

Het whiplashsyndroom en zelfcontrole

M.M. KLAVER

Klaver MM. Het whiplashsyndroom en zelfcontrole. Huisarts Wet 1998;41(13):613-6.

Het whiplashsyndroom is een hardnekkig syndroom dat ontstaat na een acceleratie-deceleratie-trauma van de nek. De voornaamste klachten zijn nekpijn, duizeligheid, concentratiezwakte en moeheid. De behandeling is vaak teleurstellend. In dit artikel wordt de invloed van coping op het voortbestaan van de klachten gepostuleerd. De behandeling bestaat uit een goede voorlichting en het bevorderen van positief copinggedrag c.q. zelfcontrole.

M.M. Klaver, neuroloog,
Streekziekenhuis Midden-Twente,
Postbus 546, 7550 AM Hengelo.

Inleiding

Het whiplashsyndroom wordt veroorzaakt door een cervicaal trauma – een acceleratie-deceleratie-trauma – waarbij het hoofd vrij heen en weer zwaait. Andere vormen van nektrauma, zoals bij een val tijdens skiën, kunnen ook een whiplashsyndroom veroorzaken. Het syndroom bestaat uit een typisch klachtenbeeld met nekpijn, duizeligheid, concentratiezwakte en moeheid. Andere klachten zijn wazig zien, hoofdpijn, evenwichtszwakte, en slaap- en stemmingsstoornissen.

Hoewel het whiplashsyndroom wordt veroorzaakt door een trauma, is er geen bijpassend letsel aantoonbaar.¹ Eventuele cervicale letsels, zoals fractuur, dislocatie, ruptuur, traumatische discushernia of contusio medullae spinalis posterior, hebben geen duidelijke relatie met het syndroom; het komt hierbij weinig of niet voor. Overigens kennen we ook een whiplash-achtig beeld zonder traumatisch begin. Volgens *Minderhoud* en *Van Wijngaarden* heeft het niet-traumatische 'hoog-cervicale syndroom' dezelfde kenmerken als het whiplashsyndroom.^{2,3} Dit wijst erop dat het whiplashsyndroom weliswaar veroorzaakt wordt door een trauma, maar dat andere, niet aan het trauma gerelateerde factoren het syndroom zouden kunnen onderhouden.

In de door mij voorgestane behandeling van het syndroom draait alles om zelfcontrole en coping door de patiënt. In deze klinische les wordt dat geïllustreerd aan de hand van twee casus: de eerste casus is een voorbeeld van te flinke coping, in de tweede casus vormen passieve coping en een slachtofferhouding het uitgangspunt.

Casus 1

Saskia ter Veer is een 26-jarige ongehuwde directiesecretaresse. Ze werkt fulltime voor een grote firma die confectiekleding importeert. Op een dag wordt ze voor een stoplicht van achteren aangereden. Ze voelt enige nekpijn en komt verder met de schrik vrij.

Een dag later is de nekpijn fors toegenomen.

Saskia voelt zich moe en misselijk en heeft nu ook hoofdpijn. Ze krijgt pijnstillers van de huisarts.

Een week later is de misselijkheid verdwenen. Saskia heeft nu last van duizeligheid, wazig zien en evenwichtszwakte. De halswervelkolomfoto is normaal. Door moeheid en pijn is Saskia ternauwernood in staat haar gewone huishoudelijke activiteiten uit te voeren. Ze merkt dat sociale activiteiten belastend zijn en ze moet stoppen met haar favoriete sport, volleyballen.

Op eigen aandringen en in samenspraak met de bedrijfsarts hervat Saskia haar werk voor halve dagen. Na een week is ze uitgeput en meldt ze zich weer ziek. Via de huisarts gaat ze naar de fysiotherapeut en, als dat niet helpt, naar de manuele therapeut. De fysiotherapeut adviseert haar een zachte halskraag te dragen wegens de intensiteit van de pijn. Ze blijft de halskraag dragen en pijnstillers slikken. Tevens schakelt ze een letselschadebureau in om genoegdoening te krijgen.

Op advies van de bedrijfsarts wordt drie maanden later opnieuw een poging tot werkhervatting ondernomen. Na drie dagen staakt patiënte deze poging.

