

"Bedankt voor je extraatje". Therapeutic Touch als verpleegkundige interventie

M. Busch *

Voor veel zorgverleners is de gedachte dat de mens meer is dan alleen een lichaam niet nieuw; velen zijn bekend met het holistisch mensbeeld. De gedachte dat een mens een energieveld in en om zich heen draagt, is ook nog herkenbaar: wie kent niet het gevoel dat iemand 'te dichtbij' zit, terwijl er fysiek genoeg afstand is. Maar dat iedereen kan leren om dat energieveld daadwerkelijk met de handen waar te nemen en te beïnvloeden, is voor velen wel even wennen. Toch is dat wat er bij Therapeutic Touch (TT) gebeurt. En inmiddels met zoveel resultaat, dat TT in de Verenigde Staten als verpleegkundige interventie omschreven is en gedoceerd wordt¹.

Gezondheidsgericht

Energiebehandelingen zijn vermoedelijk als zo oud als de mensheid. Als verpleegkundige interventie is Therapeutic Touch echter in de jaren '70 ontwikkeld door Dora Kunz en Dolores Krieger², hoogleraar verpleegkunde aan New York University. Zij hebben een systematische en overdraagbare methode van energiebehandeling opgezet, die los staat van een specifieke levensbeschouwing en die als interventie zonnodig in vijf tot tien minuten kan worden toegepast.

Om het te onderscheiden van de gebruikelijke niet-therapeutische aanraking waar zorgverleners mee te maken hebben, noemden Krieger en Kunz hun methode Therapeutic Touch. Aanraking is echter niet noodzakelijk, zodat het ook gebruikt kan worden in situaties waar lichamelijk contact niet mogelijk of pijnlijk is (bijvoorbeeld in steriele situaties, bij brandwonden of ernstige pijn).

Een belangrijke aanname bij Therapeutic Touch is dat de mens een open energiesysteem is en in voortdurende interactie met zijn omgeving staat. Een tweede aanname stelt dat het energieveld van de gezonde mens in beweging is en dat de energie vrij en symmetrisch stroomt. Klachten en ziekte zouden dan als blokkades in het energieveld merkbaar moeten zijn. Theoretisch is deze opvatting in overeenstemming met het unitair veldmodel van Martha Rogers, een uitgesproken holistisch model in de verpleegkunde³.

Bij een TT-behandeling probeert de behandelaar het energieveld van de patiënt met zijn handen af te tasten (om stagnaties in het ener-

gieveld waar te nemen) en te beïnvloeden (om de energiestroom te stimuleren). Daarbij is het de bedoeling om het zelfgenezend vermogen van de mens te stimuleren of te activeren. TT is dus in beginsel geen klachtgerichte interventie, maar een gezondheidsgerichte handeling.

Indicaties

Therapeutic Touch heeft een specifieke, goed omschreven werking die vooral ligt op het vlak van ontspanning, angstvermindering, pijnbestrijding, verbetering van de kwaliteit van leven en stimulering van het natuurlijke genezingsproces (bijvoorbeeld bij wondgenezing). Dit blijkt niet alleen uit de klinische ervaring van tienduizenden verpleegkundigen, maar is in grote lijnen ook geobjectiveerd in onderzoek⁴.

De praktijk

Wat kun je nou met TT in de praktijk? Een voorbeeld: een 70-jarige man is al een paar maanden opgenomen in een algemeen ziekenhuis met Non Hodgkin Lymfomen (NHL), waarvoor hij cytostaticakuren heeft gehad. Als bijwerking van de hoge doses prednison heeft hij een diabetes mellitus ontwikkeld. Met als gevolg spierslakte en ongevoeligheid in de benen, en ook de ogen en het zicht worden minder. De man is tamelijk neerslachtig en ziet het nut en de zin van veel dingen niet meer; hij heeft ook weinig goede vooruitzichten (nooit meer kunnen lopen, mogelijk blind worden). Tijdens de opname is een liesbreuk geconstateerd, die met spoed geopereerd moest worden tussen twee kuren in, omdat er

sprake was van beknelling. Er is een stukje darm weggehaald. Vanwege spierslapte is de anus steeds openstaand. Daarnaast heeft hij een supra-pubis catheter in de blaas gekregen. Verder is de rechter schouder geluxeerd door een val. Mobilisatie lukt haast niet meer.

