

# **SKAM OCH VÄRDIGHET**

**Metodutveckling av musikterapi hos barn med uppgivenhetssymtom**

**Sören Oscarsson**

Magisteruppsats (D-nivå)  
Handledare: Ingrid Hammarlund  
Magisterprogram i musikpedagogik  
Inriktning Musikterapi  
Institutionen för musik, pedagogik och samhälle  
Kungl. Musikhögskolan 2006

## 1 ABSTRAKT

Uppsatsen belyser metodutveckling av musikterapi för barn med uppgivenhetssymtom. Det är en kvalitativ studie med grundad teori som forskningsansats. Det empiriska materialet utgörs av musikterapi med fyra patienter som dokumenterats med film, som sedan analyserats. Ur analysen har kategorier formats för att undersöka om de bildar mönster, dels i varje patients egen progression, dels mellan de olika patienterna. De frågor undersökningen avser att besvara är:

1. Hur kan jag utveckla min musikterapeutiska metod och mitt förhållningssätt så att det befrämjar rehabilitering och tillfrisknande hos barn med uppgivenhetssymtom?
2. Hur kan jag uppnå en responsivitet i samspel där varje individs medskapande är en förutsättning för kommunikation och salutogena processer?

Barn med uppgivenhetssymtom har en hög stressnivå till följd av posttraumatisk stress (PTSD) och hög känslighet för arousal. De värjer sig för starka ljud, skarpa klanger, hög intensitet, puls och varaktighet. Uppsatsen tar upp teorier om PTSD, uppgivenhet, arousalnivåer, introvertism, skam och musikterapi. Metodutvecklingsstudien visar att samspel har en betydelsefull funktion och att det är möjligt att, i nära allians med familjen, skapa ett musikterapeutiskt samspel där individen framträder kreativt i betydelsefulla relationer.

## ABSTRACT

This master thesis aims to study the development of a music therapy method to meet the needs of refugee children with severe withdrawal symptoms. It is a qualitative study informed by grounded theory as research method. Music therapy sessions with four children have been documented on film, which then has been analysed. From the analyse categories has been made in purpose to bring up patterns of each patients progress and also between patients. The main questions of the study are:

1. How can I develop my music therapy method and therapeutic approach in a way that promote rehabilitation and health for children with severe withdrawal symptoms?
2. How to reach responsivity in musical interplay in a way where each individual co-creation provides communication and processes of salutogenes?

Children with severe withdrawal symptoms have a high level of stress because of posttraumatic stress (PTSD) and high sensitivity of arousal. They reject high level of sound, sharp sounds, high level of intensity, pulse beat and durability. The thesis brings up theories of PTSD, severe withdrawal symptoms, arousal, introvertism, shame and music therapy. The study shows that musical interplay has a prominent function in the method and that it is possible, in close alliance with the family, to create a music therapeutic interplay so that each individual appear to be creative in significant relationships.

Sökord: Musikterapi, posttraumatisk stress, apatiska barn, uppgivenhetssymtom, skam, arousal, samspel.

Music therapy, posttraumatic stress, apathetic children, severe withdrawal symptoms, shame, arousal, music interplay

<b>2</b>	<b><u>INNEHÅLL:</u></b>	
<b>1</b>	<b>ABSTRAKT</b> .....	<b>2</b>
<b>2</b>	<b>INNEHÅLL</b> .....	<b>3</b>
<b>3</b>	<b>TACK</b> .....	<b>5</b>
<b>4</b>	<b>INLEDNING</b> .....	<b>6</b>
<b>5</b>	<b>BAKGRUND</b> .....	<b>6</b>
<b>6</b>	<b>FRÅGESTÄLLNING OCH SYFTE</b> .....	<b>9</b>
6.1	FRÅGOR .....	9
<b>7</b>	<b>DISPOSITION</b> .....	<b>9</b>
7.1	ETISKA ASPEKTER .....	9
<b>8</b>	<b>TEORETISKA PERSPEKTIV</b> .....	<b>10</b>
8.1	MUSIKTERAPI .....	10
8.1.1	<i>Metoder</i> .....	10
8.1.2	<i>Forskningsansatser</i> .....	13
8.1.3	<i>Betydelsefulla begrepp</i> .....	17
8.2	UPPGIVENHETSSYMTOM .....	20
8.2.1	<i>Tidigare forskning gällande uppgivenhetssymtom</i> .....	20
8.2.2	<i>Övergripande diagnos: Uppgivenhetssymtom</i> .....	24
8.2.3	<i>Diagnoser</i> .....	25
8.2.4	<i>Posttraumatiskt stressyndrom, PTSD</i> .....	25
8.2.5	<i>Stressforskning</i> .....	26
8.2.6	<i>Om skam och värdighet</i> .....	28
<b>9</b>	<b>FORSKNINGSMETODISKA PERSPEKTIV</b> .....	<b>32</b>
9.1	KVALITATIV FORSKNING .....	32
9.2	GRUNDAD TEORI (GROUNDED THEORY) .....	34
9.3	DATA .....	35
9.3.1	<i>Barnen</i> .....	35
9.3.2	<i>Film</i> .....	35
9.3.3	<i>Intervjuer</i> .....	35
9.3.4	<i>Egen erfarenhet</i> .....	36
9.3.5	<i>Teori</i> .....	36
9.4	GENOMFÖRANDE.....	36
9.4.1	<i>Filmdokumentation</i> .....	36
9.4.2	<i>Intervjuer</i> .....	37
9.4.3	<i>Triangulering</i> .....	38
9.4.4	<i>Familjen</i> .....	38
9.4.5	<i>Musikterapeutiska förutsättningar</i> .....	38
<b>10</b>	<b>RESULTATREDOVISNING</b> .....	<b>39</b>
10.1	KATEGORIER .....	40
10.2	KATEGORI: RESPONS/KONTAKT.....	41
10.2.1	<i>Bildsekvenser: Respons/Kontakt</i> .....	43
10.3	KATEGORI: MOTORIK/KROPPSPRÅK.....	45
10.4	KATEGORI: MUSIK/SPEL .....	46
10.4.1	<i>Instrument/klang/ljud</i> .....	48
10.4.2	<i>Förmåga till samspel</i> .....	49
10.5	KATEGORI: FAMILJEMÖNSTER .....	52

<b>11</b>	<b>DISKUSSION .....</b>	<b>54</b>
11.1	STUDIENS BAKGRUND.....	54
11.2	ETIK - ESTETIK.....	56
11.3	RESPONS/KONTAKT .....	57
11.4	MOTORIK/KROPPSPRÅK .....	59
11.5	MUSIK/SPEL.....	59
11.6	FAMILJEMÖNSTER.....	62
11.7	AROUSAL.....	63
11.8	SKAM.....	66
11.9	SAMMANFATTNING.....	67
11.10	EN SLUTREFLEXION .....	69
<b>12</b>	<b>REFERENSER .....</b>	<b>70</b>
12.1	REFERENSER INTERNET .....	72
12.2	ÖVRIGA REFERENSER.....	72
<b>13</b>	<b>INTERVJUER - BILAGOR.....</b>	<b>73</b>
13.1	BILAGA 1: INTERVJU MED P1 MAMMA .....	73
13.2	BILAGA 2: INTERVJU MOR OCH FAR TILL P2 .....	74
13.3	BILAGA 3: INTERVJU MED P3.....	75

### **3 TACK**

**Ett varmt tack till Bengt Starrin för  
konsultation och inspirerande samtal.**

**Bengt Starrin är professor i socialt arbete vid Karlstads universitet  
samt konsult vid Centrum för klinisk forskning, Västerås**

**\*\*\*\*\***

**Varmt tack till Ingrid Hammarlund för  
goda synpunkter och skrivhandledning.**

**Ingrid Hammarlund är lektor vid musikterapeututbildningen  
Kungliga Musikhögskolan, Stockholm**

## **4 INLEDNING**

De senaste fem åren har vi uppmärksammat ett relativt nytt fenomen i Sverige, ”apatiska barn”, ”barn med uppgivenhetssymtom”, ”depressiv devitalisering” eller ”liggande barn”. Debatten har varit livlig i media men även politiskt på riksdagsnivå. Från regeringshåll kunde man konstatera: ”Än idag finns det inga internationellt vetenskapliga vedertagna definitioner om något psykiatriskt syndrom som förklarar detta tillstånd” (Ahmadi & Hessle, 2005). Okunskapen blev både en möjlighet att lära sig mer, inbjöd till mycket engagemang speciellt hos alla de som inom sjukvården arbetat med asylsökande flyktingbarn, men det inbjöd också till spekulationer och misstänksamhet. Barnen var ju uppe och sprang om nätterna! Var det inte föräldrar från forna Sovjetsstater som drogade eller manipulerade sina barn så att de blev apatiska för att de skulle få uppehållstillstånd. Att möta dessa familjer i deras kris och i deras asylprocess är en förmån och utmaning och gör oss starkt berörda. Vi har sett deras hopplösa kamp, lyssnat till berättelser om omänskligt lidande och trakasserier. Vi har sett blodiga bilder som barnen målat för att berätta sina mardrömmar och traumatiska upplevelser.

Jag har tagit pulsen på barn som inte öppnat sina ögon eller gett någon kontakt på sju- åtta månader och deras hjärtfrekvens har alltid legat mellan 80 och 120 slag/minut. Är det stress eller rädsla? Helt klart är att de inte kan simulera hög puls. Mitt arbete har förändrats kraftigt ifrån att bedriva musikterapi i organiserad form med barngrupp till att göra hembesök hos barn med uppgivenhetssymtom. Med en lyra eller gitarr i handen har jag sökt att skapa kontakt, kanske hopp hos barnet och hos familjen. Hoppet är ibland det enda som burit familjen och hindrat dem från att helt ge upp.

## **5 BAKGRUND**

Jag har arbetat 15 år inom psykiatri i Landstinget Västmanland och både inom BUP och Vuxenpsykiatri. 1996 påbörjades ett projekt med medel från Socialstyrelsen där vi inriktade oss på barn till traumatiserade flyktingföräldrar. Familjerna hade uppehållstillstånd i Sverige och vi arbetade med barn- respektive parallell föräldragrupp. Syftet var bland annat att öka barnens psykiska hälsa och sociala välbefinnande bl.a. i skolan. Ickeverbala terapiformer som musik- och bildterapi tillsammans med dramalek användes som ett naturligt uttrycksätt för barnen. Projektet fungerade väl och utvärderades (Edlund 1997). Sommaren 1999 öppnades Hallstahammars flyktingförläggning för Kosovoalbanska flyktingar som hade ett tillfälligt uppehållstillstånd. Vi började med ett mycket intensivt arbete där vi intervjuade c:a 50 barnfamiljer med s.k. screeningssamtal i syfte att identifiera svårt traumatiserade barn för att

snabbt komma i gång med stöd och behandling. Detta skedde i nära samarbete läkare och f.f.a. sjuksköterskor vid "Flyktinghälsan" som också fanns på plats. Vi hade nu mycket god användning av de kunskaper och arbetsmetoder vi förvärvat under tidigare projekt. Flyktingförläggningen permanentades år 2000 och utökades från 350 till 650 boende. Behovet av BUP:s närvaro ökade och ett s.k. kris och traumateam bildades med placering i Hallstahammar som hör till Västerås upptagningsområde. För oss nya folkgrupper kom till förläggningen. De tillhörde ofta minoritetsgrupper som t.ex. Romer och Gorani från forna Jugoslavien samt flyktingar från forna Sovjet som Dagestan, Kirgistan och Armenien. Där fanns senare även familjer från Irak och Kurdistan.

Vi började nu se de första tecknen hos barn på uppgivenhet (se 8.2.1). Några av barnen som fanns i våra barngrupper blev alltmer passiva, tysta och med allt mindre förmåga att ge kontakt. Fenomenet var nytt för oss. Några av de äldre barnen med dessa symtom hade en negativ inverkan på andra barn i gruppen och erbjöds därför individualterapi. Föräldrarna träffade vi regelbundet i grupp samt familjevis. Några barn hade ständigt symtom på uppgivenhet men effekten av barngruppsterapi hade där en god förebyggande eller livsuppehållande effekt enligt vår egen erfarenhet samt av föräldrarnas utsago.

*Eliza, en liten 6-årig flicka deltog i min grupp. Om hon kom först av barnen kunde hon viska ett knappt hörbart svar: "inte bra"! De andra barnen kommenterade och undrade varför hon var så tyst och konstig. Vi tillät henne aldrig att förbli helt passiv och i slutet av varje session kunde man se henne "tina upp" och ett litet leende spricka när jag tog hennes armar och hjälpte henne delta i Följa John-dansen.*

Det är min övertygelse att vi med musikterapi lyckades att hålla några av barnen flytande och förhindrade ett starkare utbrott av uppgivenhet hos var och en av dem. Asyliklimatet hårdnade och under 2004 avvisades 90 % av alla asylsökande och det skulle senare bli ännu svårare där c:a 95 % avvisades. Samtidigt, i början 2005, lades plötsligt förläggningen ned under märkliga former, vilket uppmärksammades i media. Alla sådana åtgärder som dessutom verkställs under omständigheter som starkt måste ifrågasättas innebär ytterligare stress och belastning på tidigare trauma. Krisreaktionerna blir också tydliga när familjerna får sitt andra avslag på asylansökan, ett avslag som kommer ifrån Utlänningsnämnden.

Det finns tydliga parallellprocesser i vårt arbete vilket påverkar oss som jobbar i det man kallar sekundär traumatisering hos behandlare (Ekström, 2005). I och med förlägningens nedläggning lades även kris- och traumateamet ner sommaren 2005 och två av oss fick fortsätta genom att pendla till Fagersta och Skinnskatteberg dit många av våra flyktingfamiljer förflyttats. Under perioden 2003 –2005 hade vi i Västmanland c:a 15-16 barn med uppgivenhetssymtom och från min position i Fagersta hade jag kontakt med 6 uppgivna barn. Tankar började formas i och med pågående D-kurs att se närmare på de reaktioner jag kunde uppfatta under mina hembesök hos barnen när jag mötte dem med musik.

Regeringen beslutade nu om en tillfällig lag där Migrationsverket fick uppdrag att pröva verkställighet för avvisning av flyktingfamiljer. Lagen har inneburit en positiv möjlighet för många att få sin sak i ytterligare en prövning. Samtidigt var det ”gamla” systemet med prövning i utlänningsnämnden under avveckling vilket uppenbarligen innebar att man ville ”jobba rent” på gamla ärenden inom både Migrationsverket och Utlänningsnämnden. Det har glädjande nog inneburit att 4 av de 6 apatiska barnen fick uppehållstillstånd. Förutsättningarna för min studie hade därmed drastiskt förändrats. Emellertid kvarstår barnens behov av vård under lång tid som kan variera mellan några månader upp till ett och ett halvt år. Det beror på att de haft ett massivt bortfall av livsviktiga funktioner. Vi står nu inför ett nytt skede i arbetet med asylsökande där vi har att utveckla arbetet med rehabilitering av barn med trauma eller uppgivenhetssymtom. För mig uppstår då frågan vad jag kan tillföra genom musikterapi och hur jag kan utveckla musikterapeutiska metoder som kan bidra till dessa barns rehabilitering. Det primära syftet blir ett salutogent perspektiv för de musikterapeutiska insatserna.



## 6 FRÅGESTÄLLNING OCH SYFTE

Syftet med min undersökning är att jag vill söka utforska möjligheterna att med musikterapi aktivt stödja barn med uppgivenhetssymtom i deras tillfrisknandeprocess. Jag vill undersöka om barn från andra kulturer, med annat språk än svenska som modersmål kan dra nytta av musik för kommunikation och utveckling i sin rehabilitering. Jag vill även se om de patogena processer som funnits som en del av familjens kris kan vändas och stödjas i mer salutogena processer. Jag har därför gjort ett antagande om behovet av *responsivitet i samspel* för att varje individ ska kunna delta i kommunikation. Responsivitet i samspel blir en delaspekt av min första frågeställning och kanske en förutsättning.

### 6.1 FRÅGOR

1. Hur kan jag utveckla min musikterapeutiska metod och mitt förhållningssätt så att det befrämjar rehabilitering och tillfrisknande hos barn med uppgivenhetssymtom?
2. Hur kan jag uppnå en responsivitet i samspel där varje individs medskapande är en förutsättning för kommunikation och salutogena processer?

## 7 DISPOSITION

Jag har i min uppsats gjort en uppdelning i det som följer, som kan beskrivas i fyra rubriker: *Teoretiska perspektiv*, *Forskningsmetodiska perspektiv*, *Resultatredovisning* och *Diskussion*. De *teoretiska perspektiven* innefattar dels Musikterapi, med metoder, forskning och beskrivande begrepp. Dels finns forskning kring uppgivenhetssymtom och stress, redogörelse av diagnos och PTSD samt ett kapitel om skam kontra värdighet. I nästa huvudavsnitt som behandlar *forskningsmetodik* redogör jag för kvalitativ forskning och grundad teori, jag beskriver mitt val av tillvägagångssätt, urval av data och jag visar hur jag genomfört min studie. I *Resultatredovisning* visar jag tabeller som beskriver kategorier med bakgrund och kommentarer som förklarar eller förtydligar. Avslutningsvis för jag en *Diskussion* där jag vill ställa mina resultat mot tidigare beskrivning av teori, forskning för att kunna dra slutsatser för en musikterapeutisk metodik.

### 7.1 ETISKA ASPEKTER

Det är viktigt med sekretess och konfidentialitet i synnerhet som jag dokumenterar med film. När det gäller att tillgodose information och samtyckeskrav gentemot familjerna så har jag inhämtat råd vid Centrum för klinisk forskning i Västerås. Riktlinjerna är att då det gäller metodutveckling i mitt eget arbetsområde inom vår egen klinik behöver jag inte separat

tillstånd från etisk nämnd. Jag har informerat familjerna om mitt arbete, syftet med min studie och att inget namn kommer att användas. Därefter har familjerna undertecknat ett skriftligt tillstånd där de ger sitt samtycke till dokumentation och publicering i min rapport. Vissa fakta i personberättelser har förändrats för att öka anonymitet.

## **8 TEORETISKA PERSPEKTIV**

Jag vill under detta avsnitt redogöra för de teorier som ligger till grund för min studie och som utgör en del av den triangulering jag använder mig av (9.4.3). Jag kommer här att beskriva musikterapi med metoder, forskning och begrepp samt uppgivenhetssymtom med forskning, diagnos, och begrepp som stress och skam.

### **8.1 MUSIKTERAPI**

Musik har alltid varit en naturlig del av människors liv och vardag. Så naturlig och nära så jag vill kalla den inklusiv. Musiken är då också en gemensam, social tillhörighet och upplevelse. Musiken har varit funktionell och på så sätt haft ett syfte där den funnits med i arbete, vaggång, dans och fest, i sorg, i rit och religion, i lek och i barnuppfostran. Att musiken varit, och är i andra kulturer, så inkluderad i livet innebär att man förmodligen inte tänker på musiken som musik, som ett begrepp som måste definieras. Musikterapeuten Margareta Fors Wärja formulerar det så här: *”Musiken ger form åt upplevelser och erfarenheter som berör de existentiella frågorna: liv-mening-död”* (Grönlund, Alm & Hammarlund, 1999, sid. 87). I västvärlden har utvecklingen gett att musiken blivit mer individuell och privat. Musik är något man lär sig eller köper och några människor räknas som musikaliska eller som musiker. Musiken blir exkluderad, exklusiv, något man ”förvärvar”. Musik har även använts för människors välbefinnande utan att man kallat det terapi. Kanske den också haft terapeutiska effekter.

#### **8.1.1 Metoder**

I vår tid finns musikterapi och utbildade musikterapeuter i många länder och därmed också olika metoder. De kan uttrycka olika förhållningssätt till terapi eller till själva musiken. En metod kan t ex betona ”musiken i terapi” eller ”musiken som terapi”. Det kan vara färgat av andra terapimetoder, skolor och teorier i olika länder och utgör därför i dag möjligheter för terapeuter att fördjupa sig och knyta an till metoder som passar i syfte eller i terapeutens egen inriktning. Metoder kan bygga på olika teorier och innehålla olika förhållningssätt, tekniker och procedurer.

Musikterapi kan indelas i två huvudkategorier, *expressiv* och *receptiv* musikterapi. Den expressiva ger möjlighet att uttrycka sig själv i sång eller spel. Det kan vara personligt valda sånger eller stycken eller något terapeuten föreslår. En annat sätt att uttrycka sig är i improvisation. Det kan ske individuellt eller i samspel med terapeut eller i grupp. Improvisationen kan vara helt fri eller ske inom ramen i en given form med toner eller ackord. Musikterapeuten Fors Wårja förklarar den receptiva musikterapi som en process med musiklyssnande där man låter musiken ta fram känslor, förnimmelser, minnen och associationer (Grönlund, Alm & Hammarlund, 1999). Jag vill här kort beskriva ett urval av internationellt kända metoder och samtidigt betona att då jag själv i denna studie söker utveckla metod är det inte ytterligare en i raden men inom ramen för beskrivna metoder (Wigram, Nygaard Pedersen & Bonde, 2002).

#### **8.1.1.1 Sverige**

I svensk musikterapi finns i huvudsak tre inriktningar. Musikterapeututbildning på Kungl. Musikhögskolan i Stockholm (leder till magisterexamen och där denna studie ingår) ”*ger kompetens för musikterapeutiskt arbete med jagstärkande och bearbetande inriktning, individuellt och i grupp. Utbildningen har en psykodynamisk referensram inom vilken musikens och den skapande handlingens terapeutiska värde fokuseras och utforskas*” (Hammarlund et al, 1999, sid.113). Musikupplevelse, musikaliskt skapande och samspel används i terapeutiskt och hälsofrämjande syfte. Utbildningen motsvarar andra grundutbildningar inom psykoterapiområdet (FMS, Internet). Den andra inriktningen är en funktionsinriktad form: FMT - Funktionsinriktad musikterapi är en behandlingsform där man använder fastlagda musikaliska mönster och former för att påverka och förbättra funktion (FMS, Internet).

Den tredje metoden i Sverige, är den internationellt etablerade, The Bonny Model – Guided Imagery and Music, GIM. Det är en receptiv metod och kännetecknande för dess procedur är aktivt musiklyssnande. (Wigram, Nygaard Pedersen & Bonde, 2002). Helen Bonny utvecklade metoden under 60-talet och den är i dag en avgränsad psykoterapeutisk metod som arbetar med den inre föreställningsvärlden nära besläktad med t. ex. klinisk hypnos eller symboldrama (Grönlund, Alm & Hammarlund, 1999). GIM beskrivs som ”*a depth approach to music psychotherapy in which specifically programmed classical music is used to generate a dynamic unfolding of inner experiences...*” (Wigram, Nygaard Pedersen & Bonde, 2002,

sid. 115). Med utgångspunkt från ett förändrat medvetandetillstånd gör så patienten en inre resa med musiken som guide och generator. Speciella musikprogram är utarbetade för olika ändamål där klassisk musik är den viktigaste beståndsdel.

### **8.1.1.2 Kreativ Musikterapi**

Paul Nordoff, amerikansk tonsättare och pianist utvecklade kreativ musikterapi som metod tillsammans med Clive Robbins, speciallärare. Metoden är välkänd som Nordoff-Robbins modellen utvecklades mellan 1959 – 76. Den tidiga utvecklingen av kreativ musikterapi var med tanke på utvecklingsstörningar, allt ifrån lindrig form till barn med Down's syndrom, beteendestörningar, psykiska störningar eller autism. Det är en improvisationsmodell där improvisationer måste vara flexibla och befriade från musikaliska konventioner. Terapeuten spelar piano och sjunger medan klienten (oftast barn) får använda trumma, cymbal och röst. Den viktiga uppgiften för terapeuten är att skapa en musikalisk ram där klientens uttryck rymms och uppmuntras. Terapeuten kan spegla, reflektera men ska också stödja och involvera klienten (Wigram, Nygaard Pedersen & Bonde, 2002). Det är ett aktivt musicerande där man menar att musiken används *som* terapi till skillnad från modeller där musiken används *i* terapi (Grönlund, Alm & Hammarlund, 1999).

### **8.1.1.3 Fri improvisationsterapi**

En pionjär i Musikterapi, Juliette Alvin skapade en grundläggande musikterapi modell i början av 50-talet. Alvin som var en berömd konsertcellist trodde starkt på effekten av musik som terapeutiskt medium. Alvins teori beskrivs av henne: "*Music is a creation of man, and therefore man can see himself in the music he creates*" (Wigram, Nygaard Pedersen & Bonde, 2002, sid.131). Fri improvisation innebär att man inte använder sig av musikaliska regler om inte klienten begär det. Terapin fokuserar på musiklyssning eller improvisation där alla slag av musikaktiviteter är tillåtna. Improvisationen är totalt fri där man använder ljud och musik med röst eller instrument. Det krävs ingen musikalisk förkunskap och man värderar inte utifrån musikaliska kriterier.