Zeven maanden na het ongeval wordt Saskia naar mij verwezen. Ze wil graag een MRI waar je alles op kunt zien en ze wil van de klachten af. De neurologische bevindingen zijn normaal, evenals de MRI van het brein en de cervicale structuren. In het eerste gesprek wordt de letselverklaring besproken. Daarnaast komt de invloed van psychosociale factoren en coping aan de orde. In het gesprek blijkt al dat patiënte meer wil dan ze kan. Ze spreekt vaak over de normale situatie; de werkelijkheid is echter anders. Door dit streven naar normaal functioneren overschrijdt ze dagelijks haar grenzen. Ze kan kleine sociale activiteiten zoals bezoeken en visites niet weigeren, hetgeen ze moet bekopen met meer pijn.

Ik bied patiënte een vorm van cognitieve therapie aan, gericht op het terugwinnen van zelfcontrole. Zij is verrast dat haar bezoek aan de neuroloog deze wending krijgt. Ze zegt dat ze, behalve de foto, een geneesmiddel had verwacht. Ik vertel haar

dat er geen letsel zichtbaar is en dat ze misschien anders moet gaan denken. Ik bespreek dat ze zichzelf beter kan maken en dat de hulp die ze buiten zichzelf zocht niet effectief blijkt te zijn. Tijd en natuurlijk beloop hebben haar in de steek gelaten. Ik bied haar een aantal gesprekken aan om haar te helpen de juiste weg te vinden; anders gezegd: hulp bij zelfhulp.

Saskia gaat hierop in, omdat het redelijk klinkt wat ik zeg, en ze voelt zich door mij begrepen en gesteund. In drie gesprekken probeer ik haar te bewegen haar te flinke copinggedrag te veranderen. In het vierde gesprek blijkt haar instelling wezenlijk veranderd. Ze vertelt dat ze bepaalde sociale activiteiten probeert los te laten en meer nee gaat zeggen. Ze ervaart dat er hierdoor ruimte ontstaat en dat de pijn afneemt. Ze is actiever en duidelijker in haar antwoorden. Ze voelt zich blij en vol hoop dat ze op de goede weg zit.

Drie gesprekken later heeft Saskia haar eigen grenzen goed onder controle, en kan zij haar werk voor halve dagen hervatten. Er vinden nog twee gesprekken plaats; de intensiteit van haar pijn en klachten zijn nu gering tot matig. Vier maanden na het eerste bezoek aan de polikliniek, wordt het contact beëindigd. Saskia is tevreden over de behandeling.

Vijf maanden later zie ik Saskia terug met een recidief. Zonder dat er volgens haar een duidelijke oorzaak is, heeft Saskia weer hetzelfde klachtenbeeld als na het ongeval en is werken onmogelijk. Na enige aarzeling heeft ze besloten opnieuw hulp bij mij te zoeken. Ze schaamt zich dat ze me moet teleurstellen en ze weet zeker dat het niet psychisch is. Ik zeg dat ik het daar niet zonder meer mee eens ben en dat ze vermoedelijk haar grenzen opnieuw heeft overschreden. In haar hart moet ze me gelijk geven. Werkdruk en relatieproblematiek komen naar voren. Ze brengt zichzelf tot rust, begint bij nul en zoekt de grenzen waarbinnen ze weinig klachten heeft.

Na vier maanden is patiënte weer vrij van klachten, blij en vol zelfvertrouwen. Ze kan volledig werken. Ze weet dat ze het nu zelf in de hand kan houden.

Casus 2

Willem Groot Oonk is een 34-jarige onderwijzer aan een lagere school. Hij heeft drie kinderen en is gelukkig getrouwd. Op een dag bevindt hij zich in het magazijn met leerboeken en lesmiddelen. Terwijl hij gebukt naar een doosje krijgt zoekt, valt er plotseling een losse ijzeren staaf in zijn nek. In de volgende twee weken ontwikkelt zich een whiplashsyndroom. Willem komt in de Ziektewet, gebruikt pijnstillers, en bezoekt de fysiotherapeut en een magnetiseur. De huisarts ziet hem wekelijks en vraagt een foto aan; deze is normaal. Een poging tot werkhervatting wordt niet gedaan wegens de intensiteit van de klachten.

Twee maanden na het ongeval wordt Willem naar mij verwezen, met de vraag of er een neurologisch probleem is. Er is een redelijk contact, maar hij geeft inadequate antwoorden op mijn vragen; het oogcontact is matig. In het eerste gesprek vertelt hij zijn verhaal. Daarna vraag ik naar zijn verklaring van de klachten. Hij weet het niet, en zegt dat ik het moet weten. Bij doorvragen zegt hij dat zijn klachten van het ongeluk moeten komen, omdat hij voordien nooit ergens last van had. Hij denkt dat er iets beschadigd is, waarschijnlijk in de nek. Als ik een relatie leg tussen lichamelijke klachten en gedrag, antwoordt hij dat het bij hem niet tussen de oren zit. Toch beseft hij dat de klachten toenemen als hij zich te druk maakt. We spreken af dat hij voor de volgende keer een aantal situaties zal beschrijven waarin de pijn toeneemt.