Vanwege een decubituswond aan de linkerenkel heeft de verpleegkundige toestemming aan de patiënt gevraagd en gekregen voor een TT-behandeling. Haar ervaring: "Ik vind het resultaat heel bemoedigend. De wond lijkt nu goed doorbloed te worden, is minder pussig. Er ontwikkelt zich granulatieweefsel. En bovendien: de laatste paar dagen is deze man wat opgewekter. Er kon af en toe een (glim)lachje af en hij bedankte me voor het 'extraatje!'".

Op de vraag wat ze nu precies gedaan heeft zegt ze: "Ik heb de TT-behandeling gedaan volgens de voorgeschreven vijf stappen en heb heel gericht met intenties gewerkt. Mijn algemene intentie was 'meer energie' te geven en bij de benen 'meer warmte'. Verder heb ik de schouders gemasseerd en plaatselijk bij de enkel de 'instructie' gegeven dat er meer bloed naar toe stroomt, dat dit reinigt".⁵

Dit werken met intenties is naast de directe beïnvloeding van het energieveld via handbewegingen, een belangrijk facet van Therapeutic Touch, dat samenhangt met het zogenaamde centeren. Met centeren wordt een bepaalde bewustzijnstoestand bedoeld, waarin je met alle aandacht in het nu bent. Dit heeft een rustige en evenwichtige gemoedstoestand tot gevolg, waarin het mogelijk is de ander zonder oordeel tegemoet te treden. Centeren wordt ook wel omschreven als afstandelijke betrokkenheid.

Als je goed gecenterd handelt (of het nu TT betreft of andere aspecten van je werk), dan helpt dit je voorkomen dat je 'leegloopt', dat je energie kwijtraakt. Het helpt je ook om gericht je aandacht te geven aan datgene wat je nu, op dit moment doet, en om daarbij intentioneel te werken.

Therapeutic Touch en wondbehandeling

Een recent onderzoek is dat van Daniel Wirth naar het effect van TT op wondgenezing⁶. Hij vertelde zijn 44 gezonde proefpersonen dat hij een nieuw soort camera had ontwikkeld die energiestromen rond het lichaam met grotere nauwkeurigheid kon meten dan enige bestaande camera. Er werd uitgelegd dat de bio-elektrische energie in het lichaam het best gemeten zou worden door een bovenlaagje van de huid te verwijderen, zodat de energie vrij naar buiten kan stromen.

Bij alle deelnemers werd daarom een wond

met een doorsnee van 8 mm in de bovenarm aangebracht door een arts.

Om de omstandigheden zo zuiver mogelijk te houden werd de camera opgesteld in een andere kamer. De deelnemers staken hun arm door een in een deur aangebrachte 'sluis' die zodanig geconstrueerd was dat men niet in de andere kamer kon kijken. De hand rustte op een tafel. De meettijd voor de camera was 5 minuten. De groep werd random in tweeën verdeeld: 21 controle- en 23 experimentele deelnemers, die elk gedurende 16 dagen 'gemeten' werden. Artsen die de wondgenezing controleerden op dag 0, 8 en 16 wisten niet wie in welke groep zat.

In werkelijkheid was er geen camera, maar was er sprake van een behandeling met Therapeutic Touch. De deelnemers uit de experimentele groep werden behandeld door een TT-behandelaar, die de proefpersoon niet aanraakte.

De resultaten zijn indrukwekkend. Al op dag 8 was de wondgenezing van de experimentele groep beter dan van de controlegroep. Op dag 16 waren 13 van de 23 wonden in de experimentele groep volledig genezen, terwijl de ander 10 zo goed als genezen waren. In de controlegroep was nog geen enkele wond dicht. De gemiddelde ongenezen wondoppervlakte was 0,73 mm² in de experimentele groep en 2,95 mm² in de controlegroep.

Hoewel Therapeutic Touch in bovenstaand onderzoek als een op zichzelf staande therapie onderzocht is, is het niet als zodanig ontwikkeld. TT is vooral een verpleegkundige interventie. Effecten mogen dan in eerste instantie ook niet verwacht worden in termen van genezing. TT is met name bedoeld als toevoeging in de zorg en kan daar - zeker als het gaat om wondbehandeling- voor zowel patiënt als zorgverlener een zinvolle vorm van begeleiding zijn.