### **8.1.1.4 Analytisk musikterapi**

Analytisk orienterad musikterapi, AOM är utvecklad av Mary Priestley i England. Improvisation är den vanligaste formen i syfte att patienten får uttrycka sig själv. Det kan vara sång eller instrumentalspel. Enligt Priestley används musiken som ett kreativt verktyg för att utforska klientens inre liv och för att bana väg till utveckling och självkänedom. Terapeuten bör vara väl förtrogen med improvisation. Man utforskar personliga teman icke verbalt, "här

och nu” i musiken och terapeuten kan inta olika roller eller förhållningssätt som att vara t. ex. hållande eller kreativt i förhållande till problemet eller klienten (Wigram, Nygaard Pedersen & Bonde, 2002).

#### **8.1.1.5 Skapa för livet**

Mitt eget förhållningssätt och val av musikterapi metod bygger på en psykodynamisk musikterapeututbildning och därtill en existentiell livssyn på kristen värdegrund. Ett viktigt begrepp för mig är *Salutogen*. Salutogenes betyder hälsans ursprung och härhör från grekiskans *salus* (hälsa) och *genesis* (ursprung). Aaron Antonovsky (1923-1994) professor i medicinsk sociologi, frågade sig vad det är som gör att människor blir och förblir friska, dvs. de hälsobringande faktorernas ursprung. Hans svar på den salutogena frågeställningen var *KASAM* - Känsla Av Sammanhang (Wikipedia, Internet). En annan grund är att en kreativ utveckling i musikterapi kan hjälpa människor att (åter-)erövra sin skapande förmåga, att finna ett eget kreativt förhållningssätt till livet, till verkligheten. Mitt val av musikterapi metod har bland annat följande byggstenar utifrån det jag beskrivit här ovan och sedan i nästa avsnitt:

- *Skapande/Kreativitet*. I improvisation eller reproducerad musik, samspel, intonation och imitation.
- *Samspel*. Känsla av sammanhang Social tillhörighet. Meningsfulla upplevelser av värdighet.
- *Gestaltande*. Musikaliskt utrymme att uttrycka inre material av t ex dilemman, längtan, lust etc. med möjlighet att bearbeta personliga teman.

#### **8.1.2 Forskningsansatser**

På det musikterapeutiska forskningsområdet har jag valt att anknyta till ett par studier som berör två för min studie viktiga ämnen, nämligen analys av samspel och arousal.

##### **8.1.2.1 Analytiskt evalueringsinstrument**

Karin Schumacher har utvecklat ett analytiskt system ”AQR” för att kunna värdera kvalitét på relationen i en musikterapi (Schumacher, 1999). AQR: Analysis system to asses the Quality of a therapeutic Relationship är ett analysredskap utvecklat för barn med Autism eller utvecklingstörningar. Utvecklingen av förmågan att uttrycka sig själv eller bygga relationer kan då exponeras genom en detaljerad analys av barnets uttryck i samspel och på instrument. De flyktingbarn jag möter hör till en normal population med en normal utveckling där de redan har en förmåga att uttrycka sig och kan relatera till andra. Det finns därför en avgörande

skillnad i arbetet med autism eller utvecklingsstörning jämfört med flyktingbarnen. Det finns dock vissa likheter, dels finns det teorier om att de barn som utvecklar uppgivenhetssymtom har en programmerad överkänslighet, psykoticism och dels drabbas barnet i sin långvariga uppgivenhet av ett massivt funktionsbortfall där det stänger av förmågan till relation, uttryck och intryck. Det lever på sparlåga i ett devitaliserande tillstånd vilket innebär att det är ett långsamt döende. Det kan innebära att personen inte bara lider brist i förmågan till kognitiv utveckling utan också drabbas av emotionell isolering. Huvudproblemet, säger Schumacher, är att i denna brist på kontakt och i känslan av isolering så är möjligheten att organisera sin egen omgivning störd och motivationen till fortsatt utveckling verkar förlorad (Schumacher, 1999). Hon beskriver vidare 7 olika relationsnivåer som hon kallar *Modus* och som jag här sammanfattar:

#### 8.1.2.1.1 Definition av Modus 0-6

0. *Brist på kontakt.*  
Barnet kan inte relatera till instrumentet. Förstår inte dess funktion och spelar inte. En terapeutisk intervention med att göra ljud på instrumentet har ingen effekt.
1. *Kontakt – reaktion.*  
En kort reaktion på ljud från instrument men spelar inte själv. Läger märke till att den andre spelar något.
2. *Kontakt - Funktionellt/sensoriskt.*  
Användning av en person eller instrument för egna behov. Spelar samma sak, påverkas inte. Lyssnar inte på sig själv.
3. *Kontakt med sig själv. Jagmedvetenhet.*  
Medveten att rörelse – ljud hänger ihop. Taktilt, auditivt och visuellt koordineras. Medvetenhet om instrumentets funktion och att det är jag som spelar (jag hör mig själv). Börjar utforska instrumentet och dess klang.
4. *Kontakt med andra/Intersubjektivitet.*  
Medveten om Dig och Mig. Börjar lyssna på sig själv (Jag hör vad jag ser och känner), vill veta om den andre uppmärksammar mitt spel. Jagmedvetenheten söker bekräftelse i andra.
5. *Relation till andra./Interaktivitet.*  
Lyssnar på sig själv och den andra, uppfattar och imiterar (jag hör mig och dig). Musikaliska motiv återkommer, förändras och byts ut. Varje spelare bjuder på sitt och tar emot av den andre.
6. *Joint experience/Interaffektivity.*  
Det uppstår en delad emotion när båda upplever att de delar sin känsla med varandra. Jag hör att vi spelar och vi har lust att spela tillsammans! Ett dynamiskt och flexibelt spel uppstår som båda verkar ha glädje av.

När man normalt sett gör bedömningar inom psykiatri i möte med patienten ser man på typen av kontakt som denne ger. Ögonkontakt, kroppsspråk, mimik, verbal kommunikation och innehåll samt röstens dynamik. I en musikterapeutisk situation finns det naturligt men kompletteras i kontakten som ges i den musikaliska utövningen. Förmåga till samspel, imitation, turtagning, att följa en given musikalisk form eller ackordgång och förmåga till gemensam improvisation är viktiga verktyg i bedömning. Schumachers relateringsnivåer ger ytterligare möjligheter till analys och utveckling av det musikterapeutiska bemötandet.

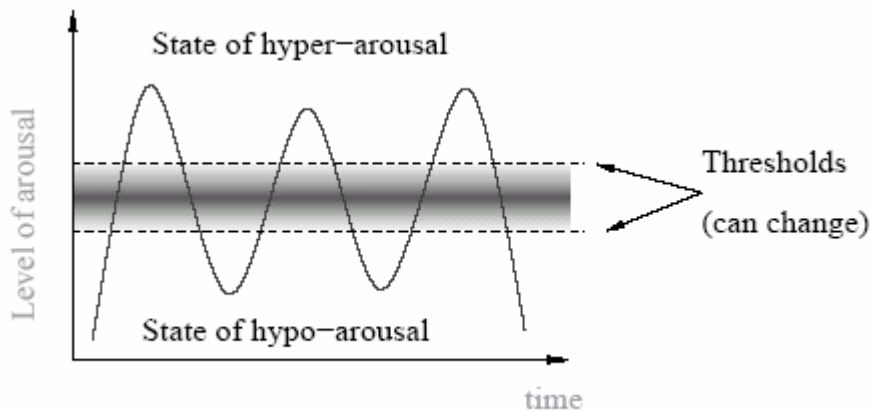
### **8.1.2.2 Stress och arousalnivåer**

Barn med uppgivenhetssymtom är mycket rädda, stressade och som regel traumatiserade. Deras puls ligger ofta kring 80-120 även efter månaders apati vilket indikerar PTSD. Symptomen kan vara mardrömmar och "flashbacks" (intrusiva minnen), hjärtklappning, feber, viktökning, ödem, kontaktlöshet, inga rörelser och inget tal. Barnen reagerar varken på tal eller på beröring. De blir inkontinenta och kräver sondmatning eller periodvis intravenös vätsketillförsel. Det finns forskning som tyder på att PTSD kan ge hjärnsador med minskad volym av hippocampus (Smith, ME, 2005), (Pavalisa G, Papa J & Pavic L. 2006).

Det finns, icke dokumenterad, erfarenhet i musikterapi med apatiska barn, att pulsen gått ner i frekvens efter en session med musik. Swallow visar på forskning där musik har en påvisad effekt på hjärtfrekvens (Swallow, 2002). Frågan är dock, med tanke på deras apati (uppgivenhet) om syftet ska vara att ge barnen mer lugn och avspändhet med hjälp av minskad stress. Alternativet kunde vara att om möjligt mobilisera deras stresspåslag till aktivitet (fysisk) eftersom det är det som för övrigt eftersträvas i behandling. Skulle då musik som lugnar motverka denna behandling? Det kan finnas andra faktorer inom spektra av uppgivenhetssymtom där musiken i stället kan ha en gynnsam effekt? Kan t ex stress med hög kortisolhalt innebära att rädslan finns kvar så kraftfullt att barnet inte är mottagligt för övrig aktiverande behandling? Långvarig stress övergår från den kortvariga, aggressiva och funktionella till att bli dysfunktionell (Währborg, 2006) (se 8.2.5). I så fall kan en stressreduktion vara till nytta för barnet. För att undersöka detta närmare har jag jämfört med vad Hanne Mette Ochsner Ridder skriver i *Singing Dialogue* när hon använder begreppet "arousal". (Jag använder mig av samma engelska begrepp). Hanne har i sitt arbete med dementa konfronterats med spänningen mellan apati och frenetisk aktivitet, och hon beskriver att musikterapi kan vara användbart i sådana sammanhang: *In the following I look at the term*

*arousal and lead this further to the key point, that the arousal level is of importance for the environmental awareness that is basic in a dialogue, and that it is possible to regulate the arousal level in the music therapeutical setting* (Ochsner Ridder, 2003, Sid.53). För att det ska finnas möjlighet till dialog måste nivån för arousal vara på rimlig nivå, inte för högt eller lågt. Är patienten för stressad eller hyperaktiv (Hyper-arousel) eller apatisk (Hypo-arousel) använder Ridder speciell musik, s k strukturerade sånger för att åstadkomma förändring till dialog. En av musikens funktioner är stressregulering. Se skiss här nedan:

#### 8.1.2.2.1 Arousalnivåer



(Bild ur Singing Dialog, Ochsner Ridder, 2003, sid. 64)

En ökad vakenhetsgrad (arousal respons) är en normal och användbar reaktion när vi t ex känner en hotande fara. Stresshormoner mobiliserar kraft tillsammans med det sympatiska nervsystemet och gör oss beredda att agera optimalt med bl. a våra muskler. Vi kan fly eller fäkta, fight or flight. Att vara hyperkoncentrerad (hyper-aroused) är då väldigt konstruktivt (Ochsner Ridder, 2003). Motsatsen är när det parasympatiska systemet hjälper oss att slappna av med hjälp av andra hormoner. Ridder konstaterar dock att det är komplicerat eftersom en person kan vara fysiskt avspänd och utan ansiktsuttryck, alltså låg arousalnivå på bl. a muskler men ändå ha en hög cortical arousalnivå (Ochsner Ridder, 2003). Marie Åsberg, professor i psykiatri bekräftar detta då hon beskriver olika psykiatriska stresstillstånd (diagnoser enl. DSM IV) och visar då att t ex utmattningssyndrom (depression) ger normalt kortisol medan PTSD (Posttraumatiskt stressyndrom) ger sänkt kortisol (Åsberg, 2005)! De flesta barn jag möter i denna situation har PTSD som diagnos. Marie Åsberg framhåller i sin föreläsning att det framkommer av medicinska bedömningar att dessa barn har en kraftig kroppslig aktivering, s k sympatikuspåslag (stress) med hög puls, hög metabolism (ämnesomsättning) och därför hög kroppstemperatur.



Jag finner stöd hos Ochsner Ridder och hennes arbete som hon redovisar, då det talar för en rimlighet i att använda musik som stressregulering. Hon redovisar också hur hon bl. a använder musiken som kognitiv, social eller fysisk stimulation och musik som kommunikation (Ochsner Ridder, 2003). Det sistnämnda är för mig en mycket tänkbar fortsättning i arbetet med apatiska barn som börjar ”komma i gång”. Ytterligare en infallsvinkel är barnets egna förutsättningar och livshistoria. De beskrivs ofta som premorbida, med en ökad känslighet. Föräldrar till apatiska barn beskriver ofta sina barn som ensamma, inåtvända. De har inga eller enstaka vänner, är mycket hemma, läser, bygger modellplan etc. De beskrivs även som modersbundna, ”a special child” med en speciell relation till mamman (Bodegård, 2005). Jag har jämfört detta med arousalteorier där psykologen Anthony E Kemp beskriver psykologi och personligheter hos musiker. Enligt hans forskning kring arousalteori är introverta överlägsna i uppgifter som förväntas vara tråkiga och monotona än vad extroverta är. Å andra sidan kan den introverta bli lidande av överstimulering och försämras, förfalla snabbare än extroverta vid högre stressförhållanden (Kemp, 1996). Det som är viktigt är att förstå att introverta har högre arousal-tillstånd, vilket innebär det att de når sin optimala nivå tidigare än extroverta i situationer som involverar hög nivå av arousal. Konsekvensen är att i en krävande miljö är det mer troligt att introverta lider av överstimulans än vad extroverta gör. Den introverta, menar Kemp, presterar bättre än den extroverta vid situationer med låg stress och vice versa vid hög. Det framkommer även att introverta har en högre känslighet för låga auditiva frekvenser och därför föredrar en lägre frekvensnivå och en lägre intensitet. Med andra ord så uppnår den introverta en behaglig nivå av arousal vid lägre nivå av stimulering. De sistnämnda är nu extra intressant att ta hänsyn till och undersöka i mina fältstudier med musikterapi.

### **8.1.3 Betydelsefulla begrepp**

#### **8.1.3.1 Respons**

Under kapitel *Resultatredovisning* (10.1) nämner jag att patienter i psykiatri delvis bedöms utifrån den kontakt och respons de ger. Jag använder *respons* här som en samlande rubrik för samspel, intoning, resonans, improvisation etc. I det musikaliska samspelet söker vi kontakt, en musikalisk dialog, en *responsivitet* för att upprätta en icke verbal kommunikation. Vanliga uttryck som beskriver mellanmännsliga relationer tycks vara lånade ur musikvärldens vokabulär som t.ex. samspel, harmoni eller resonans. När vi för en dialog så resonerar vi, ett sätt att resonera (ge resonans åt) varandra. Det är inte en lek med ord, tvärtom kan musiken och det musiktermerna representerar, bli ett verktyg när man just vill belysa relationer,

förmåga att relatera, att samspela, vara lyhörd eller intonande. Det är intressant att även i nyare utvecklingspsykologi använder man liknande begrepp för att beskriva t ex utvecklingspsykologiska perspektiv och kommunikation. Professorn i psykiatri, forskare och utbildningsanalytiker Daniel N Stern använder just begrepp som intoning och imitation för att beskriva spädbarnets interpersonella värld (Stern, 1991). Stern beskriver grunden för intoning och använder då grundläggande musikaliska begrepp som *Intensitet*, *Puls*, *Rytm*, *Duration* (varaktighet) och *Form* (Stern, 1991). Dessa och liknande begrepp återkommer också i min studie i senare kapitel *Resultatredovisning* (10). I musikterapi är samspel en av grundstenarna. Musikterapeutens arbete är bl. a. att skapa förutsättningar för samspel i val av instrument, visa på spelmodeller som inte kräver musikalisk förkunskap. Förutom att samspelet visar på relationsförmåga, vilket jag utvecklar här nedan, inbjuder samspelet till utvecklingsmöjligheter i terapisisituationen. Jag vill här beröra några begrepp som används för att beskriva och förklara viktiga skeenden i musikterapi.

### 8.1.3.2 Intoning

Intoning är en del i ett förhållningssätt som innebär att fånga upp, möta och följa en annan människa i hennes förmåga till uttryck. Stern beskriver när spädbarnet utvecklar ”Känslan av ett subjektivt själv” och talar då om intersubjektiv relatering, att dela känslotillstånd (Stern 1991). Han menar att i denna process räcker det inte med *imitation* för att det skall ske ett intersubjektivt utbyte utan fler processer måste till. Egenskaperna som kännetecknar känslointoning är just de (musikaliska) begrepp jag nämnt här ovan. Stern gör för övrigt många jämförelser med konst, musik och dans när han beskriver intoning, vitalitetsaffekter och t ex omvandling från perceptioner till känsla (Stern, 1991). Intoning gör man med fördel i musik när man möter och känner in i klang, puls, rytm, intensitet, dynamik och rörelse. När kyrkan köper en ny piporgel ska den inte bara stämmas ton för ton i samtliga stämmor, den ska också intonas för just det kyrkorummet, i den efterklngen. Varje ton och var stämman ska komma till sin rätt var för sig och i samklang. Att ge upprättelse eller rätt slags bekräftelse till en människa som behöver det kan verkligen vara musikterapeutens uppgift och som förutsätter en känslomässig intoning, en intoning av den människans uttrycksmöjligheter, ”att klinga rätt”. Ett grundläggande begrepp i allt terapeutiskt förhållningssätt är iso-principen att möta en medmänniska där hon är, i det hon är och i det hon kommer med. Det får betydelse för bl.a. musikval, instrumentval och musikalisk nivå. Det är angeläget att påpeka att dessa begrepp som *intoning* och i det följande, *imitation*, *improvisation* och *samspel* representerar två olika nivåer, dels en allmän nivå, eller

allmänpsykologisk nivå och representation och dels en musikterapeutisk. I den musikterapeutiska nivån utgör dessa begrepp själva kommunikationsformen som i mötet med en annan människa uppstår och pågår i klang, intensitet eller kanske dynamik.

### **8.1.3.3 Imitation**

Att härma, att upprepa och förändra är en vanlig del i improvisationen men även i faser av kontaktskapande musicerande. Barnets tidiga utveckling bygger på imitation. En del av imitationen och i synnerhet i improvisation är turtagning som förutsätter förmåga att lyssna till, intoning, initiativförmåga etc.

### **8.1.3.4 Improvisation**

Improvisation är en livsviktig förmåga som vi använder i livets alla olika skiften. Förmågan att improvisera, skapa eller vara kreativ eller flexibel är en förutsättning för utveckling och för vardagliga valsituationer. För en människa i kris eller ångesttillstånd kan enkla val vara oöverstigligen. Syftet med musikaliska improvisationer i samspel kan vara en del i utveckling till ett kreativt förhållningssätt till själva livet.

### **8.1.3.5 Arousal**

*Arousal* har inget direkt motsvarande svenskt begrepp men motsvarar en inre aktivitetsnivå, en förmåga till aktivitet och uppmärksamhet. Man kan också jämföra arousal med begreppet intoning här ovan med tanke på intensitet, puls, duration och dynamik. Begreppet förklaras närmare i ett annat avsnitt *Stress och arousalnivåer* (8.1.2.2).

### **8.1.3.6 Samspel**

*Samspel* är grundläggande för all terapi men får en ytterligare och fördjupad dimension med tanke på samspel i musik. Samspel i musikterapi innebär en ickeverbal dialog, en kommunikation som arbetar med andra kvalitéer än ord. De här ovan nämnda begreppen som *respons*, *intoning*, *imitation*, *improvisation* och *arousal* integreras i det mänskliga mötet, i praktiken, i samspelet. Samspelet kan ge en *känsla av sammanhang* i terapi och relation och där upprättas och manifesteras allians och tillit i musikterapi. Det kan användas för självupprättelse och återerövring av mänsklig värdighet, eller som musikterapeuten Urban Yman beskriver det: ”*Skönhet, lust och behov av mening ställs mot tomhet och uppgivenhet*” (Grönlund, Alm & Hammarlund, 1999, sid. 367). Det terapeutiska samspelet ger en dubbel bekräftelse till patienten, både genom det hon själv skapar i musik och i det gensvar hon får

(Grönlund, Alm & Hammarlund, 1999). Samspelet kan ha olika kvalitéer och nivåer vilket jag berör i kapitel (8.1.2.1.1).

## **8.2 UPPGIVENHETSSYMTOM**

Urvalet av tidigare forskningsmaterial kring uppgivenhetssymtom är starkt begränsat av naturliga skäl då fenomenet är ganska ungt. En klar majoritet av barnen har diagnos med Posttraumatiskt stressyndrom, PTSD och visar dessutom andra stressymtom psykiskt och fysiskt. Stressens påverkan på barnen har intresserat mig sedan jag först träffade dessa barn och har även blivit en utgångspunkt för min studie. Jag kommer i detta kapitel beröra Posttraumatiskt stressyndrom, Aggressiv stress och Uppgivenhetsstress under rubriken Stressforskning och avslutningsvis tidigare forskning kring Uppgivenhetssymtom.

### **8.2.1 Tidigare forskning gällande uppgivenhetssymtom**

*I januari 2002 kom en familj bärande på en lite pojke till min musikterapi. Familjen som var från forna Sovjet hade levt under mycket svår press i sitt hemland med hot om s.k. blodshämnd. Hotet riktade sig främst till manspersoner i familjen och innebar att den lilla pojken inte kunde vara utomhus, inte träffat kamrater och inte lekt på flera år. Man hade sökt asyl i Sverige men fått avslag och skulle sändas tillbaka. Modern grät, var djupt nedstämd utan hopp och fadern var utåtagerande aggressiv. Pojken gav ingen som helst kontakt eller reaktion på tal eller musik vilket fadern utnyttjade i tid, till att tala om familjens förtvivlan och hopplösa situation. Jag hade mött mitt första barn med uppgivenhetssymtom!*

Det skulle bli många fler de följande åren. Sverige hade 424 kända fall under perioden 1/1-03 till 30/4 -05. Den 2 september 2004 tillkallade regeringen en nationell samordnare för barn i asylprocess med uppgivenhetssymtom. Uppdraget gick till Marie Hessle och ska utmynna i en slutrapport i dec. 2006 (Ahmadi & Hessle, 2006). En delrapport gavs i juni 2005, och en i maj 2006 (Ahmadi & Hessle, 2005) (2006). Uppdraget är bl.a. att kartlägga och analysera förekomsten, att utveckla metoder för att upptäcka och genom förebyggande insatser förhindra att barn utvecklar svåra stressreaktioner, att stimulera till utveckling av samarbetsformer med berörda aktörer. Docent Nader Ahmadi, knuten som forskningsledare till regeringens samordnare konstaterar i rapporten att: *"Än idag finns det inga internationellt vetenskapliga vedertagna definitioner om något psykiatriskt syndrom som förklarar detta tillstånd. (DSM IV; ICD10):"* (Ahmadi & Hessle 2005:2, sid. 13).

Frågorna kring detta fenomen har varit många inom svensk barnpsykiatri och har diskuterats i t. ex Läkartidningen, Tidskriften Psykisk Hälsa, Dagens Nyheter, TV och på Barn och Ungdomspsykiatrins nationella nätverk. Benämningarna på fenomenet är och har varit många, delvis med rätta eftersom man samtidigt beskriver olika skeenden och stadier av samma fenomen. Det allmänna begreppet "apatiska barn" är det som använts i debatten och gjort fenomenet känt i Sverige. Andreas Tunström kallar tillståndet för "generellt uppgivenhetssyndrom" i en enkätredovisning (Tunström, 2004). Göran Bodegård inför begreppet "depressiv devitalisering" (Bodegård, 2005). Devitalisering betyder ordagrant "avlivning". Kroppen slutar fungera. Depressiv Devitalisering är ett livshotande tillstånd. Bodegård hänvisar också till B. Lask som använder diagnosen Pervasive Refusal Syndrom, PRS. Socialstyrelsen har senare beslutat att fenomenet ska benämnas som *symtom*, alltså *uppgivenhetssymtom!* Det finns också andra tankar om diagnostisering, Professor Ingemar Engström anser att det är frågan om en svår form av depression eller kataton depression som är välkänd inom psykiatrin (Tunström, 2005). I stressforskningen talar man om uppgivenhetsstress (Währborg, 2002).

Jag vill i det följande beskriva mer ingående vad dessa diagnoser innebär, redovisa hypoteser hur fenomenet uppstår och även visa att det ger upphov till olika tankar om behandling och förhållningssätt. Först en del bakgrundsfakta som framkommit i den nationella rapporten från regeringens samordnare:

#### **8.2.1.1 Bakgrundsfakta**

- Könsfördelningen mellan barnen har varit ganska jämn.
- 80 % av barnen är mellan 8-15 år. 85% från tidigare Sovjet (53%) och före detta Jugoslavien (31,4%).
- Antalet asylsökande barn med uppgivenhetssymtom har ständigt ökat under 2000-talet.
- Nästan 85 % av barnen är första eller andra barn i syskonskaran.
- I nästan 91% av fallen var modern närvarande och i 72% är fadern närvarande.
- I 25% av fallen har någon i barnets närmaste krets (mor, far, syskon) visat uppgivenhetssymtom. 50% har haft depression och nästan var fjärde har gjort suicidförsök (Rapport 2005:2).

