Huisarts & praktijk
Op de dagelijkse praktijk van de huisarts gerichte nascholing

C. A. J. DE JONG*

Behandeling van hyperventilatie door de huisarts

Hyperventilatie komt veel voor en de presentatie van de klachten is zodanig, dat meestal de huisarts wordt geconsulteerd. Aan hem dan ook de taak ervoor te zorgen dat deze patiënten niet somatisch of psychisch gefixeerd raken. Een modelmatige aanpak, toegelicht aan de hand van een viertal casus.

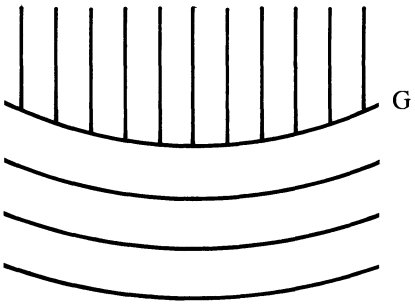
Inleiding

Net zoals men protocollen kan ontwikkelen voor de diagnostiek en behandeling van hypertensie, kan men dergelijke schema's opstellen voor de behandeling van hyperventilatie *(Greep en Van der Heyde)*. In deze bijdrage wordt zo'n schema geïntroduceerd, waarbij gebruik wordt gemaakt van het gedragstherapeutisch werkmodel van *Orlemans en Ten Doesschate*.
Het voorgestelde model zou ik het *GISIT*-model willen noemen. De *G* staat voor geruststellen en uitleg geven over de fysiologische responsen op lichamelijke activiteiten. *I* staat voor informatie over het circulair proces dat zich voltrekt wanneer eenmaal hyperventilatie is opgetreden. Met *S* worden specifieke oefeningen bedoeld. *IT* tenslotte staat voor intensieve therapie. Dit model komt in hoge mate overeen met het model van *Annon* voor de behandeling van seksuele stoornissen, het *PLISSIT*-model (*P*ermission – *L*imited *I*nformation – *S*pecific *S*uggestions – *I*ntensive *T*herapy); zie *figuur 1*.
De discussie over het al of niet doen van psychotherapie door de huisarts is pas kort geleden geopend *(Brouwer)*. Naar mijn mening is de huisarts in bepaalde situaties psychotherapeutisch werkzaam. Afhankelijk van zijn deskundigheid, de beschikbare tijd en zijn persoonlijke grenzen, bouwt de huisarts dit soort werkzaamheden uit of perkt hij ze in. Het voorgestelde model heeft het voordeel, dat de hulpverlener telkens voor zichzelf kan uitmaken welk niveau hij nog wel, en welk niveau hij niet meer kan behandelen *(figuur 2;* vergelijk ook de bijdrage van Schacht e.a. in *Moors)*. Aan de hand van een viertal ziektegeschiedenissen uit mijn eigen praktijk wil ik de opeenvolgende stadia van het *GISIT*-model bespreken en aangeven welke deskundigheden noodzakelijk zijn voor een behandeling.

