

CASUS HANDGREPEN BIJ PARATONIE BIJ EEN VROUW MET GEVORDERDE DEMENTIE

Birgit Post

Deze casus beschrijft de behandeling met handgrepen volgens Methode van Dixhoorn van een mevrouw van 89 jaar met gevorderde dementie. Stijfheid in beweging, (verhoogde) spierspanning en onvermogen bewust te ontspannen (paratonie) komen vaak voor bij ouderen, vooral met cognitieve achteruitgang en dementie. De stijfheid is progressief, maakt de dagelijkse verzorging steeds moeilijker en vermindert de kwaliteit van leven van de persoon. Zelfs in de eindfase blijken onze handgrepen zinvol te zijn

Mw. woonde en werd verzorgd in een van de woonzorgvoorzieningen van de ECR's (European Care Residences), waar RAZ verantwoordelijk is voor woon-, zorg- en service diensten. Bewoners en tijdelijke gasten hebben een zelfstandige woonruimte, met de mogelijkheid om hulp en zorg te krijgen, als daar behoefte aan is. De zorgzwaarte kan oplopen van minder tot meer en tot zelfs zeer complexe zorg. Spanningsregulatie volgens methode Van Dixhoorn is een aantal jaren uitgeprobeerd en succesvol gebleken bij diverse bewoners met o.a. verschijnselen van paratonie. Sinds 2009 is er een mogelijkheid gecreëerd door het multidisciplinaire team in overleg met de directie voor invoering van AOT als complementaire behandeling om te kijken of onze benadering zinvol kan zijn bij ouderen met diverse klachten. De hulpvraag van een cliënt wordt besproken in het Multidisciplinair overleg (MDO).

Op verwijzing van de specialist ouderengeneeskunde wordt de behandeling voor mw. gestart met toestemming van de familie. Het behandelverloop liep van april 2012 en eindigt in april 2014 met haar overlijden.

Toestand voor aanvang van de behandeling.

Mw. is bekend met een dementiële beeld en is in een vergevorderd stadium. Mw. zit in een aangepast rolstoel, reageert nog nauwelijks en is weinig responsief. Armen en benen zijn in zeer grote mate verstijfd en zijn met veel

moeite nog in beweging te krijgen. Als er beweging wordt dan beweegt en schokt eigenlijk alles mee. Bij bewegen neemt het schokken toe. Volgens de zorg lijkt ze wat nukkig en opstandig. Hierdoor werkt mw. niet altijd mee als ze haar verzorgen. Ook de stijfheid en het schokken bemoeilijken de zorg.

Verloop behandeling. De eerste maal lukte het goed om de spierspanning in de benen en armen te doen afnemen, mw. lag na de behandeling heel rustig en zij reageerde positief op de vraag of ze dit nog een paar keer wilde. In de week erna waren de schokken aanmerkelijk minder, maar kwamen de laatste dag weer terug. De tweede behandeling was een week later en verliep even goed als de eerste keer. Mw. gaf aan dat ze het prettig vond. De derde keer was twee weken later en de toestand was tot dat moment beter gebleven. De zorg merkte op dat zij overdag responsiever is en aanmerkelijk minder verkrampd. De vierde en laatste keer (proefbehandeling) was een maand later. Deze behandeling verliep gemakkelijk, mw. gaf snel en goed mee, de spieren ontspanden goed. Zij was tot dat moment redelijk stabiel gebleven. Het advies vanuit de proefbehandeling was dan ook om de behandeling voort te zetten voor behoud van kwaliteit van leven.

De frequentie van de volgende behandelingen lag aanvankelijk op 1x per 2/3 weken. Met haar gezondheid ging het wisselend, maar de

toename van responsiviteit en de verminderde stijfheid en schokken blijven. Het valt op dat naarmate de tijd ertussen langer wordt er weer een afname en achteruitgang gaat ontstaan. Tijdens de zomermaanden is er geen behandeling nodig. Mw. gaat vaak naar buiten en is vrolijk, dit lijkt voldoende om de toestand stabiel te houden. Tegen oktober, november wordt een achteruitgang geconstateerd en start de behandeling weer. De frequentie blijft om de 3,4 weken, afhankelijk van haar toestand. Dit lijkt voldoende om kwaliteit van leven te behouden. Lichamelijk gaat mw. steeds meer achteruit, maar mw. blijft bereikbaar en beter te verzorgen door zorg en familie. Dit wordt voortgezet tot haar overlijden in april 2014. Begeleiding en ondersteuning van een therapeut met deze methode is als zeer positief ervaren binnen het zorgteam.