Bodegård tillfogar följande fakta:

- Insjuknandet är inte tydligt korrelerat till asylperiodens längd och avslag på asylansökan.
- Föräldrarnas psykiska hälsotillstånd och omsorgsförmåga är nedsatta.
- Ostrukturerade förhållanden i boende och social situation.
- Familjen upplever en otydlighet i relationerna till samhälle och myndigheter (Migrationsverket och Utlänningsnämnden) med ifrågasättanden, brist på bekräftelse mm.
- Permanent uppehållstillstånd (PUT) har i de flesta fall varit en förutsättning för tillfrisknande.

Forskningsläget i Sverige kring dessa barn är ganska magert och man anser att det inte är fullt jämförbart liknande symtom som observerats internationellt. Psykiatriprofessor Ingemar Engström beskriver det som en katatonisk depression och menar att man har sett det bland populationer av vuxna i krigshistorien som varit utsatta för svåra trauman i det man kallar ”granatchocker” eller i koncentrationsläger. Men varför så många asylbarn finns i Sverige just nu och varför det är just barnen som drabbas det har Ingemar Engström inget svar på. *”Det kräver en ordentlig forskning. Sverige borde ta sig an den forskningen, för världens ögon är riktade på oss just nu. Det finns ingen tvekan om att de här barnen är sjuka. Förklaringen till deras apati kommer med all säkerhet hjälpa oss att förstå den tid vi lever i och den kultur vi och andra bär på”* (Engström, 2005). Engström var anlitaad av regeringen för att göra en vägledande bedömning av ett trettonårigt flyktingbarn. Andra personer som publicerat sig och sina teorier på området är dels Andreas Tunström, leg Psykolog som bl.a. arbetat sedan 1997 på BUP: s flyktingenhet i Stockholm och Göran Bodegård, specialist i pediatrik och barn- och ungdomspsykiatri, leg psykoterapeut, forskare vid Karolinska Institutet.

#### **8.2.1.2 Uppgivenhetssyndrom**

Tunström som myntat begreppet Generellt Uppgivenhetssyndrom anser att det är ett tillstånd man inte tidigare stött på i svensk barnpsykiatri i o m djupet och styrkan i depressionstillståndet med omfattande funktionsbortfall och jagregression och hos så många barn. Han beskriver två inriktningar i tolkning och förhållningssätt till fenomenet. Den traditionella diagnostiken som är värdefull då man vill försäkra sig om att man talar om samma tillstånd och om man t ex vill göra epidemiologiska studier (Tunström 2005). Då detta

bygger på att psykiska tillstånd är helt jämförbara med välavgränsade psykiska sjukdomar kan det ibland hindra ett dynamiskt tänkande enligt Tunström och pekar på stressforskning där man lägger större vikt vid den yttre miljön. Yttre påfrestningar kan skapa ett psykiskt lidande som i sin starkaste manifestation ligger mycket nära de apatiska barnens tillstånd. Denna andra tolkning *”förlägger barnets tillstånd i ett politiskt, socialt och psykologiskt rum där uppmärksamheten lika mycket är riktad mot de nedbrytande krafterna, stressorerna, som mot barnets symtom”* (Tunström, 2005 sid. 13). Tunström beskriver att det tidigare år kommit en stor mängd barn från krigsområden (Bosnien) och med posttraumatiskt stressyndrom: ångest, flashbacks, koncentrationssvårigheter och sömnstörningar utan att utveckla någon form av uppgivenhetssyndrom. De största skillnaderna består i att de barnen slapp lång väntan på uppehållstillstånd samt att föräldrarna relativt snabbt kom in i det svenska samhället med bl. a arbete. Min egen erfarenhet och som Tunström också visar är att vi sällan möter uppgivna barn från Afrika, Mellersta östern eller Sydasien. De familjer som kommer från det tidigare Jugoslavien, Sovjet eller Mellanasien utgör ofta minoritetsbefolkning, består av blandäktenskap från minoriteter och har som sådana trakasserats och utsatts för etniskt våld. Känslan av att vara stigmatiserad i generationer och inte ha rätt till sitt land blir förstärkt när man också ska avvisas från Sverige, en stark känsla av skam, förlorad värdighet och heder infinner sig. Man beskriver ofta dessa grupper med en inlärd hjälplöshet då det är människor som inte litar på staten och myndigheter utan *”har levt i samhällen med angiveri och repression och som fått lära sig att tigandet har större överlevnadsvärde än pratandet”* (Tunström, 2005, sid.15).

### **8.2.1.3 Pervasive Refusal Syndrome**

Ahmadi hänvisar i sin rapport till den brittiske forskaren Lask som beskriver Pervasive Refusal Syndrome PRS. Lask säger att syndromet kännetecknas av en djup och allomfattande vägran att äta, dricka, tala, gå eller sköta om sig själv och att barnet visar starkt motstånd mot behandling, Lask jämför tillståndet med vedertagna diagnoser inom barnpsykiatri såsom depression, ångest, ätstörningar, selektiv mutism, katatona störningar, skolvägran, kroniskt trötthetssyndrom och *”factitious illness”*. Även Tunström jämför med ätstörningar såsom anorexia med uppgivenhetssymtom. Matvägran är en del av båda tillstånden och styrs i sitt tidigaste skede av intentionella krafter. I anorexin tappar individen kontrollen över förloppet och andra mekanismer tar över och styr. Det som är intentionellt i början blir i slutändan ett livshotande tillstånd (Tunström, 2005) Han låter det vara en öppen fråga när det gäller uppgivenhetssymtomet vad som är vägran och vad som är regression i en medicinsk-

fysiologisk bemärkelse. Göran Bodegård är den som tydligast redogjort för bakgrund, diagnostik och behandling för barn med uppgivenhetssymtom. Han visar också på två tolkningsmöjligheter av fenomenet i sin undersökning där det ena motsvarar det tidigare beskrivna PRS och är betingat av en familjepsykiatrisk störning och vid uppgivenhetssymtom är bakgrunden en yttre traumatiserad och belastad livssituation. Det råder brist på konsensus kring diagnos och handläggning, kring uppkomst och utveckling, men det finns en samstämmighet om att problemet handlar om ett psykogent funktionsbortfallssyndrom (Bodegård, 2005). En bedömning av barn med uppgivenhetssymtom bör ske utifrån Sjukdomshistoria, barnets tillstånd och familjens omsorgsförmåga.

### **8.2.2 Övergripande diagnos: Uppgivenhetssymtom**

Diagnoskriterierna bör möjliggöra klassificeringar i enlighet med tillståndets allvar. Diagnoserna är grupperade i fyra olika domäner och speglar den kliniska bilden av barnets tillstånd.

#### **Kontakt**

- Kontaktstörning/Kontaktlöshet.
- Reagerar ej på tal, ljud, fysiska stimuli eller smärta.
- Aggressiv vägran med ångest och/eller kontinuerligt ångesttillstånd.

#### **Motorik**

- Mycket lite rörelse, eller tonuslöst tillstånd med slutna eller öppna ögon utan ”blick”. Fosterställning.
- Tyst.
- Attacker av ångest, gnyenden och/eller hyperventilation.
- Flashbacks eller mardrömmar. Hyperreaktivitet vid belastning.

#### **Nutrition och alldagliga hjälpmedel (ADL.)**

- Matas /kräver sondmatning.
- Klarar elimination med assistans/Inkontinent för urin och avföring.

#### **Sekundära eller sena symtom**

- Temperaturförhöjning, tachycardi (snabb puls), svettningssperioder, hyperventilation.
- Under tillfrisknande uttalade svårigheter att genomföra motoriska intentioner trots tydlig egenvilja. Ger upp snabbt.



- Långvårdskomplikationer från muskler, hud och/eller njurar, metaboliska störningar och stresshormon patologi.

### 8.2.3 Diagnoser

- A. Uppgivenhetssymtom – lindrig form.
- B. Uppgivenhetssymtom med devitalisering (depressiv devitalisering).
- C. Uppgivenhetssymtom. Devitalisering med vägran som huvudsymtom.
- D. Uppgivenhetssymtom. Devitalisering med hyperreaktivitet och ångest.

När det gäller sjukdomshistoria vill jag peka på faktorer som:

1. Första barnet mellan 8-15 år.
2. Permorbida förhållanden av betydelse för barnets utveckling och känslighet.
3. Familjeatmosfär som präglas av hopplöshet, hjälplöshet och osäkerhet i tidsperspektiven.
4. Barnet har varit utsatt för svåra traumatiska händelser och inte sällan med exponering av sexuellt våld.
5. Insränjda familjrelationer, ofta med fixerad föreställning om att barnet lider av svår somatisk sjukdom.
6. Svåra psykiska störningssymtom före utveckling av uppgivenhetssymtom.
7. Psykisk ohälsa hos föräldrar, oftast modern.

Föräldrarnas omsorgsförmåga är central i bedömningen av barnet. Deras mentala hälsa utgör grunden för deras omsorgsförmåga. Behandlingen av barnet baserar sig på att föräldrarna och då speciellt modern aktivt kan delta och ansvar för vården. Moderns attityd och täta relation har stor betydelse både ur patogent och ur salutogent perspektiv. Mamman måste hjälpas att överge föreställningar om att barnet är döende till följd av en somatisk sjukdom (Bodegård, 2005).

### 8.2.4 Posttraumatiskt stressyndrom, PTSD

Fullständig definition av PTSD framgår bl. a DSM-IV (1999). Jag väljer här en sammanfattande beskrivning:

- A. Personen har varit utsatt för en traumatisk händelse där följande ingått i bilden:
  1. Personen upplevde, bevittnade eller konfronterades med en händelse eller serie händelser som innebar död, allvarlig skada (eller hot om detta), eller ett hot mot egen eller andras fysiska integritet.

2. Personen reagerade med intensiv rädsla, hjälplöshet eller skräck.
- B. Den traumatiska händelsen återupplevs om och om igen (1 eller fler kriterier).
1. Återkommande och plågsamma minnesbilder, tankar eller perceptioner.
  2. Mardrömmar.
  3. Dissociativa flashbackupplevelser, handlingar och känslor av återupplevande, återupprepande handlingar.
  4. Intensivt psykiskt obehag inför inre eller yttre signaler.
  5. Fysiska reaktioner på inre och yttre signaler.
- C. Ständigt undvikande av stimuli associerat till traumat, nedsatt själslig vitalitet (tre eller fler):
1. Undvikande av tankar, känslor eller samtal som förknippas med traumat.
  2. Undvikande av aktiviteter, platser eller personer.
  3. Oförmåga att minnas viktig del av händelse.
  4. Klart minskat intresse för viktiga aktiviteter.
  5. Likgiltighet eller främlingskap inför andra.
  6. Begränsade affekter.
  7. Känsla av att sakna framtid.
- D. Ihållande symtom på överspändhet (två eller fler):
1. Sömnsvårigheter.
  2. Irritabilitet eller vredesutbrott.
  3. Koncentrationssvårigheter.
  4. Överdriven vaksamhet.
  5. Lättskrämdhet.
- E. Störningarna enligt kriterium B, C och D har varit i mer än en månad  
Störningarna orsakar kliniskt signifikant lidande eller försämrad funktion i arbete, socialt eller i andra viktiga avseenden.

### 8.2.5 Stressforskning

Vår hjärna med dess olika funktioner hanterar stress på olika sätt beroende på typ av stress och sammanhang. Jag beskriver de viktigaste delarna och hur de hanterar stress. Stora delar av hjärnan är involverad i stressreaktioner som t.ex. pannloberna, amygdala och hippocampus. Man kan tala om långsamma reaktioner där vi via pannloberna tolkar vårt handlingsutrymme och reagerar individuellt på stress. Den typen av stress kallas *anticipatorisk* stress och skeenden av trauman relateras till tidigare erfarenheter och lämplig

respons kan planeras och tillämpas (Swallow, 2002). Vid större stresspåslag eller hot får vi ett adrenalinpåslag som förbereder kroppen till fight or flight (Swallow, 2002). Den snabba responsen som aktiverar vårt autonoma nervsystem samordnas av en struktur i hjärnan som kallas *Amygdala* - navet i rädlans hjul. Det är en *aggressiv* stress med reaktioner som irritation, frustration och aggressivitet. Kortvarigt är det normalt och funktionellt men när aggressiva stressreaktioner blir långvariga övergår hjärnan kvalitativt till en annan reaktion och gör det biologiskt. Stressen blir dysfunktionell och övergår i uppgivenhet (Währborg, 2006). Ett djur reagerar i liknande situation med "playing dead-reaction" eller med hjälplöshet då det inte lönar sig att fly, en slags "inlärdd hjälplöshet". Vid långvarig stress ökar vår smärtekänslighet och enligt neurobiologi så tillhör långvariga smärtsyndrom kategorien stressyndrom. Musik kan ha en biologisk salutogen inverkan på Amygdala: "*Limbic structures also contain specific opiate receptors and music (among other things) may stimulate the release of endorphins and similar substances which may act in same way as exogenous drugs*" (Swallow, 2002, sid.50). Swallow nämner även hormonet ACTH, Adrenocorticotrophin, som frigörs som en respons av musik och har en specifik terapeutisk påverkan på en "skadad" amygdala. Hur känsliga vi är för hot påverkas av hur vi är programmerade redan i fosterstadiet och det påverkar hur vi senare i livet kan hantera kriser och trauman. Det innebär att det foster utsätts för får konsekvenser hur vi *biologiskt* reagerar som vuxna. Som exempel nämns att om späda barn utsätts för upprepade smärtsamma stick i hälen (provtagning) så löper det större risk att i vuxen ålder utveckla långvarigt smärtsyndrom. Man kan med andra ord utveckla en programmerad biologisk överkänslighet för normal påfrestning. Detta kan jämföras med liknande *psykologisk* överkänslighet från barndomen.

### **AGGRESSIV**

Kortvarig  
 Funktionell  
 Ändamålsenlig  
 Minskad smärtekänslighet

### **UPPGIVENHET**

Långvarig  
 Dysfunktionell  
 Defeat reaction  
 Ökad smärtekänslighet

Vid *långvarig* stress kommer hormonbildningen att påverkas via hypofysen patogent och omvänt fungerar samma system salutogent så att det avger det "positiva" hormonet oxytocin. Hjärnan tycks ha två mekanismer – ett sätt att skapa sjukdom och ett att skapa hälsa. Biologi handlar lika mycket om varför vi är friska! Barn med uppgivenhetssymtom kan ha en obalans i kvoten

av skyddshormon i förhållande till stresshormon. I ett sista desperat försvar aktiverar hjärnan det endokrina systemet och bildar stresshormonet kortisol. Det medför att halten av serotonin minskar vilket kan medföra depression. Frågan om arv eller miljö ställs på ända när forskningen de senaste två åren gjort nya upptäckter om kortisol. Vid miljöförhållanden som innebär långvarig svår stress tränger kortisolmolekyler in i hjärnceller och i en interaktion med arvsmassan påverkar den nedbrytande (Währborg, 2006). Miljön ändrar på arvet. Det kan innebära att unga barn får en neurologisk påverkan som innebär att outvecklade hjärnceller inte utvecklas och tillväxer som de ska till stamceller i hjärnan. Det spelar en stor roll i dessa barns utveckling.

### **8.2.6 Om skam och värdighet**

Ett exempel på olikheter i kultur är bl.a. synen på vår identitet: när jag presenterar mig med min utbildning och yrke – vad jag har för kompetens, då berättar pojken från Irak vem han är son till och vad hans farfar heter. Det är också tydligt i hans namn där både far och farfar finns med som efternamn. Han *är* sin familj, sin tillhörighet i släkten eller klanen. Man lever och bor i flera generationer vilket även påverkar barnens livssyn och trygghet. Förmodligen är många barn uppfostrade av en äldre generation och som inte finns med i flykten till Sverige. Det skapar en osäkerhet hos föräldrarna i deras föräldraroll i ett nytt land och sammanhang vilket de ofta söker hjälp för. Familjer från minoritetskulturer som t ex Romer eller Gorani, eller familjer där blandäktenskap förekommer mellan serber och albaner eller andra länder, eller familjer som bara råkar bo i ”fel land” när konflikter utbryter är familjer som ofta utsätts för systematiska trakasserier och förföljelser. Barn som trakasseras av lärare och kamrater, mobbas, blir inlåsta i mörka rum på skolutflykten hör till vardagen i deras värld. Familjer vars hem bränns ner och de drivs på flykt ur sin by efter det att männen misshandlats eller förts bort och mamman och storasyster våldtagits av män i rånarluvor inför de mindre barnens ögon är också en vanlig berättelse jag ofta får dela med familjer jag träffar. När de inte står ut längre måste de fatta ett livsavgörande beslut, oftast är det mannen i familjen som bestämmer att man ska fly, kvinnan fattar ett mer passivt beslut att följa med och ta med barnen. För barnen är det något som inte stämmer, de ska på en resa, har packat det nödvändigaste av kläder men farmor står kvar vid flygplatsen och vinkar av dem. Farmor blir kvar? Hon är ju en del av familjen.

### 8.2.6.1 Kollektiv skam - heder

Familjen är utsatt, stigmatiserade men barnen litar på sina föräldrar och framför allt på sin pappa som tar dem till trygghet, till det "förlovade landet". I flyktingprocessen är nu familjen i nästa kris. De får upprepade avslag från migrationsverk och från utlänningsnämnd. Den kvardröjande känslan är misstro, misstänksamhet, mindervärde och misslyckande först hos föräldrar, ofta hos fadern i familjen och sedan hos barnen. All trygghet för barnen är försvunnen och den enda trygghet de har med sig i form av föräldrar börjar svikta. Mamma och pappa är deprimerade, pappa ligger i sängen. Den mycket utdragna tidsprocessen i fullständig ovisshet beskrivs ibland som mer plågsam än att bli avvisad. I hemlandet har man haft sina givna roller och många, framförallt männen, har en yrkesstolthet som de nu berövas. Mannen har även varit familjens överhuvud och fört familjen på flykt till ett sammanhang där deras trovärdighet ifrågasätts. I en mycket utdragen process känner familjen sig mindervärdig, icke duglig, icke godkänd! Skammen blir tydlig. Synen på familjen är, som jag redan nämnt en annan än det vi känner hos oss. Familjen, släkten eller klanen har en mycket stark ställning och problem som uppstår löser man inom det systemet, talar man med någon så vänder man sig till en "klanledare", ett familjeöverhuvud. I västerlandet är vi vana vid att tala med en neutral person utanför systemet. Vi biktar oss hos prästen och får försoning eller går till terapeuten och får "befrielse"(Tunström, 2006).

Skam och värdighet, stolthet eller heder! I de kulturer vi möter är familjen och familjens heder som kollektiv viktigare än enskilda personer, viktigare än barn. I västvärden har skammen privatiserats i riktning från en kollektiv norm mot en personlig upplevelse (Skårderud, 2001). Den kollektiva skammen är ett skydd och utgör normer med rätt och fel, gott och dåligt. Man vill bevara sin heder, sin stolthet och familjeära. Finn Skårderud beskriver i en artikel, skammen som något vi både önskar och inte önskar. Skammen reglerar både självkänsla och intim förhållning. För mycket skam är destruktivt och den djupa skammens främsta uttryck är tysthet; att tala om sin skam aktiverar skammen (Skårderud, 2001). När familjer drabbas av för mycket skam vill man bevara sin heder och vi känner till dess destruktiva konsekvenser i form av blodskam, blodshämnd och hedersrelaterat våld eller mord. Skammens konsekvenser driver människor på flykt från sitt land och naturliga sammanhang, från sin släkt och från sin familj till ett annat västerlands system där både den tidigare och ny skam aktiveras. I sämsta fall kan vi som terapeuter bidra till denna aktivering i brist på kunskap och rätt slags respekt. En privatiserad skam kan vara svår att identifiera säger Skårderud, skammen är starkt knuten till tysthet. Skam är upplevelsen av egen ovärdighet och

den talar man inte gärna om. Den som upplever oro eller sorg kan uppleva omgivningens medkänsla och omsorg. Den skamfulla förväntar förakt (Skårderud, 2001).

### 8.2.6.2 Social skam

I flera fall bland de barn med uppgivenhetssymtom jag träffat har jag mötts av berättelser efter, eller före uppgivenheten, där barnen gjort upprepade aktiva suicidförsök. Barnen beskriver dels en skam med att misslyckas i sitt uppsåt och dels en skam i familjen som mindervärdig i Sverige. Det finns en grundläggande besvikelse mot hela vuxenvärlden. *”Den enskildes förmåga att konkurrera med andra och individens förmåga att fungera autonomt i förhållande till sociala krafter bestämmer hennes självvärde. Känslan av underlägsenhet blir en källa till skam därför att den postmoderna kulturens idealbild av personligheten baseras på överlägsenhet. Det är därför den starkaste känslan av det egna värdet, nämligen skam i väsentligt, inte har moraliska utan sociala orsaker”* (Dahlgren & Starrin, 2004, sid.119). Dahlgren – Starrin beskriver tankar om skam och bland annat Neckels teorier i sin bok *”Emotioner, vardagsliv och samhälle”* (Dahlgren & Starrin, 2004) och Neckel anser att skam håller på att förlora sin mening som moralisk dygd och värde för att i större utsträckning komma att användas som sanktion mot social bristfällighet och socialt misslyckande. Det blir då ett effektivt socialt vapen (Dahlgren & Starrin, 2004). Starrin hänvisar till den ryske författaren Gurevitj som beskriver sambandet mellan emotionella processer och psykisk ohälsa. I gamla Isländska sagor beskrivs en sagohjälte vars självrespekt underminerats som följd av fientligt angrepp. Han blir djupt deprimerad och kan enbart återfå sin ära i gruppen genom hämnd eller materiell kompensation. *”Hávard, vilkens son dödats, ligger kraftlös på sin säng i ett helt år. Det som orsakat hans lidande är inte bara sorg utan också känslan av att ha lidit ett svårt moraliskt nederlag. Två misslyckade försök att erhålla kompensation för sin döde son får Hávard att tro att lyckan övergivit honom och leder till att han tillbringar tre år i sängen. När ett tillfälle att hämnas till slut uppkommer kan hans släktingar inte tro sina ögon: den nedgångne individen förvandlas till en kraftfull och ungdomlig person”* (Dahlgren & Starrin, 2004, sid.153).

En av de pojkar vi intervjuat (13.3) efter en lång period av uppgivenhet berättar för oss om den skam han känt i sin uppgivenhet. Skam därför att han misslyckats med självmord, skam då planer på nya självmordsförsök misslyckades. En skam han bar med sig från Dagestan, från utanförskapet i sitt hemland, från diskriminering och trakasserier och att inte få gå i skolan. Skam för sin sjuka far som misshandlades. Skammen fanns som en genomgående

känsla i apatin. Uppgivenhetssymtomet innehåller en devitalisering både fysiskt och psykiskt. Barnen går in i ett tillstånd där de på grund av ihållande stress är avstängda från intryck, känslomässigt avstängda och där musklerna förtvinar. Starrin talar om den lame mannen i Kafarnaum som möter Jesus (Matteus evangelium, 2001). Kanske det inte handlar om synd som bibeltexten beskriver utan om en förlamning av skam. ”Ta din säng och gå” säger Jesus, vilket kan tolkas som ”kom så rör vi oss” (Starrin 2006)! Motsatsen till denna apati skulle kunna vara rörelse, inre och yttre rörelse, emotion och motion. Musiken har en erkänd förmåga att beröra oss emotionellt, vi blir rörda och den lockar oss till fysisk rörelse, att stampa takten eller i dans. Ordet skam har sitt ursprung i det indoeuropeiska ordet ”kam” som betyder ”mörkt rum” (jmf. kamera), som att dra täcket över huvudet. I vårt språk är skam ofta kopplat till kroppsliga uttryck och kroppsspråk när vi säger att ”vi förlorar ansiktet”, ”hänger med huvudet”, ”Skämmer ögonen ur sig” etc. Den akuta skammen ger oss en kroppslig längtan av ”att vilja försvinna” eller att ”sjunka genom jorden”! I min studie är det också tydligt i granskning av filmer där det tydligt framgår hur barnen på olika sätt undviker ögonkontakt i början av studien, de sänker blicken, sitter med böjt huvud eller försvinner bort med blicken åt sidan (se s. 44). I slutet av en session när kontakten blir bättre eller efter en serie med musikterapi möter barnet alltmer med blicken, höjer sitt huvud och ger ögonkontakt. I sökandet efter diagnoser och dess olika benämningar som resulterat i ”Uppgivenhetssymtom” kan man kanske tillfoga ”skambaserade symtom”!

