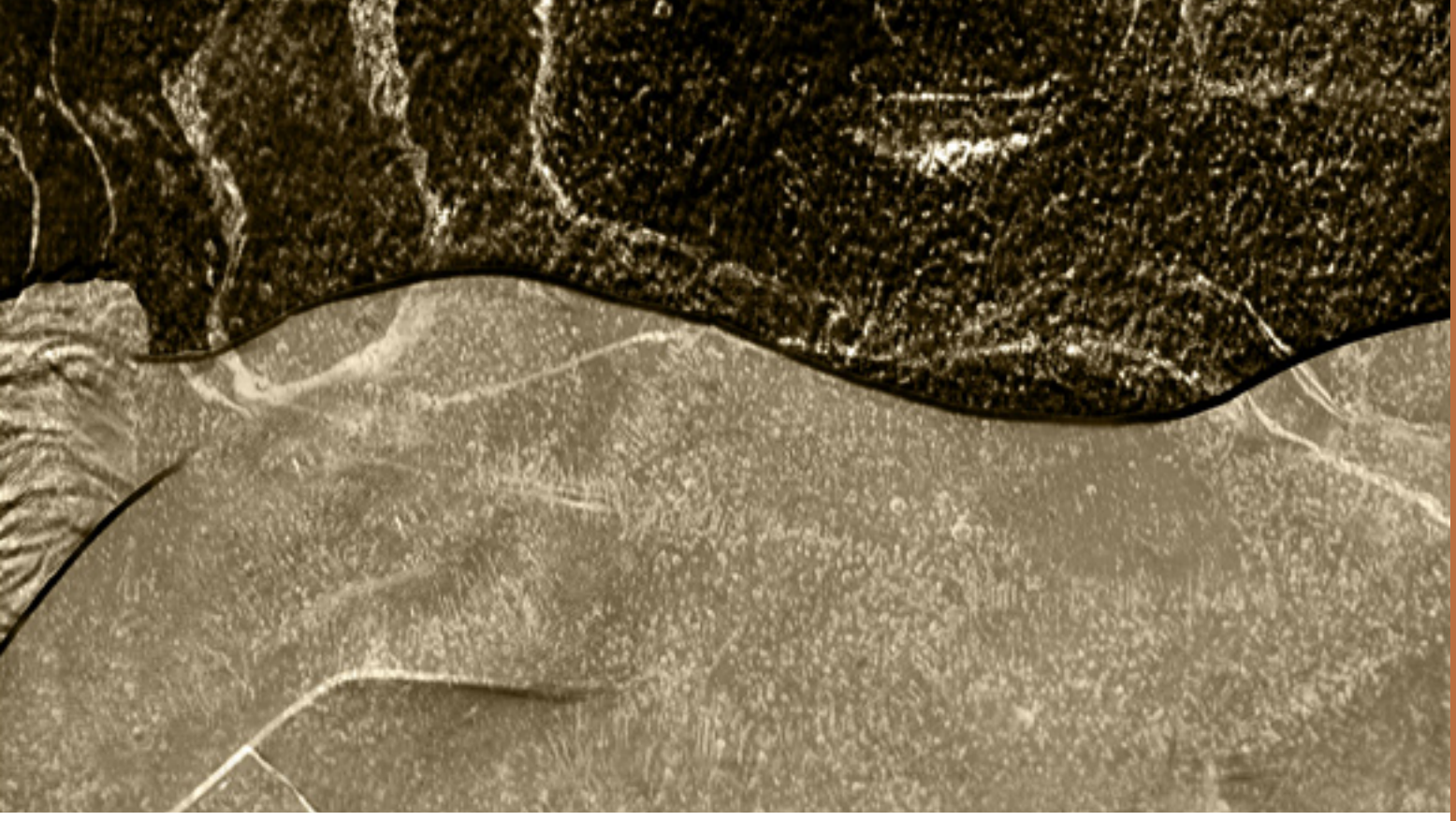
Massasje innen det spesialpedagogiske feltet, læringsfremmende tiltak eller terapi?

Sammendrag:

Min bakgrunn som fysioterapeut og spesialpedagog har ført til at jeg har brukt massasje, både som en del av et helhetlig fysioterapitilbud, og i arbeid som spesialpedagog. Artikkelen setter søkelys på anvendelsen av massasje på mennesker med utviklingshemning innen det spesialpedagogiske feltet. Spørsmålet er om massasjen er et læringsfremmende tiltak eller terapi. Jeg vil se på begrunnelse, anvendelse og virkning av massasje i spesialpedagogisk praksis og sammenligne disse med begrunnelse, anvendelse og effekt av klassisk medisinsk massasje.

