

# Case Study Healing Touch interventies bij mensen met de ziekte van Parkinson

Door: Els Bakker, Ria Blokhuis, Wilma Bijl

## Samenvatting

Drie verpleegkundigen behandelden ieder een patiënt met de ziekte van Parkinson (ZvP) gedurende 13 weken met twee specifieke Healing Touch (HT) interventies. Geen van deze patiënten was bekend met energetische behandelingen. Doel was het vastleggen van verloop en ervaren effecten, met name met betrekking tot het welzijn. De behandelingen werden uitgevoerd in de periode van 1 maart t/m 15 juni 2018. Er waren zowel overeenkomstige als casus specifieke resultaten. Overeenkomsten waren het verbeteren van het welbevinden, een hoger energieniveau, verbetering van de slaap, verbetering van het lichaamsbewustzijn en versterking van de mentale weerbaarheid. Casus specifiek waren onder meer afname van pijn en stijfheid (casus 1), toename in geursensatie en verbeterd evenwicht (casus 2), en verbetering in lopen en minder valincidenten (casus 3). Opvallend was daarnaast dat er in één casus een duidelijke toename van dyskinesie te zien was zonder dat er sprake was van verandering van de Parkinson medicatie. Dit leek zich in mindere mate ook voor te doen bij de andere twee casussen. Dyskinesie wordt gewoonlijk veroorzaakt door fluctuerende levodopaspiegels in een gevorderd stadium van de aandoening. Naast aanbevelingen voor verder onderzoek naar effecten op slaap en welbevinden en relevante meetmethoden, wordt ook aanbevolen om nader te onderzoeken of de toename van dyskinesie gerelateerd zou kunnen zijn aan de HT-behandeling.

## Kernbegrippen

Complementaire zorg - Ziekte van Parkinson - Energetische interventie - Healing Touch - Dyskinesie

## Introductie ziekte van Parkinson

De ziekte van Parkinson is een complexe, langzaam progressieve neurodegeneratieve aandoening die vooral in de eerste fase van de ziekte voor een groot deel wordt gekenmerkt door verlies van dopamine producerende neuronen in de substantia nigra. In latere fasen van de ziekte raken cellen en functies van diverse andere niet-dopaminerge hersencircuits ook aangedaan, wat leidt tot de zogeheten niet-dopaminerge stoornissen. Dit zijn o.a. stoornissen in het bewegingsapparaat, de sensoriek, de mentale functies, de stem, de spraak, het autonome zenuwstelsel, de urogenitale functies en de slaap. De ziekte is progressief, maar het beloop van symptomen varieert van persoon tot persoon<sup>(13)</sup>. In Nederland wordt het totaal aantal mensen met de ZvP geschat op zo'n 50.000 (0,3% van de totale bevolking, 1% van de bevolking > 60 jaar). Als gevolg van de vergrijzing is de verwachting dat de prevalentie in 2025 zal oplopen tot 90.000. Onderzoeken naar de oorzaak van de ZvP geven nog geen eenduidig beeld. Degeneratie van de hersenen met het toenemen van de leeftijd en een stoornis in de eiwitstofwisseling spelen een rol, evenals milieufactoren.<sup>(9)</sup>

*De reguliere behandeling* bestaat uit medicatie met als doel te streven naar een stabiele respons met zo min mogelijk motorische schommelingen. In de vroege fase van de ZvP zijn zowel levodopa als dopamineagonisten effectief voor de motorische symptomen. Ook niet-motorische symptomen waaronder depressie, kunnen reden zijn om te starten met medicamenteuze behandeling. In een latere fase van de ziekte, als de responsfluctuaties toenemen kan naast orale medicatie gekozen worden voor een geavanceerde therapie, zoals diepe hersenstimulatie, apomorfine- of intraduodenale levodopa/carbidopatherapie. Bij de behandeling van Parkinson gerelateerde problemen zijn verschillende (para) medische disciplines betrokken.

*Behandeling complementair*<sup>(3, 4)</sup> Veel patiënten met de ZvP maken gebruik van aanvullende therapieën naast de reguliere behandeling<sup>(13)</sup>. De Parkinson patiëntenvereniging geeft als belangrijk criterium dat er verantwoord wetenschappelijk onderzoek is gedaan (evidence-based), dan wel ruime ervaring in de praktijk is opgedaan (practice-based). Zij noemen de hieronder genoemde aanvullende behandelingsmogelijkheden inclusief bronvermeldingen en literatuur<sup>(13)</sup>. Wij verdelen deze gemakshalve in vier hoofdgroepen: 1 Biologische interventies: cannabis, fytotherapie, mucuna pruriens, lichttherapie, orthomoleculaire therapie, beweeggames,

danstherapie, Ronnie Gardiner methode; 2 Body/mind interventies: yoga, mindfulness; de Feldenkrais methode, eurythmie, muziektherapie, dramatherapie; 3 Lichaamsgerichte manipulatieve interventies: massage, osteopathie; 4 Energetische interventies: acupunctuur, Tai Chi, Qigong. Wij vullen deze laatste aan met Healing Touch, onderwerp van deze Case Study. In sommige ziekenhuizen worden de reguliere en complementaire behandeling geïntegreerd (integratieve gezondheidszorg)<sup>(23)</sup>.