Hos föräldrarna finns ofta en omsorgssvikt med tanke på barnen. Föräldrarna är i regel själva traumatiserade, har förlorat sin värdighet och lider svårt psykiskt. Familjen tappar sin normala struktur, de förlorar förmågan till förhoppningar eller till att planera för morgondagen. Också barnen förlorar sitt naturliga hopp, ett svenskt barn kan ha hopp om framtid med sommarlov, jul eller skola men flyktingbarnen får inte del av detta från sina uppgivna föräldrar (Tunström, 2006). Relationerna i dessa familjer beskrivs som patogen (Bodegård, 2005). Mitt intresse är att inkludera familjen i den musikaliska utövningen. Speciellt med tanke på relationen mor – barn som Bodegård beskriver som speciell. Musikterapi inbjuder till att arbeta salutogent och mitt intresse är att finna vägar där dels musiken fungerar salutogent men där jag i samspel med familjen kan inkludera dem i salutogena processer.

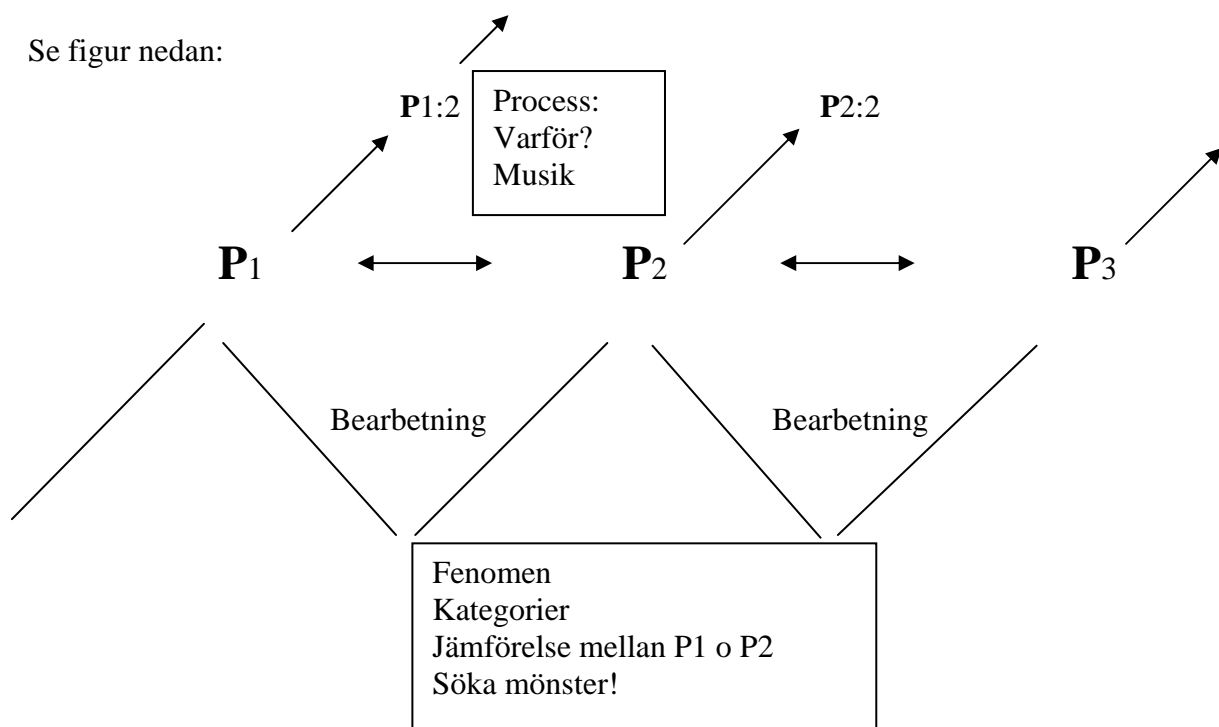
## 9 FORSKNINGSMETODISKA PERSPEKTIV

### 9.1 KVALITATIV FORSKNING

Grunden för min studie är kvalitativ forskningsmetod och analys. Jag har som målsättning att vaska fram väsentligheter som i sin tur kan utgöra grundstenar i musikterapeutisk metod samt skapa ny förståelse i bemötandet av barn med uppgivenhetssymtom och närbesläktad problematik. Utforskandet, det praktiska arbetet, tidigare litteratur och analys av resultat är en förädlingsprocess där materialet prövas praktiskt och teoretiskt, upprepas igen, analyseras och tolkas för att få fram det mest väsentliga. För mitt metodologiska arbete har jag fått regelbundna konsultationer vid Centrum för klinisk forskning, CKF i Västerås som är Landstinget i Västmanlands forskningsinstitution. Jag har dels fått en inledande rådgivning, bl. a angående etiska aspekter, av fil. dr. Kent W Nilsson (2006) och sedan återkommande metodologiska diskussioner med prof. Bengt Starrin. Metodfrågorna har bl. a berört upplägg av studien (film, granskning etc.), metodval och process i kvalitativ forskning, metodologiska dilemman samt diskussioner kring angränsande forskning.

I mitt musikterapeutiska arbete där jag möter barn och deras familj har jag valt att dokumentera arbetet med videofilm. Praktiska omständigheter kring detta beskrivs nedan. Filmen utgör ett dokument som jag sedan granskar och dokumenterar skriftligt med en noggrann beskrivning. Jag gör sedan en jämförelse mellan de olika personer/fall jag möter som här kallas P1, P2, etc. Jag ser på det som händer i mötet musikaliskt, mellanmänniskt, psykologiska reaktioner osv. Detta material ger mig fenomen och kategorier som jag kan formulera för att sedan se om de kan utgöra mönster mellan P1, P2 och P3.

Se figur nedan:





Jag gör även en granskning av var och ens process för att söka mönster och skapa kategorier. Denna kvalitativa metod är den övergripande metoden i min studie. Jag har sedan i min empiriska forskning haft en ansats i grundad teori (Grounded Theory). Det innebär att grundad teori utgjort en del av kvalitativ metod fokuserat på det kliniska arbetet. Idéer och hypoteser, reaktioner på musikterapi och mötet med patienten ger mig material att utvärdera, reflektera över och återanvända empiriskt. Efter överväganden kan en ny musikterapeutisk idé utformas som jag utforskar i förhållande till de patienter jag möter och dels i förhållande till teori. Syftet är att se mönster och generera musikterapeutisk teori. De idéer och hypoteser jag talar om är s.k. arbetshypoteser för det kliniska arbetet. Hypoteser grundar sig på min erfarenhet och de teorier jag redovisar. Exempel på detta är att jag haft tankar om ökade känslighet för intryck av bl.a. ljud utifrån premorbiditet och låg arousalnivå. En sådan hypotes kan sedan utvärderas i det kliniska arbetet för att sedan ingå som en del i min studie.

För att förstå det stora fenomenet som uppgivenhetssymtom utgör och för att förstå hur en musikterapeutisk metod och ett förhållningssätt bäst ska möta detta fenomen så måste jag se både helheten och väsentliga delar. Olika faktorer utgör delar som sammansatt förklarar den komplexa sjukdomsbilden, symtomet uppgivenhet. Det går inte att förstå symtomet om vi inte söker delarna i det och hur de samverkar, bildar mönster som skapar sjukdom hos barnet. Om vi ser på varje del i symtomet som t.ex. trauma eller svensk asylpolitik så kan det inte ensamt förklara eller skapa symtomet och vi kan heller inte förstå genom att bara se helheten. Vi måste se både del och helhet och se hur delarna samverkar i helheten. Ytterligare ett sätt att beskriva del och helhet kan vi låna från musiken. Noter/toner är delar av en helhet i en melodi, i en melodisk fras eller kanske en snabb passage/melodisk rörelse. Toner var för sig kan inte skapa den upplevelse melodin gör och för att kunna förklara helheten måste vi se varje del och dess förhållande till varandra, vilket mönster de bildar. När man sedan gör en tolkning byggs den upp av spelet mellan del och helhet (Larsson, 1994). Man måste, tolka hur pusselbitar ska läggas för att sedan tolka helheten, alltså tolka sin tolkning för att få det hela att gå ihop. En beskrivning av del och helhet brukar teoretiskt kallas för hermeneutisk cirkel. Staffan Larsson menar att: *”den hermeneutiska cirkeln kan inte bara användas som ett sätt att förstå vad som händer vid en tolkning, den utgör också mall för hur en tolkning bör vara”* (Larsson, 1994, sid.184).

## 9.2 GRUNDAD TEORI (GROUNDED THEORY)

Jag gör här en kort beskrivning av grundad teori som nämnts i föregående avsnitt. Som namnet antyder så är metoden ”grundad” i verkligheten, med andra ord är det en empirinära metod, den ligger relativt nära empiriska data. Kvalitativa undersökningar bygger ofta på ett induktivt förfaringssätt och grundad teori är en induktiv metod, en stegvis induktion från empiri. Källan för teorigenerering är empiriska data (Alvesson & Sköldberg, 1994). *Induktion* enkelt illustrerat: Empiriska data - ger underlag för - teori eller hypotes (Carlsson, 1991). De teorier man formulerar kan sedan ställas mot annan forskning och teori. Grundad teori är ideografisk vilket innebär att enskilda fall, snarare än mängder, bör studeras. Vi skapar då en ideografisk teori som passar i en specifik kontext (Smeijsters, 1997). Tillämpning av grundad teori bygger på metoder som är: *Teoretiskt urval, kodning, komparation* och *konceptualisering*. Till dessa metoder knyts ett antal begrepp som jag visar i följande skiss:

<b>Teoretiskt urval</b>	<b>Kodning</b>	<b>Komparation</b>	<b>Konceptualisering</b>
Huvudfråga	Indikator		Teoretisk sensitivitet
Mättnad	Dynamiska begrepp		Memos
	Teoretisk kod		Kärnprocess

(Guvå & Hyllander, 2003, sid.34)

Kortfattat beskrivet så utforskas materialet genom att återanvändas empiriskt, utvärderas mot tidigare teorier dvs. processen med urval och analys upprepas tills man genererat en teori. Detta skiljer sig mot andra metoder där processen är linjär. Grundad teori anses vara en användbar metod för musikterapi då man ofta söker efter begrepp som kan beskriva betydelsefulla tillfällen i musikterapi. Metoden bör på ett autentiskt sätt fånga in den komplexa subjektiva verkligheten samt mellanmänskliga relationer och relationen mellan klient, musik och terapeut (Smeijsters, 1997). Man kan då, som exempel, utforska ”betydelsefulla tillfällen” i musiken både ur klient- och terapeutperspektiv. Forskning i musikterapi utgår ofta från den kliniska verkligheten där man vill formulera forskningsfrågor för att utforska fenomen. Det kan röra sig om upplevelse och påverkan av musik, musikterapiens effekt, vad är det som är verksamt i musikterapi eller kanske vad som är viktigt i relationen klient – terapeut i ett samspel (Wigram, Nygaard Pedersen & Bonde, 2002). Kvalitativ forskning är ofta förekommande när man vill studera musikterapeutiska processer och är syftet sedan att formulera teori ur detta används med fördel grundad teori. Jag har valt kvalitativ forskning för att studera ett fenomen med uppgivenhetssymtom. Ur mitt material,

dokumenterat på film plus intervjuer, skapar jag begrepp och kategorier som jag återanvänder bland annat för att avgöra om de bildar mönster (föregående avsnitt).

## **9.3 DATA**

### **9.3.1 Barnen**

Min utgångspunkt är att lära mig mer om de asylsökande barn jag arbetar med och i det sammanhanget vidareutveckla musikterapeutiska metoder för ändamålet. I ett tidigare skede fanns långtgående planer på att göra en kvantitativ studie kring den stresspåverkan de barnen är utsatta för. Den nya tillfälliga lagen regeringen beslutade om och som upphörde gälla 060331 förändrade familjernas villkor drastiskt i och med att de flesta av ”mina patienter” fick permanent uppehållstillstånd (PUT). Mitt beslut blev efter diskussioner att behålla fokus på samma barn men följa dem under tillfrisknandet och rehabilitering. Att fullt ut avgöra när barnet är rehabiliterat är svårt och behandlingsplaner görs tillsammans med familjen. Ett viktigt mål med varje barn är att få igång grundläggande funktioner som avstannat helt eller delvis, det kan röra sig om att äta, tala, gå själv, sköta sin toaletthygien etc., samt att barnen börjar leka, fungerar socialt med kompisar och vuxna och återtar skolarbetet. Av sex barn, två flickor och fyra pojkar så valdes de fyra pojkarna ut. Antalet fyra var en lämplig stor mängd men en blandning av kön hade varit optimalt. En av flickorna har i skrivande stund ännu inte fått PUT, familjearbete och musikterapi pågår men den är inte önskvärd i själva studien att beskedet om PUT kommer mitt i en pågående undersökning. Den andra flickan har på ett påtagligt sätt visat att hon vägrar ta emot musikterapi och hade dessutom inte fått PUT när min studie påbörjades. En av pojkarna hade heller inte fått PUT när jag började filma men vi visste att det var på gång och därför använder jag mig enbart av film efter hans PUT.

### **9.3.2 Film**

Varje barn filmas vid fem sessioner där de flesta sessioner är på 60 minuter vilket innebär att det blir 20 timmar film att analysera. Det är ett omfattande arbete då filmen spolas fram och tillbaka för att observera olika detaljer och då det är lätt att missa något eftersom jag fokuserar på en sak i taget och t. ex räknar leenden. I genomsnitt tar då varje film tre timmar att granska.

### **9.3.3 Intervjuer**

Eftersom jag söker bakgrundsfakta kring barnets uppväxt har jag talat med de biologiska föräldrarna. I en familj är barnet så pass vuxet och villigt att berätta att vi valde att intervjua honom ensam. Den fjärde familjen har jag inte kunnat göra intervju med av etiska skäl som

jag väljer att inte redovisa. Med vid två av intervjuerna var min kollega som är psykolog i teamet. I samtalet med föräldrarna användes tolk.

### **9.3.4 Egen erfarenhet**

Tio års arbete med flyktingbarn och deras familjer är en ovärderlig kunskap både i mitt arbete och i min studie. Den största delen är inte dokumenterad mer än i patientjournaler och i projektredovisning till socialstyrelsen. Ett undantag nämns dock i uppsatsen och det är utvärdering av arbete med barn och föräldragrupper (Edlund, 1997). Erfarenheterna delas med kollegor i det Kris- och traumateam som BUP tillsatte för att arbeta, först med traumatiserade flyktingar och senare med inriktning på asylsökande flyktingar. Den större delen av den musikterapeutiska erfarenheten har jag gjort med barngrupper med musikterapi i kombination med bild och dramalek. Erfarenheten är den grund som bildar min förförståelse och mitt genuina intresse att utforska mer i detta ämne.

### **9.3.5 Teori**

En oerhört viktig hörnsten för mig är tidigare forskning och teorier på valda områden. Lämpliga teorier redovisar jag under andra avsnitt och de utgör styrmedel och värdefulla infallsvinklar för vilken ingång jag kan ha i detta arbete. De väcker intresse, visar på möjligheter i t. ex. andras forskningsrapporter och de sätter också gränser för vad som är rimligt att greppa över.

## **9.4 GENOMFÖRANDE**

### **9.4.1 Filmdokumentation**

Fyra patienter har dokumenterats med minst fem sessioner var. Varje session varar mellan 30 minuter och en timme men i de flesta fall en timme. Etiska råd har inhämtats angående riktlinjer för krav på information och samtycke. Skriftligt tillstånd har inhämtats från föräldrar och i ett fall dessutom från en äldre tonåring. Det har krävts tydliga förklaringar från min sida om dels min utbildning samt om forskning. Jag har också noggrant redogjort för hur filmerna kommer att användas. I något fall har det funnits en naturlig misstänksamhet mot att bli filmad. Det ligger i sakens natur att när man varit förföljd i sitt hemland av både militär och säkerhetspolis så slår rädslan till. Tack vare att jag redan byggt upp en allians då jag redan haft kontakt sedan något år tillbaka så har det egentligen inte varit något problem. Tre av fyra hade fått permanent uppehållstillstånd (PUT) när jag började filma och den fjärde filmade jag vid två tillfällen innan familjen fick PUT. Dessa två tillfällen har inte ingått i granskning då

jag vill ha så lika omständigheter som möjligt och PUT innebär en kraftig förändring som i det här fallet utgör en oberoende variabel.

Filmerna har sedan granskats framförallt av mig men även av min kollega, psykolog i teamet. Psykologen har även varit co-terapeut i ett flertal sessioner. I granskningen av filmen har händelseförloppet dokumenterats skriftligt. Ur detta material har sedan fenomen hämtats som jag kategoriserat enligt beskrivning ovan. Filmer har granskats igen för att förtydliga eller räkna vissa företeelser. Som exempel kan nämnas nivå av musikaliskt samspel eller vilken typ av kontakt patienten ger i form av ögonkontakt, tal etc. I vissa fall när det varit svårt att uppfatta otydligt tal har sekvenser upprepats ett tiotal gånger för att få rätt sammanhang. I andra fall har det handlat om diffusa kroppsrörelser och då har filmen snabbspolats för att få mer distinkta rörelsemönster. I snabbspolning blir det totala kroppsuttrycket mycket tydligt där man kan se om patienten har ett levande, naturligt kroppsspråk eller om det är partiellt återutvecklat efter en lång apatisk period. Ur det skriftliga materialet har sedan fenomen tagit form i kategorier som jag systematiskt bokfört för var person och session. I min ansats att arbeta i grundad teori så har dessa kategorier sedan jämförts dels praktiskt och dels i filmgranskning i kommande sessioner med de andra patienterna och även inbördes i var och ens process. Kategorierna har på så sätt givit upphov till musikterapeutiska idéer som sedan prövats och ibland kunnat vidareutvecklas och ibland förkastas. Detta mitt sistnämnda material utgör sedan grunden för bearbetning och analys.

#### **9.4.2 Intervjuer**

För att säkerställa tankar och hypoteser och få dem belysta ur ett annat perspektiv så har jag gjort sammanlagt tre intervjuer (9.3.3) (13.1-3). Intervjuerna har haft en öppen karaktär där föräldrarna har berättat om sina barn utifrån några frågeställningar om barnets personlighet och karaktär innan de kom till Sverige, underförstått innan barnet drabbats av uppgivenhetssymtom. De har också fått berätta om barnets sociala förmåga, fritidsintressen och hur kontakten med föräldrarna har varit. De har även delgett sina tankar om varför just deras barn blivit drabbat. Det äldre barnet som själv berättat har även låtit oss ta del av hans upplevelse under sin apatiska period. För detta är vi djupt tacksamma och berörda då hans syfte också var att hjälpa oss att hjälpa andra barn.

### **9.4.3 Triangulering**

För att bidra till validitet och reliabilitet har jag kombinerat olika metoder som analys av film (empiri), intervjuer och teori t.ex. tidigare forskning. Jag genomför tillsammans med min kollega tester i praktik, utifrån grundad teori, och samlar data och erfarenhet i musikterapeutiska sessioner och samtal. Allt har sin grund i dels tidigare erfarenhet av arbete med flyktingar och i de teoretiska beskrivningar av tidigare forskning jag redovisar. I kvalitativ forskning finns inte bedömningsskalor och staplar men det kan finnas en tydlig beskrivning som är analyserad i innehåll, kodad och kategoriserad. Vi tillförsäkrar validitet och reliabilitet genom att använda olika tekniker som t ex triangulering. *"the principle of triangulation, which entails the use of several observers, various techniques of collecting data (observation, interviews), or diverse theoretical models"* (Smeijsters, 1997, sid.32).

### **9.4.4 Familjen**

Ett syfte i mina studier är att involvera föräldrar i samspel med det aktuella barnet och då framför allt modern. Tanken har varit, vilket jag beskriver på annan plats, att mobilisera familjen i salutogena processer efter en lång tid av omsorgssvikt och patogena processer. Tanken har även varit att se närmare på anknytningen mor-barn. De flesta sessioner av musikterapi som jag här redovisar sker i form av hembesök. Barnen har varit säng- eller rullstolsbundna och i något fall har barnet fortfarande varit beroende av sondmatning. I de fall samtal sker med föräldrar, bl. a intervjuer så har auktoriserad tolk varit närvarande. Barnen kan i förekommande fall så pass mycket svenska att de inte behöver tolk. Dessutom har de i första skedet varit mutistiska vilket innebär att kommunikationen sker med musik eller att barnet får lyssna till vad jag säger. Under hembesöken finns det ofta syskon med. I något fall är även syskon patienter på BUP och behöver t. ex. ett eget samtal/egen session. I andra fall är det småsyskon som gärna deltar när de hör och ser spännande musikinstrument vilket dels kan innebära att jag involverar dem i ett meningsfullt samspel men ibland bidrar deras närvaro till oro under besöket då de pockar på föräldrarnas uppmärksamhet.

### **9.4.5 Musikterapeutiska förutsättningar**

Grunden för hur musikterapi utövas i praktiken beskriver jag närmare under avsnittet om musikterapeutisk teori och metod. Detta utgör också grunden för de hypoteser jag vill prova tillsammans med barnet. Av praktiska skäl då jag gör hembesök och dessa sker utspridda i länet blir urvalet av instrument begränsat. Jag tar vad jag kan bära med mig! Trots detta finns en tanke utifrån min förförståelse och utifrån de hypoteser jag har. Instrumenten ska gå att

samspele med utan musikaliska eller instrumentala förkunskaper. Jag har en avsikt att inbjuda till valmöjligheter utifrån klang och dynamik för att se vad patienten föredrar och kan beskriva utifrån termer av känslor och associationer. Jag vill ju också se på vilken nivå av samspel barnet befinner sig, hur det relaterar till andra i musiken. Jag har valt instrument med olika klang och ljudstyrka. Till klangbilden hör olika efterklang. Jag har som grund haft 3 pentatoniska barnlyror, 1-2 bygelgitarer samt 1-3 djembetrummor. Dessutom har jag haft klang-/stresskolor, blockflöjt och maraccas. Tanken med lyran är dels pentatoniken som gör att samspel med improvisationer är möjliga utan förkunskaper och dels den mjuka klangen och möjlighet till mycket svag nyansering. Bygelgitarren är ett tillrättalagt musikerapeutiskt instrument färdigstämd med tre ackord i D-dur lämplig att spela enkla visor och barnsånger på. Den fungerar utmärkt i samspel med två och den kräver till en början att barnet kan följa med blicken hur jag dirigerar ackordgången. Den afrikanska djembetrumman tar med sin kraftiga klang stor plats i rummet. Den är tydlig med sin korta klang och är utmärkt i samspel och improvisation.

## **10 RESULTATREDOVISNING**

Jag kommer i detta avsnitt redovisa de olika kategorier och mönster jag observerat i granskning av film från musikterapisessioner. Jag kommenterar också de mönster som framtonat och belyser det utifrån de teorier jag tidigare redovisat. Tabeller här nedan kan naturligtvis läsas och tolkas i två riktningar, dels den horisontella som visar på mönster och jämförelse mellan de klienter (P1 – P4) som deltagit, och dels vertikalt som visar varje persons egen process. Jag vill även belysa en tolkning för helheten som också bildar grunden till en helhetsupplevelse.

Jag har tidigare beskrivit kvalitativ forskning där sökandet efter kategorier och mönster är en viktig del. Beroende på vilken ansats man har i forskningen kan man antingen ha förutbestämda kategorier eller mönster man söker efter, de kan genereras med hjälp av förstudier och man kan låta materialet generera kategorier under själva studiens gång. I min studie har jag naturligt intresserat mig för kvalitén i kontakten med barnen när de vaknar ur sin apati. Kontaktskapandet blir då själva utgångspunkten i musikterapi med barnen. Jag har fångat upp det som verkar kontaktskapande eller på annat sätt fungerande i kontakten från ett barn till ett annat, från en session till en annan. Syftet är då att observera om det finns ett mönster där olika barn ger liknande respons på samma typ av stimuli eller om t ex ett instrument ger en respons som blir värd att undersöka tillsammans med ett annat barn. Jag har

med en ansats av grundad teori arbetat utifrån granskning av det filmmaterial jag har och i den granskningen har olika kategorier framkommit och framför allt blivit tydliga.

## 10.1 KATEGORIER

De mest framträdande kategorierna i mitt material är:

- Respons/kontakt.
- Motorik/kroppsspråk.
- Reaktioner på musik /Samspelförmåga.
- Familjemönster.

Jag har så att säga haft olika ingångar eller förhållningssätt till mitt material, dels ett kvalitativt synsätt där materialet ger mig mönster som jag kan kategorisera för att sedan se om de bildar kategorier och mönster för alla personer i studien. Den andra ingången har varit att pröva tankar och idéer utifrån tidigare forskning och litteratur eller att jämföra mina hypoteser och teorier med andra teorier och forskning. För det tredje har intervjuer gett ytterligare information och styrkt hypoteser. Det har då handlat om beskrivningar här ovan av trauma, barn med uppgivenhetssymtom, stress, programmerad överkänslighet osv. i kombination med musikterapeutisk och musikpsykologisk teori och litteratur. Huvudpunkterna där har varit se på barn som förmodas ha en programmerad överkänslighet och om där finns inslag av det introverta i deras tidigare utveckling. Där kan även finnas inslag av rädsla, stress samt skam. Vilken respons kan jag då observera och knyta an till både för mitt forskningsintresse att utveckla musikterapi och mer direkt i kontaktskapandet för barnets egen skull? Det kan bl. a vara följande:

- Ljudstyrka.
- Klangkvalité.
- Arousalnivå.