Bij het tweede gesprek blijkt hij niets te hebben opgeschreven, maar hij weet wel wanneer hij meer pijn heeft: bij inspanning, zomaar zonder aanleiding, en bij drukte. Ik kom terug op het thema pijn en gedrag. Hij reageert hierop met het herhalen van de klacht. Ik vraag hem of hij het gevoel heeft dat de klachten hem overkomen en dat hij er niets aan kan doen. Hij beaamt dat volmondig, maar gaat er verder niet op in.

Het derde gesprek is een herhaling van zetten. Ik vraag hem of hij misschien ie-

mand anders kent die klachten krijgt als de werkdruk te hoog is. Ja, zo iemand kent hij wel: een goede vriend van hem klaagt bij grote drukte op het werk altijd over rugpijn. Maar volgens die vriend heeft de werkdruk niets met zijn klachten te maken. Ik vraag Willem opnieuw om een schriftelijk verslag van enkele situaties waarbij klachten optreden en waarbij hij een vervelend en moeilijk gevoel heeft.

Ook bij het derde consult heeft hij niets opgeschreven. Wél vertelt hij dat de klachten zijn toegenomen. Ik reageer met de constatering dat we in drie gesprekken niets zijn opgeschoten. Als neuroloog heb ik geen tijd om hiermee door te gaan en als dokter wil ik alleen doorgaan als hij echt meewerkt. Willem schrikt en zegt dat hij het zal proberen. Ik zeg dat proberen te vrijblijvend is, en dat hij het doet of niet – even goede vrienden. Hij zegt dat hij het zal doen. Ik vraag wat zijn gevoel hem zegt over de termijn waarop hij bij mij terug zou moeten komen. Hij antwoordt dat hij het niet weet. Ik zeg dat dit een oefening in voelen is, en dat hij het wel weet als hij goed luistert naar zijn gevoel. 'Mijn gevoel weet het wel', zeg ik. 'Twee weken', zegt hij. 'Zo voel ik het ook', zeg ik.

Twee weken later komt hij met twee A-viertjes met zes situaties. Hij heeft snel geleerd en ziet de verbanden. Hij zegt dat het moeilijk is om voor zijn gevoel op te komen, omdat hij anderen niet wil kwetsen. Ik antwoord dat hij weet wat hem te doen staat, en dat hij bepaalde zaken zoals ruimte voor zichzelf nemen, op school moet gaan bespreken. Hij doet dat en is opgelucht dat hij niet wordt afgewezen. Twee gesprekken gaan over gevoel; over klachten wordt niet meer gesproken. Willem raakt ontspannen, het oogcontact is direct en goed, hij toont initiatief, zijn antwoorden zijn adequaat, zijn stem klinkt stevig.

Een maand na de doorbraak gaat hij halve dagen werken. Ik rem hem af om hem de gelegenheid te geven nog wat reserves op te bouwen. Weer een maand later werkt hij hele dagen. Hij heeft macht over zichzelf, zelfcontrole en durft het leven weer aan. Er zijn nog wat restklachten. 'Hoe komt dat', vraag ik. Hij weet dat hij moet

zoeken in zijn gevoel. Misschien ben ik wel bang voor een terugval. 'Dat denk ik ook', beaamt ik, 'maar je bent er zelf bij en je weet hoe je jezelf beter kan maken.' 'Dat is ook zo', zegt hij. 'Zorg er dan maar voor dat je lef hebt, het lichaam uitdaagt en ziet dat het goed gaat en dat vertel je me de volgende keer als we ons contact beëindigen. Het is dan een bevestiging van gezond gedrag.'

In het laatste gesprek is Willem klachtenvrij, zoals vroeger. Tevreden kijkt hij terug op zijn prestatie; hij had nooit gedacht dat het gevoel zo op het lichaam kon inspelen. De effecten van negatief gevoel op het lichaam zijn onbegrijpelijk tot je het verband ziet.

Disfunctiemodel

In eerste instantie ontstaat het whiplashsyndroom door een trauma. Pijnstimuli bereiken de achterhoorn in het ruggenmerg en worden van daaruit op bepaalde hersenstamkernen en het limbisch systeem geprojecteerd. Deze kerngebieden zijn functioneel verbonden met de functie van de nek: houding, stand- en richtreacties. De nek kent pijngevoelige structuren: facetgewrichten en ruggenmergvlieszen. Er is mijns inziens een sterke invloed van de cervicale overprikkeling op het limbisch systeem. Door overprikkeling ontstaat een functiestoornis in het limbisch systeem.