## Verantwoording van de Case Study

Deze case study werd uitgevoerd door drie HBO-verpleegkundigen, waarvan één met de specialisatie Parkinsonverpleegkundige. Zij volgden het scholingsprogramma voor Healing Touch Practitioner van Healing Beyond Borders dat opereert onder auspiciën van AHNA (American Holistic Nurses Association); twee verpleegkundigen waren HT-gecertificeerd, één was student. De drie verpleegkundigen behandelden ieder één Parkinsonpatiënt in een wekelijkse frequentie gedurende drie maanden tussen 1 maart en 15 juni 2018. De deelnemers maakten niet eerder kennis met Healing Touch. Van elke behandeling werd een verslag geschreven. Er werd steeds volgens een vaste volgorde gewerkt, zoals beschreven in het boek Foundations and Practice of Healing Touch<sup>(1)</sup>. De UPDRS (Unified Parkinson's Disease Rating Scale) werd als basis genomen voor de beschrijving van de verpleegkundige diagnostische focus en klinische bevindingen van de drie casussen. De UPDRS is de gestandaardiseerde schaal die de ernst van vele aspecten van de ziekte van Parkinson in kaart brengt, doorgaans door de specialist gebruikt als een diagnostisch instrument<sup>(6, 11, 12)</sup>. In dit verband lieten we de vragen specifiek voor diagnostisch onderzoek door de neuroloog achterwege (vragen 22 t/m 31). De UPDRS werd herhaald in week 7 en vóór week 13. Deze case study kwam tot stand met steun van de V&VN, afdeling Complementaire Zorg en het Van Praag Instituut.

## Introductie en verantwoording Healing touch (HT)

Healing Touch is een complementaire bioveld interventie gericht op het herstellen van de energetische balans van een cliënt. De handen zijn hierbij het instrument, goed afgestemde aandacht is een wezenlijk onderdeel van de behandeling. Uitgangspunt is dat een goede energetische balans iemand beter in staat stelt tot (partieel) zelfherstel.<sup>(7, 15, 16)</sup> Alhoewel helende aanraking eeuwenoude wortels heeft, kan de werking hiervan met de moderne wetenschap nog onvoldoende verklaard worden. De kwantumfysica en het begrip van de elektromagnetische velden kunnen wellicht een rol spelen bij toekomstig onderzoek.<sup>(21, 22)</sup>

HT is veilig voor alle leeftijden en wordt integratief met de reguliere medische zorg toegepast. Onderzoek wijst uit dat HT gunstig werkt bij het verminderen van angst in algemene zin en specifiek bij het verminderen van angst voorafgaand aan een percutane coronaire interventie. Verder o.a. bij het verlagen van de bloeddruk, het tot rust brengen van de ademhaling, het verminderen van pijn en misselijkheid, het verlagen van spierspanning en het verhogen van het algemeen welbevinden. Ook is een gunstig effect aangetoond bij mensen met dementie<sup>(18,19,20)</sup>. HT maakt gebruik van ruim 30 verschillende deelinterventies<sup>(1, 5)</sup>. Welke interventies worden ingezet is afhankelijk van de klacht en het behandeldoel. In deze case studies wordt het beloop en ervaren effect beschreven van HT bij de ziekte van Parkinson. Ervaringen van collegae Healing Touch practitioners wezen op positieve effecten bij Parkinsonpatiënten na behandeling met de HT-interventies 'Scudder Meridian Clearing'<sup>(1)</sup> en de 'Expanded Glymphatic System Support'<sup>(1)</sup>. Voor deze case study werden daarom deze twee interventies gebruikt.

*Scudder Meridian Clearing*<sup>(1, 2)</sup> (hierna afgekort tot Meridian Clearing): Beoogt het bevorderen van de stroming van lichaamsenergie via de meridianen. De Meridian Clearing wordt uitgevoerd met lichte herhaalde handbewegingen over verschillende meridianen met daarnaast massage van de handen en de voeten. Het doel is het in ontspanning brengen van de cliënt en verbetering van de motoriek.

*Expanded Glymphatic System Support*<sup>(1)</sup> (hierna afgekort tot EGSS): Beoogt het stimuleren van de werking van het glymfatisch of paravasculair systeem<sup>(8, 10, 14)</sup> in de hersenen. Het glymfatisch vocht voert eiwitresten en toxines af en bevordert de opname van voedingsstoffen. Bij deze interventie worden de handen minutenlang op specifieke plekken op het hoofd en de nek geplaatst. Het laatste deel van de interventie (expanded) beoogt het afvoeren van eiwitresten en toxines via het lymfesysteem, de bloedbaan en de urinewegen te stimuleren.

## Casus 1

SF<sup>1</sup> is een nog werkzame man van 61 jaar. Zijn werkzaamheden zijn i.v.m. de ZvP aangepast. SF is fysiek zeer actief, mede om de stijfheid t.g.v. zijn ziekte tegen te gaan. Hij eet gezond. Meditatie tijdens de kerkgang en de natuur brengen hem tot rust. SF is getrouwd, heeft vier kinderen en acht kleinkinderen.

### Diagnostische focus en focus op de medische behandeling

In 2015: rughernia L4/5, geopereerd. In 2017 recidief van de hernia, conservatief behandeld; hiervan wat restverschijnselen. In 2010 werd de ZvP gediagnosticeerd, met stijfheid op de voorgrond. Overige symptomen waren een wattig gevoel in het hoofd, moeilijk kunnen schakelen, lichte tremor aan de linkerzijde, verlies van smaak en geur, verminderde mimiek. SF had 's nachts een lichte tremor in zijn lichaam, was steeds vroeg wakker. Het lichaam was overdag wat rigide, links meer dan rechts; wat traagheid in de fijne motoriek. Lichte dyskinesie van de linkerkant van het lichaam en hoofd. Minimale tremor. Geen freezing. Koude handen en voeten. Het was onvoorspelbaar wat SF kon doen op een dag, de ene dag ging alles beter dan een andere dag. Dit gaf onzekerheid. SF gaf als grootste zorg aan dat hij zou gaan inboeten op zijn onafhankelijkheid en zelfstandigheid. SF vond het moeilijk dat de wijze waarop hij nu bepaalde dingen deed, vaak werd gerelateerd aan zijn ziekte. Anderen konden hem confronteren met bepaalde uitingen van zijn ziekte die hij zelf nog niet zag. De ziekte mocht voor hem wel wat minder prominent aanwezig zijn.