Behandeling. De behandeling is passief en bestaat uit handgrepen, instructies zijn niet mogelijk. Het doel is om ruimte en openingen te zoeken waardoor de spanning afneemt en er beweging kan ontstaan. Het is een kwestie van proberen: lichaamsbewegingen te weeg brengen, al of niet gekoppeld aan het ademen, langzaam/snel bewegen of schommelen. Mw. wordt meestal behandeld tijdens haar middagrust, liggend in haar bed. Ze reageert goed op de handgrepen: 'ruglig voeten trekken / duwen', 'benen tillen / schommelen', 'thorax schommelen', 'hoofd rollen', 'schouders trekken / duwen / schommelen', 'schouderblad duwen/houden/schommelen', 'kortlig trekken / duwen', 'borstbeen, romp schommelen' en vanuit het 'schouderblad schommelen'.

Processen: er treedt een duidelijke verandering op in aandacht: mw. is alerter, meer aanspreekbaar, meer open voor prikkels van buitenaf. Mw. herkent de behandelaar en krijgt snel contact, meestal verzachten haar ogen en reageert op de behandelaar met een flauwe glimlach. Ook als de behandelaar mw. in de huiskamer tegenkomt lijkt ze haar te

herkennen: haar hoofd komt omhoog en draait naar de richting waarvan de stem komt. Haar gezicht is in de loop van de tijd veranderd: van maskerachtig naar zachter en sprekender. Als behandelaar tegen haar praat tijdens het behandelen reageert mw. altijd, mw. probeert wel eens wat te zeggen, maar dit is meestal niet te begrijpen. Ja en nee gaat wel. Wanneer de handgrepen en bewegingen te snel gaan, lijkt het alsof het voor mw. niet prettig is. Mw. geeft het goed aan met geluid en reacties vanuit haar lijf: tegenstand of met haar arm naar de behandelaar. De laatste keer dat mw. behandeld werd, een week voor haar overlijden, lag mw. erg slecht en de omgeving was bezorgd. Mw. reageerde nauwelijks meer en haar lichaamsfuncties namen af. Desalniettemin reageerde mw. wel op het aanraken van haar wang en mond met haar eigen hand: meer aanwezig in haar gezicht, ogen stonden even helder en de omgeving kreeg ook een glimlach. Het was een mooi moment.

Spanningsvermindering: De stijfheid en het schokken van mw. zijn wisselend bij aanvang, maar veel minder dan bij het allereerste begin en nemen veel sneller af. Bij het bewegen van één ledemaat doen de andere veel minder tot niet mee, wat aanvankelijk sterk het geval was. Bewegen wordt makkelijker en minder schokkerig, mw. ligt meer open. Ademen gaat rustiger, vloeiender, meer verdeeld en met minder hoorbaar. Deze verbetering blijft ook een tijd na het behandelen.

Functioneel bewegen: de beweeglijkheid neemt toe bij mw., bewegingen gaan vloeiender en meer gedifferentieerd. Bijvoorbeeld in het begin gaat het hoofd bij bewegen van de bovenkant van het lichaam steeds omhoog, dit is een teken van hoge spanning die past bij paratonie. Tegen het eind van de behandeling blijft het hoofd rustig liggen en is er spanningsafname waarneembaar. Bij het bewegen van de armen doet mw. zelfs af en toe actief mee. De laatste maanden voor haar overlijden, gebeurt dit niet meer.

Conclusie. Met onze procesgerichte methode is een ingang te vinden bij mensen met gevorderde dementie en zijn er zinvolle processen in gang te zetten. Kwaliteit van leven verbetert naar de ervaring van zorg en familie en de verstijving neemt af. Binnen de organisatie van de RAZ komt er meer besef bij de zorgteams dat AOT vaker iets in gang kan zetten en kan bijdragen tot een betere kwaliteit van leven. In 2013 jaar is het aantal aanvragen toegenomen. De resultaten tot nu toe zijn zeer bemoedigend: bij één persoon had de AOT onvoldoende ingang, maar bij de rest is AOT een goede aanvulling gebleken. Het is erg mooi om te zien en te ervaren wat er voor je ogen en onder je handen gebeurt. Nog leuker is het om te ervaren dat de effecten van de behandeling ook na de behandeling een tijdje blijven bestaan. Het enthousiasme van de zorg en de familie maakt dat het veel voldoening geeft. Het is echter een relatief dure behandeling en de vergoeding is vaak een probleem, omdat de behandeling vaak regelmatig gegeven moet blijven worden.

