när nervsystemet är ”rakt”. Som tidigare berättats stod han ofta upp också under lektionerna med följden att han ändå kan ta in en hel del information. Fram till december behandlade jag i första hand KFU och arbetade även med många byten av trumstockar. Olika uppställningar av attributen gjorde att han hade möjlighet ta emot och lämna ifrån sig trumpinnar. Den direkta kontakten knöts vilket inte är någon självklarhet vid det funktionshinder som han har. Svårigheter upptäcktes bl.a. i korsrörelsen som trots halv IFI inte kom igång – vi fick vänta med det.

I slutet av höstterminen gjordes följande analys:

Tabell 4; Martin analys 3

kontakt	1
initiativ	1,5
KFU-stabilitet	1,5
handutveckling	1,5
öga-handkoordination	1
sidoskillnad	2
bålrotation	1,5
perception	1
modell/logik	1
samverkan	2
helhetskoordination	2
totalpoäng	16

0= inga problem
 1= märkbara problem
 2= påtagliga problem
 3=extrema problem

Tredje fasen – Ambivalens och ny beslutsamhet

Martins pappa kom i början av året för en utvärdering. Jag hade sammanställt en video som visade delar av olika omgångar. Pappan reagerade spontant mycket positivt på videobandet och var glad över att se sin son spela och vara glad. Han berättade dock att de i princip själva inte kunde se några skillnader hemma men att Martins mormor och en annan bekant som inte hade sett honom under en längre tid hade observerat skillnader, som dock inte förtydligades. Pappan trodde själv att de som föräldrar var ”för nära” för att kunna se förändringar som sker långsamt. Jag berättade att vi borde fortsätta med behandlingarna. Pappan trodde dock att det skulle bli svårt eftersom Martin var inställd på att det skulle vara slut. Detta var ett missförstånd som ledde till en hel del problem. Vi kom dock överens om att vi skulle försöka få honom att komma nästa måndag igen.

Så blev dock inte fallet och veckan därpå bestämde jag mig för att försöka berätta för Martin litet om utvecklingsteorin. Jag mötte honom på skoltid i ett litet rum med en tavla på vilken jag började rita människans utveckling som en trappa på vilken ett trappsteg följer det föregående som inte kunde tänkas bort utan att trappan skulle rasa. Jag fick gehör och en bra diskussion om ämnet utan att han avlägsnade sig. På slutet erbjöd jag honom att vi i fortsättningen skulle spela i 10-gångers- pass, så att han visste hur många gånger han hade kvar. Han accepterade förslaget.

Som vi hade kommit överens om kom Martin efter sin lägerskolveckla. Han hade en hel del att berätta om sportlovsupplevelsen, bl.a. att han krockat i hög fart med en buske. Vi hade båda roligt. I FMT- behandlingen valde han igen att stå upp hela tiden. Nu började en fas i vilken han ofta ville ”skoja” med mig genom att han låtsades slå första slaget på trumman och därigenom fick mig att svara på pianot. Han hade mycket roligt med detta och jag fick vara mycket observant. Jag tolkade detta som att han testade gränserna för FMT –metoden på samma sätt som han gjorde i början av behandlingen, när han utmanade genom att ropa, ibland mycket aggressiva ord. Jag valde nu att införa blåskoden med ankan som han efter mycket tvekan blåste svagt i en gång. Vi hade alltså mycket att utveckla med andningen. I slutet av perioden började vi också att spela med bastrumman – även här fanns det behov av utveckling.

Innan vi skildes inför sommarlovet kom vi överens om ett nytt 10-gångers-pass på hösten.

Fjärde fasen – förankring

När det i början av behandlingen skedde synliga utvecklingssteg vid nästan varje behandling, så kom hösten att präglas av att förankra den utveckling som tidigare skett. Martin kom alltid glad till behandlingen och hade alltid något att berätta innan vi drog oss tillbaka till behandlingsutrymmet. Här skedde en utveckling med små marginaler. För att få igång en bålrotation spelade vi mycket kod 14. Även om ryggen nu var sträckt var benen fortfarande för tätt ihop för att kunna stabilisera kroppen på ett bra sätt. Jag började även att titta närmare på handen som fick problem så fort jag tillsatte kulor och annat. Martin hade nu också börjat att ibland spela koderna på slutet våldsamt snabbt, kanske ett tecken på att orken tog slut och att han måste stimulera sig väldigt mycket. Ryggmuskulaturen behövde bli bättre och svanken måste komma igång. Allt detta skulle prioriteras för att stabiliteten skulle kunna bli ännu bättre. Följden blev att han kom att tycka att det var fysiskt ”jobbigt”.