Vad har jag då observerat? Låt mig ta ett par exempel utifrån de perspektiv jag beskrivit här ovan. I granskning av film kan jag först upptäcka ”det jag tittar efter”, det kan vara koncentrationsförmåga, instrumentval etc. Dels observerar jag fenomen, beteenden mm som först kan verka obetydliga men som vid närmare granskning upprepas, bildar mönster och kan kategoriseras. I granskningen av person P3 framgick det vid något tillfälle att han vände sig bort då han besvarat en fråga och i min subjektiva bedömning såg han besvärad ut i sitt kroppsspråk. Han vred själva kroppen, flyttade benen och vände sin blick och sitt ansikte ut genom fönstret. Var det en tillfällighet? Det måste ju undersökas. I en senare film/session har



jag räknat de antal gånger jag ser det fenomenet och det förkommer 40 gånger under en timma! Under samma session ger han ögonkontakt 84 gånger och ler eller skrattar 10 gånger. Vad är det då som gör att han vänder sig bort? Det visar sig att han gör det när vi talar om sådant som är svårt, sådant som påminner om hemlandet, om uppgivenheten, oro för mamman osv. Sessionen har två delar, en del där jag och psykologen samtalar med P3 och en med musikterapi. Fanns det någon skillnad? En ny granskning visar att 32/40 hörde till den verbala delen, 8/40 till musikterapi. Intressant! Ytterligare en granskning ska svara på frågan vad som får honom att vända sig bort i musikterapi. Det blir tydligt att i själva musikutövningen är han mycket fokuserad och vänder sig inte bort men då vi stannar, pratar, reflekterar och det associeras med ”det svåra” vänder han sig bort! P3 har själv uttryckt i fler samtal att han känner skam för det som hänt och för sina tankar och planer under själva perioden av uppgivenhet. Däremot händer det att P3 tycker det blir fel och konstigt i själva musiken, att han spelar fel vilket bl. a resulterar i ett skratt hos honom. Musiken aktiverar uppenbarligen inte den skam som får honom att vända sig bort. Exempel utifrån ett annat perspektiv är att jag vill veta hur ljudkänsligt ett barn är som återvänt från ett apatiskt tillstånd av uppgivenhet. Mer om detta under avsnitt *Diskussion* (11) men kan här nämna att metoden varit att använda olika instrument med olika klang och dynamik för att sedan se hur de väljer och reagerar för att sedan se om det finns gemensamma mönster mellan barnen i studien.

## 10.2 KATEGORI: Respons/Kontakt

Person:	P1	P2	P3	P4
<b>Session:</b>				
<b>1</b>	Hälsar (i hand) Mutist Ingen ögonkontakt Tittar ner/ Sänkt huvud	Hälsar (i hand) Mutist Ingen ögonkontakt Tittar ner /sänkt huvud	Hälsar (i hand) Talar lågmält Ser ner. Enstaka, kort ögonkontakt	Apatisk Mutist Ingen kontakt Blundar
<b>2</b>	Hälsar Mutist Ingen ögonkontakt Ler Svar med huvudrörelse	Hälsar Mutist Ingen ögonkontakt Ler Ja och Nej på instrument	Hälsar (reser sig) Svarar på frågor – berättar. Lågmäld. Tittar ner – Vänder sig bort Ler, även ett skratt	Apatisk Mutist Vänder på sig Suckar Blundar – rör på ögonen
<b>3</b>	Hälsar Mutist Ingen ögonkontakt – Nyfiken, ser omkring Svar med huvudrörelse	Hälsar Mutist Ögonkontakt 4 ggr Ser på omgivning/ andra. Ler Ja och Nej på instr. Gäspar	Hälsar Ger mer ögonkontakt Tittar ner/ vänder sig bort 5 ggr Ler. Skratt 4 ggr Talar lågmält	Öppnat ögonen – tom blick Mutist Ser omgivning + mig Ingen kontakt Ingen mimik
<b>4</b>	Hälsar Pratar – svarar på frågor. Lågmäld Ger ögonkontakt Ler, även skratt	Hälsar Ger ögonkontakt Svarar med huvudet + axelryck + instr. Ler Gäspar	Hälsar artigt Ögonkontakt 84 ggr Tittar ner – vänder sig bort 40 ggr Ler/skratt 10 ggr Talar lågmält	Mutist Ingen ögonkontakt men ser på mig/omgivning. Suckar 21 ggr Tittar ner/bort 18 ggr Ler 4 ggr
<b>5</b>	Ger god ögonkontakt Glad. Mimik Skrattar Svarar på frågor Ställer frågor	Talar Ger ögonkontakt Ler – skratt Svarar Ja och Nej	Ögonkontakt 60 ggr Ler/skratt 26 ggr Berättar. Spontan Dialog Reflekterar	Mutist Ingen kontakt Ingen ögonkontakt Tittar ner Suckar 2 ggr Inget leende.

## Kommentar:

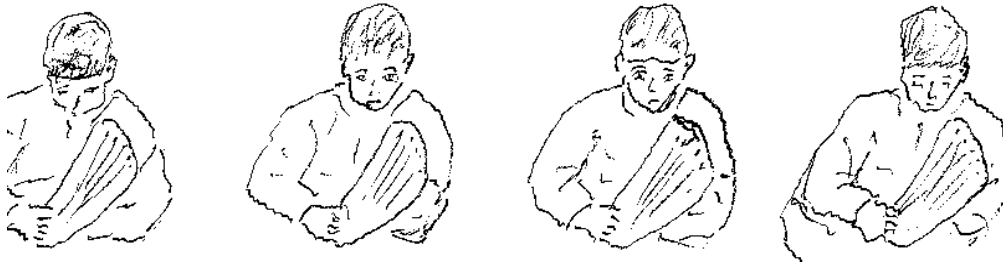
Ett viktigt och återkommande verktyg inom psykiatri är bedömning av den kontakt som patienten ger när vårdpersonal och i synnerhet läkaren bedömer psykisk status. Man ser då patientens kroppsspråk, kvalitén i kontakt, verbalt uttryck etc. Den typen av bedömningsgrund finns naturligtvis med i bakhuvudet när jag granskar den kontakt barnen ger men lika naturligt är att tänka utifrån det faktum att de är ”nyvakna” ur ett uppgivenhetssymtom som bland annat innehåller ett genomgripande funktionsbortfall (Bodegård, 2005). Ett musikterapeutiskt möte kan antingen förutsätta en god kontakt för att bli verksamt eller i sig själv utgöra skapandet av kontakt med en progression. Det finns en progression för kontakt och respons när man läser från en session till nästa. De flesta blir mer öppna i att ge ögonkontakt, ansiktsmimik när de börjar lyfta sitt huvud eller genom att le, svara på frågor, tala mer o.s.v. Barnen har något olika förutsättningar i studien. Tre har haft PUT sedan slutet av hösten och P4 ett par veckor innan observationen började. De har alla varit på olika nivåer i sin uppgivenhet där t. ex P1 inte har några medvetna minnen från den tiden som dessutom var 1 ½ år och P3 varit relativt vaken med viss medvetenhet och minne av uppgivenheten. De befinner sig därför inte på samma ställe i sin utveckling. Dessutom är de i olika åldrar. Ett mönster som framgår är det sätt de visar bristen på kontakt, att hänga med huvudet, vara mutistisk eller mycket lågmäld och undvika ögonkontakt eller blunda. En tolkning är att känslan av skam finns med i att inte våga möta blicken, att förlora ansiktet eller hänga med huvudet. De tankarna bekräftas också från intervju med P3 (13.3) som levt med de tankarna medvetet under sin uppgivenhet. Det kan tyckas som att fenomenet inte finns så tydligt i de tidigare sessionerna eftersom jag redovisar ett högt antal i de senare. Det som händer, och inte syns i tabell, är att i de tidigare är ”hängandet med huvudet” mer konstant, som en grundkänsla av t. ex skam. Det avvikande mönstret är då, att de ibland tittar upp, i en kort ögonkontakt eller på ett instrument jag visar. I de senare sessionerna är min tolkning att grundstämningen är en annan med ett högt antal i redovisad ögonkontakt och då är det avvikande mönstret att någon tittar ner/bort desto tydligare. Det gör att det också blir betydligt lättare att se vad som gör att någon vänder sig bort respektive fokuserar i kontakten. Det framgår bl. a i mitt exempel här ovan med P3. Den pojken kan även i musikterapisessioner kommentera och bekräfta det i sina reflektioner – en vilja att inte tala om det svåra och skamfyllda.

Leendet ser jag i två funktioner, dels som en signal i kontakten ”jag känner mig tillräckligt trygg i den här situationen”, ”jag känner mig förnöjd och trivs med musiken”! Dels kan den

vara ett tecken på en positiv självdistans, en känsla av ”ett begynnande själv”, speciellt när leendet tangerar ett skratt mitt i en spelsituation där man antingen får det att fungera men även när man råkar ”spela fel”. Leendet är gemensamt hos alla fyra och kommer i ungefär samma skede i deras utveckling. Det verbala uttrycket i tal kommer successivt men relativt sent bland sessionerna utom för P3 som dock har haft en kontinuerlig psykologkontakt med ett antal verbala terapisesessioner innan musikterapi påbörjades. Det framgår senare i detta avsnitt att det är en upprättad kommunikation i varje möte i musiken. Det är till en början bara där mötet uppstår, de tittar ner, svarar inte på frågor eller talar knappt hörbart och jag ser att i processen föregås talet av ökad mimik, leenden och mer ögonkontakt. Vägen till tal är också jämförbar hos dem. De använder först kroppsspråk med Ja, Nej och Jag vet inte, svarar senare verbalt på Ja och Nej frågor för att i slutändan kommunicera i dialog, ställa egna frågor, berätta eller t. o. m reflektera. Speciellt intressant blev P2 som tog ”omvägen” via ett instrument där två strängar blev Ja och Nej och senare olika ställen på strängen visade Mycket, Lite och Mittemellan när det gällde känslomässiga värderingar och nyanser i svaren. Kanske är ordet omväg felvalt, musiken får här en funktion av övergångsobjekt i återupprättandet av kontakt och kommunikation!

### **10.2.1 Bildsekvenser: Respons/Kontakt**

Bildsekvenser ur mitt filmmaterial är i serie och omfattar några sekunder. Bilderna är avtecknade av etiska skäl. Bildserierna utgör dels en illustration på temat: Respons och kontakt, men är fram för allt ett exempel på mitt grundmaterial som jag analyserat och kategoriserat. Grundstämningen är att hänga med huvudet, att dölja ansiktet för att se upp ibland och försvinna igen. Någon värjer sig för kontakt och för vissa egenskaper i musiken. Ytterligare någon reagerar utifrån det som är svårt att tala om och visar tydligt att nu blir det för smärtsamt, nu blir skammen för stark. Alla har sin progression i ökad kontakt vilken kommer primärt i samspel/musik för att öka dels inom var session och dels över behandlingstid.



Figur 1: Hänga med huvudet, titta upp och ner igen.



Figur 2: Pojke som vänder sig bort 40 gånger under en session. Det sker aldrig i musicerandet men när han blir berörd av svåra minnen eller när det vi talar om blir svårt. Han själv benämner detta med skamkänslor.

### 10.3 KATEGORI: Motorik/Kroppsspråk

Person:	P1	P2	P3	P4
<b>Session:</b>				
<b>1</b>	Långsam, sitter still Tröttnar snabbt Hela handen vid spel	Låg muskeltonus, sitter still Tröttnar snabbt Orkar ej lyfta armen Hela handen vid spel	Hänger med huvudet Sitter still Spelar med 2 fingrar	Rullstol med sidostöd Tappar huvudet Blundar Hög puls
<b>2</b>	Långsam Hela handen och fingerspel Mer koncentrerad	Låg muskeltonus Orkar ej lyfta arm Mer aktiv Båda händerna +fingerspel	Energilös Fingerspel Talar tyst	Rullstol Sondmatas Suckar, vänder sig Hög puls > 100
<b>3</b>	Går själv, ej rullstol Låg muskeltonus i spel 1 finger i spel svarar med huvudet Tittar under lugg	Låg muskeltonus Sitter still Trött Koordinerar båda händerna i spel	Hänger med huvudet Talar tyst Musik: Lyfter huvud, koncentrerad, skratt. Fingerspel	Rullstol Vänder sig mer, suckar Sond. Puls: 108
<b>4</b>	Mer mimik. Ler. Stilla i kroppen. Stel i rörelse Svårt med finmotorik Talar tyst	Ingen mimik Stilla i kroppen Svarar med huvud Spelar med fler fingrar	Hänger med huvud Skruvar på sig – ser bort. Nervös, rastlös	Rullstol Öppnat ögon, blundar ibland. Vänder sig bort Ingen muskeltonus
<b>5</b>	Mimik Ögonkontakt Rör sig lite, stilla i kroppen. Spelar med 1 finger	Sitter stilla Men aktiv i spel. Använder båda händerna	Mer öppen, mer mimik Nervös, rastlös Orolig med händerna	Rullstol Vänder sig bort Hänger med huvudet.

#### Kommentar:

Jag nämnde under föregående kategori att det förekommer ett genomgripande eller massivt funktionsbortfall. Genomgripande funktionsbortfall innebär ett allvarligt tillstånd där symtomen djupnar och en brytpunkt passeras där psykologiskt-psykiatriskt tillstånd somatiseras och etableras (se även 8.2.1). Helt naturligt försvinner muskler på två, tre veckor om man inte alls använder dem. Här finns exempel på barn som legat totalt passiva i ett och halvt år (P1) men också exempel på någon som vi hela tiden lyckats hålla i gång genom att ”tvinga” upp honom på promenader (P3). En pojke har varit icke kontaktbar och apatisk men mycket motorisk orolig under sömnen, speciellt på nätter. Han har sparkat, vridit sig, snurrat runt åt fel håll i sängen, ramlat ner på golvet etc. Kanske även hans muskler (partiellt) varit aktiva. P2 kunde vi först aktivera och tack vare att han var relativt liten även gåträna med speciell teknik där vi höll honom bakom hans rygg och med våra egna fötter instuckna under hans hälar. Efter en polisrazzia där de utan förvarning stormade lägenheten, gjorde en husrannsakan och letade genom allt och där endast mor och son var hemma, blev pojken helt

apatisk, passiv och lealös utom möjlighet till kontakt. Det som blir tydligt i granskning av film är att alla är väldigt stilla i kroppen framförallt i bålen och benen. De rör på huvudet och på händer. Det blir extra tydligt när jag använder tekniken med att snabbspola film samtidigt som jag ser den. De rörelser som finns förstärks och huvud – handrörelser framträder extra tydligt. Det är också dessa rörelser som utvecklas mest under undersökningsperioden på fem veckor, kontrasten till det stillsamma blir ännu större. Det kan förmodligen ha ett samband med att de får en alltmer levande mimik, ger mer ögonkontakt, ler oftare men även väljer aktivt att vända bort huvudet/blicken när de vill det. P4 har öppnat ögonen, är fortfarande relativt apatisk men väljer även han att vända bort huvudet/blicken. Ett genomgående mönster är hos de övriga tre att de i det musikaliska spelet snabbt utvecklar motorik ifrån att dra med hela handen över strängarna till att använda först ett finger och sedan två eller fler.

#### 10.4 KATEGORI: Musik/Spel

Person:	P1	P2	P3	P4
<b>Session:</b>				
<b>1</b>	<p><i>Lyra:</i> Spelar spontant Tar ej instruktion Tröttnar Drar med hela handen Klarar att spela en mollters på 2 strängar. Vill inte improvisera! <i>Bygelgitarr:</i> Följer mig / min hand. Vill inte spela själv</p>	<p><i>Lyra:</i> Vi spelar 4-tonslinga. Tar instruktion. Tröttnar Spelar lite själv, ej respons Samspel m far, ej respons 3 x lyra visar mer respons</p>	<p><i>Lyra:</i> En 4-tonslinga (tankekedja) Improviserar direkt med 2 fingrar Gör avslut efter 4 min <i>Djembe:</i> Följer mig. Avslutar, trött på ljudet Improvisation: Härmar – impro-härma. Avslutar. "Ej normalt." Koncentrerad. Lyssnar på oss, ej sig själv.</p>	<p><i>Lyra:</i> Jag spelar för P4 Mollters på lyran + sjunger hans namn till. Inkluderar mamma att göra lika. P4 byter andning, suckar ibland. Rör sina ögon innanför ögonlocken</p>
<b>2</b>	<p><i>Lyra:</i> Drar över alla strängar, samspel mor o jag, 8 min 4- ton slinga med impro.3 min. Säger Nej - Lyra <i>Bygelgitarr:</i> Ja! Idas visa – ökar tempo Gör båda momenten, jag dirigerar. Spela mer? Nej</p>	<p><i>Lyra:</i> Börjar spela på en gång, med mor, ser på hennes lyra. Spelar då och då på eget initiativ. 4-tonslinga-spelar med. Spelar med syskon. Svarar ja och nej på 2 olika strängar. Olika frågor. Mer lyra? Nej <i>Bygelgitarr:</i> Ja! Spelar med syster. Själv båda momenten.</p>	<p><i>LYRA:</i> Väljer Lyra, bättre ljud Lika under apati 2x lyra + trumma, kontraster fort - sakta, starkt -svagt. Tröttnar snabbt, kan inte välja. Olika tempon med impro. Vill ha sakta, känns bättre i kroppen. Lättare nu med trumma till men passar inte i kombination.</p>	<p><i>Lyra:</i> Mollters ned för att locka med hans namn. Ger lite respons, se ovan. Improvisation på lyra med Mor. Jag klappar takt på knä/händer i takt (Stimuli) till sång. Använder hans fingrar något på en lyra.</p>

Forts. följer nästa sida:

<p><b>3</b></p>	<p><i>Lyra:</i> Improviserar 3 min med mig och mor, och pappa på gitarr. Lyssnar. 4-ton Slinga. 2 min. P1 ökar tempot och börjar impro. Samspel på Trumma lyra, gitarr i 8 min. Glad musik, Ja!  <i>Djembe:</i> Nej. upprepas.  <i>Bygelgitarr:</i> Ja! Följer och imiterar, ackordgång.</p>	<p>Hälsningssång. Klangkolor som han testar m P. Långsam. <i>Lyra:</i> spelar spontant. Växelspel, turtagning. Bra men långsam i svar. 4-tonslinga+impro. Svarar Ja o Nej m två strängar, även mkt. o lite. <i>Bygelgitarr:</i> väljer den. Följer mig, långsam. Ler + ögon. Båda händerna/moment. <i>Trumma:</i> 4-takt till min gitarr. Härmalek med olika ljud på trumma</p>	<p><i>Lyra:</i> Vill ej spela slinga. Ledsen Suicidtankar. Minnen. vill bygga nytt → impro. Fingerspel och skapar kontraster och olika klang på lyran. 2 min Undvika sorg: snabbt tempo och starkare ljud. <i>Trumma:</i> mkt mer motorik.koncentration. Skratt!! Ger inte upp, fler försök. Polyrytmik Hör att jag spelar – lyssnar på sig själv.</p>	<p><i>Lyra:</i> Lockar med hans namn. Mollters i spel och/eller sång. Han ser på lyran. Improvisation ger samma respons. Spelar med hans fingrar – ingen respons. Låter hans pekfinger vila på en sträng utan resultat, han rör sen på armen och sätter tillbaka fingret på strängen. Vänder sig mot M när vi båda spelar, tittar mot M. Jag klappar takt på knä/händer till M:s spel. <i>Bygel:</i> Olika sånger, ser på mig. Blir tröttare. Hans hand på strängarna - andas o suckar.</p>
<p><b>4</b></p>	<p><i>Bygelgitarr:</i> Hans val. Koncentrerad, lär sig ackordgång Spelar i kombination med trumma. Ler. Känns bra för P1. Nej till instrumentbyte. Prova!  <i>Djembe:</i> Testar, skrattar. Ger ögonkontakt. Spelar en fast puls/rytm + egna försök till impro. Väljer att avsluta spelet.</p>	<p><i>Lyra:</i> Spontant spel. Starkare än tidigare. Härmar mig. Använder soffan som resonansbotten. Säger Nej till Lyra. <i>Bygelgitarr:</i> Hans val (M försöker ge trumma). Ler. Gör två egna rytmer – växlar. Pippi: Mel-rytm svårt m koncentrerad. Ger ögonkontakt. <i>Djembe:</i> Aktiv, ökar tempo. Följer min instruktion. Spelar m system, stadigt m tempoökning Säger Nej efter 40 min</p>	<p>Väljer först Klang/stresskolor och testar. <i>Lyra:</i> väljer. Vi spelar och jag sjunger. Härmar min rytm, skratt. Yellow submarin, alla på sång o sedan Pär på trumma. Ej Serbisk musik= dåliga minnen. Följer i rytm. Samspel, koncentration. Alltmer inriktad i musiken. <i>Djembe:</i> Växlar mellan grundrytm och impro. Tröttnar. Börjar bli van vid ljudet. Försvinner bort i tankar, som i "trance", blir rädd Påminner om uppgivenheten. Jmf med 4-tonslinga. Mer närvaro. Ser bort 8/40 och då vid prat.</p>	<p><i>Bygelgitarr:</i> Namnsång <i>Lyra:</i> Spelar namn i mollters, ser på instr. och vänder bort. Hans finger på strängar. M spelar för honom. Vi improviserar. <i>Trumma:</i> Spel m hand fingrar – Ler. Vänder bort. Suckar <i>Maracca:</i> Rytm i hans hand. Ler fler ggr. Vänder bort Växlar m olika instr. Ler ngn gång, men blundar och gömmer sitt ansikte allt mer Klappar takt på knän, händer.</p>
<p><b>5</b></p>	<p><i>Lyra:</i> Väljer direkt, vill ha svaga, mjuka toner. Minns mollters men inget annat fr apati. Impro. kreativ, lyssnar, koncentrerad. Lyssnar på sig själv – hör oss andra. Blir glad av spel. Nej till instr.byte. Motiverar! <i>Djembe:</i> Rädd för starkt ljud. Rytm: "pannkaka" Skratt. Konc. Försöker, Lyssnar på sig själv. Trött i händer. Låter för mkt. Obehagligt</p>	<p><i>Bygelgitarr:</i> väljer det bland tre olika. Lyra – ledsen (tråkig). Spelar m båda händer, följer mig. Puls -/mel-rytm. Provar att sjunga också. Ackord utantill, spel + jag- trumma. Tydligt samspel, koncentrerad. <i>Djembe:</i> Väljer i 2:a hand. Bra 4-takt, samspel med min gitarr. Lyssnar även på mig, hör texten i sången jag hittar på. Fritt spel: Gör plötsligt 8-delstrioler! Kan sedan blanda och växla mellan 4-takt och 8:dels-triol. Vill ha den under armen -kulturellt! Skrattar</p>	<p><i>Lyra:</i> tänkt på toner – att man kan göra bra musik, bra att göra egen musik! <i>Djembe:</i> Ej bra – krig, granater. Rädd för starka, plösliga ljud. <i>Bl.flöjt:</i> P kan tillverka? Vakta kor. Balkan – blåsinstrument. Lyssnar och ler. <i>Bygelgitarr:</i> Väljer den! Yellow Submarin. Spelar, härmar, följer, håller takten. Frågar om instrument, resonansrum etc. Spelar efter ackord på papper. Koncentrerad. Avslutar själv.</p>	<p><i>Lyra:</i> spelar hans namn i en mollters. Vänder bort kroppen och ansiktet. Spelar för honom och försöker locka honom till spel utan respons.  <i>Maraccas:</i> Rytm i hans hand, vänder sig bort allt mer. Växlar mellan olika instrument utan kontakt. Inbjuder Modern att vara med i spelet men hon avböjer bestämt!</p>

### **Kommentar:**

Detta är i särklass den största och för mig viktigaste kategorin. Den har naturligtvis starka samband med de två tidigare. I mitt syfte att skapa kontakt med musik, att aktivera med musik och att utveckla metod med musik blir de två tidigare nämnda kategorierna viktiga mätinstrument och bör jämföras med skeenden i musikutövningen. De mönster som framträder är:

1. Valet av instrument/klang/ljud.
2. Förmåga till samspel.

#### **10.4.1 Instrument/klang/ljud**

Under kapitlet om Arousal beskrivs människor som är introverta som stresskänsliga och känsliga för ljud. De föredrar toner som är ljudsvaga. Bodegård (8.2.3) beskriver barn med uppgivenhetssymtom och bakgrunden till symtomen: ”Permorbida förhållanden av betydelse för barnets utveckling och känslighet” och ” Svåra psykiska störningssymtom före utveckling av uppgivenhetssymtom”. Barnen beskrivs som ”a special child” med stark anknytning till modern. Även Währborg talar om programmerad känslighet hos dessa barn. Detta bekräftas även i mina intervjuer, att mina undersökningsspersoner har sådan karaktär. I det mönster som är genomgående väljer till en början alla att spela på det tonsvagaste instrumentet *Lyra*. Under tiden, dels i var session och dels under försöksperioden ökar möjligheten att välja ett mer tonstarkt instrument som t ex *Djembetrumma*. De kan också beskriva att de inte orkar med de starkare ljuden och under spel så tröttnar de mer snabbt i början av perioden. P1 är den som starkast motsätter sig att välja gitarr eller trumma, det låter för mycket. Även P3 är tydlig i sina beskrivningar att han föredrar de tonsvagare instrumenten. Han berättar att han överhuvudtaget är ljudkänslig och lätt blir överstimulerad av ljud och andra intryck. Han föredrar även ett lugnt tempo. P2 börjar som de andra två men hans egen utveckling går snabbare. Vid 5:e sessionen väljer han bort *Lyra* för att bara spela gitarr och trumma. P4s reaktioner är svårtolkade, han vänder sig bort under spel inför honom och han blir allt tydligare i det. Om det handlar om ljud, överstimulering eller något annat han vill värja sig emot är omöjligt att uttala sig säkert om ännu. Dessutom suckar han allt oftare, speciellt under spel enligt modern, och vad de suckarna symboliserar och uttrycker går inte att säga men det är uppenbart en reaktion vilket i sig självt är en positiv utveckling i uppvaknandet.