SF is onder behandeling van de neuroloog en wordt begeleid door de Parkinsonverpleegkundige. SF wordt verder begeleid door de bedrijfsarts, de psycholoog, de diëtiste. De Body Stress Release (BSR)<sup>(17)</sup> behandeling is i.v.m. de HT-behandeling voor deze case study tijdelijk gestaakt. SF gebruikt als medicatie: 5x1 Sinemet 125 mg, 5x1 Entacapone, 1x1 Selegiline 5mg, Madopar HBS voor de nacht. De medicatie veroorzaakte volgens SF veel dromen.

### Bijzonderheden behandelingsessies

*Algemeen:* De HT-sessies waren voor SF een wekelijks ijkpunt, waarin stilgestaan werd bij zijn ervaringen met de ZvP en de resultaten van de behandelingen. Zo werd de focus op de ZvP gekanaliseerd, waardoor er meer openheid ontstond voor de symptomen en de beperkingen die deze gaven. Tijdens de HT-sessies viel SF in de regel bij de start van de EGSS-interventie in slaap. Na alle behandelingsessies was SF ontspannen, had hij veel energie en was erg actief. Vooraf aan en na de behandeling werd de pijn- en de stressscore afgenomen (schaal 1-10). Na de behandeling was de pijn met gemiddeld 82% en de stress met gemiddeld 90% afgenomen. De echtgenote van SF was vaak aanwezig bij de HT-sessies.

*Sessie 1:* had vooral tot doel om SF te laten kennismaken met een energiebehandeling. SF had last van koude handen en voeten. Het lichaam en de extremiteiten voelden na de behandeling rustiger.

*Sessie 2:* Om het resultaat van de HT-behandeling te meten had SF de inname van de medicijnen na sessie 1 uitgesteld tot 20:00 uur i.p.v. deze in te nemen om 17:30 u. Het gevolg was dat het ritme van medicijninname in combinatie met de voeding intake weg was. SF besloot daarom de medicijnen op tijd te blijven innemen. SF had alle nachten goed doorgeslapen. De voeten waren minder koud. De rugstijfheid was verdwenen.

*Sessie 3:* Er zijn wat off-periodes geweest voorafgaand aan de medicijninname. SF sliep steeds goed door. Had nek- en rugklachten door kromliggen in bed. Deze pijn was niet direct gerelateerd aan de ZvP, daarom werd deze keer de nek behandeld met extra HT interventies om de pijn te bestrijden, waarmee de rugpijn verdween en de pijn in de nek nagenoeg verdween.

*Sessie 4:* Wat pijn en stijfheid in de nek rechts, mogelijk veroorzaakt door renovatie van de tuin en het sjouwen van stenen. SF's vrouw had de nek gemasseerd, waarmee de verbetering werd ingezet. Na extra HT-interventies voor pijnbestrijding, kon SF de nek verder draaien en zonder pijn, voor SF een verbluffend resultaat. SF gaf aan dat zijn stem minder hees was geworden. SF hield het hoofd deze keer stil, in tegenstelling tot andere keren toen hij beweeglijker was. SF en zijn vrouw zijn erg geïnteresseerd in de werking van het energetisch systeem, lezen hierover en stellen veel vragen aan de behandelaar.

*Sessie 5:* Er waren enkele stress verhogende omstandigheden: het weer gaan werken na de vakantie, een brief met geen goed bericht t.a.v. de uitkering, waar SF de avond ervoor erg boos over was geweest. Na de behandeling voelde SF zich ontspannen.

---

<sup>1</sup> Alle gebruikte initialen zijn fictief ter bescherming van de privacy.

*Sessie 6:* SF was fysiek actiever geweest. Sliep goed en sliep 's morgens wat langer door. Wel droomde SF veel en weet dit aan het vele denkwerk om de herinrichting van de tuin te organiseren. SF gaf aan dat hij tot zaterdagavond/zondagochtend profijt had van de HT-behandeling op dinsdag. Hij nam dan meer initiatief en had het gevoel weer bij te kunnen dragen. Daarna zakte het voordeel weg.

*Sessie 7:* SF had wat pijn in de rug en de nek na de aanleg van het terras. Deze werden extra behandeld voor bestrijding van de pijn. Na de behandeling was de pijn verdwenen.

*Sessie 8:* SF fietste afgelopen weekend zo'n 250 km, had hiervan geen pijn. Er was wat stress, werk gerelateerd en op persoonlijk vlak. Na de sessie was de stress verminderd, niet helemaal weg.

*Sessie 9:* SF was op vakantie geweest waardoor de HT-behandeling een week overgeslagen was. Halverwege de 2<sup>e</sup> week kwam SF niet goed uit met de medicatie. Echtgenote observeerde minder trillingen van SF's lichaam in de nacht na sessie 8. SF ervaarde de EGSS alsof er een kluwen wol uit zijn hoofd werd gehaald.

*Sessie 10:* SF had de 11-studentocht gefietst. Was hiervan nog moe: had spierpijn aan het achterwerk, de bovenbenen voelden zwaar aan en hij had een dove ringvinger en pink rechts. De handelingen van de Meridian Clearing aan de extremiteiten werden daarom meer keer herhaald dan gewoonlijk. SF gaf aan het gevoel van een steen te hebben rechts bij de schedelbasis; dit gevoel verplaatste zich naar het midden van het achterhoofd tijdens de behandeling. Na de behandeling voelde SF zich licht en ontspannen. De benen voelden een stuk lichter.