I slutet av denna period såg man en bättre stabilitet och ett mera engagerat sätt att spela. Med stabiliteten kom plötsligt också möjligheten att korså händerna i kod 15, ett avgörande moment för den fortsatta behandlingen. Kod 15 kan användas i synnerhet för att utveckla handens funktioner. Analysen har under tiden förfinats och tar nu flera observationspunkter med i beräkningen och ser ut på följande sätt:

Slutet av hösten 2002

Tabell 5;
Martin analys 4

stabilitet	1
sidoskillnad	1
sep.sidorörelser	0
bålrotation	1
korsrörelse	0,5
handfunktion höger	2
handfunktion vänster	2
handled höger	1,5
handled vänster	1,5
perception	1
modell/logik	1
koordination hand-fot	1
helhetskoordination	2
Andning, samordning	
totalpoäng	15

0= inga problem
1= märkbara problem
2= påtagliga problem
3=extrema problem

Som man ser i tabell 5 finns tyngdpunkterna i dysfunktioner i handen och i andningen. Av erfarenhet vet vi att handens funktioner först kan utvecklas när bl.a. stabiliteten är god.

I slutet av hösten skedde, genom höstlovet etc., en förskjutning i behandlingstillfällena som resulterade i att Martin missade de sista två gångerna av våra överenskomna tio gånger .

Efter jullovet var det svårt att komma igång igen. Det var det faktiskt sju veckor sedan vi senast hade träffats, och Martin valde att bestämma sig för att inte komma. Ytterligare en praoperiod kastade omkull möjligheten att börja spela. Jag valde att – efter samtal med föräldrarna som gärna skulle se att han fortsatte - återigen prata med Martin på skoltiden. Han talade om att han inte ville fortsätta och jag uppfattade att det hade blivit ett problem för honom att slutet på hösten hade blivit så oklar. I slutet av samtalet gav jag honom ett papper med datum för behandlingarna fr.o.m följande måndag. Jag upplevde att det inte är enkelt att samtala med honom men att han ändå hör vad jag säger.

På måndagen stannade han i skolan trots att hans pappa som hade lovat att komma med hade fått förhinder. Han väntade på mig utanför skolan och följde med utan problem när jag gav honom ett tecken. Han var mycket intresserad och pigg och vi kom igång med behandlingen. Det märktes att tiden hade fått verka. Martins rörelser var mera nyanserade och han var väl motiverad. Vi avslutade med att sätta ett streck på tavlan, så att han kunde kolla hur många gånger vi hade spelat.

Utvärdering:

Samtal med Mamman:

Efter ytterligare en vecka fick jag prata med hans mamma som var glad för att han hade tagit upp behandlingen. På frågan hur Martin har utvecklats under de senaste åren konstaterar hon att hon tycker att föräldrarna själva ser förändringarna sämst, men hon berättar att personer i deras släkt och bekanta brukar kommentera Martins

”framgångar” i utvecklingen. När han tidigare hade svårt att orka kan han idag möjligtvis ha bättre uthållighet. Hon kan också konstatera att Martin idag har färre konfrontationer med sina syskon, det ”händer sällan incidenter”. Föräldrarna kan vara lugnare när de lämnar sina barn ensamma hemma. Hon tyckte att ett gott tecken på initiativtagande och ökat självförtroende var när Martin utan föräldrarnas påverkan organiserade sitt eget mopedkursdeltagande i skolan.

Jag låter även hans lärare i ett frågeformulär berätta om Martins skolgång:

Har det skett en förändring i klassrummet?

- Han tittar lite mer direkt på mig numera när vi går igenom saker på tavlan. Tidigare tittade han mest ner i bänken
- Nu kommer han in på lektionen själv. Han är inte den siste som kommer in. Jobbar bra och förstår bra
- Ja, jättemycket. Han tilltalar en, svarar på frågor och vågar möta en med blicken. Framför allt så verkar han mera glad och positiv och ibland t.o.m kontaktsökande.
- Martin har blivit öppnare. Han kan idag arbeta utan att assistenter sitter bredvid. Han måste ibland få en egen ”puff” för att komma igång, tex. ”Nu, Martin fyller du i här.” Han svarar på frågor, men tar inte själv initiativ till frågor. Det går att få ögonkontakt med Martin. Han klarar också av att planerade händelser förändras utan att han fått veta detta på förhand.
- Ja, han vänder sig inte bort när jag kommer och visar vad han ska göra

Kan du datera förändringen?