### 10.4.2 Förmåga till samspel

Schumachers samspeelnivåer (modus) är ett bra verktyg för analys av samspel (8.1.2.1.1). I hennes arbete är de nivåerna utvecklade i arbete med barn med Autism och i syfte att bedöma barnens nivå i sin egen utveckling med hjälp av musikterapi. Jag vill betona att jag enbart använder nivåerna för att se mönster tydligare när det gäller samspel. På så sätt kommer överhuvudtaget inte alla nivåer i fråga då varken spridningen eller problematik inte är densamma hos de barn jag träffar. Modus 0 (brist på kontakt) kan jag inte se hos någon av försökspersonerna. P4 ger visserligen lite kontakt men reagerar ändå på musiken på sådant sätt att jag inte kan utesluta att ljuden på instrument har effekt. Med tiden blir detta tydligt då ljudet både lockar fram skratt och motstånd. Däremot kommer inte P4 längre än till modus 1 där han lägger märker till att andra spelar vilket visar sig tydligt då han vänder sig mot sin mor då hon samspekar med mig, eller då han reagerar med ett leende då jag använder en maracca i hans hand.

#### *Modusnivåer vid Session 1:*

<b>Person:</b>	<b>P1</b>	<b>P2</b>	<b>P3</b>	<b>P4</b>
<b>Modus:</b>	2	2	2	1

#### **Kommentar:**

Det finns uppenbara skillnader i detaljer mellan de fyra som att P2 kan ta emot instruktion men det uppstår aldrig någon kontakt och respons i samspelet och han visar inget intresse för att utforska instrumentet. P3 gränsar till nästa nivå nr 3 men säger och visar att han inte lyssnar på det han spelar. P3 är ”artig” och visar att han vill göra det vi ber om vilket ändå förklarar att han försöker improvisera. P4 reaktioner är diffusa i form av förändrad andning och ögonrörelser med slutna ögon. De bildar ändå ett mönster hos honom över tid vilket stärker mig i min hypotes att det är en reaktion på ljud.

#### *Session 2:*

<b>Person:</b>	<b>P1</b>	<b>P2</b>	<b>P3</b>	<b>P4</b>
<b>Modus:</b>	3	3	3	1

### **Kommentar:**

P4 är kvar i samma stadium. P1 och P2 kan båda koordinera sina händer i spel, följa min dirigering med blicken och lyssna till det de gör. De gör också val i instrumentbyten och improvisation. P2 svarar Ja och Nej på olika strängar. P3 har svårare med val och kan inte variera sig i improvisation när vi ger temat kontraster med fort - sakta, starkt – svagt men han reflekterar över sitt spel och talar om att han trivs bäst i kroppen med ett lugnt tempo. Han väljer också Lyran då den har ett bättre ljud.

### **Session 3:**

<b>Person:</b>	<b>P1</b>	<b>P2</b>	<b>P3</b>	<b>P4</b>
<b>Modus:</b>	4	4	4	1

### **Kommentar:**

P4 har nu öppnat ögonen och hans reaktioner på musik är allt tydligare och bekräftar min tidigare hypotes men han medverkar inte med eget spel. P1 och P3 lyssnar på sig själva, samspelar och relaterar musiken till känslor (jag hör vad jag ser och känner). P1 samspelar på olika instrument både med mig och sin mor, han reflekterar över musiken som glad musik. P3 är betydligt tydligare i sina känslor, han vill undvika en slinga vi spelat då den påminner om suicidförsök och vill hellre skapa (improvisera) något nytt med tanke på framtid. Han har även upptäckt att han kan lämna sin sorg, och sitt tidigare spel genom att öka tempot och spela starkare. Att musikaliska motiv byts ut eller förändras på det sättet skulle motivera honom till modus 5. P2 gränsar också till modus 5 då han kan växelspela med mig i en turtagning både på lyran och sedan i en härmande lek på djembetrumma. Min bedömning är ändå att han inte har något naturligt flöde i detta ännu.

### **Session 4:**

<b>Person:</b>	<b>P1</b>	<b>P2</b>	<b>P3</b>	<b>P4</b>
<b>Modus:</b>	4	5	5	1

### **Kommentar:**

P1 har blivit tydligare i sina val av instrument och han relaterar spelandet alltmer till sig själv. Det innebär att han kan skratta som en slags reflektion och självdistans när han provar på utmaningen att spela djembetrumma. P2 utforskar musiken, använder soffan som en

resonansbotten till den tonsvaga lyran och han lägger till egna rytmer i vårt samspel på trumma och växlar i spelet med mig. Har svårt att hålla ett givet tempo och ökar, kanske som ett mått på ökad lust och aktivitet. P3 blir alltmer koncentrerad och inriktad i musiken och samspelar med oss båda terapeuter. I samspelet kan han växla på eget initiativ mellan en grundrytm och improvisation. Han fortsätter att välja och han reflekterar över musikens påverkan på honom. P4 reagerar mer nu med upprepade leenden och med att vända bort blick/huvud. Han ler även när jag spelar med hans fingrar på trumma men han ger ingen antydning till att spela själv, inte ens när jag underlättar det för honom.

### **Session 5:**

<b>Person:</b>	<b>P1</b>	<b>P2</b>	<b>P3</b>	<b>P4</b>
<b>Modus:</b>	5	5	5	1

### **Kommentar:**

Förutom P4 så når alla till modus 5 på relativt kort tid (5-6 veckor). Inom denna 5:a finns emellertid personliga variationer beroende på utveckling, ålder och personlighet. Det kan i många avseenden se helt olika ut men utifrån Schumachers definition av modus är de tre på modus 5. P1 lyssnar på sig själv och hör oss, reagerar känslomässigt och kan motivera val han gör. Han är mer kreativ i improvisationer och lyssnar även där. Vill helst slippa djembetrumman då ljudet fortfarande är obehagligt. P2 gränsar delvis till en 6:a när samspelet inrymmer att han spelar med båda händerna och sjunger med i en sång, senare spelar han och lyssnar till min improviserade sångtext och när vi övergår till fritt spel på trumman växelspelar han mellan en stadig fyrtakt och att lägga in 8:dels-trioler! Det bildar en musikalisk form. P3 reagerar som P1 när det gäller djembetrumman då han upplever ljudet som obehagligt och associerar till granater. P3 reflekterar mycket över musiken med toner och klanger och i samspelet härmar, följer och lyssnar. Sammanfattningsvis ser jag en parallell utveckling hos P1, P2 och P3. De följer i stort sett samma mönster från att dra handen över strängarna på lyran till ett samspel där de framstår som egna individer i att göra improvisationer, göra medvetna val av instrument (klang, intensitet) och hur länge vi ska spela (varaktighet). De spelar med turtagning där de lyssnar på sig själv och på andra och de använder ibland musikaliska motiv som de förändrar i improvisation. P4 är i ett annat skede där förändringar finns men är relativt små och därför ännu inte förändrar nivå av Modus. Det finns i hans egen sjukdomshistoria förklaringar, som inte kommer att vidare nämnas här men förmodligen ge en något annan utveckling i hans tillfrisknande. En annan, intressant

förklaring som blivit tydlig handlar om P4:s relation och samspel i förhållande till mor vilket jag nämner mer om här nedan under punkt 10.5



Notexempel på P3s spel på Djembe med 8: dels-trioler

## 10.5 KATEGORI: Familjemönster

Person:	P1	P2	P3	P4
<b>Session:</b> <b>1</b>	Spelar lite i samspel med mor	Spelar med Far som handfast visar hur han ska spela.	Spelar med oss. Orkar inte med föräldrar.	Mor spelar lite. Skyddar, avleder och visar oro.
	Samspel med Mor	Lillasyster sjunger till vårt spel. Pappa stöttar, klappar takt. Spelar Lyra med Mor.	Spelar bara med oss	Mor spelar, pratsjunger hans namn, Ger beröring Ger oro
	Spelar med Mor och Far. Samspel – lyssnar!	Spelar med Far och syster. Blir störd av familjen	Musiken ger tankar om: Mor – oro, Syster – positivt.	Mor är med och spelar, ger beröring. P4 vänder sig mot Mor
	Spelar med Mor och far. Mor är viktig! Syskon stör utan reaktion	Säger nej till Mor om en trumma. Spel med syster. Pappa Stöttar.	Spelar med oss. Fortsatt oro för Mor	Mor är med och spelar, ger beröring. P4 vänder sig mot Mor
	Spelar med mor och mig	Visar Mor hur han spelar och hon får prova. Mors mående viktigt	Talar om Mor mående, om Fars yrkeskunskap och om Farfar på dragspel	Mor avböjer bestämt till samspel. P4 vänder sig bort och ger ingen kontakt idag!

### Kommentar:

När det gäller relationen och samspel med familjen så kan det belysas ur många perspektiv men jag har valt att koncentrera mig på att involvera minst en förälder och ibland syskon i samspelet för att befrämja tillfrisknande. Jag använder mig av en tanke och hypotes grundad på Bodegårds beskrivning i kapitel om *Diagnoser* (8.2.3). Familjen beskrivs ur ett patogent perspektiv och *Föräldrarnas psykiska hälsotillstånd och omsorgsförmåga är nedsatta* samt en *Familjeatmosfär som präglas av hopplöshet, hjälplöshet och osäkerhet i tidsperspektiven*. Föräldrarna är ofta traumatiserade med upplevelser av trakasserier, sexuellt våld eller krigsupplevelser. Ett flertal föräldrar har gjort egna suicidförsök och/eller hotat inför familjen och barnen att göra det. Barnen själva är traumatiserade och beskrivs med premorbida förhållanden av betydelse för deras utveckling. Stämningen i familjer med liggande apatiska

barn beskrivs av många medarbetare och även av mig själv som en "likvaka" med neddragna gardiner, tyst, varmt och mörkt i rummet och en stark föreställning om att barnet ska dö eller är i en kronisk apati. Utifrån beskrivna teorier med bakgrundsfakta av stress och PTSD samt egen erfarenhet har jag en hypotes om barn med en programmerad överkänslighet och starkt beroende av sina föräldrar, i synnerhet modern. Där kan även finnas drag av introvertism hos barnet. Jag vill utforska möjligheter för familjen till salutogena aktiviteter och förhållningssätt. Parallellt med musikterapi har familjerna fått familjeterapi i syfte att mobilisera deras resurser och att skapa struktur och hopp för framtiden.

I min undersökning är det endast P3 som själv bestämt att inte ha med sina föräldrar i samspel men han relaterar ändå till dem i musiken. Vi har i stället varit två terapeuter i dessa möten. Hos P1 och P4 har framförallt mödrarna varit nära i samspel, även hos P2 men där fadern varit mer aktiv. Ett antal gånger har syskon varit närvarande och aktiva i spel/samspel. Jag har ibland upplevt det, i rummet, som ett dilemma när föräldrarnas interaktioner och tillrättalägganden "krockat" med mina terapeutiska och forskningsmetodiska intentioner. Därför är det intressant att i granskning av film få ett annat (meta-) perspektiv där föräldrarnas närvaro, samspel och support visar just det jag hoppats på, ett salutogent förhållningssätt! Det visar sig bland annat att föräldrar spelar trots egen musikalisk osäkerhet på instrumenten, med uppmuntrande ord, taktfast handklapp etc. Det går heller inte att ta miste på glädjen i föräldrarnas ansikten när de spelar med sitt barn och det uppstår en kontakt och relation i samspel. När småsyskon stör P1 och pockar på föräldrarnas uppmärksamhet så låter inte P1 sig störas och en förälder kan hela tiden vara närvarande i spelet då de turas om med de små. När syskon kan involveras i sång och spel har det varit en tillgång. P4 utvecklas i ett långsammare tempo i små men tydliga framsteg. Detta bryts markant vid 5:e tillfället då modern av egna skäl inte medverkar. Kontakten med P4 stoppades upp och han vänder sig tydligt bort som enda reaktion. Tidigare har han vänt sig mot sin mor även då vi bytt plats/sida. Den positiva utvecklingen fick här ett påtagligt avbrott. Måendet hos "mamma" har alla de andra tre framhållit som viktigt då de sett att mamma blir glad när vi spelar. P4 som inte talar ännu visar istället sitt behov av modern genom kroppsspråk.

## 11 DISKUSSION

*”Treatment is not just fixing what is broken; it is nurturing what is best”*

(Seligman & Csikszentmihaly, 2000)

### 11.1 Studiens bakgrund

Jag har haft som syfte att utveckla mina egna arbetsmetoder i arbetet med flyktingbarn, i synnerhet barn med uppgivenhetssymtom. Med metod menar jag en praktisk tillämpning på teoretisk grund. Min avsikt och inriktning i denna studie är ju inriktad på barn som genomlevt en längre period av apati med uppgivenhetssymtom men jag kan även se en koppling och nytta i förebyggande arbete som jag beskrev inledningsvis i kapitlet *Bakgrund* (5). Att utveckla arbetsmetod i musikterapi handlar inte om att uppfinna en ny metod från grunden för en ny målgrupp/patientgrupp. Syftet är att använda sig av tidigare erfarenhet i musikterapi, teoretisk kunskap och i nära samarbete med kollegor, familj och barnet självt studera vad som utmärker sig som välgörande faktorer för just de barnens bästa. Det är alltså en metodutveckling i förhållande till mottagarens behov. Det innebär att jag sett på olika fenomen och kategorier i arbetet med olika individer och där mönstren bildar gemensamheter för just detta symtom. Att söka mönster innebär också att utesluta sådant som inte visar sig fungera eller där fenomen inte bildar mönster. Kategorier och mönster utgör sedan mitt material som jag utvärderar i förhållande till gjorda intervjuer, samt till mina förkunskaper och de teorier med tidigare forskning jag valt att studera. Det är min avsikt att säkerställa mina slutsatser genom denna triangulering (9.4.3).

Min första frågeställning för denna studie handlar om utveckling av musikterapeutisk metod och min andra om responsivitet i samspel, om skapande och medverkan som en förutsättning för kommunikation. Ett viktigt syfte har varit att vända patogena processer till salutogena (8.1.1.5). Det salutogena innebär en meningsfull kommunikation i ett musikaliskt samspel, där de musikaliska kvalitéerna kan skapa en inre rörelse som löser upp ett tillstånd av att vara stum, bedövd av skam och apati. I det följande diskuterar jag resultatet av min studie:

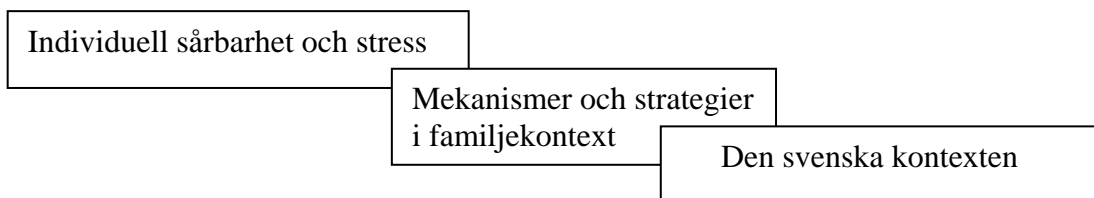
Barnen har olika förutsättningar och bakgrund. En familj kommer från Armenien, en från Serbien och två från Kirgistan men där finns blandäktenskap från olika folkgrupper t ex Kirgiser och Uigurier. Alla har sina biologiska mödrar men två av dem har nu styvfäder. Barnen är i olika åldrar där den yngsta är 9 och den äldsta 18. P1-P3 hade haft PUT 2-4

månader innan studien började vilket förmodligen har stor betydelse för familjens gemensamma hälsa och utveckling i integrationsprocessen. När det gäller P4 så påbörjades studien direkt i samband med PUT. Den familjen väntar fortfarande i skrivande stund på sin integration med ny bostad, SFI (Svenska För Invandrare) etc.

Man har dels inom Hälso- och sjukvården sökt förklaringsmodeller till det unika fenomenet med 450 apatiska barn sedan 2003 (Tunström, 2006) och dels har regeringens nationella samordnare Marie Hessle tillsammans med docent Nader Ahmadi gjort en större studie. Där konstateras att: ”Vetenskapen kan fortfarande inte förklara varför fenomenet asylsökande barn med uppgivenhetssymtom uppstod i Sverige i början av 2000-talet och sedan utvecklades till ett epidemiliknande tillstånd i den aktuella gruppen fram till år 2005”(Ahmadi & Hessle 2006).

Tunström ger olika förklaringsmodeller:

- En orsak.
- Flera orsaker till samma symtombild.
- En kedja av betingelser, en trattmodell.



(Tunström, 2006)

Jag kommer inte diskutera förklaringsmodeller närmare här men vill ha det som en bakgrund och kontext till min egen studie där delar av förklaringskedjan är betingelser som jag berör. I detta stora komplex av trauma, kultur och asylprocess som bl. a Nader beskriver utgör min studie ett utsnitt med anknytning till vissa delar men berörs av samtidigt av samtliga delar, av helheten. De huvudspår jag valt att studera och utgå ifrån var Trauma, Stress, Uppgivenhet, Arousalteorier och frågan om Skam. Av dessa har det utkristalliserat sig några som jag fördjupat mig i. De handlar framför allt om den individuella sårbarheten både som förklaringsmodell till uppgivenhet men innehåller också nödvändig kunskap för utvecklandet

av musikterapi för det uppgivna barnet. Den individuella sårbarheten blir utsatt av trauma, stress, asylprocess, skam och familjekontextens olika svårigheter vilket leder till uppgivenhet. Den andra, och kanske en ännu viktigare förklaringsmodell är familjekontexten. Den innehåller också stress, trauma, skam och uppgivenhet och visar sig ha en avgörande betydelse i min studie när det gäller musikterapietod.

## 11.2 Etik - estetik

Jag vill belysa etiska dilemman i spänningsfältet mellan svåra trauman till det salutogena perspektiv jag beskriver. Att ingå i ett Kris- och traumateam med behandlingsansvar för asylsökande barn och deras familjer innebär viktiga, avgörande beslut, nya arbetsuppgifter, hembesök, sökande efter kulturkompetens, etc. Det kan ibland upplevas avlägset från min musikterapeutiska uppgift. Hälso- och sjukvårdslagen tillsammans med Socialtjänstlagen (SoL) styr och reglerar våra skyldigheter, sådant vi måste göra. Det kan vara anmälan om ”barn som far illa”, det handlar om intyg till advokat, Utlänningsnämnd eller remisser inom sjukvård, journalföring, anskaffning av handikapphjälpmedel etc. Parallellt med detta har vi den terapeutiska processen med olika individuella innehåll av t. ex flykt, trauma, kommande dödshot, osäkerhet i föräldraroll, som också innebär viktiga avgöranden och beslut. Inte sällan finns uttalad eller outtalad vädjan om hjälp att få stanna i Sverige. Arbetet med flyktingar är olikt annat terapeutiskt arbete och kräver ett annat förhållningssätt. Vårt normalt neutrala förhållningssätt fungerar dåligt och skapar bara osäkerhet och rädsla. Man bör finna en balans i att vara personlig men inte privat. Arbetet skapar även etiska dilemman mellan det jag ”ska” göra och det den terapeutiska alliansen leder till. Skadar jag familjen när jag i intyg till Migrationsverket för fram deras sak och den flykthistoria de berättat för mig? Ja, om intyget kommer med uppgifter som inte stämmer med den historia de lämnat vid ankomst till Sverige så ser Migrationsverket familjen som icke trovärdiga och de kan avisas. Jag träffar också familjer som lever gömda, de får terapi med risk att avslöjas.

Flyktingbarn berättar ofta om trauman som påverkar dem negativt. Det finns idag verksamma metoder för traumabearbetning (Sutton, 2002). Det finns också orsaker till att inte påbörja en traumabearbetning. Att vara i flyktingprocess innebär att man fortfarande är kvar i sitt trauma. Ska man sedan avvisas finns en påtaglig upplevelse att återvända in i trauma. Man kan inte lägga något bakom sig och gå vidare när man är mitt i det. Den som nyligen fått PUT har inte en psykologiskt stabil grund att stå på för detta arbete. Dessutom finns tillräckligt med andra negativa faktorer som gör att undanröjda trauma inte är tillräckligt, vilket min studie visar. En



terapi kring trauma kan tvärtom innebära en sekundär traumatisering och aktivering av skamkänslor. Kulturella svårigheter är ytterligare en faktor (se 8.2.6). Senare i livet under trygga omständigheter kan det bli etiskt möjligt. Ytterligare en dimension är den *estetiska*! Vi rör oss i olika domäner som terapeuter, en domän innehåller lagar och skyldigheter som jag beskrivit här ovan. En annan domän är den terapeutiska med olika förhållningssätt och ställningstaganden. Till dessa vill jag infoga en estetisk dimension där konsten – musiken får stå för det som är vackert och lockar fram det kreativa och vackra hos människan! I min studie har jag sökt utveckla en musikterapi metod där detta är möjligt att erbjuda på barnets villkor. Musikens estetiska dimension erbjuder också möjligheter att bryta skammens förflamning med värdighet och dignitet. Den musikaliska utövningen, det musikaliska uttrycket och samspelet pekar inte nödvändigtvis ut skammen och behöver heller inte ta sin utgångspunkt i skammen. Empiriskt visar det sig att redan i de första trevande försöken i samspel med tillfrisknande barn som har kvarstående uppgivenhetssymtom att vi får ett klingande resultat som blir ett musikaliskt uttryck med estetiska kvalitéer. De kommenterar samspelet med att det låter bra eller ger emotionella värderingar om musiken vi spelar. En djup skam är inte enkel att prata sig ur, förutom ett gott språk behöver man känna respons och acceptans från betydelsefulla andra, en acceptans som måste erfaras och införlivas (Skårderud, 2001). Förutom värdighet, ära, heder bör vi ställa självacceptans mot skammen! Självacceptans handlar om kärlek till sig själv och frigör från skammen. Musiken mobiliserar förhoppningsvis inte skamkänslor men kan ge möjligheter att bryta skammens förflamning med värdighet och dignitet.

### **11.3 Respons/kontakt**

De flesta barn med uppgivenhetssymtom får blanddiagnoser där depression är en av dem. Den diagnosen får också de flesta av dem innan de går in i uppgivenhet. Det är också min bedömning, att de under den period min studie pågick, är depression som diagnos relevant på väg ut ur uppgivenhet. Ett stort antal av de barn med uppgivenhetssymtom jag arbetat med har gjort aktiva självmordsförsök innan sin period av uppgivenhet. En kombination av skam, depression och hopplöshet leder till att man inte står ut och livslusten försvinner. I en tänkt depressionskurva är de initialt relativt aktiva och med förmåga till självskada innan de kommer längre ner på kurvan in i apati och uppgivenhet. Det är denna del av depressionen som Engström (2005) benämner som katatonisk vilket innebär just apati. När barnet av olika anledningar tillfrisknar kommer det att passera det aktiva och det destruktiva stadiet igen inom depressionen och den tänkta kurvan. Barnet blir då i uppvaknandet mer medvetet om sig

självt och sina känslor. Depression och skam blir en tydlig del av livet. Som terapeut bör man vara mycket medveten om att terapi är en del av denna process som i sin helhet är positiv men innehåller risker för ökad självdestruktivitet och aktivering av skam och tidigare trauma. För barnet är det också en motsägelsefull process där vi utifrån ser ett tillfrisknande barn med ökad kontakt, respons, mimik etc. och som dessutom förväntas tillgodogöra sig ett positivt besked om PUT medan barnet självt upplever sin depression allt tydligare. I mina kommentarer och i spalten för respons/kontakt (10.2) visar jag på en progression där min bedömning är att utvecklingen går relativt snabbt när det gäller kvalitén på kontakt. Tre av fyra ger både ögonkontakt och verbal respons inom fem sessioner vilket handlar om fem – sex veckor. I min erfarenhet inom psykiatri i arbete med andra depressionspatienter är det anmärkningsvärt med tanke på att de inte medicineras och med tanke på det livshotande tillstånd de befunnit sig i med uppgivenhet. Mot detta kan man vända att det ändå gått en tid, ibland några månader efter PUT, innan jag gör denna studie. Kanske är det därför den fjärde pojken inte följer samma mönster i progression då han inte fått den tiden innan studien. Jag tror den tiden är av värde i deras progression men kan ändå se en acceleration och påtaglig förändring i de fem sessioner jag beskriver. Den positiva förändringen är också av stort värde för hela familjekontexten då det befriar till kommunikation och en upplevd ökad livskvalité för alla i familjen.