Rigmor Haugestad Kråkenes er spesialpedagog ved Haug skole og ressurssenter i Bærum. Utdannet fysioterapeut Statens Fysioterapihøgskole, Oslo,1971. Arbeidet ved diverse sykehus og insitusjoner. Senere utdannet innen spesialpedagogikk, mastergrad fra Institutt for Spesialpedagogikk, UIO, 2007. Arbeider nå med barn med multifunksjonshemming. Artikkelen er skrevet med basis i en i en semesteroppgave ved Institutt for spesialpedagogikk.



Flat out

Bakgrunn

I arbeidet som spesialpedagog, primært med barn med alvorlig og dyp utviklingshemming, har jeg mange ganger tenkt at jeg beveger meg i et krysningsfelt mellom spesialpedagogisk arbeid og helsearbeid. Barn/ungdom med multifunksjonshemming har ofte også store medisinske problemer i tillegg til sin utviklingshemning. Som spesialpedagog må en derfor gjerne foreta handlinger som krysser grensen mellom spesialpedagogisk arbeid og helsefaglig arbeid. Bruk av massasje som en del av, eller som en helhetlig metode når det gjelder mennesker med varierende grad av utviklingshemming, er et eksempel på dette. Jeg har undret meg på hva som ligger av ønsket effekt bak anvendelse av massasje for denne gruppen og i hvilken sammenheng det blir brukt. Er massasjen, kort sagt, et læringsfremmende tiltak eller er den terapi? Hva er begrunnelsen for å anvende massasje som tilnærming innen spesialpedagogiske tiltak for personer med varierende grader av utviklingshemming, hva er virkemåten og hvem kan utføre den? Ikke minst: Hva er det man ønsker å oppnå, sammenlignet med, eller til forskjell fra, effekten av den mer tradisjonelle medisinske massasjen?

Det er noen begreper som først må defineres: Massasje, læring og terapi. Fra medisinsk ordbok, fremmedordbok og pedagogisk litteratur kan hentes følgende betydning av disse begrepene:

Massasje

- Legebehandling ved gnidning eller knaing av syke partier .
- Mekanisk bearbeidelse av legemsvev eller legemsdel ved hjelp av visse håndgrep .

Denne definisjonen peker hen på at noe i kroppen er sykt og må helbredes, og til dette bruker man forskjellige manuelle teknikker. Fritt oversatt kan det sies at man bruker sine egne hender til å påvirke en annens kropp i den hensikt å bedre en tilstand.

Læring

Det har vært utviklet teorier om hva læring er og hvordan den skjer. Behavioristene mener all læring skjer ut ifra prinsippet om stimulus-respons. Påvirkning kalles stimulus, og reaksjonen hos individet kalles respons. Kognitivistene legger mer vekt på å utforske menneskets indre verden, hvordan stimuli og kunnskap organiseres. Jean Piaget (sveitsisk psykolog, 1896-1980) mente mennesker lærer gjennom medfødte skjemaer. På et tidlig stadium i livet kalles disse skjemaene sensormotoriske skjemaer. De er internaliserte, automatiske handlinger. Virksomheten består av handlinger uten tanker Ut fra disse teoriene kan man nevne følgende definisjoner om læring:

- Læring er en relativt permanent atferdsforandring som oppstår på grunnlag av erfaring.
- Læring er en indre prosess som griper inn i hele personlighetslivet.
- Læring er tilvekst i vedkommendes kompetanse.
- Læring er alle forandringer i menneskets persolighetsliv som ikke direkte eller indirekte kan føres tilbake til bestemte arvelig faktorer (Imsen 1999).

Terapi

- Læren om sykebehandling, sykdomsbehandling.
- Behandling, helbredelse av sykdom ved forskjellige metoder. Helsebot, lise, - fra gresk: tjeneste, pleie. Om dette begrepet kan det også sies:
- Terapi er noe som gis til pasienter.
- Med terapi søker man å helbrede.
- Terapi finner sted i en medisinsk sammenheng. (Lassen 2004)

Berøring

Massasje handler i første omgang spesielt om berøring. Berøring er et fenomen som i seg selv fortjener omtale, da det innebærer så mye for et menneske å bli berørt. Vi kan ikke berøre en annen uten at vi selv blir berørt, og det oppstår en gjensidighet gjennom hudkontakt. Da Michelangelo skulle male temaet skapelsen i taket på Det Sikstinske Kapell, lot han det skje ved

Vi kan ikke berøre en annen uten at vi selv blir berørt, og det oppstår en gjensidighet gjennom hudkontakt.

at Gud berører Adam, det første menneske. Betydningen og viktigheten av berøring kan uttrykkes som at det er gjennom fysisk nærhet med en annen/andre at man blir til, kroppslig sett. Det er gjennom berøring vi blir klar over at det er et *jeg* og et *du*. Hvis ingen er nær meg, hvem er jeg da?