- från september 2002
- på våren i sjuan tyckte jag att han började våga röra sig mer bland folk. Efter praon i höstas tyckte jag att han började tilltala folk mer och titta upp med blicken. Efter jul tyckte jag att han började umgås med klasskamrater en aning.
- Förändringen har kommit under åk 9.
- Han svarade på tilltal i slutet av jan.03

Hur gör han idag?

- Han kommer in när alla har kommit och sätter sig ner. Om vi skriver så skriver han av, om vi bearbetar text så läser han tyst och gör uppgifter.

Har du upplevt en förändring utanför klassrummet?

- Lite mer tonåring, pratar lite mer
- Han står inte ensam i korridoren. Han är fortfarande ”ensam” men står med resten av klassen.
- Ja, han pratar med kompisar i korridoren ibland. Han byter om till gymnastiken mycket snabbare och han *kommer ihåg* gymnastikkläder
- Han ser gladare ut och tittar igenkännande på mig
- Idag fungerar lunchdeltagandet. Numera väljer Martin ofta en plats tillsammans med sina klasskompisar. Det är kul, speciellt när man har i åtanke en period i 8:an då han vägrade gå in i matsalen.

Terapeutens utvärdering:

Alla Martins grundfunktioner har förbättrats (se analyserna). Hans förbättrade stabilitet och perception ger honom möjlighet att uppträda med ett större självförtroende som leder till att han vågar mera. Det kan handla om att våga att utan tvekan komma in i terapirummet, våga helt självklart sätta sig på en för honom ovanlig stol. Att våga plötsligt släppa tid och rum genom att inte hela tiden titta på klockan utan att istället på slutet av behandlingen konstatera att vi spelade 4 minuter för länge. Han vågar också att stanna efter skoltiden, organiserar ett kursdeltagande och använder bussen hem utan problem. Han kan även på skoltid stå bland sina skolkamrater ute på gångarna och synnerligen noggrant iaktta kamraternas sätt att tala och kommunicera med varandra utan att behöva ”gömma” sig bland skåpen. Han kommer ihåg att komma till FMT – behandlingen och han kommer ihåg att ta med sig gymnastikkläder till gymnastiklektionen. Han tvekar inte mera att gå till lunchen och han vågar sitta bland kamraterna i matsalen. Han har blivit öppnare mot lärarna och kamraterna. Han kommer fortfarande som de flesta ungdomar inte ihåg alla läxor och han behöver fortfarande en lång stund för att komma igång på morgonen.

Framtiden

FMT – behandlingen är den enda verksamheten i Martins liv utanför skolan. Han deltar regelbundet inom de överenskomna ramarna . Min rekommendation är därför att han fortsätter för att utveckla sina funktioner ytterligare.

8. Diskussion

Att jobba som lärare i 13 år på en högstadieskola ger en gedigen inblick i skolans värld, både ”uppåt” mot organisationens tak, i mitt fall landskapets organisation i form av utbildningsavdelningen och ”neråt” mot eleverna och deras föräldrar. Men även på kollegienivå är det intressant att iaktta i vilken grad systemet tillåts att förändras och hur dragkrafterna jobbar för att hålla kvar det gamla, vana systemet.

När jag började att utbilda mig behövde jag först uppbackning av mina närmaste chefer som skulle stå för en del merarbete i form av en försvårad schemaläggning. Härifrån fick jag från första början support, intressant nog, för vi befann oss i ett nytt område som i framtiden kommer att betyda en hel del för den åländska skolvärlden. Även på utbildningsavdelningen var man mycket intresserad. Efter ett halvt år var det dags att inviga mina kolleger i det skede som jag befann mig där jag fortfarande famlade i halvmörkret. Men även här kände jag ett varmt deltagande som kom att betyda en hel del för den fortsatta processen. Det var de som från första början kom med förslag på eventuella adepter. Jag fick jobba i lugn och ro. Det allra svåraste steget trodde jag skulle bli att förankra verksamheten hos eleverna. Som jag visste från tidigare kan en verksamhet på ett högstadium av några få elever förintas på en eller två raster. En felaktig stämpel skulle medföra en ständig uppförsbacke. Jag valde att berätta åt alla klasser vad FMT – metoden gick ut på och vilka positiva effekter jag förväntade mig för dem. Även på den fronten lyckades jag. Eleverna vet och accepterar rent intuitivt att alla inte är lika och att vissa kan behöva stöd, det finns inget negativt i själva hjälpen. Att det sedan ytterligare skulle hjälpa med att ”trumma” gjorde det hela inte värre. Sedan dess finns verksamheten i min skola och kommer att utökas väsentligt till hösten 2003.