Gevoel en gedrag worden gereguleerd in het limbisch systeem. Door negatief coping-gedrag ontstaan negatieve emoties. Zolang de negatieve emoties als angst, verdriet, machteloosheid en boosheid onbewust blijven bestaan, kan de emotie die relevant is voor patiënt een limbische functiestoornis veroorzaken of onderhouden. De emotie krijgt pas betekenis in een context, in het verhaal van patiënt. Wat voor de één betekenisvol is, is voor de ander neutraal. Achteraf, wanneer er over gesproken wordt, beseft de patiënt dat een bepaalde emotie voor hem belangrijk is. De psychische spanning verdwijnt pas na bewustwording en uitspreken van de relevante emotie.

Doordat de negatieve emotie wordt uit-

gesproken, verliest de geblokkeerde emotie haar pathogene werking. Op deze wijze kan een voor de patiënt belangrijke, onbewuste emotie pathogeen gaan werken. Een bekend voorbeeld is het verdwijnen van hoofdpijn, wanneer de angst voor een tumor wordt uitgesproken en een CT-scan wordt aangevraagd. Wanneer de patiënt de uitslag krijgt, blijkt de hoofdpijn al afgenomen of verdwenen te zijn. Deze effectieve vorm van geruststellen toont hoe het uitspreken van een negatieve emotie invloed heeft op de klachten.

In het disfunctiemodel neemt de functiestoornis in het limbisch systeem – die is ontstaan door het trauma en wordt onderhouden door negatieve coping – de leiding over in het klachtenbeeld. Behandeling van de perifere, cervicale overprikkeling is minder effectief dan behandeling van het centrale copingmechanisme en de bijbehorende emotie.

Behandeling

In de casus zijn twee negatieve vormen van copinggedrag besproken: enerzijds passieve coping en slachtofferhouding, anderzijds te flinke coping met verontachtzaming van de eigen grenzen. Beide vormen zijn te star. De patiënt kan niet flexibel omgaan met zijn beperkingen. Hij ziet de eigen mogelijkheden niet om van daaruit te werken aan verbetering. Omgekeerd zal een patiënt die flexibel met zijn beperkingen kan omgaan en erop vertrouwt dat hijzelf de klachten kan beïnvloeden, bijdragen aan zijn eigen herstel. Hij heeft controle over zichzelf en zijn eigen grenzen. Hij is actief in zijn oordeel en antwoorden. Deze vorm van coping noem ik zelfcontrole.

In de acute fase, wanneer de nekpijn overheerst en het whiplashsyndroom zich nog niet heeft ontwikkeld, bestaat de gebruikelijke behandeling uit het voorschrijven van rust en pijnstillers. Na enkele dagen worden de lichamelijke activiteiten geleidelijk uitgebreid, met inachtneming van de belastbaarheid. Er wordt een halswervelkolomfoto gemaakt om een fractuur uit te sluiten. Soms wordt iemand enkele dagen opgenomen om voldoende

pijncontrole te bereiken, maar meestal gaat de patiënt met voorlichting, instructie en een folder terug naar huis, en de begeleiding wordt overgedragen aan de huisarts. In de acute fase spreek ik van nek-kneuzing en vermijd ik in beginsel het woord whiplash.

In de twee beschreven casus ging het om de behandeling van een tot ontwikkeling gekomen whiplashsyndroom. Bewustwording en het bespreken van copinggedrag staan hier centraal. Belangrijk is de verklaring die de patiënt zelf geeft van het ontstaan en voortbestaan van de klachten. Het inzicht dat overschrijden van de belastbaarheid de klachten provoceert, is wezenlijk.

Mijn ervaring met twintig patiënten met een hardnekkig, chronisch whiplashsyndroom leerde dat de helft van hen herstelde wanneer een echte verandering van de coping werd bereikt. In het contact was voelbaar dat de patiënt zijn innerlijke rust en zelfvertrouwen terugkreeg en dat dit parallel liep met het herstel. Omgekeerd is voorspelbaar dat de klachten blijven aanhouden, wanneer patiënt een beroep blijft doen op externe hulp. Ik heb de indruk dat mensen met een te flinke coping beter te helpen zijn dan mensen met een passieve coping en een slachtofferhouding.