Kroppskontakten bekrefter «jeg-følelsen». Berøring er livsnødvendig. Gjennom berøring kommer man i kontakt med seg selv og den man berører eller blir berørt av. Vi opplever oss selv og andre mennesker som en form for enhet, et fellesskap, – og vi blir minnet om den trygge, nære tilværelsen i mors liv (Lid 1973).

Massasje innen det spesialpedagogiske feltet

Karlstadmodellen
Logoped Irene Johansson ved Universitetet i Karlstad har utviklet et språkstimuleringsprogram, primært rettet mot barn med Down syndrom, men som også blir benyttet i arbeid med andre grupper. Her er massasje et virkemiddel i det første stadiet av programmet som kalles performativ kommunikasjon. I dette tidlige stadiet av språkstimuleringsprogrammet er det fokus på samspill og kommunikasjon, og barnets kropp blir massert med strykninger, samtidig som man benevner de forskjellige kroppsdelene. Begrunnelsen for å bruke massasje er at barnet gjennom massasjen og benevnelsen av de forskjellige kroppsdelene skal begynne å utvikle kroppsbevissthet.

Basalsimulering
En annen retning innen det spesialpedagogiske feltet som nytter massasje som tilnærmingsform/metode, er basalstimulering, en teori som Andreas Frøhlich (tysk professor i spesialpedagogikk), har utviklet. Her brukes massasje som et virkemiddel for å gi taktil-(dvs.hud) stimulering som et ledd i basalstimulering til mennesker med multifunksjonshemning på et svært lavt utviklingsnivå. Det dreier seg her om lette strykninger som massasje over hele kroppen.

Hender 1

KKK

Programmene til Christopher Knill, kalt «Kroppskontakt, Kontakt, Kommunikasjon» (KKK) er mye anvendt innen skole og dagsenter for personer med alvorlig og dyp utviklingshemning. Som musikkterapeut benytter han musikk som innfallsport til denne gruppen mennesker, men hudkontakt og massasje er også en viktig del av denne metoden. Begrunnelsen er at massasje skal styrke elevens evne til samspill og kommunikasjon. Massasjen kan forsterke barnets psykiske, fysiologiske og motoriske utvikling, samt gi økt motstandskraft mot sykdom. Forskning har vist at stimulering av kroppsdeler med faste og systematiske grep kan ha en vekkende virkning på slapp og passiv muskulatur, (Knill 1991).

Huden som innfallsport

På Torshov kompetansesenter i Oslo, seksjon for multifunksjonshemming, benyttes massasje som en form for berøring, og det vurderes hvilken betydning dette har for kommunikasjon med mennesker med dyp utviklingshemning. Formålet er å oppnå kontakt via huden som sanseorgan når andre kontaktkanaler, for eksempel hørsel, syn og kognitive evner er svake. Her er altså hensikten å opprette en følelsesmessig relasjon og skape basis for kommunikasjon og samspill. Berøring kan sees på som en aktivitet og opplevelse som mennesker er sammen om, i en felles virkelighet. (Løvås 2005)

Massasje og tilknytning

Det er gjort en studie på en gruppe foreldre til barn med autisme som nyttet massasje på barna sine (Cullen-Powell m.fl. 2005). Det viste seg at tilknytningen mellom barn og foreldre økte som resultat av massasje. I utgangspunktet følte disse foreldrene seg ikke i stand til å kjenne nærhet til barna sine. Etter intervensjonen rapporterte foreldrene at de følte større psykisk og følelsesmessig nærhet til barna. Dette viste seg også på barna som søkte og ga tegn til å ville ha massasje. Dette er i tråd med hva Østergaard & Østli (1988) sier i sin bok om kroppsmassasje gitt til mennesker med utviklingshemming, at den har som effekt en følelsesmessig binding mellom utøver og mottaker, og det er den ønskede effekt i dette tilfellet.

Det viste seg at tilknytningen mellom barn og foreldre økte som resultat av massasje.