*Sessie 11:* Het dove gevoel aan de 2 vingers rechts was nog aanwezig. SF ervaarde wat ochtendstijfheid. De observatie van de behandelaar was dat de linkervoet wat dikker was. De handelingen van de Meridian Clearing werden aan de extremiteiten vaker herhaald, de voetmassage geïntensiveerd. Na de behandeling had het dove gevoel aan de hele vingers zich verplaatst naar alleen de vingertoppen. SF voelde zich licht en ontspannen.

*Sessie 12:* De vingerdoofheid was nog niet helemaal weg. SF was naar de Parkinsonverpleegkundige geweest, opnieuw op de fiets (heen en terug ± 300 km) en had daar verteld over de HT-behandelingen. De verpleegkundige was geïnteresseerd en vroeg om contact hierover.

*Sessie 13:* SF was moe, had een uitvaart bijgewoond op zijn rustdag en de kleinkinderen logeerden in het weekend bij hen. SF ervaarde stijfheid in de rug i.v.m. een nieuw matras. De doofheid in de vingers was weg, maar het gevoel was nog niet helemaal terug, waarvoor een extra interventie is uitgevoerd. SF had wat werk gerelateerde spanning. Na de behandeling voelde SF zich licht en ontspannen.

### **Resultaten casus 1**

Bij de mondelinge eindevaluatie kwam naar voren dat SF het prettig heeft gevonden om 13 weken lang met een professional zijn ziekteproces te evalueren. De HT-behandelingen werden een vast rustpunt in de week waarin aandacht voor zijn ervaring met de ZvP was. SF kreeg zo een reëler beeld van de symptomen en de ongemakken van de ZvP. Direct na de behandeling had SF het gevoel dat de medicatie inname kon worden uitgesteld; dit leek een voordeel, maar gezien de onderlinge samenhang tussen voeding en medicatie was een vast schema prettiger voor SF. SF dacht dat hij mogelijk minder medicatie nodig zou hebben door de behandeling en hij raadde daarom aan om bij eventueel verder onderzoek dit in samenwerking met de neuroloog uit te voeren. De HT-behandelingen hebben SF's welzijn verbeterd. Na elke behandeling was SF heel ontspannen én erg actief. Er was minder pijn en stijfheid, de extremiteiten voelden minder koud. Er waren minder trillingen van het lichaam voelbaar in de nacht (ervaring van echtgenote) en het doorslapen was verbeterd. Er was meer mimiek in het gezicht zichtbaar. De stem was minder hees. SF gaf aan helderder te zijn in het hoofd en meer te kunnen bijdragen in het gezin. SF had zoveel baat bij de HT-behandelingen dat zijn echtgenote besloot de basiscursus Healing Touch te gaan volgen om de HT-behandeling zelf te kunnen voortzetten. Zij kreeg instructie van de behandelaar over de uitvoering van de Meridian Clearing, die zij daarop wekelijks bij SF uitvoerde.

### **Casus 2**

KG is een 78 jarige, universitair opgeleide, alleenstaande vrouw die in 2015 de diagnose ziekte van Parkinson type twee kreeg. Bij dit type Parkinson staan stijfheid en traagheid op de voorgrond.

#### **Diagnostische focus en focus op de medische behandeling**

Voorafgaand aan de diagnose was er in vier jaar tijd drie keer een ernstig valincident. In 2014 viel KG van de

trap en brak daarbij een nekwervel. Vanwege evenwichtsproblemen gebruikte KG buitenshuis een rollator en binnenshuis een stok. KG fietste op een aangepaste fiets. Haar energie ging vaak na 30 minuten inspanning als 'een nachtkaaars' uit. De intensiteit van de vermoeidheid wisselde van dag tot dag. KG was ADL zelfstandig, maar wel trager. Haar nachtrust werd vaak verstoord vanwege o.a. buikklachten door obstipatie en door nycturie. Ze had veel levendige dromen. Bij de toiletgang in de nacht was er sprake van enige freezing<sup>2(24)</sup> en in de vroege ochtend van een lichte tremor. Bij 'redeneren' had ze soms in lichte mate dyskinesie. Haar mimiek was enigszins verminderd en sinds ruim 40 jaar had ze geen reukvermogen meer. Verder was er sprake van verminderd initiatief, een minder krachtig stemgeluid, lichte problemen bij het slikken en lichte cognitieve problemen. Soms had KG last van ochtend kramp in haar kuit. Er was sprake van een gevoelsstoornis in zowel de handen als de voeten. De grootste zorgen van KG m.b.t. de ziekte van Parkinson waren de verdere achteruitgang in mobiliteit, een toename van het evenwichtsverlies en verergering van de cognitieve problemen. KG was voor de ZvP onder behandeling van een neuroloog en werd begeleid door een Parkinson verpleegkundige. Er was geen sprake van paramedische behandeling. KG gebruikte bij aanvang van de case study de volgende Parkinson medicatie; 3x1 Sinemet 125 mg; 1x1 Ropinorol 2mg.

### **Bijzonderheden behandel sessies**

*Sessie 1:* Na de eerste HT-behandeling had KG het gevoel 'steviger in haar lijf te staan'.

*Sessie 2:* Na de tweede sessie ervoer KG een verhoogde alertheid. Ze beschreef dit alsof ze een 'stoot adrenaline' had gehad. Ook stond ze steviger. KG voelde beter aan wanneer het tijd was om haar Parkinson medicatie in te nemen.

*Sessie 3:* Na deze HT-behandeling volgde een week waarin ze zich minder goed voelde: minder soepel en stijf in haar enkels. Er was sprake van dyskinesie in rust en ook tijdens het autorijden had ze hier last van. Dit was voor haar een nieuwe ervaring. Voorheen had ze deze dyskinesie alleen in lichte mate tijdens het 'redeneren'. KG vermoedde een oorzakelijk verband tussen haar moeizame stoelgang en het feit dat ze de afgelopen week slecht sliep en zich niet goed voelde.