Uitgaande van het disfunctiemodel kom ik tot de volgende adviezen voor de opvang en begeleiding van patiënten met een whiplashtrauma:

- Twee dagen (bed)rust en zo nodig analgetica (paracetamol of diclofenac).
- Vervolgens stapsgewijs uitbreiden van lichamelijke activiteiten en natuurlijke bewegingen. Nog geen taken en plichten hervatten.
- Als het lichamenlijk functioneren het toelaat, hervatten van taken, plichten en werk. Eerst halve, dan hele dagen. Globaal na vier tot zes weken weer gewoon werken.
- In een vroegtijdig stadium de patiënt voorlichten over de belasting van normale sociale activiteiten en plichten.
- Actieve begeleiding in de eerste weken door de huisarts om de goede gang van zaken te bevestigen en te anticiperen op

andere hulp bij stagnatie en persisteren van de klachten.

- Terughoudendheid van de huisarts met symptomatische behandeling (zoals fysiotherapie en manuele therapie).
- Wekelijkse begeleiding, indien er na drie weken nog veel klachten zijn en de huisarts besluit om zelf het copinggedrag te bespreken.
- Verwijzing naar een whiplashgroep in een revalidatiecentrum, indien een maand later nog geen verbetering is opgetreden. De whiplashgroep biedt steun en begrip, lotgenotencontact, psychologische hulp en conditieverbetering.

Beschouwing

In het disfunctiemodel als verklaring voor het bevorderen en voortbestaan van het

whiplashsyndroom spelen zowel somatische als psychische factoren een rol. Met name het omgaan met de pijn en beperkingen (coping) lijkt van belang. Het disfunctiemodel is echter een hypothetisch werkmodel, dat nader onderzocht zou moeten worden. Toetsbare hypothesen zijn bijvoorbeeld:

- Patiënten met een weinig flexibele (te flinke of te passieve) coping na een whiplashtrauma hebben een grotere kans op het ontwikkelen van een whiplashsyndroom dan patiënten die meer flexibel omgaan met hun pijn en beperkingen.
- Wanneer het bij de behandeling van patiënten met een whiplashsyndroom lukt de zelfcontrole te vergroten door hun coping te veranderen, is de prognose beter dan wanneer dit niet lukt.

Dankbetuiging

Met dank aan prof.dr. J. de Vries, revalidatiearts, en mw. G.C. van Wijngaarden-Dijkstra, medisch secretaresse, voor hun steun. De deelnemers van de whiplashcursussen van de Van Hoytema Stichting motiveerden mij tot het schrijven van dit artikel.

Literatuur

- 1 Ronnen HR, De Korte PhJ, Brink PRG, et al. Geen indicatie voor MRI-onderzoek van patiënten met acuut whiplashtrauma; een prospectief onderzoek bij 100 patiënten. Ned Tijdschr Geneesk 1997;141:1858-63.
- 2 Minderhoud JM. Neurologie en het whiplashtrauma. In: Fisher AJEM, Kingma H, Patijn J. Het Whiplash probleem. Data Medica, 1992: 114-23.
- 3 Van Wijngaarden GK. Het late 'whiplash-syndroom'; realiteit of fictie? Ned Tijdschr Geneesk 1991;135:279-83. ■

Richtlijn, plichtlijn?

Literatuur

- 1 Legemaate J, redactie. De WGBO: van tekst naar toepassing. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum, 1995.
- 2 Sluyters B, Biesart MCIH. De geneeskundige behandelingsovereenkomst na invoering van de WGBO. Zwolle: Tjeenk Willink, 1995.
- 3 Van Wijmen FCB. Het recht, de professionele autonomie en richtlijnen voor medisch handelen. Kwaliteit en Zorg 1996;1:25-33.
- 4 Legemaate J. Goed recht. De betekenis en de gevolgen van het recht voor de praktijk van de hulpverlening. Preadvies 1994 Vereniging voor Gezondheidsrecht. Utrecht, 1994.
- 5 Van Wijmen FCB, Grol RPTM. Juridische aspecten van standaarden in de huisartsgeneeskunde. Huisarts Wet 1992;35:235-9.
- 6 Borst-Eilers E. Geneeskunde en gezondheids-

recht. In: Hubben JH, Roscam Abbing HDC, redactie. Gezondheidsrecht in perspectief. Utrecht: De Tijdstroom, 1993: 39-46.

- 7 Grol RPTM, Van Everdingen JJE, Casparie AF. Het invoeren van richtlijnen en veranderingen. Utrecht: De Tijdstroom, 1994.
- 8 Van Wijmen FCB. Goed patiëntschap als spiegelbeeld van verantwoorde zorg. Deventer: Kluwer, 1996. ■