Oro-facial reguleringsterapi

Et tydelig eksempel på et område hvor man kan anta at spesialpedagogiske og helsemessige/terapeutiske formål tangerer eller overlapper hverandre, er innen oro-facial reguleringsterapi. Allerede navnet tilsier at vekten her muligens legges på det medisinske aspektet i tilnærmingen. Oro-facial reguleringsterapi kan beskrives som en metode som ønsker å påvirke forhold i munn- og ansiktsområdet hos personer med utviklingshemming og/eller annen funksjonshemming. Virkemiddelet er en form for massasje i området fra hodebunn, via ansiktet helt ned til brystbenet. Den kombineres med aktive øvelser. Metoden skriver seg fra en argentinsk lege, Castillo Morales, som hadde opplevd å se

indianernes massasje av sine småbarn, og oppfattet det som en positiv opplevelse og erfaring for barna. Den norske fysioterapeuten Bibbi Isene har hentet metoden til Norge og anvendt den på barn med spesielle munnmotoriske og språkmessige problemer, i samarbeid med logoped (Isene og Tønneberg 1997). Virkningen og begrunnelsen er at muskulaturen i ansikts- og munnområdet skal bevisstgjøres, for bedre å kunne lukke munnen og hindre/minske sikling, tygge bedre og bruke tungen til artikulering av lyd. Både å kunne lukke munnen og kunne bevege tungen er viktig for å produsere talespråk. Her kan man se både en medisinsk og en spesialpedagogisk begrunnelse for tiltaket, nemlig å bevisstgjøre og bruke muskulaturen rundt munnen bedre for å hindre/minske sikling, forbedre tyggeevnen og for å utvikle/lære bedre artikulering av ordlyder.

Medisinsk massasje

Det finnes mange former for massasje og mange former for utførelse av massasje, så når den medisinske massasjens virkninger skal beskrives, må det bli på en generell basis. Forskning viser at det skjer reelle forandringer i kroppen ved medisinsk massasje.

- Effleurage, kan oversettes med strykninger (det er dette Østergård & Østli bruker som «kroppsmassasje»).
- Petrissage, en litt dypere massasje som på norsk kan oversettes til knainger, valkinger, løftinger, tøyninger og friksjoner, og som setter krav til teknikk.
- Tapotement, har en stimulerende effekt på vevet og kvikker opp mottakeren. Den kan beskrives som klappinger, hakkinger, bultninger og tappinger.

(Bunkan og Melbye Schultz 1993).

Hvilken massasjeform som bør anvendes er avhengig av personens lidelse og hvilken effekt en ønsker å oppnå.
Medisinsk massasje har som siktemål å :

- redusere smerter
- normalisere sirkulasjonsforstyrrelser
- avspenne muskulatur med for høy stivhetsgrad
- stimulere muskulatur med for lav stivhetsgrad
- motarbeide eller løse opp sammenvoksninger eller arrvev
- bedre pasientens kroppsbevissthet
- bedre pasientens kroppskontakt
- bedre pasientens kontakt med egne følelser »

(Bunkan og Melbye Schultz 1993, s.58)

Beskrivelse av de forskjellige virkemåtene av medisinsk massasje

- Behandling med massasje av muskelspenninger, oppstått av forskjellige grunner, gir bedring av smerte og lavere spenningsgrad i muskulaturen (Bunkan og Melbye Schultz 1993).
- Ved medisinsk massasje, bearbeiding av muskulaturen, vil stoffer fra musklene frigjøres og føres vekk av blodstrømmen, som også øker ved massasjen. Her er det komplekse fysiologiske prosesser som trer i kraft, men kortversjonen er at blodgjennomstrømningen øker og fører vekk de nevnte «avfallsstoffene».
- Massasje har virkning på blodsirkulasjonen, også i huden, og kan

Hender 2

derfor nyttes for eksempel til å hindre liggesår. Sår får hjelp til å gro ved tilpasset massasje av den friske huden rundt. Spesielle massasjeteknikker kan løsne arrvev i underhuden og forhindre at det dannes nytt arrvev.

- Massasje har påviselig også en effekt på restitusjonen av muskulaturen etter hardt muskelarbeid. Dyp massasje gitt i pausen mellom harde muskelsammentrekninger gir musklene økt evne til å yte igjen. (Bunkan og Melby Schultz 1993).
- Autton (1990), her presentert hos Bunkan og Schultz, påviste at medisinsk massasje kan påvirke pasientens stemningsleie. Det er gjort en pilotundersøkelse av kvinner som har gjennomgått strålebehandling av brystkreft. Resultatet viste at kvinnene som fikk massasje følte seg mindre plaget av symptomene og følte mindre spenning og tretthet. De merket også mer fred og vitalitet.

Sammen med massasjens spesifikke virkninger på muskulatur og sirkulasjon oppstår også en virkning som dreier seg om å berolige pasienten, senke aktiveringsnivået og normalisere respirasjonen.