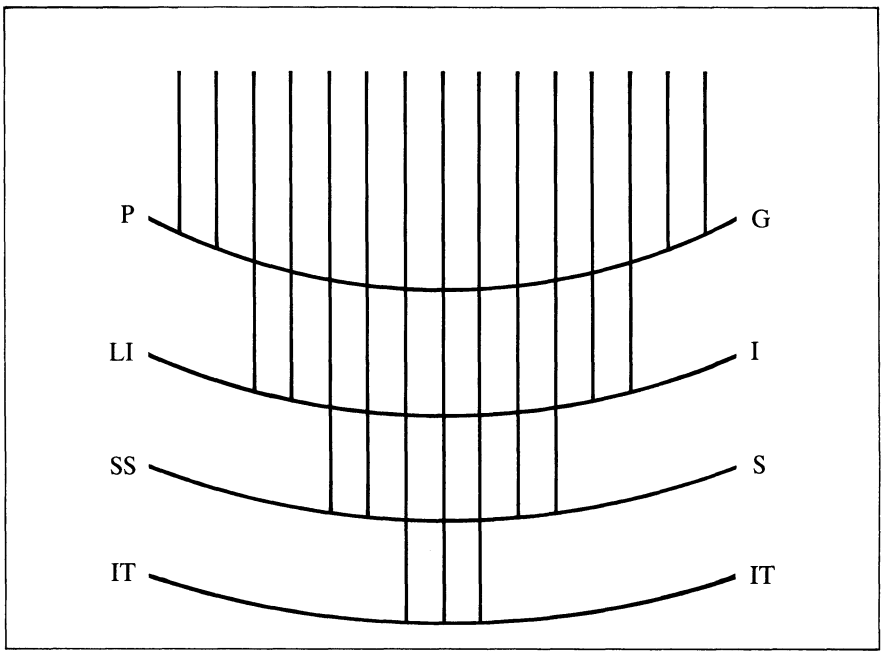
Geruststellen

• *Casus 1 (figuur 3)*. Rond 10 uur in de avond word ik gebeld door mevrouw A, bekend uit de praktijk. Ze vraagt of ik onmiddellijk wil komen, omdat haar man, 29 jaar, onwel is geworden na het nemen van een bad. Ik beloof meteen te komen en 5 minuten later tref ik meneer, de haren nog nat, aan in bed. De ademhaling is versneld, hij transpireert hevig en voelt zich erg beroerd. Angstig is hij niet.
Hij vertelt al hijgend dat het bad erg warm was. Precordiale pijn geeft hij niet aan. Hem kennende als een actieve sportman acht ik cardiale problemen dan ook onwaarschijnlijk. Hyperventilatie ligt meer voor de hand. Ik besluit gebruik te maken van een eerste-hulp maatregel en vraag hem de mond dicht te doen en met de hand de neus gedeeltelijk af te sluiten. Ondertussen zit ik, inmiddels zelf voldoende gerustgesteld, rustig naast zijn bed.
Als de klachten na enkele minuten verdwenen zijn, leg ik uit dat warmte niet alleen gepaard gaat met transpiratie maar ook een versnelde ademhaling tot gevolg kan hebben. Een fysiologische respons dus, waarbij de resulterende hyperventilatie het hele scala van bekende klachten kan geven.
Mijn hulp blijft tot deze uitleg beperkt. De behandeling van deze patiënt wordt

Figuur 3. Geruststellen.