* Martine Busch is Coördinator Therapeutic Touch bij het Van Praag Instituut te Utrecht.

Voor informatie over Therapeutic Touch (literatuur, cursussen, voorlichting)
Van Praag Instituut
Springweg 5-7
3511 VH Utrecht
030-2341707

Literatuur

- 1 Zie bijvoorbeeld Connell Meehan, Th (1992). Therapeutic Touch in G.M. Bulechek & J.C. McClosky, Nursing Interventions: Treatments for Nursing Diagnoses, H.B. Saunders Company
- 2 Krieger, D. (1875). Therapeutic Touch: the imprimatur of nursing, American Journal of Nursing 75 (5), 784-787.
- 3 Rogers, M.E. (1970). An introduction to the theoretical basis of nursing, Philadelphia: F.A. Davies.
- 4 Quinn, J. (1988). Building a Body of Knowledge: Research on Therapeutic Touch 1974-1986, Journal of Holistic Nursing, 6,1, 1988, 37-45.
- 5 Tijdens de cursus Therapeutic Touch aan het Van Praag Instituut te Utrecht schrijven cursisten twee casussen. Dit voorbeeld is het resultaat van zo'n opdracht.
- 6 Wirth, D. (1990). The effect of non-contact Therapeutic Touch on the healing Rate of Full Thickness Dermal Wounds, Subtle Energies, vol.1, no. 1 (1990), 1-20

Voor u gelezen

Gupta M, Bansal M, Gupta A, Coil P.

The kerosine tragedy of 1994, an unusual epidemic of burns: epidemiological aspects and management of patients. Burns 1996;22:1:3-9.

Vertaling en samenvatting: R.M. Baljon.

Het artikel beschrijft een ongewoonlijke en misschien wel de eerste epidemie van brandwonden, zoals dat plaatsvond in 1994 in een viertal districten in India. De oorzaak van deze epidemie was gelegen in het feit dat er per abuis een vermenigvuldiging had plaatsgevonden van kerosine en petroleum. Petroleum wordt voornamelijk gebruikt om te koken en voor de verlichting middels olielampen. Het is een goedkoop product en derhalve vooral gebruikt door de bevolking met een laag inkomen.

De meeste ongelukken vonden plaats op het moment dat deze mix in de lampen werden gegoten. De mix bleek zeer licht ontvlambaar te zijn. In drie maanden deden er zich 303 ongevallen voor. Daarvan waren 118 slachtoffers met ernstige brandwonden, van wie er uiteindelijk 37 overleden. Ondanks waarschuwingen van de lokale overheden, bleef deze bevolkinggroep gebruik maken van deze mix, gezien hun slechte financiële situatie.

De meeste patiënten werden behandeld in de districtziekenhuizen. De (para-)medische en verpleegkundige teams in deze lokale ziekenhuizen bleken echter te weinig geschoold in het behandelen van brandwondenslachtoffers. Naast de tekortkomingen in kennis en vaardigheden van de lokale behandelteams, bleken ook diverse logistieke problemen te bestaan. Zo waren er geen of onvoldoende mogelijkheden tot het doen van bloedbepalingen, een adequate vochtresuscitatie tijdens de shockfase, het toedienen van bloedtransfusies, het

verrichten van huidtransplantaties en er waren veel te weinig medicijnen in de districtziekenhuizen. Veel ernstig verbrande slachtoffers kwamen in aanmerking voor behandeling in de ziekenhuizen in de grote steden, die wel deze behandelmogelijkheden in huis hadden. Echter slechts 40 slachtoffers werden naar Jaipur gebracht. De meeste slachtoffers prefererde namelijk behandeling in de lokale ziekenhuizen, omdat ze dan dicht bij hun familie waren.

Voor de familie was het onmogelijk om de reiskosten te betalen.

Deze epidemie bleek een schrijnend voorbeeld van het falende systeem van de brandwondenzorg, zoals dat plaatsvindt in de provincie Rajasthan in India.

Training en enthousiasmeren van de (para-)medici en verpleegkundigen in het integraal behandelen van verbrandingsslachtoffers, is een belangrijke les die geleerd is uit deze epidemie.