- En tysk studie om bruk av «slow-stroke» massasje som tilleggsbehandling av deprimerte, hospitaliserte pasienter, viste at den hadde en klar effekt av forhøyet stemningsleie (Muller-Oerlinghausen m.fl. 2004).
- En studie fra University of Florida viser at serotonin- og dopamininnholdet i blodet økte ved massasje. Serotonin har direkte sammenheng ved forekomst av depresjon.
- Samtidig minket cortisolnivået i blodet.

Cortisol øker stressnivået i kroppen, så ved en senkning av dette nivået opplever pasienten mindre stress. Det kan altså sies at massasje også virker på sinnet via fysiske tilnærmingsmåter (Field,T. m.fl.).

Litteraturen innen det spesialpedagogiske feltet henviser ikke til noen spesiell kompetanse hos den som skal utføre massasje.

Hvem kan utføre massasje?

Å utføre massasje er en konsekvensfylt handling, både for utøver og mottaker. Det er viktig å se på hva teorien sier om hvem som kan utføre dette, og om den eventuelt unnlater å si noe om det idet hele tatt. Litteraturen innen det spesialpedagogiske feltet henviser ikke til noen spesiell kompetanse hos den som skal utføre massasje. Foreldre og andre hjelpere, for eksempel lærere eller pleiere, instrueres til å gjøre det, men det anbefales å ta et kurs i massasjeteknikk (Østergaard og Østli 1988). For å utføre medisinsk massasje kreves det at man kjenne til kroppens forskjellige strukturer og virkemåter. En grundig undersøkelse av pasienten er helt nødvendig før man setter i gang med den behandling som medisinsk massasje er. Her er terapeutens kunnskaper om anatomi og fysiologi helt avgjørende. Like viktig er palpasjonsferdighetene. Palpasjon defineres som: En vurdering av vev ved beføling med fingrene. Egenskaper ved muskulatur og hud må vurderes ved palpasjon før medisinsk massasje utføres. Dessuten må man ha kunnskaper om kontraindikasjoner for medisinsk massasje, det vil si kunnskap om forhold som tilsier at massasje ikke bør brukes, eller kan være direkte skadelig for pasienten. Det følger av dette at man må ha medisinsk utdannelse som fysioterapeut e.l. for å behandle mennesker i den hensikt å helbrede/ forbedre forhold i kroppen ved hjelp av massasje.

Diskusjon

Gjennomgangen av diverse metoder som anvender massasje som læringsfremmende tiltak viser en del likhetstrekk i utførelse, begrunnelse og effekt med den man finner

Det følger av dette at man må ha medisinsk utdannelse som fysioterapeut e.l. for å behandle mennesker i den hensikt å helbrede/ forbedre forhold i kroppen ved hjelp av massasje

innen medisinsk massasje. Men medisinsk massasje benytter langt flere teknikker, har atskillig flere begrunnelser for anvendelse, og bedre dokumentert effekt.

Hva er likt og hva er forskjellig?

Både læringsfremmende og medisinsk massasje fordrer at utøver har en grunnleggende respektfull og vennlig holdning overfor den som mottar massasje. Man må respektere mottagers grenser for nærhet, være lydhør og sensitiv overfor mottagers respons og ikke tråkke over grenser for erotisk tilnærming. Utøver må kunne bruke hendene sine på en myk, men samtidig fast måte, slik at berøringen ikke er ubehagelig. Berøring som foretas med bare deler av hånden, for eksempel spisse

fingertupper, kan lett oppfattes som kiling, og det er ikke nødvendigvis lystbetont. For vag berøring kan skape usikkerhet. Hendene må være varme og myke, og ringer og annet kan virke forstyrrende Som i all omgang med andre mennesker på en slik tett og nær måte, er god hygiene nødvendig. Lukt av svette, parfyme og sigarettrøyk kan være ubehagelig for mottaker, og kan være helsefarlig for mennesker som er allergiske.

Utførelse av læringsfremmende kroppsmassasje skiller seg vesentlig fra utførelse av medisinsk massasje. Østergaard og Østli beskriver at man starter kroppsmassasjen proksimalt (sentralt) og beveger seg distalt (perifert). Man starter i kroppens midtfelt og beveger seg utover lemmene. Eksempelvis vil man starte inne på brystbenet og bevege seg utover armen og slutte ytterst ved fingrene. Dette blir helt motsatt av hva man gjør i medisinsk massasje i norsk tradisjon, hvor all bevegelse følger blod- og lymfestrømmen mot hjertet, distalt–proksimalt, altså fra ytterst på lemmene og innover mot kroppens sentrum.

Læring eller terapi?