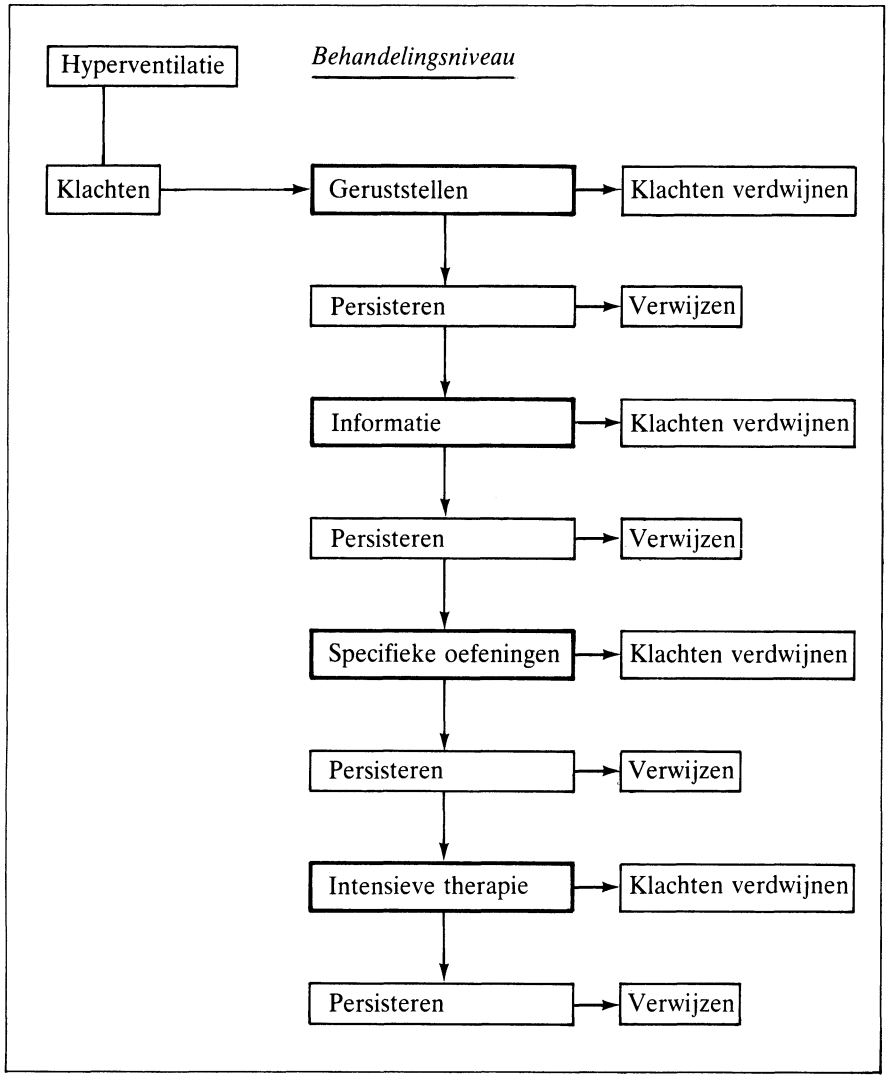


Figuur 1. Het PLISSIT/GISIT zeefmodel.



* Huisarts te Grave en als arts verbonden aan het Psychiatrisch Ziekenhuis Huize Padua te Boekel.

Figuur 2. Een beslissingen-diagram



verricht in één contact van een half uur. Bij een spreekuurcontact had het wellicht wat minder tijd gekost.

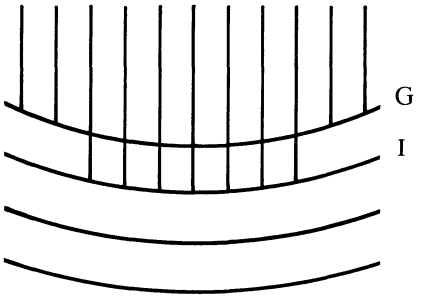
De deskundigheid die nodig is voor deze fase van de behandeling, moet bij elke huisarts aanwezig geacht worden. In de artikelenserie over het hyperventilatiesyndroom van *Droogleever Fortuyn e.a.* wordt uitgebreid ingegaan op het klachtenpatroon, het regulatiemechanisme van de ademhaling en de pathofysiologie van het syndroom. Bestudering van deze literatuur verschaft voldoende informatie om het hyperventilatiesyndroom te onderkennen, te begrijpen, te differentiëren van andere aandoeningen en een oordeel te vormen over de achterliggende problematiek. Wanneer de diagnose hyperventilatie voor de huisarts zeker lijkt, zal dit hem zoveel rust geven, dat de patiënt zich ook daadwerkelijk gerustgesteld kan voelen. Het in voor de patiënt begrijpelijke taal uitleg geven van de ontstaanswijze van de klachten maakt de behandeling in deze fase compleet.