*Sessie 4:* Haar balans was over het algemeen goed. KG had op eigen initiatief haar balans op één been gemeten (linkerbeen: 8 seconden, rechterbeen: 14 seconden). Ze had de meeste nachten goed geslapen. Er was één dag geweest met veel stress waardoor ze zich de dag erna niet goed voelde.

*Sessie 5:* Na de vijfde HT-behandeling was er een wisselend beeld van goede en minder goede dagen. KG merkte op dat ze zich nu beter realiseerde dat in het afgelopen jaar de ernst van de Parkinson verschijnselen waren toegenomen. Aan de andere kant merkte ze dat ze steeds vaker haar stok vergat te gebruiken en dat haar balans beter werd.

*Sessie 6:* KG had veel ondernomen en toch weinig last van vermoeidheid. Ze sliep goed en nam meer initiatief dan ze gewend was. Haar conclusie hierover was als volgt: 'Het opstaan en mijn balans zijn over het algemeen nu merkbaar beter, ik hoef er niet meer bij na te denken. Dit geldt ook voor mijn zelfvertrouwen. Ook kan ik beter loslaten'. Deze week was er opnieuw een merkbare toename van dyskinesie waarbij nu zowel haar bovenlichaam als haar benen bewogen

*Sessie 7:* KG gaf te kennen dat ze regelmatig een blokkade ervaart bij het nemen van initiatief en ze vroeg zich af wat hiervan de oorzaak was. Het viel haar op dat ze nu bewust wel weer initiatief neemt, bijvoorbeeld het zelf herstellen van een kapot raam. Hierbij moest een keukentrap gebruikt worden. Het verbaasde KG dat ze zich niet onzeker voelde op deze trap. Sinds de HT-behandelingen voelde KG beter aan wanneer het weer tijd werd om haar medicatie in te nemen.

*Sessie 8:* In de week na de achtste behandeling sliep KG over het algemeen goed. Ze was zich 's nachts bij de toiletgang meer bewust van een lichte freezing en in de vroege ochtend, voor de inname van de eerste Parkinson medicatie, van de 'tremor'. Ze had de indruk dat het lezen weer wat vlotter ging.

*Sessie 9:* KG had aan familie en aan haar vriendin gevraagd of zij de afgelopen 8 weken veranderingen hadden opgemerkt m.b.t. haar functioneren. Het was hen vooral opgevallen dat KG meer initiatief nam en dat ze thuis vaak zonder stok liep. Het viel KG deze week zelf op dat ze een koorrepetitie goed doorstaan had ondanks het vele lawaai, de drukte, de onrust en het lange tijd moeten staan. Ze gaf aan de laatste paar weken dieper te slapen. Het patroon van wakker worden en naar het toilet gaan was daarbij nauwelijks veranderd. KG was zich

---

<sup>2</sup> het gevoel dat de voeten aan de grond blijven plakken en dat er geen adequate voorwaartse passen meer gemaakt kunnen worden

bewuster van haar lichaam en merkte dat ze de neiging had om over te hellen naar links en dat ze dit vervolgens bewust corrigeerde. Ze voelde zich niet onzeker in haar lichaam.

*Sessie 10:* KG gaf aan de laatste tijd minder stress te ervaren en dat ze minder angst had om dingen te ondernemen. Ze had gemerkt dat ze qua inspanning bewust niet over haar grens ging. Het viel haar op dat ze later in de ochtend wakker werd. KG had de sensatie dat ze sinds vele jaren weer iets leek te ruiken.

*Sessie 11:* KG had weer veel ondernomen en voelde zich energiek. Haar energieniveau was de afgelopen week meestal op niveau 8 (0 = geen energie, 10 = kan niet beter). Opnieuw gaf ze aan minder angst te hebben om dingen te ondernemen. Ze voelde minder belemmeringen bij het spreken; zo voelde ze zich sterker/zekerder bij haar inbreng tijdens de bijeenkomst van de leesgroep.

*Sessie 12:* KG had deze week weer goed geslapen en opnieuw had ze een paar keer 'reukflitsen' (de ervaring alsof er een zweem van geur langs kwam; ze had bijvoorbeeld even de uitlaatgassen van een auto geroken). De Parkinsonverpleegkundige gaf haar een dyskinesie screening lijst mee.

*Sessie 13:* Opnieuw had ze een geursensatie gehad. Afsluiting van de sessies.

## **Resultaten casus 2**

Al na de eerste behandeling gaf KG aan 'steviger in haar lijf te staan'. Er waren minder evenwichtsproblemen en KG ervaarde al snel een verhoogde alertheid. Zonder dat de medicatie was verhoogd, was er sprake van een gestaag toenemende dyskinesie die samenviel met de toename van het aantal HT-behandelingen, een interessant fenomeen dat in de Overall conclusies en aanbevelingen wordt toegelicht. Vanaf de vijfde HT-behandeling sliep KG vaak dieper en langer. Er was meer zelfvertrouwen; KG nam weer meer initiatief en kon de problemen makkelijker loslaten. KG had minder stress, minder angst om dingen te ondernemen. Het lezen verbeterde. KG werd zich meer bewust van haar lichaam, corrigeerde zelf haar houding. KG was zich meer bewust van de werking van de medicatie en voelde beter aan wanneer ze medicatie nodig had. Sinds vele jaren had KG weer even de sensatie van een geur. Dit herhaalde zich. KG had meer besef van haar grens m.b.t. lichamelijke inspanning en overschreed deze minder vaak.

## **Casus 3**

HH is een 74 jarige gehuwde man. HH kreeg in juni 2015 de diagnose ziekte van Parkinson.