I Karlstadmodellens språkutviklingsprogram, første fase, brukes massasje som en metode for å øke barnets bevissthet om egen kropp og for å fremme kommunikasjon. I den grad dette oppnåes, kan det kalles læring og/eller utvikling, jfr. definisjonen i begynnelsen av fremstillingen. Barnet får en varig atferdsendring gjennom å kunne forholde seg til egen kropp på en bevisst måte. Man kan også si at barnet har økt kompetansen om sin egen kropp. Det kan ikke sees direkte, men er en indre prossess som griper inn i hele personlighetslivet, jfr. definisjon. Altså kan man si at massasjen kan fremme læring og utvikling på et tidlig, utviklingstrinn.

Spesialpedagogisk basalstimulering av mennesker med multifunksjonshemning på et lavt utviklingsnivå, begrunner massasje med den utviklende effekt man mener taktil stimulering har på personen. Sammen med vestibulær- og vibratorisk stimulering er dette ment å gi sanseerfaringer som er nødvendige for å oppdage seg selv og omverdenen. Begrunnelsen er at stimulering på disse tre basale sanseområdene gir en helhetlig erfaring som fremmer utvikling hos sterkt funksjonshemmede mennesker. Det er i hovedsak kroppen denne gruppen mennesker forholder seg til, og med kroppen samler de erfaringer på alle utviklingsområder. Følgelig må kroppens sanser stimuleres. Sammenlignet med definisjonen av læring/utvikling må virkningen av massasje kunne kalles lærings- og utviklingsfremmende i denne sammenheng. Barnet lærer om seg selv gjennom sansene og får mulighet til å utvikle seg videre, med varig endring av atferd som resultat.

Christopher Knills metode legger vekt på at massasjen, sammen med musikk og bevegelse, skal fremme kommunikasjon og samspill, fremme psykisk og motorisk utvikling, minske spenninger og gi økt velvære, samt øke kroppens motstand mot sykdommer. I litteraturen han henviser til, framheves det dessuten at massasje av hud/muskulatur kan ha en stimulerende effekt

på hypoton (slapp) muskulatur. Her begynner begrunnelsen for og virkningene man søker å ligne begrunnelsen og virkemåten til en form for medisinsk massasje, effleurage. Riktignok er det fortsatt et visst læringsaspekt i det han ønsker å fremme, så som å påvirke kommunikasjon og samspill, og derigjennom fremme psykisk og motorisk utvikling. Men når han dreier over til å ville minske spenninger, gi økt velvære, samt øke kroppens motstand mot sykdom, er man etter min mening over på område for medisinsk massasje. Her er det snakk om å bedre en tilstand som ikke er bra, nemlig en spenningstilstand i muskulaturen. Dessuten skal velværet øke, noe som peker mot å påvirke stemningsleie, som igjen ligger under den terapeutisk definerte massasjeffekt. Her kan man si at massasjens virkninger er i et krysningspunkt mellom læringsfremmende tiltak og terapi. Og det reiser spørsmålet om hvem som kan utføre massasjen, når terapi er definert som noe som må utføres av personer med medisinsk kompetanse? Det gies ingen anbefalinger om medisinsk kompetanse i Knills beskrivelse.

Når det gjelder det nevnte arbeidet (Løvaas 2005) med massasje og berøring av dypt utviklingshemmede barn, der en forsøker å bruke massasjeformen til å komme i en følelsesmessig relasjon og derigjennom opprette kommunikasjon, vil dette kunne betraktes som en lærings - og utviklingsfremmende tilnærming.

Personer med autisme mottar tilbud innen både det spesialpedagogiske og det medisinske feltet. Når jeg har valgt å se på et forskningsprosjekt med massasje som tema og fokus på foreldre/barn-relasjon er det fordi man igjen beveger seg i krysningspunktet mellom medisin/ helsearbeid og spesialpedagogikk. Massasjen som ble nyttet i prosjektet må regnes som en blanding av spesialpedagogisk og medisinsk metode. Resultatet av intervensjonen var at bindingen og tilknytningen mellom foreldre og barn økte som en følge av massasjeprogrammet. Dette er en virkemåte av massasje som er beskrevet både hos Østergaard og Østli og hos Bunkan og Melbye Schultz. Kanskje massasjen her kan defineres som et både-og-tiltak, både et læringsfremmende og et terapeutisk tiltak. Som nevnt ovenfor, er svaret muligens avhengig av hvordan man betrakter autisme. Når vanskeligheter med sosiale relasjoner er et av kriteriene for å få diagnosen autisme, vil tiltak som bedrer/ øker tilknytning kunne sees på som terapi. Samtidig vil man ikke kunne helbrede autisme! Så kanskje blir det riktigere å betrakte økt tilknytning som læring/ utvikling på et tidlig utviklingsnivå, og dermed se massasjen som et læringsfremmende tiltak?