Informatie

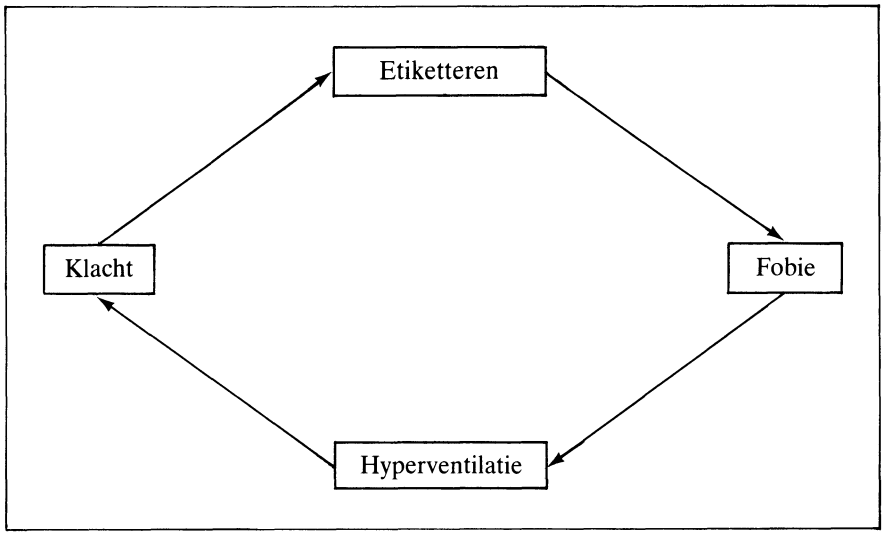
• *Casus 2 (figuur 4).* Het is 1 uur in de nacht, de telefoon gaat en meneer B vertelt, dat zijn 28-jarige vrouw ernstig benauwd is en bang is te stikken. Hij vraagt paniekerig of zijn vrouw onderzocht kan worden.
Wanneer „patiënte" na 5 minuten binnen komt, zie ik een bleke angstige vrouw, die vlug en diep ademt. De echtgenoot doet het woord: „Ik ben verpleegkundige en ik maak me ernstig bezorgd over mijn vrouw; wat ze heeft, weet ik niet maar hyperventilatie is het zeker niet". Zeker van die diagnose ben ik ook niet, maar haar toestand lijkt me niet alarmerend. Ik besluit dan ook eerst de anamnese op te nemen. Rustig vraag ik puntsgewijs naar de verschijnselen die patiënte heeft. Het hyperventilatiebeeld wordt steeds duidelijker.
Het tweede aandachtspunt is de relatie tot de situatie waarin patiënte verkeerde tijdens de aanval. Ze zat in een warme kamer wat geïsoleerd van de anderen en was bezig met haar eigen gedachten. Het blijkt dat mevrouw een maand geleden de eerste aanval heeft gehad. Al explorerend krijg ik een beeld van de cirkel waarin zij gevangen zit. Het echtpaar is vijf jaar getrouwd, en ongewenst kinderloos. Oorzaken zijn nog niet gevonden en mevrouw wordt op het moment behandeld met ovulatie inducerende middelen. Telkens als zij enkele dagen over tijd is, wordt ze onrustig, haar gedachten gaan uit naar het gewenste kind, en tegelijkertijd is ze bang dat het wel weer niets zal worden. Rationeel heeft het echtpaar wel over deze zaak gesproken, maar gevoelsmatig hebben ze elkaar „gemist". De echtgenoot etiketteert haar klachten nu als een lichamelijke ziekte.
Inmiddels zijn haar klachten verdwenen. De kennis die ze allebei over hyperventilatie hebben, maakt dat ze zelf de eerste-hulpmiddelen aangeven (plastic zak). In de tweede plaats gaat mevrouw, die allang door haar gewenste yogacursus volgen. Tenslotte geven ze aan dat ze, naast behandeling van de infertiliteit, aandacht zullen vragen voor begeleiding, voor zover ze daar behoefte aan hebben.

Bij een follow-up contact blijken de klachten bij een volgende menstruatie niet te zijn teruggekomen.
De geschatte duur van dit contact bedraagt, evenals bij de eerste ziektegeschiedenis, ongeveer een half uur. De ervaring leert echter dat vaak meer dan één contact nodig is. Meestal maak ik hiervoor een paar afspraken van een half uur, zodat in alle rust over het gebeuren gesproken kan worden. Bestudering van het reeds genoemde artikel van *Orlemans en Ten Doesschate* voorziet in de kennis nodig voor het informeren van de patiënt over een zich bij hem afspelend circulair proces *(figuur 5).* Het stap voor stap op papier zetten van deze kringloop werkt vaak erg verduidelijkend. De brochure van het NHI over hyperventilatie geef ik mee, zodat de patiënt thuis het hele verhaal nog eens kan doornemen. Ook de nood-

Figuur 4. Informatie.



Figuur 5. Het circulair proces.



maatregelen zoals plastic zakje, tuinslang of hand voor de mond komen aan de orde.