### **Diagnostische focus en focus op de medische behandeling**

Ten tijde van de diagnosestelling was het slikken minder geworden, de fijne motoriek achteruitgegaan. HH had meer moeite met lopen en hij viel 1-2 keer in de week. Sinds begin 2018 merkte HH dat hij ook cognitief achteruitging en last kreeg van onrustige benen en obstipatie. Er was verminderde motoriek en mimiek. Het lopen ging moeizaam; HH gebruikte een rollator en hij had regelmatig last van freezing. De fijne motoriek van zijn linkerhand was gestoord. Zijn spraak was monotoon en wat hij vertelde, was lastig te volgen. HH vroeg regelmatig aan zijn partner of het klopte wat hij zei. Nadat hij was uitgesproken, herhaalde en corrigeerde zijn partner waar nodig het verhaal. HH had moeite met slikken en had last van speekselvloed. Zijn reukvermogen was verminderd, hetgeen een negatief effect had op zijn eetlust. De nachtrust werd regelmatig verstoord door veel bewegen, draaien en wakker liggen. De stoelgang verliep moeizaam en was soms pijnlijk. De grootste zorg van HH was dat hij niet thuis kon blijven wonen. HH was onder behandeling van de neuroloog en werd begeleid door de Parkinson verpleegkundige. Daarnaast kreeg hij fysiotherapie en logopedie. De thuiszorg kwam dagelijks in de ochtend en avond voor hulp bij persoonlijke verzorging. Hij ging tweemaal per week naar de dagbesteding. HH gebruikte de volgende Parkinson medicatie: 4x2 Sinemet 125 mg, 1x1 Madopar HBS 125 mg voor de nacht. 1x daags Rivastigminepleister 9,5 mg.

### **Bijzonderheden behandelingsessies**

*Sessie 1:* Bij aanvang van de HT sessie liep HH schuifelend. Hij vertelde dat hij eigenlijk met de rollator zou moeten lopen, maar dat hij dit niet fijn vond. HH vond dat hij goed kon lopen. Zijn echtgenote is het niet met hem eens. Hij kon moeilijk uit zijn woorden komen, werd hierbij geholpen door zijn echtgenote. Na afloop van deze eerste behandeling ging HH staan en hij liep met een normale pas weg om zijn schilderijen te laten zien. Zijn echtgenote zei verbaasd, doelend op het lopen: 'Dit doet hij anders niet'.

*Sessie 2:* Tijdens de behandeling werd de ademhaling van HH rustiger; na afloop stond hij zonder enige moeite op uit zijn stoel om naar de bank te lopen.

*Sessie 3:* De echtgenote van HH vertelde dat hij beter sliep en dat *zij* daardoor ook beter kon slapen. Toch bleef HH zich moe voelen, een probleem dat hij aan de huisarts voorlegde. Bij nader onderzoek bleek HH bloedarmoede te hebben waarvoor hij een voedingsadvies kreeg.

*Sessie 4:* HH vertelde dat hij zich tijdens de HT-interventies goed kon ontspannen; hij viel in slaap. De ademhaling werd rustiger. Na afloop van de behandeling duurde het even voordat HH weer wakker werd.

*Sessie 5:* HH was voor controle geweest bij de neuroloog en had hem gevraagd of hij de medicatie mocht verminderen, daar hij zich goed voelde en zijn lichaam prettig aanvoelde. De neuroloog beaamde dat zijn schouders soepeler waren. De neuroloog koos ervoor de medicatie te handhaven, juist omdat het nu goed ging. Zijn echtgenote gaf aan dat er geen sprake meer leek te zijn van freezing. HH liep in huis redelijk goed en hij gebruikte de rollator niet meer.

*Sessie 6:* HH vertelde dat al snel na de vijfde HT behandeling, toen hij volledig ontspannen was, zijn handen en armen gingen trillen. Hij was hiermee niet bekend. Hij gaf aan dat zijn spraak aanzienlijk was verbeterd. De verhalen en gebeurtenissen waarover hij vertelde waren nu coherent. Zijn geheugen was verbeterd en hij had minder steun van zijn echtgenote nodig.

*Sessie 7:* HH had griep. Hij vertelde een paar keer hetzelfde verhaal zonder dit zelf in de gaten te hebben. Het lopen ging minder goed en het freezezen was weer terug. Zijn vrouw vertelde dat hij weer slechter sliep en dat dit voor beiden nogal vermoeiend was.

*Sessie 8:* HH gaf aan binnenshuis geen rollator meer nodig te hebben. Zijn echtgenote gaf aan dat HH weer minder last had van freezing. Tijdens de behandeling kwijlde HH, hij bleek in slaap te zijn gevallen. Wel schudde zijn hoofd af en toe. HH werd tien minuten na de behandeling wakker gemaakt.

*Sessie 9:* HH was weer opgeknapt van de griep. Hij schonk na de behandeling zelfstandig koffie voor ons in en bracht ons deze zonder gebruik te maken van de rollator. Hij kreeg snel na de behandeling opnieuw last van trillende handen en armen.

*Sessie 10:* HH had pijn in zijn linker heup. De partner van HH gaf aan dat hij beter sliep in de nacht. Na afloop van de HT-behandeling deed HH zelf zijn schoenen aan en hij gaf aan dat de pijn in de linkerheup aanzienlijk was verminderd. HH kreeg na afloop van de behandeling weer last van trillende handen en armen.

*Sessie 11:* HH had geen pijn meer in de heup. Hij liet zien hoe hoog hij zijn been kon optillen voordat de pijngrens bereikt was. Na de HT-behandeling kon HH het been 10 cm hoger optillen voordat hij de pijngrens bereikte. Opnieuw kreeg hij na de behandeling last van trillingen in handen en armen.