I spalten (10.2) kan man se att kontakt med ögon och verbalt språk kommer sist. Det innebär ändå inte att kontakt saknas dessförinnan. Barnen tar i hand, de observerar omgivningen, de ler och skrattar och det verbala förgås av huvudrörelse som svar. Till detta kommer all kommunikation med musik som jag snart återkommer till. Ett exempel är ändå pojken P2 som använder lyran för att spela *ja och nej* på olika strängar innan han vågar prata. Lyran blir på ett sätt ett kommunikativt övergångsobjekt i hans utveckling av kontakt. Min slutsats av detta är att en kommunikation är möjlig att upprätta utan gängse språk och ögonkontakt. Jag gör också en bedömning utifrån de mönster jag ser och intervju att det som är ett hinder för ögonkontakt och verbalt språk är känslan av skam. Barnen hänger med huvudet till en början med små försök att titta upp, ge kontakt och senare när de lyft sitt huvud vänder de bort sitt ansikte eller blicken när situationen blir för svår, påminner om trauma eller på annat sätt upplevs för nära. Den fjärde av de fyra barnen och som inte har samma progression befinner sig förmodligen i ett tidigt stadium av sitt uppvaknande, ger ingen ögonkontakt och talar inte men ser sin omgivning, rör på sig och väljer att vända sig bort. På så sätt visar han också när det blir för svårt för honom eftersom han vänder sig till sin mor, till trygghet.

#### **11.4 Motorik/kroppsspråk**

Denna kategori överlappar föregående då kroppsspråket framförallt ger uttryck för kontakt. Det är ändå intressant att se hur motorik och kroppsspråk utvecklas parallellt med ökad kontakt och ökat intresse att tillgodogöra sig omgivningen. Efter en lång tid av uppgivenhet där kroppen varit passiv med funktionsbortfall, muskelförtvining och isolering från intryck blir den första utvecklingen mycket likt ett spädbarns. Barnen jag möter klarar ej att styra sina muskler och motorik. De blir klumpiga i sina rörelser. De kan inte gå och körs i rullstol. De matas via sond eller med flytande föda av sina föräldrar och använder blöja som föräldrar måste byta. Mönstret är rätt så lika för alla fyra med låg muskeltonus, långsamma rörelser och sparsam mimik. Vartefter de börjar röra sig, och som framgår i mina filmer, så är det i samband med instrumentalspel. Det innebär att finmotoriken kommer igång först. Men även där finns en process från att använda hela handen till mer fin fingermotorik med ett till flera fingrar. I melodispel och på gitarr och trumma kommer även koordinationen till utveckling i samspel med oss andra.

Jag ser att musiken fyller fler funktioner i dessa sammanhang med både kontakt och motorik. Musiken ger möjlighet till kommunikation i preverbalt stadium, det lustfyllda i musiken och i samspel ökar motivationen. Motivationen behövs extra mycket när både muskler och den psykiska orken säger ifrån. Musiken får också en funktion som motor i spelet som ger energi. Rytmen, flödet i sången, formen med en början och ett slut i kombination med samspel gör att uthållighetens gränser flyttas och barnet får en känsla av att ”det jag gör fungerar”. Som jag skriver i min kommentar, så framgår det när man snabbspolar filmer på barnen att kroppen i stort förblir stilla medan dels händer och fingrar rör sig alltmer och även huvudrörelse och mimik utvecklas. Det kan tyckas att denna obalans i kroppslig utveckling är olycklig och att musikterapi bör tillgodose övrig utveckling. Naturligtvis är det fullt möjligt och detta sker också, dock utanför denna studie. Till det vill jag ändå tillfoga att då barnen i studien upprättat en kontakt med sin närmaste omgivning ökar deras motivation till egen spontan utveckling som gör att de aktiverar sig, leker och börjar skola vilket dessutom är en normalisering för dem.

#### **11.5 Musik/spel**

Jag redovisar olika kategorier i spalter och hur de bildar mönster. Musiken redovisas för sig under ”musik / spel” men finns med i bakgrunden till de övriga kategorierna. Mitt intresse har

varit att studera musikens funktion utifrån två aspekter. Dels valet av instrument med tanke på klang och ljudstyrka och dels förmåga att relatera musiken till andra i samspel. De två aspekterna bygger på mina frågeställningar om utvecklande av metod och hur jag kan nå en responsivitet i samspel men även utifrån de teorier jag redovisat om introvertism, premorbiditet, arousalnivåer samt traumatisering. Resultatet är inte överraskande, det är normalt att värja sig från intryck av många olika slag när man har en depression eller mår psykiskt dåligt. De här barnen värjer sig inte bara från starka ljud men även från ord som aktiverar minnen och dåliga känslor. Om de undviker andra intryck som t.ex. visuella intryck har jag inte studerat. Man kan diskutera huruvida deras undvikande av blickkontakt är att undvika visuella intryck eller som jag påstår ett undvikande av skamkänslor eller om det är varianter av samma sak? Barnen väljer på ett tydligt sätt den mjuka klangen i lyran dels i början under var session men även i början av min studie. Det finns en klar parallell mellan deras psykiska utveckling i flera avseenden och hur de använder instrument. Jag ser att de blir mer öppna i kontakt, mer verbala, mer samspelta och mer aktiva och går samtidigt från det tonsvaga, mjuka till bygelgitarren och djembetrumman. Bygelgitarren är både starkare i ljud med sina elgitarsträngar och inbjuder till samspel då den är byggd för sångackompanjemang och ger möjlighet till nära samspel med två spelare på samma instrument. Till skillnad från lyrans mjuka pentatonik ger gitarren en färdig dur-klang. Djembetrumman inbjuder både till samspel och tydlighet i spel och rytm och är ganska tonstark. De tonstarkare instrumenten innebär att man tar mer plats (ljudligt) i rummet och även gentemot andra i samspel. Det kan ge en jagstärkande effekt: ”jag hörs, alltså är jag”! Jag kan även se att variationen i både tempon och rytm utvecklas bl.a. från det långsamma till snabbare tempon hos tre av pojkarna.

Är det här då typiskt för de barn jag studerar? Kan jag dra slutsatser att de mönster jag ser är ett resultat av apati, trauma, premorbiditet etc? Jag har ingen jämförelsegrupp med barn ur en normalvariation men kan jämföra med den erfarenhet jag har av musikterapi med andra barn och ser då en markant skillnad då pojkar i dessa åldrar definitivt föredrar mer ljudliga instrument som djembe, trumset eller el-förstärkta instrument. Den äldsta pojken i min studie har även gett fortlöpande förklaringar hur han reagerar på ljud och tempon, positivt och negativt vilket stämmer med mitt resultat. Det som också styrker min slutsats i detta moment är att barnen väljer aktivt, säger till vad de vill och säger ifrån. De kan byta från ett tonsvagt till ett mer ljudligt för att nästa gång vilja byta tillbaka igen. Det utesluter risken att jag som terapeut styr dem i val av ljud/instrument. Hur ska man förstå det faktum att barnen utvecklas snabbt i min studie vilket tar sig uttryck att de blir mer flexibla i instrumentval,

tempoförändringar, mer rytmer och improvisationer? Det kan kanske vara kopplat till det stöd de får av familjen i samspel. Det kan även tyda på att den låga nivå av arousal de visar har ett samband med den aktuella stressen och uppgivenheten och mindre till introverta personlighetsdrag och premorbiditet (som förmodas finnas kvar). Precis som det krävs ett antal faktorer för att barnen ska drabbas av uppgivenhet så tycks det finnas likheter med låg arousalnivå och val av ljud/klang.

Jag har studerat den respons barnen ger i allmän kontaktförmåga, dels i form av kroppsspråk, tal och ögonkontakt men även i förmåga till musikaliskt samspel. De fyra kategorierna överlappar varandra i betydelse men kanske även kompletterar varandra. Också det är en grund för musikterapi där det icke verbala kan ge möjlighet till uttryck. När orden blockeras av olika känslor som dels handlar om skam, känslor i uppgivenheten som man inte vill bli påmind om och dels ovanan att våga använda sin röst, att ta plats ljudligt i rummet, i familjen, med vilja och uttryck. Jag använder mig av Schumachers modusnivåer som är utformade för en annan klientgrupp där progression kan förväntas vara mycket långsammare. Här blir det ett verktyg att användas för bedömning i rent studiesyfte. Utvecklingen, när det gäller samspeleffektivitet, har gått snabbt fram under en begränsad tid hos alla utom P4. Det är som jag ser det ett antal faktorer som samverkar till detta. Med rätt intoning enligt ovan nämnda arousalnivåer, med respekt för barnets egen vilja och möjlighet till progression får barnet/tonåringen goda möjligheter att själv ha kontroll över sin utveckling. De har styrt i instrumentval, dynamik, klang, tempo, rytm, intensitet och varaktighet och balanserat denna kontroll med lusten att spela, att upptäcka nya möjligheter, kanske en väg ut ur apati, ett *värdigt* sätt att bryta sig loss ur uppgivenhet och skam som förlamar. En intressant jämförelse är att späda barn tillskrivs just sådana kvalitéer i sin tidiga musikaliska utveckling (Sundin, 1984) och i sin utvecklingspsykologiska utveckling (Stern, 1991). En annan och lika viktig faktor är relationen i familjen och framförallt till modern. Att få ett fungerande samspel med föräldrar och även syskon har varit avgörande. Inget barn av de jag träffat har fått ett påbörjande uppvaknande ur apati bara pga. ett skriftligt besked till familjen med PUT. Papperet som är mycket avgörande för föräldrarna tycks sakna betydelse för barnen. Först när pappa och f.f.a. mamma börjar återvända till livet känslomässigt och i handling reagerar barnet med att sakta resa sig. Jag har nu sett den processen påskyndas och dessutom med en annan kvalité när förälder och barn med glädje i ansiktet spelar tillsammans.

Det framgår under 10.4.3 att relationen till mor och hennes mående är viktigt. P3 har ofta berättat om sin oro för mor, P1 och P2 har med hjälp av en tiogradig skala, i musikterapisession, värderat "att mamma blev glad" till 8-9 poäng och där PUT eller flytt från förläggning till egen bostad var värt 3-5. P4 bekräftar detta, om än negativt, under 10.4.3, den sista sessionen då all kontakt och samarbete uteblir när modern "avstår" att samspela! Ett fungerande samspel i rätt arousalnivå kan då fungera salutogent ur en patogen livssituation. Det musikaliska samspelet blir en "preventor" istället för "stressor".

Barnens relaterande till ljud/klang blir extra intressant när jag bedömer deras förmåga till samspel. Jag kan jämföra barnen med varandra och även se på deras egen process från session till session. Jag studerar även mina egna skrivna kommentarer till kapitlet. De olika processerna/sessionerna innehåller känslomässiga kommentarer och värderingar dels i förhållande till person och dels i förhållande till musiken i form av tempo, kontraster, instrument och ljudnivå. Man kan se en parallellitet i processer när det gäller relaterande till sig själv, till andra (medspelare) och till musiken och därmed i ökad förmåga till samspel. Ordet samspel får här en innehållsmässig dubbel betydelse i musik och mänsklig relation. Samspelet innehåller här även en utveckling av förmåga till improvisation i musiken, att göra val. Denna kombination av ökad förmåga av att göra val och uttryck av vilja leder förhoppningsvis till ökad livskvalité och bättre förmåga i relationer.

## **11.6 Familjemönster**

Jag har i min studie försökt påvisa sambandet och vikten av samspel i relationer inom familjen. Det jag kunnat observera utifrån mitt empiriska material är främst det musikaliska samspelet och vikten av detta. Utifrån intervjuer och teori samt mina egna erfarenheter är barnets psykiska hälsa starkt beroende av föräldrarnas välmående och omsorgsförmåga. Det visar sig också att då familjer med uppgivna barn får PUT reagerar barnet inte med någon omedelbar glädje. Övriga familjen inklusive syskon reagerar positivt. De berättar och visar papper på uppehållstillstånd. Därefter kan det gå en till tolv månader innan ett tillfrisknande kommer och först då livet normaliseras och föräldrarna mår bättre, börjar undervisning i svenska etc. Som jag tidigare beskrivit är föräldrarna själva traumatiserade av bl.a. våldtäkter, krig eller trakasserier. De flesta har depressioner, har gjort självmordsförsök och tappat hoppet på framtiden. Ett fungerande samspel både i relation och musik är av högsta värde. Terapeutens roll att initiera och ge verktyg för samspel i musiken är förmodligen avgörande. Det som sedan händer i samspelet är svårbedömt. Är det enbart föräldern som har det

musikaliska initiativet i samspelet eller är det barnet som omedvetet skapar glädje i spelet då det inbjuder föräldern att vara med. Kanske är det en växelverkan mellan de båda som ger en positiv utveckling och bryter en destruktiv förlamning. Det jag kan observera i studien är att barnet samtidigt öppnar sig alltmer för musiken och för relationen med pappa/mamma samt att det sker inom ramen av ett samspel. Resultatet blir hälsobringande, som jag vill benämna salutogent. I en familj, som jag redovisar, där modern gör några ärliga försök med mitt stöd men inte orkar fullfölja uteblir det direkta positiva resultatet, d.v.s. inom tidsramen för min studie. Det resultatet styrker mig i hypotesen att samspelet kan förmedla positiva förhoppningar samt utveckla en responsivitet hos barnet. Responsiviteten skapar möjlighet till kommunikation och för den salutogena processen!

### **11.7 Arousal**

Bodegård gör en indelning av diagnoser (8.2.3) i fyra delar av uppgivenhetssymtom. En annan och mer vanlig uppdelning är: 1. Depression 2. På väg mot uppgivenhet 3. Tillstånd av uppgivenhet (Tunström, 2006). De flesta av barnen med uppgivenhetssymtom får blanddiagnoser i sina journaler där depression är en av dem. Den diagnosen får också de flesta av dem innan de går in i uppgivenhet och är också relevant som diagnos på väg ut ur uppgivenhet. Hur ska man då bemöta en människa med depression? I min erfarenhet, som musikerterapeut, av arbete med deprimerade är bl.a. aktivering viktig, aktiverande musiklyssning eller aktivt samspel på instrument. Den deprimerade har låg energi, låg muskeltonus och söker inte aktivt efter stimuli. Det går dock, erfarenhetsmässigt, att mobilisera kraft och kanske hormonpåslag som gör den deprimerade mer vital och energisk efter ett spelpass på exempelvis djembetrumma.

När jag söker svar på min fråga om den uppgivne behöver aktivering eller avspänning för sin stress ser jag ett gemensamt mönster i min studie. En direkt aktivering fungerar inte, barnen föredrar det tonsvaga före det starka när det gäller dynamik och framför allt i början av perioden. De gör val angående puls, intensitet och varaktighet. Val av intensitet och varaktighet tyder på en försiktighet där de t ex snabbt avslutar ett samspel när de "fått nog". Låg nivå av puls, intensitet och varaktighet var mest förekommande i början av studien för att sedan öka individuellt. Lyran blev det mest framträdande instrumentet. Det fanns även ett inbördes mönster inom varje session där vi kunde börja i den tonsvaga dynamiken för utveckla till starka ljud mot slutet. Speciellt P2 visar att han utvecklas snabbt över perioden. Mot slutet hoppar han över lyran och börjar direkt på Bygelgitarr. På motsvarande sätt som

olika faktorer bidrar till ett uppgivenhetssymtom bidrar olika faktorer till ett tillfrisknande och dessutom till förändring av t.ex. arousalnivå hos barnet. Att barnet aktiveras i spel och blir stimulerat med sina olika sinnen i uppmärksamhet, kinestetiskt, taktilt och kommunikation kan vara en viktig faktor. En annan faktor kan vara själva samspelet med terapeut och familj där barnet måste relatera till sig själv och andra. En tredje faktor kan vara själva musiken som bidrar till lust och motivation då den ger ett ljudligt resultat av tillfrisknandet och samhörigheten i familjen.

Ridder beskriver hur hon använder musik och strukturerade sånger för att reglera arousalnivån till en optimal nivå som en förutsättning för fortsatt möte i musiken (Ridder, 2003). Normalt sett är en stressad människa i ett tillstånd av Hyperarousal och den apatiska i Hypoarousal men mycket tyder på att dessa barn har en komplex blandning av båda där apatin innehåller hög stress med kortisolpåslag, hög puls, hög metabolisering och kroppstemperatur. Man kan jämföra med en anorektisk person som också har massivt funktionsbortfall men som får låg puls och kroppstemperatur. Det jag ändå kan se är att barnen reagerar utifrån en Hypoarousalnivå och värjer sig för att okontrollerat hamna i stress med för mycket av intryck och stimuli. Tydligast i detta är P3 som dels i sin intervju säger: *"Ni kanske ska spela, svagt, ej trumma. Lyra istället"* och *"Ni störde med trumman, lyran bättre – mjuk musik"*. Under sessionerna visar han tydligt hur han väljer bort andra instrument, blir snabbt trött av ljudet och väljer Lyra som har "bättre ljud". P3 vill också ha ett lugnt tempo då det känns bättre i kroppen. Han berättar att olika ljud stört honom under apatin (egna hjärtslag, prat i hemmet) och likaså andra stimuli som t.ex. tryck mot kroppen. P1 väljer även han lyran i första hand under hela perioden och behöver mycket av motivation från mig för att våga något annat. Detta ser jag stärkt i den beskrivning som Kemp gör av introverta människotyper: *"Det som är viktigt är att förstå att introverta har högre arousal-tillstånd, vilket innebär det att de når sin optimala nivå tidigare än extroverta i situationer som involverar hög nivå av arousal. Konsekvensen är att i en krävande miljö är det mer troligt att introverta lider av överstimulans än vad extroverta gör"* (min översättning) (Kemp. 1996, sid. 100).

Det framkommer även att introverta har en högre känslighet för låga auditiva frekvenser och därför föredrar en lägre frekvensnivå och en lägre intensitet. Med andra ord så uppnår den introverta en behaglig nivå av arousal vid lägre nivå av stimulering (Kemp,1996). Hur kan jag då veta att barnen är introverta? Nej, jag har inga starka individuella bevis för just de här barnen. Jag kan däremot med hjälp av triangulering jämföra mina empiriska resultat med de



intervjuer jag gjort och tidigare forskning där det beskrivs i liknande förklaringar av både Bodegård och Währborg. De talar om programmerad överkänslighet och premorbiditet hos barnen. Stern talar om individuella skillnader i barns tolerans för stimulering eller förmåga att reglera upphetsning. Han menar att människor har olika toleranströsklar för olika slags stimulering och att en del människor i första hand är antingen auditiva, visuella eller taktila (Stern.1991). Stern säger också att *"olika stor känslighet för stimulering inom olika modaliteter skulle kunna vara en orsak till felmatchning i reglerandet av upphetsning mellan mödrar och spädbarn"* (Stern. 1991, sid. 200) I intervjuer med föräldrar (13.1-3) bekräftar de att barnen är introverta, känsliga och modersbundna och att det funnits med som en del i barnens uppväxthistoria. Jag vill redan här påpeka att precis som det finns många orsaker som samverkar till uppgivenhetssymtom är det naturligtvis många faktorer som bidrar till tillfrisknande hos barnen, varav jag belyser något av detta i min studie. Att vara introvert eller bara en inåtvänd person räcker inte i kombination med trauma för att åstadkomma ett uppgivenhetssymtom. Det finns t ex inte något känt fall bland de ensamkomna barnen av uppgivenhetssymtom. Det finns m. a. o fler faktorer som påverkar varav jag vill belysa något mer längre fram.

Musikterapeutiskt har jag fångat upp vad jag observerat i en session, eller hos ett barn, för att utforma en musikterapeutisk ide som jag vill utforska i kommande sessioner och i förhållande till de andra patienterna jag möter, alltså med en ansats i grundad teori. Gängse metoder och förhållningsätt inom musikterapi, vilket jag redan beskrivit (8.1) blir här naturliga i mötet med patienterna. En känslighet för deras behov som kan beskrivas med *intoning* och att möta dem där de är, i det de är, enligt iso-principen förefaller som självklar. Man kan därför invända att det jag visar på, inte är något nytt. Rent intuitivt och i sin profession som musikterapeut gör man förmodligen samma sak eller väldigt lika utan en studie men jag ser att jag med "forskarögon" är mer konsekvent i min praktik, jag ser det mer systematiskt i kategorier och mönster och jag ökar min kunskap väsentligt då jag genom att jämföra med tidigare forskning och intervjuer kan säkerställa mina arbetshypoteser i högre grad. Det innebär förhoppningsvis att jag som behandlare blir ännu tryggare i metod och förhållningssätt i de personliga möten jag har med patienter. Kvalitén på det musikterapeutiska arbetet säkras, jag kan utveckla idéer och metoder för förebyggande arbete samt förmedla kunskaper i undervisning och handledning. Det fanns hypoteser och idéer jag sökte utveckla enligt grundad teori för att sedan se om de bildade mönster. Som exempel använde vi oss av en "tonslinga" som uppstod i kreativt samspel med en av patienterna. Den var ett exempel på hans eget tankemönster

under uppgivenhetsperiod. Patienten själv valde bort den i takt med tillfrisknande. Han skyddade sig själv eftersom det påminde honom om ”det dåliga”. Tonslingan blev användbar som ett ostinato men blev intet mer. Inga andra patienter kunde anknyta till den i sina erfarenheter. Den kunde eventuellt utgjort en kategori men skapade inget mönster!

## 11.8 Skam

Frågan om vilken typ av kontakt barnen ger i kroppsspråk, motorik, med ögon och i tal och andra uttryck vill jag belysa utifrån begreppet *skam*. Jag har i tidigare kapitel talat om heder, värdighet, stolthet etc. i förhållande till skam. I intervju har P3 tydligt berättat om detta, om skammen i familjen och egen skam. De systematiska våldtäkter som regelbundet används i nutida krigsföring har just det syftet, att skända kvinnan, vanära och splittra familjen, få dem att förlora sin heder och gå i flykt. Att man sedan tvingar barnen att se på stärker bara känslan av skam. Det blir dessutom tabu och benämns aldrig mer inom familjen. Jag har även beskrivit skammen familjen känner i att vara flyktingar, asylsökande i Sverige, bli ifrågasatta etc. Familjen och kollektivet är viktigare än individen och viktigare än barnet, s.k. holistisk kultur. Barnet offras (Ahmadi & Hessle, 2006)! Relationen mor- barn, förälder - barn blir traumatiserad. Skammen blir en tydlig signal på att relationen är skadad. Barnet som är en förlängning av modern har sin trygghet i detta att modern mår bra, att modern fungerar och att relationen fungerar. Barnet hänger med huvudet, blir uppgivet, vägrar tala och äta. Det framgår tydligt i de filmsekvenser jag analyserat hur kontakt, kroppsspråk och f.f.a ögonkontakten signalerar skam. Det är ”rödljus” för relationen. I samspelet har dirigenten (Mor eller/och Far) ramlat av pulpeten. Finn Skårderud beskriver ”Skammens stemmer” och nämner bl. a depression, tysthet, och den som är ”nummen”, d.v.s. en känsla av bedövning/förlamning, att inte ha kontakt med sin kropp och känslor (Skårderud, 2001). Han använder uttrycket *Aleksitymiens steinmaske* (stenansikte) och han menar att inom psykiatri så må vi sätta självacceptans mot skammen. Man behöver känna respons och acceptans från betydelsefulla andra, en acceptans som måste erfaras och införlivas. Självacceptans handlar om kärlek till sig själv och frigör från skammen. För att ge barnet upprättelse måste vi alltså se till helheten och relationen i familjen. Vi måste möta dem i den helhetssyn, holistiska kultur de befinner sig. Jag har gjort ett antagande om sampel där individens skapande är med som en förutsättning, jag vill utveckla en responsivitet i samspelet där relationer kan (åter-) upprättas och individen, barnet kan acceptera sig själv, få en egen värdighet gentemot skammen. När barnet inte längre behöver signalera skam i sin respons eller kontakt uppstår värdighet, dignitet och möjlighet till salutogena processer i familjen. Det är också min

övertygelse att de aktiverande metoder, för familjer med uppgivna barn som rekommenderas inom vården, just har denna gynnsamma effekt på hela familjen att inte bara mobilisera till aktiviteter utan ger familjen ett värde där de kan känna värdighet och återfå något av sin heder. När familjen på så sätt blir bekräftade och synliga vittnar de om att hoppet inte överger dem.