Det finns kvar att förankra arbetet på politiskt nivå för att reservera bl.a. de finansiella medlen och man kan hoppas att politiker inser - liksom redan alla deltagare i skolväsendet har insett - att vi har fått en ny möjlighet till Åland att hjälpa våra ungdomar, deras söner och döttrar. Möjligheten att lyckas - grundstenen för självförtroendet - som i sin tur är plattformen för ett större engagemang i skolan och på fritiden.

Skolan är fortfarande idag för mycket inställd på att förmedla kunskap endast med hjälp av ord. Hjärnan kan dock inte utvecklas med ord – alltså kan inte människan utvecklas med ord. Barnet utvecklas enligt Piaget genom sina handlingar – handlingar ger erfarenheter – samlade erfarenheter leder till mognad. Till alla de aktiviteter som redan bedrivs av många kolleger i landskapet och som ett komplement till special – och hjälpverksamheten sällar sig FMT – metoden.

Jag är glad för att jag som första FMT-terapeut får möjligheten att erbjuda åländska barn och ungdomar denna chans att utvecklas och jag är glad att veta att vi inom de närmaste åren blir flera som kan hjälpas åt.

FMT-metoden lär ingen att läsa – den tillför möjligheten och lusten

FMT-metoden arbetar ”från kroppen till hjärnan”!

FMT-metoden lär inte / tränar inte / övar inte

FMT-metoden följer, stöder och bekräftar utvecklingen

FMT-metoden är UNIK !

9. Litteraturförteckning:

- Ayres, J. (1988). *Sinnenas samspel hos barn*. (Original publicerat 1979, Sinsory Integration and the child. USA). Stockholm: Psykologiförlaget
- Bergström, M. (1990). *Hjärnans resurser*. Jönköping: Seminarium Förlag
- Bille, B., Brieditis, K. (1984). "MBD – barn". Uppsala ???
- Carlsson, A, Carlsson, L. (2001). *Hjärnans budbärare*. Lund: Studentlitteratur
- Duvner, T. (1994). *Barnneuropsykiatri*. Falköping: Liber utbildning
- Dyreborg E. (1975). *Musikterapi*. S.10-14, Borås: ???
- Eriksson, H. (2001). *Neuropsykologi*. Stockholm: Liber AB
- Eriksson, M. (1999). *FMT-metoden som analysinstrument och stöd vid skolsvårigheter*. Opublicerad C-uppsats, Musikterapi institutet, Uppsala
- Freltofte, S. (1999). *Utvecklingsmöjligheter för barn med avvikande hjärnfunktion*. (M. Hagelthorn, övers.). Stockholm: Natur och Kultur (Original publicerat 1991. Valby: Borgens Forlag)
- Gillberg, C., *Barn med DAMP/MBD*. RBU distribution ???
- Gillberg, C. (1999). *Autism och autismliknande tillstånd hos barn, ungdomar och vuxna* (3:e rev. upplaga). Stockholm: Natur och Kultur
- Granberg, A. (2000). *Tre svenska utbildningar i musikterapi. En studie av inriktningar, arbetsfält och arbetsformer*. Licentiatuppsats vid Centrum för musikpedagogisk forskning, Kungliga Musikhögskola i Stockholm.
- Hjelm, L. (2001). *FMT-metoden 25 år*. Musikterapi institutet, Uppsala
- Hjelm, L. (1987). *Block 1-20. Kurskompendier*. Musikterapi institutet, Uppsala
- Holle, B. (1987). *Barns motoriska utveckling* (3:e rev. upplagan). Stockholm: Natur och Kultur
- Peeters, T. (1998). *Autism: Från teoretisk förståelse till praktisk pedagogik*. Falköping:Liber (Original publicerat 1994. Antwerpen-Baarn)
- Piaget, J. (1988). *Barnets själsliga utveckling* (original publicerat 1964, Les études de psychologie. Paris). Lund: Liber
- Ruud E. (2002). *Varma ögonblick*. Göteborg: Bo Ejeby Förlag (Original publicerat 2001)

- Teasdale, J.D. (1996). Clinically relevant theory: Integrating clinical insight with cognitive science. In P. Salkovskis (Ed.), *Frontiers of cognitive therapy* (pp 26-47). New York: Guilford Press.
- Widén, L., m.fl. (1996). *En bok om hjärnan*. Finland: Tiden/Raben Prisma