*Sessie 12:* HH gaf aan het jammer te vinden dat de behandelingen in het kader van de case study werden afgerond. Hij wilde graag HT blijven ontvangen; hij voelde zich er prettig bij en het lopen en slapen ging beter.

*Sessie 13:* HH geeft aan dat de weken voorbij zijn gevlogen; hij had van de laatste HT-behandeling genoten. Opnieuw trillingen van de handen en armen na de HT behandeling.

### **Resultaten casus 3**

HH gaf aan dat de HT-behandelingen momenten van ontspanning waren voor zijn lichaam. Hij was beter gaan slapen. Het freezezen was nagenoeg nihil geworden waardoor het lopen was verbeterd en het vallen was afgenomen. De pijn in de heupen was verminderd. HH kon zich gemakkelijker bewegen, de schouders waren soepeler geworden, iets wat door de neuroloog werd bevestigd. Het snijden van voedsel ging hem beter af en hij had minder last van speekselvloed. De cognitie was verbeterd: het geheugen was verbeterd, HH was meer aan het woord en zijn verhalen werden duidelijker. Na de HT behandeling was vanaf de vijfde behandeling sprake van trillende handen en armen met name direct na de HT-behandeling. De behandelaar had geen kennis van het verschil tussen een tremor en dyskinesie en kon deze toename derhalve niet specificeren. Bij de evaluatie gaf HH aan dat het zelfstandig draaien in bed minder goed ging. Hier leek een mogelijk verband met het dieper slapen.

### **Overall conclusies en aanbevelingen**

In alle drie de casussen gold dat de patiënten zich beter voelden door de HT-behandelingen. Bij een van de patiënten resulteerde dit in het gaan volgen van scholing in Healing Touch door de echtgenote om continuïteit te kunnen bieden in de HT-behandelingen thuis.

In de drie casussen waren de volgende overeenkomsten: het algemeen welbevinden was verbeterd; het slapen was verbeterd; beide echtgenoten gaven aan dat het lichaam van de partner rustiger was in de nacht (in casus 2 is geen sprake van een partner); patiënten hadden meer energie, het psychisch welzijn en/of de mentale weerbaarheid was verbeterd, er was meer zelfvertrouwen en/of patiënten konden gemakkelijker hun zorgen loslaten. Er waren ook incidentele verschillen<sup>3</sup>:

- Neurologisch: minder stijfheid, soepeler (1,3), meer mimiek (1), meer last van doof gevoel (1,3)
- Sociaal: meer initiatief, meer bij kunnen dragen (1,2)
- Spraak: verbeterde spraak (1)
- Zintuigelijk: weer af en toe reuksensaties (2), verminderde pijn (1), daarentegen meer pijn bij dyskinesie (1,3), het lezen was verbeterd (2), verbeterd evenwicht (2)
- Psychisch: beter bewustzijn t.a.v. de ZvP (1,2), minder stress, minder angst (2), beter omgaan met symptomen van vermoeidheid (2), ontspanning (1, 3)
- Bewustzijn: zelf corrigeren van de houding (2); toegenomen bewustzijn van de werking van de medicatie en beter aanvoelen wanneer het tijd werd voor de volgende inname (2)
- Overig: minder eetlust (1)

### Discussie

- In deze case study werden ten behoeve van het onderzoek de HT-interventies beperkt tot twee, de Meridian Clearing en de EGSS. Alleen in casus 1 is hiervan afgeweken daar waar het pijn betrof die niet direct gerelateerd was aan de ZvP. Deze en andere interventies zouden – incidenteel en op geleide van de specifieke klachten – kunnen worden toegepast.
- Tijdens de behandelingen bleken vooral de ervaringen die de patiënten mondeling terugkoppelden van waarde voor het kunnen volgen van het verloop. In dit verband bleek het herhaald gebruik van de UPDRS binnen een periode van 13 weken weinig toe te voegen. De UPDRS werd in casus 1 en 3 door de patiënt zelf ingevuld. In casus 2 werd dit samen met de patiënt gedaan. Een Parkinsonpatiënt heeft per dag een wisselend beeld van zijn/haar symptomen en mogelijkheden, waardoor de lange lijn en een specialistische beoordeling ontbraken. Daarnaast gaf de UPDRS te grote marges (25%) bij sommige keuzemogelijkheden, waardoor veranderingen kleiner dan 25% niet zichtbaar werden.
- Waar vooral verwacht werd dat welzijnsaspecten zouden verbeteren, was het interessant te merken dat er ook sprake was van een duidelijke toename van dyskinesie (casus 2) zonder verandering van de Parkinson medicatie. Deze toename verliep parallel aan het aantal HT-behandelingen. Dit is opmerkelijk daar (een toename van) dyskinesie normaal gesproken veroorzaakt wordt door fluctuerende plasmaspiegels van de levodopa medicatie (peak dose – en end of dose dyskinesieën). De EGSS richt zich specifiek op het hersengebied. Zou het kunnen zijn dat deze HT-interventie invloed heeft op de dopamine productie in de hersenen? In casus 1 en 3 lijkt deze toenemende dyskinesie zich ook voor te doen. Daar was echter zowel voor de verpleegkundigen als voor de cliënt het onderscheid tussen een tremor, trillen en dyskinesie onvoldoende duidelijk om hierover een goede beoordeling te kunnen geven.