### 11.9 Sammanfattning

I sökandet efter att utveckla metod och terapeutiskt förhållningssätt med musikterapi för barn med uppgivenhetssymtom är min slutsats följande:

Barn med uppgivenhetssymtom har en hög stressnivå med hög puls, kroppstemperatur och metabolisering. De har PTSD och ett genomgripande funktionsbortfall i sin uppgivenhet. De beskrivs med en programmerad känslighet. I mötet med musik eller andra intryck värjer de sig och man kan se att de har hög känslighet för arousal vilket innebär en låg arousalnivå. De blir lätt överstimulerade, de värjer sig för starka ljud, skarpa klanger, hög intensitet, puls och varaktighet. En terapeutisk okänslighet för detta kan innebära nya blockeringar, utebliven kontakt, aktivering av trauma (t ex hörselrelaterade minnen) och skamkänslor. Metodologiskt blir det musikerapeutiska begreppet *intoning* en förutsättning i musikterapin. Trygghet och tillit är också en förutsättning och musik eller valet av musikinstrument med dess olika kvalitéer får inte rubba denna tillit. Jag drar även slutsatsen i min första frågeställning att *samspel* har en framträdande funktion i metodutveckling vilket jag beskriver här nedan.

Min andra slutsats är också ett svar på min andra frågeställning:

I min studie har begreppet *skam* fått en framträdande betydelse. Dels utifrån intervju, men också via litteratur och framgår tydligt i analys av film. Skam, vanära och en känsla av otillräcklighet, hjälplöshet, att inte duga är framträdande hos många asylsökande familjer. Ära och heder har kränkts i form av våldtäkter, p.g.a. blodskam eller trakasserier av minoritetsgrupper etc. I holistiska kulturer där familjen, släkten eller klanen är viktigare än individen offras barnet omedvetet. Relationen mor – barn blir traumatiserad och barnet signalerar skam, en kollektiv skam som blir lagd på individnivå, koncentrerad på individnivå. I min studie har jag haft som målsättning att uppnå en responsivitet i samspel där individens skapande är en förutsättning. Syftet är att medverka till upprättelse och förmedla en känsla av värdighet i ett samspel inom familjen, där barnet inte längre behöver signalera skam och där patogena processer kan växla till salutoga. I samspelet kan relationer återupprättas där barnet återgår från objekt till subjekt, från skam till självacceptans. En sådan relation, ett

sådant (musikaliskt) samspel innehåller kvalitéer som lust, lek och upplevelse. Studien visar att det är möjligt, i nära allians med familjen, skapa ett musikterapeutiskt samspel där individen framträder kreativt i betydelsefulla relationer och i återupprättandet av dessa. Förutsättningen för att nå denna responsivitet hos det uppgivna barnet är detsamma som svaret i min första slutsats!

Vilken pragmatisk betydelse får då denna studie? Studien i sig är ganska liten och antalet personer som ingår i den är få. Det vetenskapliga värdet kan naturligtvis ifrågasättas. Skulle ett större antal "försökspersoner" ge ett säkrare resultat, skulle andra mönster visa sig. Hade resultatet varit annorlunda om det varit hälften flickor eller om vi funnit svenska barn med uppgivenhetssymtom? Enligt grundad teori är det inte mängden personer som avgör kvalité i resultatet, däremot bör man upprepa sina forskningsförsök till det uppstår en teoretisk mättnad. Bland de fyra barn jag träffat fanns ändå en som inte följde mönstret mer än delvis. Den avvikelser får betydelse i min tolkning av samspel men visar inte någon avvikelse när det gäller reaktion på ljud kontra arousalnivå. Betydelsen av metodutveckling är oerhört viktig för mig som musikterapeut och för musikterapi. Förutom att själva resultatet är intressant som ett forskningsresultat påverkar det mig direkt i praktisk tillämpning av musikterapi. Det utvecklar mitt förhållningssätt, det ger mig en större trygghet i arbetet med barnet och familjen. Jag kan i praktik tillämpa och vidareutveckla min metod även efter individuella behov. En påtaglig och värdefull effekt är att det ger en ökad kvalitetssäkring vilket ständigt efterfrågas inom sjukvården. I relation till föräldrar, till kollegor och till arbetsgivare kan jag informera och förklara vad jag gör och varför. Som musikterapeut inom sjukvården har jag även ett ansvar att föreläsa, handleda och utbilda där min kunskap och forskning både kan förmedlas och ger en ökad kunskap för musikterapi och musikterapeutens roll. Dessutom öppnar ny vetenskap möjligheter i mötet med andra patientgrupper som på ett eller annat sätt är närbesläktat, vilket jag redan erfarit. Det kan röra sig om barn med depressioner, tonårsflickor med livsleda och självdestruktivitet eller patienter med anorexi. En fortsatt eller fördjupad forskning kan mycket väl vara inriktad på just dessa grupper. Finns det likheter i uppgivenhet hos flyktingbarn och anorektiska barn och hur påverkar det val av musikterapi? Är det likheter i känslighet för klang och ljud med tanke på arousal? Fyller samspel samma funktion i en svensk familj med anorexibarn som hos de flyktingfamiljer jag möter? Det skulle också vara intressant att upprepa min egen studie med fler barn för att säkerställa resultatet ännu mer. Ytterligare en inriktning som intresserar mig

mycket är om det musikaliska samspelet får en helt annan betydelse i holistisk kultur än i en mer västerländsk individuell kultur, både för gruppen och för den enskilde individen?

### **11.10 En slutreflexion**

När ett land i södra Europa tar emot flyktingar måste de bevisa sin arbetsförmåga, sin kompetens, sin värdighet för att få stanna och få ett arbete. Sverige (under den period min studie omfattar) har haft helt andra grunder i sin asylpolitik. Enbart flyktingskäl har sällan räckt och de flesta som får asyl får det på humanistiska skäl d.v.s. på grund av ohälsa vilket ofta ska styrkas med intyg från psykiatri. Två olika sätt att bemöta människor, två olika synsätt. I anglosaxiska länder talar man inte om "sjukvård" utan om hälsovård t. ex "Mental Health". Att få förmånen att i ett musikaliskt samspel locka fram en annans människas resurser ger helt andra möjligheter. Jag har i detta arbete, jag redovisat, inte fokuserat på flyktingbarnets trauma för att bearbeta det som var trasigt. I ett salutogent samspel har jag varit delaktig i en process där familjens och individens egna resurser och skaparkraft lockats fram. I en tid där begreppet "musik och hälsa" får en allt större plats ser jag min nya kunskap som en resurs i förebyggande arbete med musikterapi.

## 12 REFERENSER

- Ahmadi, Nader; Hessle, Marie (2005)** *Rapport 2005:2 Asylsökande barn med uppgivenhetssymtom – kunskapsöversikt och kartläggning*. Statens offentliga utredningar. (SOU) Sundbyberg.
- Ahmadi, Nader; Hessle, Marie (2006)** *Rapport SOU 2006:49 Asylsökande barn med uppgivenhetssymtom – trauma, kultur, asylprocess*. Statens offentliga utredningar (SOU). Stockholm.
- Ahmadi, Nader; Hessle, Marie (2006)** *Rapport SOU 2006:114 Asylsökande barn med uppgivenhetssymtom – ett svenskt fenomen åren 2001 - 2006*. Statens offentliga utredningar (SOU). Stockholm.
- Alvesson, Mats & Sköldberg, Kaj (1994)** *Tolkning och reflektion, Vetenskapsfilosofi och kvalitativ metod*. Studentlitteratur. Lund
- American Psychiatric Association (1999)** *DSM-IV, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth edition*. American Psychiatric Association. Svensk översättning, Kristianstad 1999
- Bodegård, Göran, (2005)** *Barn med svåra uppgivenhetssymtom – apatiska barn med depressiv devitalisering*. Psykisk hälsa 3:2005, Temanummer: Apatiska barn. Stockholm
- Carlsson, Bertil (1991)** *Kvalitativa forskningsmetoder för medicin och beteendevetenskap*. Almqvist & Wiksell, Falköping
- Dahlgren, Lars & Starrin, Bengt (2004)** *Emotioner, vardagsliv & samhälle : en introduktion till emotionssociologi* Liber. Malmö
- Edlund, Håkan (1997)** *Gruppverksamhet med traumatiserade flyktningbarn och familjer - En beskrivande utvärdering av ett metodutvecklingsprojekt*. Barn och Ungdomspsykiatri BUP, Västerås
- Ekström, Pär, (2005)** *State-dependent learning: Sekundär traumatisering hos behandlare, självskattning i ett inducerat tillstånd*. SFKH, Svenska föreningen för Klinisk hypnos, Psykoterapiprogrammet. Göteborg
- Forss Wärja, Margareta (1999)** *Musikterapi*. I **Grönlund, Erna & Alm, Annika & Hammarlund, Ingrid (Red)**. *Konstnärliga terapier. Bild, dans och musik i den läkande processen*. Natur och Kultur. Stockholm
- Guvå, Gunilla & Hylander, Ingrid (2003)** *Grundad teori – ett teorigenererande forskningsperspektiv*. Liber AB. Stockholm
- Hammarlund, Ingrid et al (1999)** ). *Konstnärliga terapier. Bild, dans och musik i den läkande processen*. Natur och Kultur. Stockholm
- Kemp, Anthony E, (1996)** *The Musical Temperament – Psychology & Personality of Musicians*. Oxford University Press, Oxford

- Larsson, Staffan (1994)** *Om kvalitetskriterier i kvalitativa studier.* I **Starrin, Bengt & Svensson, Per-Gunnar (Red.)** *Kvalitativ metod och vetenskapsteori; Om kvalitetskriterier i kvalitativa studier.* Studentlitteratur. Lund
- Mattus Evangelium, (2001)** *Evangelium enligt Matteus 9: 1-8, En lam man i Kafarnaum botas.* Libris. Örebro
- Ochsner Ridder, Hanne Mette (2003)** *Singing dialogue. Music therapy with persons in advanced stages of dementia. A case study research design.* Institut for Musik og Musikterapi, Aalborg Universitet
- Seligman, Martin E. P. & Csikszentmihaly Mihaly (2000).** *Positive Psychology.* American Psychologist, vol.55, no 1
- Shumacher, Karin & Claudine Calvet-Kruppa (1999).** *The "AQR"-an Analysis System to Evaluate the Quality of Relationship during Music Therapy.* Nordic Journal of Music Therapy, 1999, 8(2). Högskolan i Sogn og Fjordane, Sandane. Stavanger
- Skårderud, Finn (2001)** *Skammens stemmer – om taushet, veltalenhet og raseri i behandlingsrommet.* Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 1613-7, Oslo
- Smeijsters, Henk. (1997)** *Multiple perspectives. A Guide to Qualitative Research in Music Therapy.* Barcelona Publishers. Gilsum, USA
- Starrin, Bengt & Svensson, Per-Gunnar (Red.)** *Kvalitativ metod och vetenskapsteori; Om kvalitetskriterier i kvalitativa studier.* Studentlitteratur. Lund
- Stern, Daniel N (1991)** *Spädbarnets interpersonella värld, ur psykoanalytiskt och utvecklingspsykologiskt perspektiv.* Natur och Kultur, Lund
- Sundin, Bertil (1984).** *Barns musikaliska utveckling.* Liber, Lund
- Swallow, Michael. (2002).** *Neurology. The brain – its Music and its Emotion: The Neurology of Trauma.* I **Sutton, Julie P. (Red)** *Music, Music Therapy and Trauma, International Perspectives.* Jessica Kingsley Publishers. London
- Tunström, Andreas. (2005)** *Barnpsykiatriskt arbete med asylsökande - En plattform för BUP i Stockholms län.* Stockholms Läns Landsting, Stockholm
- Tunström, Andreas. (2005)** *Asylsökande barn med uppgivenhetssyndrom - några reflexioner.* Psykisk hälsa 3-2005, Temanummer: Apatiska barn. Svenska Föreningen för Psykisk Hälsa. Stockholm
- Tunström, Andreas. (2004)** *Barn som gett upp: Enkät angående asylsökande barn som vårdats på barnpsykiatrisk klinik under 2003.* Stockholms Läns Landsting, Flyktingenheten, BUP, Stockholm
- Tunström, Andreas. (2006)** *Asylsökande barn med uppgivenhetssymtom -bakgrund, teorier och frågeställningar* Föreläsning 060531, Integrationsenheten Västerås.

**Wigram, Tony & Nygaard Pedersen, Inge & Bonde, Lars Ole (2002).** *A Comprehensive Guide to Music Therapy. Theory, Clinical Practice, Research and Training.* Jessica Kingsley Publishers, London

**Währborg, P. (2006)** *Föreläsning 060310: Asylsökande och uppgivna barn – ett stressperspektiv.* Nationella nätverket för arbete med asylsökande inom Barn- och ungdomspsykiatri. Stockholm

**Yman, Urban (1999)** *Musikterapi – symbolisering och förändring.* I **Grönlund, Erna & Alm, Annika & Hammarlund, Ingrid (Red).** *Konstnärliga terapier. Bild, dans och musik i den läkande processen.* Natur och Kultur. Stockholm

**Åsberg, Marie (2005)** *Föreläsning, Barnläkarföreningen, Akademiska sjukhuset, Uppsala 050429*

## 12.1 Referenser Internet

**Engström, Ingemar, (2005)** *Apatiska barn inget mystiskt,* Internet  
<http://www.gp.se/gp/jsp/Crosslink.jsp?d=119&a=223679>

**Centrum för Klinisk Forskning, CKF.**  
([http://www.ltv.se/LTV\\_default\\_4361.aspx](http://www.ltv.se/LTV_default_4361.aspx))

**Förbundet för Musikterapi i Sverige, FMS** *Hemsida.*  
<http://www.musikterapi.se/index.html>

**Pavalisa G, Papa J & Pavic L (2006).** *Bilateral MR volumetry of the amygdala in chronic PTSD patients.* Refr-nr, PMID: 17058525  
<http://www.pubmed.gov>

**Smith, ME, (2005).** *Bilateral hippocampal volume reduction in adults with post-traumatic stress disorder.* Refr-nr, PMID: 15988763  
<http://www.pubmed.gov>

**Wikipedia – den fria encyklopedin** *Salutogenes*  
<http://sv.wikipedia.org/wiki/Salutogenes>

## 12.2 Övriga referenser

**Nilsson, Kent W (2006)** *Gene-Environment Interaction in Adolescent Deviant Behaviour.* Uppsala University, Interfaculty Units, Centre for Clinical Research.  
<http://publications.uu.se/theses/abstract.xsql?dbid=6536>

**Währborg, P. Et al, (1982)** *Familjeterapins grunder : ett interaktionistiskt perspektiv, baserat på system-, process- och kommunikationsteori.* Natur och Kultur, Lund

**Währborg, P. (2002)** *Stress och den nya ohälsan.* Natur och Kultur. Stockholm



## 13 Intervjuer - bilagor

### 13.1 Bilaga 1: Intervju med P1 mamma

*Hur kan Mamman förklara att just P1 Blivit uppgiven när mindre syskon är aktiva, leker och går till skolan?*

Mindre barn förstår ej men påverkas ändå, dålig sömn t ex. Äldre barn är mer medvetna. Långa väntetider! Vi har väntat i tre år, det tar hårt. Okunskapen om vad som ska hända, att inte veta tar hårt.

*Kan vi tala om P1 personlighet för att förstå hans bakgrund och orsaker att han blivit uppgiven.*

Matallergi. Var nervös som barn. Han var ingen nej-sägare och han pratade väldigt lite. Hade svårt i kontakten med sin styvfar i början. Skilsmässan tog hårt på honom. Kunde stå väldigt länge och gnida benen mot varandra så att han blev skinnflådd.

Han gick engelsk inriktning i skolan. Lärt sig engelska här i Sverige men även i Ryssland. Var duktig i skolan, duktig på studier. Kom ofta hem och grät och när vi frågade varför så svarade han att inte vet eller så var han bara tyst.

Musik har inte funnits i familjen, många barn studerar musik från första klass i Ryssland men det fick inte jag (mamman). Det var mest läkare eller lärare inom familjen. P1 gillar lite klassiskt och pop, inte rock och inte för mycket ljud. Lyssnat på musik från Tv: n

*Jag är intresserad av barnens personlighet om de är introverta eller extroverta.*

Han var inomhus mycket, inte aktiv, ingen sport eller fotboll. Han byggde modellplan. Han var introvert, Jag är båda eller sangvinisk, eller jag skulle säga att han är flegmatisk. Biologiska pappan är lika honom.

Han var modersbunden men under hans apati har vi ringt hans far och så har han fått höra hans röst i telefon men det gav ingen respons.

*Hur började hans apati?*

Han började med att sova dåligt, vi sökte läkare men fick bara familjeläkare, ingen specialhjälp. Senare kom vi till BUP i Västerås.

Så vägrade han gå till skolan. Vi hittade honom med ett rep i badrummet då han försökte ta sitt liv.

Han hade varit med en kompis och de blev anklagade för en mopedstöld. Det blev en del av asylutredningen. Han var mycket besviken.

Han kände sig anklagad, han är känslig, att inte bli litad på.

Han var besviken. Kände skam.

Nu kommer vi tillbaka till livet tillsammans

## 13.2 Bilaga 2: Intervju Mor och Far till P2

(tolk)

Vad minns P2 från sin tid som apatisk?

Minns att läkare kom på besök och att Sören kom och spelade. Minns att jag (Mamma) mådde dålig och åkte ambulans. M är själv traumatiserad.

När mamman kom tillbaka från sjukhus och låg för att vila så öppnade P2 hennes ögon, lyfte på ögonlock för att se om hon levde.

P 2 har hela tiden varit känslig och nu har känsligheten tilltagit.

Vi vill beskriva honom som en inåtvänd personlighet. Tar intryck utifrån och vänder inåt, är tänkande.

Har djupa tankar. Syskonet pratar om sina tankar till oss föräldrar men inte P2.

Tar på sig ansvaret, inom sig

Hade inte så många kompisar. Där fanns heller inte många barn men han föredrog att var bredvid Mamma, tätt intill även när vi gick någonstans.

Som liten var han mammabunden och det kan vara naturligt men som större har han en rädsla att förlora mamma. Söker närhet, ska äta bredvid mamma och sova bredvid henne.

När vi nu uppmanar honom att gå ut och leka så ska mamma med. Gäller även om han ska spela fotboll så vill han inte ha pappa utan mamma.

Det finns en känsla att han la sig (uppgivenhet) istället för mamma, omedvetet och då måste vi vara starka. Förstår inte nu efteråt hur jag överlevt de här svåra åren, säger mamma.

Pappa associerar och berättar om en roman han läst i sitt hemland där en mor är svårt sjuk och en pojke bestämmer sig för att låtsas vara sjuk med den effekten att mamman måste vara stark och ta hand om honom.

### 13.3 Bilaga 3: Intervju med P3

A är 17 år och har varit apatisk. A har nu tillsammans med sin familj fått uppehållstillstånd. Han har börjat skolan och återhämtat sig relativt snabbt.

A har börjat berätta om sina inre upplevelser för mig och min kollega, Pär Ekström, som är psykolog i teamet.

A beskriver hur han kände hopplöshet och skam när han misslyckats med sitt självmordsförsök. Han isolerade sig i sina tankar, tänkte på Armenien dit han aldrig ville återvända, han hade mobbats och kunde inte längre gå i skolan. Han tänkte på förövarna. Mamma var arbetslös och sjuk hade våldtagits inför A: s ögon. Pappa hade varit i fängelse och blivit misshandlad. Nu tänkte han på hur han ville dö, ta självmord och han planerade i detalj, när och hur. Tänkte på sin mor när han ville ta sitt liv. Det hindrade honom! Men det fanns tider han inte brydde sig.

Det hela utvecklade sig till en tankekedja där en tanke leder till nästa och nästa och sen börjar om igen. Armenien → Våldet → Självmord → Armenien → etc. A var fast eller blockerad av denna kedja. Tankarna blev ett sätt att vara, att vara i tiden, att få tiden att gå. Han kontrollerade också sin kropp på detta sätt genom att tänka och ligga still.

Vi samtalar om att vara inlåst i kroppen, att vara avstängd.

Kroppen störde honom under apatin, den gjorde ont och störde hans tankar. Han ville inte röra sig, ville ligga still, ville inte bli mer vaken. Vi talar om stress i hjärnan och ökad smärtekänslighet. A var ju känslig för tryck mot kroppen och kände sin tröja (knöglig) i sängen. Han tycker ej om sin kropp.

Han hörde sitt hjärta slå, sin puls, det störde. Försökte tänka på annat.

Tänkte bara bakåt, det var dåligt så länge han minns. Han vet att det var bra tidigare i Armenien men då var han tre år

A blev arg när vi kom ifrån BUP för att aktivera honom, tog upp honom på promenader eller när jag spelade musik för honom. Vi störde henne och bröt hans tankekedja. Nu efteråt tycker han att det var bra men inte då. Kände sig arg och rädd. Vi pratar vad A hört under sin apatiska period. Han lyssnade bara när föräldrarna tjatade att han skulle gå upp, inget annat. Han kunde inte slappna av.

Han har förmågan kvar att kunna stänga av andra, andra ljud, genom att tänka på det som hände i Armenien. Han hör svagt det som händer runt omkring. Får bilder i sina tankar. Han styr inte det men det händer inte i skolan.

Nu när vi spelat tillsammans så reflekterar A efter spelet: "Kändes inte bra att spela, låter ej normalt, rädd att störa"

Han skrattar lite med oss.

Rädd även i andra sammanhang att störa, räcker ej upp handen i skolan.

Diskuterar inte med föräldrar i hemmet. Har inte alltid varit så, men nu.

Han var mer aktiv i skolan innan tiden i Sverige. Är tyst för att inte skada andra och sig själv. Pratade mer innan också.

A har fortfarande en del tvångstankar kvar. Kan bli irriterad om något flyttat något som han lagt på ett bestämt sätt. Han måste då rätta till det. Han känner en rädsla att kliva över tröskeln till skolan. Inte att gå hemifrån eller åka skolbussen men att gå in i skolan. Det har dock blivit bättre. Nu känner han samma hinder att återuppta sitt fritidsintresse med simning. Vi pratar

om skolan i dag i Fagersta Ibland är det svårt att skriva på svenska. Han gick 7 år i skolan innan flykten till Sverige. Svårare i Armenien, för mycket krav där, bra här.

Han fick betyg från 1: a klass, om man ej blev godkänd fick man gå om. Strängare disciplin och man fick stryk.

A har fått stryk men var inte busig. Fick stryk p.g.a. av andra elever och lärare som skyllde på honom, för att han var muslim.

Religionen är blandad och han tillhör en liten folkgrupp utan makt. Där finns muslimer och ryskt ortodoxa. A tillhör en minoritetsgrupp som diskrimineras. Hade en kompis som var Gorani en annan minoritetsgrupp.

A var duktig i skolan, trots allt, tog revansch och han var intresserad av böcker och har alltid varit bokintresserad. Han hade inte mycket kompisar och var heller inte idrottsintresserad.

Ensamvarg? Nej, Vargar är tillsammans! Han var mest för sig själv.

Läser nu? Nej, tappat känslan, inte läst sedan 4: an. Känslan kanske kommer när hon börjat riktig skola, vill läsa på svenska det är lättare

Tänker på svenska, drömmer på Armeniska.

Finns inget att säga om andra apatiska barn. Ni kanske ska spela, svagt, ej trumma. Lyra istället.

Jag ville ej komma upp. Ni störde med trumman, lyran bättre - mjuk musik.

Vi pratar om att spela musik som låter lika, typ ostinato t ex. 4-tonslingan och vi jämför med hans tankekedja. Det var en svår period och jobbig att tänka på nu.

Då – något att hålla sig fast vid

Trygghet? Skydd? Kanske just då det bästa?

Fast besluten att ta livet av mig. Han tittar upp och ner igen. Var det det som drev dig i din tankekedja? Ja!

Kändes det destruktivt? Han rycker på axlarna.

Ledsen? Ja. Rädd? Inte rädd att ta livet av mig.

Är 4-tonslingan negativ? Ja han vill slippa den, den påminner om svåra tankar. Han ser ner och tittar bort. Vi talar om musikkedjor, om musik som repeteras som ackordgångar och ostinaton. Att spela hans kedja gör honom ledsen. Vill komma bort från det – bygga nytt.

Är det bättre att improvisera istället? Ja det är bättre! Han har tänkt på toner: Att man kan skapa bra musik och toner på sådana instrument, bra att göra egen musik.

Han tycker ej om trumma, påminner om kriget, om granater. När A hör något plötsligt eller starkt ljud blir han rädd.

Berättar om visslande granater och att barn i Armenien retade gamla med att vissla och härma granater.

Bygelgitarren är också bra. Visar blockflöjt och A tycker det liknar något som när man vaktar kor. Han tänker att pappa kan göra blockflöjt.

Armenien - Berättar om blåsinstrumenten. Kanske klarinett, eller liknande skalmeja, Do-Douk.

Farfar spelade dragspel.

A tittar, lyssnar och ler när jag spelar blockflöjt.