Hvem kan utføre massasje?

Når det gjelder medisinsk massasje er det et klart svar på det. Bare personell med medisinsk utdanning er kvalifisert til å utføre medisinsk massasje. Som nevnt tidligere, må utøver ha solide anatomiske, fysiologiske og palpatoriske kunnskaper og ferdigheter. Dessuten må man vite når massasje er indisert og kontraindisert, det vil si kunne avgjøre når det kan nyttes, og når det ikke skal nyttes massasje (Bunkan og Melbye Schultz 1993) Østergaard og Østli sier ikke så mye om hvem som kan

Hender 3

utføre kroppsmassasje, mest om hvilke holdninger man må ha og hvordan det skal utføres, men i en liten bisetning anbefales utøver imidlertid å ta et kurs i massasjeteknikk. Innen oro-facial reguleringsterapi veileder fysioterapeuter og logopeder foreldre og lærere/assistenter i metoden. I språkstimuleringsprogrammet til Johansson veiledes foreldre i massasje. Det samme ble gjort i studien om massasje til barn med autisme. Løvås ved Torshov kompetansesenter henvender seg til spesialpedagoger, og Frøhlich til lærere, pleiere og alle som har med de sterkt multihandikappede å gjøre. Av dette kan en tolke at kroppsmassasje ikke er en like radikal tilnærming med så dyptgripende effekter som medisinsk massasje. Den utføres som oftest som effleurage, det vil si strykninger av huden, og påberoper seg ikke å gå ned i muskulaturen og påvirke denne i særlig grad (med unntak av oro-facial reguleringsterapi, som klart angir at man ønsker å påvirke muskulaturen).

Er læringsfremmende kroppsmassasje fysioterapi?

Det kan muligens være forvirrende å skille hva som er, og hva som ikke er, fysioterapi i denne sammenhengen. Min holdning er at den massasje som inngår i de spesialpedagogiske sammenhengene jeg har beskrevet ikke er fysioterapi, og det sier også Østergård og Østli i sin bok. I noen tilfeller kan den nærme seg begrunnelse og virkemåte som i den fysioterapeutiske behandlingsmåten som heter massasje, men for det meste faller den utenfor behandlingsbegrepet. Ikke minst fordi det ikke er fysioterapeuter eller medisinsk personell

som utfører eller veileder utførelsen. På den annen side blir det selvfølgelig brukt medisinsk massasje som en del av et fysioterapeutisk tilbud når dette er indisert til denne persongruppen også, på lik linje med andre mennesker med et medisinsk behandlingsmessig behov. Da er massasje en del av et helhetlig fysioterapeutisk tilbud, utøvet av fysioterapeut og ordinert av lege.

Konklusjon

Når man betrakter denne problemstillingen som er reist, kan det forholde seg på følgende måte: Den massasjen som nyttes innen det spesialpedagogiske feltet har «tatt» sin begrunnelse og virkemåte fra den medisinske tradisjonen, men den er mye mer begrenset når det gjelder utførelse og hva man mener å påvirke enn hva medisinsk massasje kan tilskrives av virkemåter. Det som kan kalles kroppsmassasje (Østergaard og Østli 1993) er bare en liten del av den medisinske massasjens utførelse-og virkemåte. Meningen her er heller ikke at det er to forskjellige former, bare at de beskjeftiger seg med forskjellige aspekter, men også at det er noen sammenfall både innen utførelse, begrunnelse og virkemåte. Mens begrunnelsen og virkemåten ved kroppsmassasjen synes å være knyttet til det å utvikle kroppsbevissthet, åpne for kommunikasjon, gi velvære, i noen tilfeller minske spenninger, i noen tilfeller øke spenningsgrad, vil listen over begrunnelser og virkemåter ved medisinsk massasje være mye lenger, samt også inneholde de tidligere nevnte faktorer.

Østergaard og Østli hevder i boken sin at massasje som «undervisning» og som «behandling» er to sider av samme sak. De hevder at det er ingen undervisning uten behandling (terapi) og ingen behandling uten undervisning. De hevder at målsettingen er felles, nemlig å befordre og hjelpe videre. Det refereres til den russiske psykologen Vygotskys (1896-1934) «next step»–»den proksimale sone», som er det kompetanseområde en person kan klare å erobre, med varierende grad av hjelp fra en lærer, veileder eller foresatt. Men spørsmålet blir da om det å befordre og hjelpe videre er det samme som terapi? Jeg mener at det ikke er det hvis man forstår terapi som læren om sykebehandling, som gis til pasienter – det vil si for å helbrede. Da har man allerede definert at det må foreligge en «syk» tilstand som skal bedres/helbredes. Det vil derfor ikke være meningsfylt her å si at læring/utvikling er det samme som terapi. Hvis det foreligger en «syk» tilstand, må man først gå inn og helbrede/bedre tilstanden, før det kan skje en videre utvikling eller læring.