### Aanbevelingen

De resultaten van de Healing Touch behandelingen bij deze Parkinsonpatiënten zijn bemoedigend en welzijn-verhogend. Nader onderzoek is noodzakelijk waarvoor wij de volgende aanbevelingen doen:

- Periodiek meten van het slaappatroon tijdens een behandelperiode met HT.
- Monitoren van de samenhang tussen de HT-behandelingen, de (toenemende) dyskinesie en de medicatie in samenwerking met de neuroloog of Parkinson-verpleegkundige tijdens een HT-behandelperiode.
- Waar mogelijk en gewenst voor het welzijn, aanleren van tenminste de Meridian Clearing aan een naaste/mantelzorgverzorger.
- Op geleide van de klachten ook andere HT-interventies toevoegen indien gewenst voor het welzijn van de patiënt.
- Om de beginsituatie en de resultaten beter te kunnen meten moet worden gezocht naar andere meetmethoden dan de in deze casus gebruikte (aangepaste) UPDRS screening.

---

<sup>3</sup> Cijfers tussen haakjes geven de betreffende casus aan



## Referenties

1. Anderson, J.G., Anselme, L., Hart, L., (2017). Foundations and practice of healing touch. Lakewood: Healing Beyond Borders.
2. Anderson, J.G., Taylor, A.G., (2011). Effects of Healing Touch in Clinical Practice, A Systematic Review of Randomized Clinical Trials. Journal of holistic nursing. doi: 10.1177/0898010110393353
3. Busch, M., Huisman, A., Hupkens, S., Visser, A., (2006). Inleiding Complementaire zorg. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg.
4. Donley, S., McGregor. S., Wielinski, C., Nance, M., (2018). Use and perceived effectiveness of complementary therapies in Parkinson's disease. Prd-journal, doi: 10.1016/j.parkreldis.2018.08.003
5. Engebretson, Joan & Wardell, Diane. (2007). Energy-Based Modalities. The Nursing clinics of North America. 42. 243-59, doi: 10.1016/j.cnur.2007.02.004.
6. Goetz, C., (2003). The Unified Parkinson's Disease Rating Scale (UPDRS): Status and recommendations. Movement Disorders. Doi: 10.1002/mds.10473
7. Jain, Shamini. Mills, Paul J. (2009). Biofield Therapies: Helpful or Full of Hype? A Best Evidence Synthesis. International Journal of Behavioral Medicine, 17(1), 1-16. Doi: 10.1007/s12529-00-9062-4
8. Jessen, N.A., Munk, A.S.F., Lundgaard, I. et al. (2015). The Glymphatic System: A Beginner's Guide. Neurochemical Research. doi: 10.1007/s11064-015-1581-6
9. Lennaerts-Kats H.H., Rood WB, Rodenburg R, Gilissen K, Hemmelder MM, Tulp H, Schrauwen-Sanders M, van Wensen E, Bloem BR, Keus SHJ, van Laar T, Munneke M. (2015). Richtlijn Verpleegkundige zorg bij de ziekte van Parkinson. Alphen aan den Rijn: Van Zuiden Communications.
10. Mendelsohn, A.R. et al. (2013). Sleep facilitates clearance of metabolites from the brain: glymphatic function in aging and neurodegenerative diseases. Rejuvenation Research, vol. 16, no 6. Doi: 10.1089/rej.2013.1530
11. Observatie Vragenlijst [zoekmachine voor algemene meetinstrumenten]. (z.d.) Opgevraagd op <http://www.meetinstrumentenzorg.nl/Home/SearchPost?meetinstrument=173>
12. Palmer, J.L. et al. (2011) Unified Parkinson's Disease Rating Scale-Motor Exam: Inter-rater reliability of advanced practice nurse and neurologist assessments. Journal of Advanced Nursing, 66, 1382-1387. Doi: 10.1111/j.1365-2648.2010.05313.x
13. Parkinson [behandeling voor Parkinson] [uitleg van Parkinson]. (2018). Opgevraagd op februari 2018 van <http://www.parkinson-vereniging.nl>
14. Previously unknown cleaning system in brain: Newer imaging technique brings 'glymphatic system' to light [Science News]. (2012, 15 aug). Opgevraagd van <https://www.sciencedaily.com/releases/2012/08/120815142042.htm>
15. Seiya Uchida. Et al. (2012). Effect of Biofield Therapy in the Human Brain. Journal of Alternative and Complementary Medicine, 18, 875-879. Doi: 10.1089/acm.2011.0428
16. Wilkinson, D.S. et al. (2004). The Clinical Effectiveness of Healing Touch. The Journal of Alternative and Complementary Medicine, vol.8, no.1. doi: 10.1089/107555302753507168
17. Body Stress Release, uitleg over Body Stress Release op <https://www.bodystressrelease.nl/>
18. Decker, S., Wardell, D., & Cron, S. (2012). Using a Healing Touch intervention in non-community dwelling older adults with persistent pain: A feasibility study. Journal of the American Holistic Nurses Association, 30, 205-213.
19. Seskevich, J.E., Crater, S.W., Lane, J.D., & Krucof, M.W. (2004). Beneficial effects of noetic therapies on mood before percutaneous intervention for unstable coronary syndromes. Nursing Research, 53, 116-121.
20. Wang, K., & Hermann, C. (2006). Pilot study to test the effectiveness of Healing Touch on agitation levels in people with dementia. Geriatric Nursing, 27, 33-40.
21. Oschamn, J.(2000). Energy medicine: The scientific basis. Philadelphia: PA: Churchill/Livingston, Wardell, D.W., Kagel, S. & Anselme, L. (Eds.). (2014). Healing Touch: Enhancing life through energy therapy. Bloomington, iUniverse.
22. Lynne McTaggart (2004) Het veld (oorspronkelijke titel: The field, the quest of the secret force of the universe), Uitgeverij Ankh-Hermes BV, Deventer.
23. Consortium voor Integrale Zorg en Gezondheid, <https://www.cizg.nl> opgevraagd april 2019.
24. Parkinsonnet, <https://www.parkinsonnet.nl> opgevraagd april 2019.