Nawoord van het bestuur

In de loop van dementie treedt heel vaak verstijving op die resulteert in paratonie, maar ook bij andere aandoeningen doet zich dit voor (Hobbelen, 2010). De houding en beweging nemen af, er is toenemend onvermogen bewust spieren te ontspannen en men verstijft. Vaak past de verzorging zich aan en zoekt met steun van kussens een comfortabele positie. Ook de ergotherapeut kan ingeschakeld worden. De klassieke benadering van bedlegerige en verstijfde mensen vanuit fysiotherapie is 'doorbewegen' of passief bewegen. Dit vinden de mensen vaak niet prettig en ook menig therapeut staat het tegen. Je forceert een beweging en er ontstaat vaak verzet. Uit onderzoek blijkt dat deze aanpak om door een beperking en contractuur heen te bewegen eerder microtrauma's en daardoor uiteindelijk meer verstijving oplevert, tenminste bij deze populatie van mensen die zelf niet meer actief

bewegen en daarmee de tijdelijke bewegingsruimte benutten. Hoewel het nut van passief bewegen dus twijfelachtig is, blijft het veel gebruikt, bij gebrek aan beter. Handgrepen voor spanningsregulatie uit onze methode zijn mogelijk een goed alternatief om de beweeglijkheid te verbeteren, de paratonie beter hanteerbaar te laten worden en de kwaliteit van leven te verhogen.

Wat is eigenlijk het verschil met 'doorbewegen'? Van buiten af lijkt het veel op elkaar: de patiënt wordt door de behandelaar bewogen en de beweeglijkheid neemt vaak tijdens het behandelen kortdurend toe. Een belangrijk verschil van de procesgerichte benadering zit in de intentie van de behandelaar. Je pakt de voeten of tilt de benen iets op, maakt mentaal contact en zoekt naar de bewegingsmogelijkheden. Als er bewegingsonrust is dan volg je die en laat het bewegen toe door het gewicht van het ledemaat te ondersteunen. Je onderzoekt de ruimte in de gewrichten, bijv. de tenen, de enkel, de middenvoetsbeentjes. De aandacht van de behandelaar is bij de lokale bewegingsmogelijkheden én bij de aandacht die dit trekt van de persoon. De ene mens die een ander met aandacht en respect aanraakt, trekt de aandacht van die ander. Je roept geen weerstand, verzet en spierspanning op omdat je de bewegingsruimte zoekt en niet ergens 'doorheen' wil. Bovendien, en dit lijkt cruciaal, ontstaat een besef van de ander van het eigen levende lijf, de ruimte in de scharnieren van de gewrichten, het lichaam dat eerst als een vaste ongedifferentieerde massa aanvoelt, differentieert, wordt minder een 'blok beton' en de samenhang van de onderdelen wordt duidelijker. Het is dus een sterke prikkeling van de hersenen die deze waarnemingen moeten verwerken. Geen wonder dat iemand heel snel met het hoofd reageert: iets optilt, de ogen opent en soms expressiever wordt. Beginnen met de voeten geeft een besef van het bestaan van een lichaamsdeel, waarmee wij normaal gesproken contact hebben met de

aaarde, onze ondergrond, van waaruit wij ons oriënteren in de ruimte. Dit vervalt bij bedlegerige mensen en herstel van enig contact is een sterke prikkel. Het tillen en schommelen van de benen brengt beweging en dus differentiatie in bekken en onderrug. De romp wordt minder een vast geheel. De ribbenkast blijft vaak heel lang vast, maar door de armen passief te steunen en laten bewegen, de vingers te openen en de arm te laten buigen en strekken, kunnen ook de schouderbladen in beweging komen, waardoor de thorax daarvan onderscheiden wordt. Het hoofd laten rollen kan ook zo'n differentiatie geven, net als wervelkolom schommelen en de borstkas meedrukken. Kortom, alle handgrepen kunnen het besef van het levende, concreet ervaren lichaam vergroten en daardoor de levendigheid en de aandacht versterken. Het besef 'ik ben' kan groeien.

Dit soort effect toont aan dat onze methode meer is dan een cognitieve aanpak, het verhoogt de levendigheid en aandacht, ook bij mensen met sterke cognitieve achteruitgang, die nauwelijks meer aanspreekbaar zijn. Hun 'mindfulness' neemt op een natuurlijke manier toe, zonder enige noodzaak tot concentreren, doordat de ervaren lichaamsbeweging de aandacht vult en versterkt. Zo'n aanpak ondersteunt en is bruikbaar voor verzorgenden. Ook zij kunnen starten met een handgreep, waardoor er minder verzet is en men effectiever kan handelen, en dus toch minder tijd nodig ondanks de duur van de handgreep.

Literatuur:

Hans Hobbelen, Paratonia enlightened. Dissertatie Universiteit Maastricht, Maastricht, 2010