Kanskje kan spørsmålstillingen: «Massasje innen det spesialpedagogiske feltet, læringsfremmende tiltak eller terapi?» besvares med et klassisk svar fra Ole Brumm: «Ja takk, begge deler.» Men begrunnelsen er forskjellig. Det er nødvendig å definere hva man har for seg og hva man vil oppnå, slik at man vet hva som blir gjort, selv om virkemiddelet, nemlig massasje, kan synes likt i en del sammenhenger.

Ved denne gjennomgangen av tilnærminger/metoder innen det spesialpedagogiske feltet søker jeg å tydeliggjøre at massasje benyttes i håp om at det skal skje basal læring og utvikling på et tidlig

nivå. Ønsket er å fremme kroppsbevissthet, kommunikasjon, øke tilknytning og nærhet som basis for kommunikasjon, samt å stimulere og utvikle basalsansene for å kunne utvikle videre forholdet til verden rundt seg. Alt dette er områder innen det spesialpedagogiske feltet som er viktige å utvikle videre overfor personer med alvorlig grad av utviklingshemning. Til dette har man så nyttet kunnskaper om massasjens virkninger og effekter og anvendt dem i den sammenheng disse behovene har vært til stede.

Den medisinske massasjen har et mye bredere nedslagsfelt og flere teknikker å benytte seg av. Den søker å påvirke et større register av tilstander, som tidligere nevnt. Foruten de nevnte «spesialpedagogiske» effektene søker den medisinske massasjen altså å bedre og helbrede tilstander i kroppen, og det fordres spesielle medisinske kunnskaper til dette. Viktigheten av massasje som berøring kan imidlertid ikke undervurderes, uavhengig av i hvilken sammenheng den blir gitt og med hvilken begrunnelse. Den som utøver og den som mottar, blir egentlig begge berørt. Kroppskontakten gir bekreftelse på at vi er til for andre – vi er ikke alene!

• • •

«Jeg berører, blir berørt og lar meg berøre. Berøring er en aktivitet som to er sammen om i en felles virkelighet» (Mette Løvås, 2005).

«Det er gjennom fysisk nærhet en blir til, kroppslig sett» (Lid 1973, s.25).

Litteraturliste

Bunkan, B og C. Mellbye Schultz (1993). *Medisinsk massasje.* Oslo: Universitetsforlaget.

Cullen-Powell, LA, JH. Barlow, D.Cushway (2005). Exploring a massage intervention for parents and their children with autism:the implications for better bonding and attatchment *J Child Health Care.* 2005 Dec; 9(4): 245-55.

Field, T, M. Hernandez-Reif, M .Diego, S. Schanberg, C. Kuhn (2005). Cortisol decreases and serotonin and dopamine increase following massage therapy. *Int J neurosci*. 2005 Oct;115 (10) 1397-413

Frøhlich, A (1995).*Basal stimulering for mennesker med multifunksjonshemming.* Oslo: Ad Notam Gyldendal.

Imsen, G (1999). *Elevens verden*. Oslo: Tano Aschehoug.

Isene, B og S. Tønneborg (1997). *Orofacial stimulerings- og reguleringsterapi.* Oslo: Eget kompendium. Intet forlag.

Johansson, I (2001). *Språkutvikling hos barn med språkvansker 1.Performativ kommunikasjon.* Klepp: Info-Vest forlag.

Knill, C (1990). *Hudkontekt og samspill.* Oslo: Gyldendal Norsk Forlag A/S.

Lassen, LM (2004). *Rådgivning. Kunsten å hjelpe.* Oslo: Universitetsforlaget AS

Lid, S (1973). *Vår nakne virkelighet.* Oslo: Gyldendal Norsk Forlag

Løvås, M (2005). «*Multifunksjonshemming og basalstimulering.*» Forelesning Masterstudiet, UIO, 29.09.2005. *«Berøringens kraft».* Forelesning Torshovseminarene 2005

Muller-Oerlinghausen B, C. Berg, P. Sherer, A. Mackert, HP. Moestl, J. Wolf (2004): Effects of slow-stroke massage as complementary treatment of depressed hospitalized patients. *Dtsch med Wochenschr.* 2004 Jun 11;129 (24) 1363-8.

Østergaard, Helen og Elin Østli (1988): *Kroppsmassasje. Hjelp til selvhjelp*. Dronninglund: Forlaget Nord-Press.