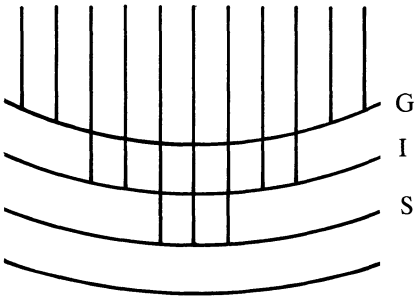
Zoals gezegd heeft de huisarts tijd en rust nodig voor deze behandelfase. Hij moet zich ook willen verdiepen in de denkprocessen van de patiënt en de gevolgen die deze kunnen hebben voor diens geestelijk en lichamelijk functioneren. Als de huisarts hiertoe niet bereid of in staat is, zal hij moeten besluiten deze behandelfase niet uit te voeren.

Speciale oefeningen

• *Casus 3 (figuur 6).* Mevrouw C komt op het spreekuur met klachten over benauwdheid, duizeligheid en tintelen in de handen. Deze verschijnselen treden vooral op als ze denkt aan het komende rij-examen, maar generalisatie van de klachten begint ook in andere situaties op te treden. Ze heeft al vier keer afgereden, even zoveel keren is ze gezakt. Anxiolitica, bêta-blokkers en valeriaanextracten mochten niet baten. De hyperventilatie-provocatietest – een paar minuten flink diep en vlug zuchten – bezorgt haar alle klachten. In een volgend contact leg ik haar het circulaire proces uit en geef ik het hyperventilatiestencil mee.
Na een week komt ze terug. Het circulaire proces is haar duidelijk, maar de aangegeven ademhalingsoefeningen lukken haar niet erg. Ze was bang dat ze zou gaan hyperventileren en dat gebeurde ook. Als ze de oefeningen voordoet, blijkt ze paradoxale bewegingen te produceren. Buik- en borstademhaling verlopen daardoor moeizaam, en ze wordt door al het gedoe gespannen en angstig. Ik bied haar aan in een volgend contact (30 minuten) te leren hoe ze kan ontspannen en hoe ze de ademhaling onder controle kan krijgen.
Met behulp van de progressieve relaxatiemethode van Jacobson krijgt mevrouw C snel controle over haar spierstelsel. Als ze diep ontspannen is, oefenen we de ademhaling. In totaal zijn er drie sessies van 30 minuten nodig, waarbij deze oefeningen op de band worden opgenomen, zodat patiënte thuis kan oefenen. Hierna zijn de klachten verdwenen.

Behandeling bestond hier, na een eerste uitleg en een beperkte informatie over het circulaire proces, uit het aanleren van specifieke oefeningen. Na het eerste spreekuurcontact zijn er bij deze patiënte nog vijf afspraken nodig: een flinke tijdsinvestering. Bestudering van het hoofdstuk Ontspanningsoefeningen in het *Handboek voor Gedragstherapie* voorziet in voldoende mate in de kennis die nodig is voor het toepassen van deze oefeningen. Het is echter ook zinvol deze techniek onder supervisie te leren gebruiken.
Verder spelen mijns inziens overwegingen met betrekking tot het psychisch functioneren van deze groep patiënten een rol bij het besluit al dan niet zelf therapeutisch in te grijpen. Enige voorbeelden kunnen dit verduidelijken. Zo zal een man die zich niet over kan geven aan passief-afhankelijke strevingen, zich moeilijk tot ontspanning over laten halen. De relatie met een patiënte die ertoe neigt de overdracht snel te erotiseren, kan door de ontspanningsoefeningen zo geladen raken dat zowel huisarts als patiënte in een moeilijke situatie terechtkomen. In hoeverre de opleiding tot huisarts voldoende is om deze en andere valkuilen te herkennen en te hanteren, is een vraag die ik niet kan beantwoorden. Patiënten in deze fase zullen vaak door de huisarts verwezen worden.

Figuur 6. Specifieke oefeningen

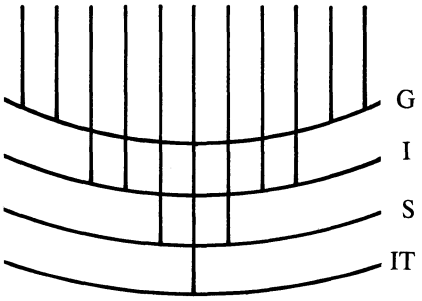


Intensieve therapie

• *Casus 4 (figuur 7).* De heer D is 26 jaar en vertegenwoordiger van beroep. Hij bezoekt het spreekuur, omdat hij last heeft van benauwdheid, een opgeblazen gevoel, tintelen in de handen, droge mond en trillen in de arm.
De hyperventilatie-provocatietest is duidelijk positief. Uitleg van het somatisch gebeuren, beperkte informatie over het circulaire proces en specifieke oefeningen passeren de revue. Een verbetering treedt echter niet op. Tijdens de eerste gesprekken wordt duidelijk dat de klachten vooral optreden in situaties waarin hij in contact komt met zijn superieuren. Hij gaat dan bij het drinken van koffie trillen, wordt angstig, krijgt last van hyperventilatie, en de situatie ontaardt in paniek. In voorkomende gevallen begint hij sinds kort te anticiperen. Verder treedt inmiddels generalisatie op naar andere situaties.

Via een in de gedragstherapie gehanteerde methode, de functionele analyse, wordt duidelijk hoe de problemen in stand worden gehouden. Gekozen wordt voor een tweetal behandelingsmethoden, die successievelijk worden afgewerkt. In de eerste plaats vindt een systematische desensitisatie plaats om de angst en spanning te lijf te gaan. Deze techniek, die geldt als de eerste op

Figuur 7. Intensieve therapie.



leertheoretische grondslagen gebaseerde behandelingsmethode, is ontwikkeld door Wolpe. Het uitgangsidee is dat spanning en ontspanning niet gelijktijdig kunnen bestaan. De cliënt begint met het leren van een ontspanningstechniek. Daarna wordt geanalyseerd welke situaties spanning verwekken, en deze stimuli worden in een rangorde gebracht. Vervolgens worden deze situaties stapsgewijs in gedachten aan de cliënt aangeboden, die daarbij aangeeft of hij de spanning door de relaxatietechniek onder controle kan houden. Tenslotte kan een verplaatsing van de spreekkamersituatie naar de dagelijkse leefsituatie van de cliënt aangeleerd worden.
Als dit achter de rug is, wordt met behulp van een aan de rationeel emotieve therapie ontleende behandelingstechniek gewerkt aan de cognities. De rationeel emotieve therapie is een behandelingsvorm die vooral ontwikkeld is door Ellis. Wanneer een emotionele reactie C (angst) volgt op een activerende gebeurtenis A (zien van een slang in een kooi) lijkt het alsof A rechtstreeks tot C leidt. In werkelijkheid veroorzaakt echter B, de houding ten opzichte van A of de gedachte over A („de slang zal me bijten en dan ga ik dood") de emotionele gevoelens. De rationeel emotieve therapie richt zich op het omprogrammeren van een niet met de realiteit strokende ideeënwereld. B wordt bijvoorbeeld „zolang ik met mijn handen uit de kooi blijf, kan die slang me niet bijten", en deze gedachte leidt tot een neutraler gevoel B dan angst.

In deze laatste ziektegeschiedenis is de behandeling intensief geweest: twintig contacten van 30 minuten. Na een follow-up periode van twee jaar is de cliënt nog steeds vrij van klachten. Hij zelf vindt dat hij beter is gaan functioneren. Om zo'n intensieve behandeling te geven is uiteraard een speciale interesse nodig. De werkdruk in de praktijk moet ook van dien aard zijn dat een dergelijke therapie haalbaar is. Voorwaarde is verder dat, wanneer besloten wordt tot een vorm van psychotherapie met de cliënt, een contract gemaakt wordt waarin een aantal spelregels worden vastgelegd.
Duidelijk is dat de vereiste deskundigheid verworven moet worden. Voor vrijwel elke vorm van psychotherapie zijn de opleidingseisen scherp omschreven. De opleiding omvat technisch-theoretische cursussen, werken onder supervisie, regelmatig psychotherapie doen en in veel gevallen leertherapie. In de meeste gevallen zal de huisarts het laatste behandelingsniveau niet zelf ter hand nemen maar overgaan tot verwijzing. Het lijkt in dit verband niet noodzakelijk de diverse verwijzingsmogelijkheden te expliciteren.

Naschrift

Mijn dank gaat uit naar G. Paarlberg, psycholoog-supervisor,
H. G. T. L. van den Boogerd, psycholoog-supervisant en F. A. van Rooy, klinisch pedagoog-supervisant, voor hun waardevolle adviezen bij de totstandkoming van dit artikel.

Samenvatting. Het hyperventilatiesyndroom is een symptoom, zoals koorts een symptoom is. De behandeling dient te worden afgestemd op de oorzaak van de hyperventilatie, c.q. op de aard van het circulaire proces waarvan de hyperventilatie deel uitmaakt. Men kan vier behandelingsniveaus onderscheiden; hiervan wordt een model gegeven. Elk niveau vereist zijn eigen deskundigheid. Als die deskundigheid ontbreekt, is het zinvol te verwijzen.

Summary. Treatment of hyperventilation in general practice. Hyperventilation, like fever, is a symptom. Its treatment should be attuned to its cause, i.e. to the nature of the circulatory process of which hyperventilation is a component. Four levels of treatment are to be distinguished, of which a model is presented. Each level requires its particular expertise. If this expertise is not available, then referral is indicated.

Annon, J. S. The behavioral treatment of sexual problems. Volume 1. *Enabling Systems, Hawai,* 1975.
Brouwer, W. Commentaar. (1979) *Metamedica* **58,** 95-96.
Droogleever Fortuyn, J. e.a. Studies over het hyperventilatiesyndroom. (1976) *Ned. T. Geneesk.* **120,** 778-781; 822-831; 878-882.
Greep, J. M. en M. N. van der Heyde. Op weg naar een protocollaire geneeskunde? (1980) *Med Contact* **35**, 551-552.
Moors, J. P. C. (red.). Helpen bij seksuele moeilijkheden. NHG/*Van Loghum Slaterus, Deventer,* 1978.
Orlemans, J. W. G. en R. J. A. ten Doesschate. Hartziektefobie; een gedragstherapeutisch werkmodel voor behandeling. (1976) *Huisarts en Wetenschap* **19,** 323-337.

Tijdschriften van wetenschappelijke huisartsenorganisaties

Allgemeinmedizin General Practice, Societas Internationalis Medicinae Generalis, Bahnhofstrasse 22, A-9020 Klagenfurt, Oostenrijk.
Australian Family Physician, 70 Jolimont Street, Jolimont, Victoria, 3002, Australië.
Le Medicin de Famille/de Huisarts, Rue du Tabellion 76, 1050, Brussel, België.
Huisarts Nu, Wetenschappelijke Vereniging der Vlaamse Huisartsen, Grote Hondstraat 18, 2000 Antwerpen, België.
Canadian Family Physician, 4000 Leslie Street, Willowdale, Ontario, Canada.
The Family Physician, PO Box 16250, Tel Aviv, Israël.
Hong Kong College of General Practitioners, PO Box 10651, GPO, Hong Kong.
The Family Practitioner, Room 1, NMA House, 5th Floor, 124 Jalan Pahang, Kuala Lumpur 02-14, Maleisië.
The Finnish Association of General Practitioners, Ruoholahdenkatu 4, 00180 Helsinki, Finland.
Transactions of College of General Practitioners of Sri Lanka, 147 Galle Road, Dehiwela, Sri Lanka.
New Zealand Family Physician, PO Box 1, Owaka, South Otago, Nieuw-Zeeland.
Journal of the Royal College of General Practitioners, Alford House, 9 Marlborough Road, Exeter, EX2 4TJ, United Kingdom.
Journal of Pakistan Medical Association, PMA House, 39 Garden Road, Karachi-3, Pakistan.
Philipino Family Physician, R-508 Dua Mercedes Building, Quiapo, Manila, Philippijnen.
Le Médicin du Quebec, 1440 St. Catherine St. West, Suite 1100, Montreal, Quebec. H3G 1R8 Canada.
Newsletter, PO Box 2270, Bulawayo, Rhodesië.
Singapore Family Physician, The Alumni Medical Centre, 4A College Road, Singapore 3.
Elan, PO Box 27399, Sunnyside, Pretoria, Zuid-Afrika.
American Family Physician, American Academy of Family Physicians, 1740 West 92nd Street, Kansas City, Missouri, 64114, USA.