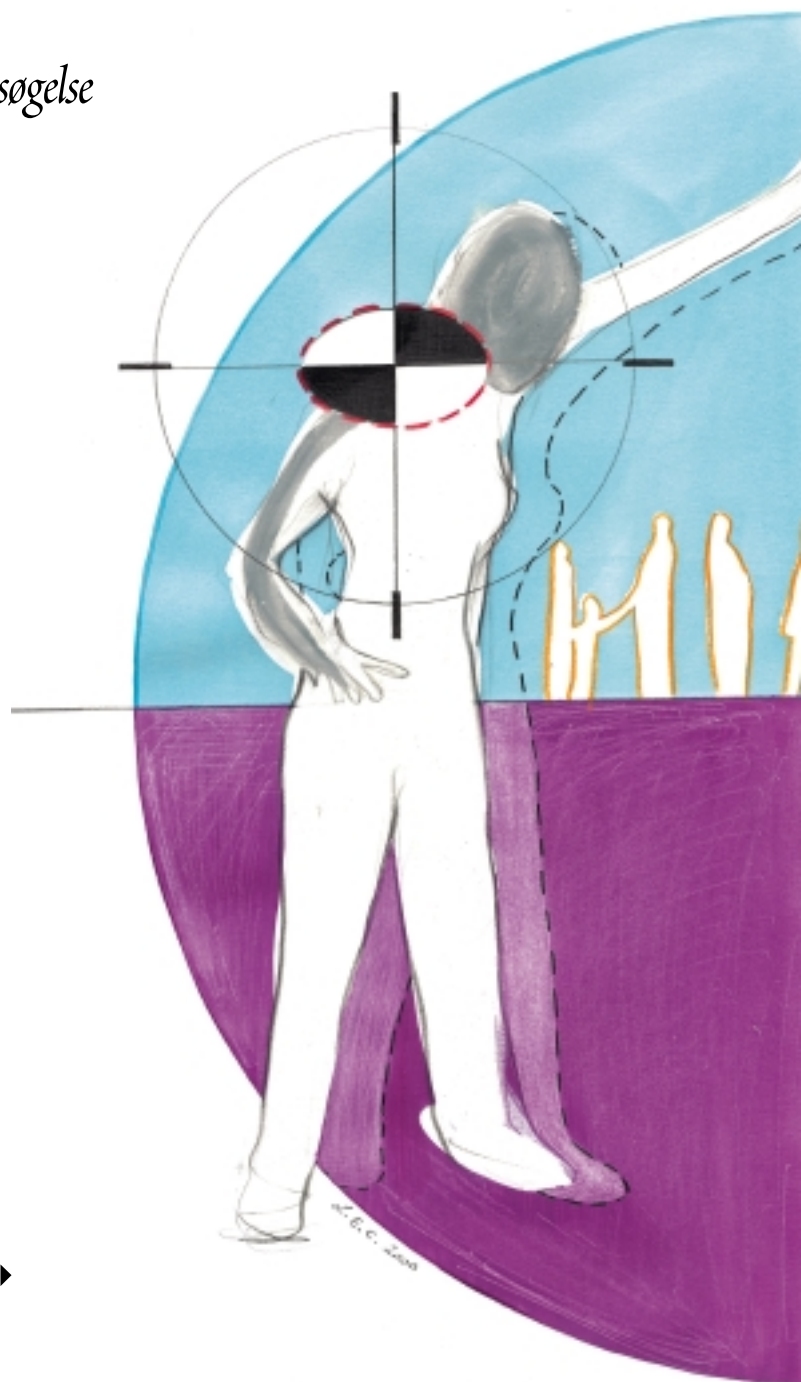


# Danske tal på whiplash



*Ny dansk psykologisk viden om kronisk whiplash. Ask Elklit fremlægger tal og tendenser fra en aktuel undersøgelse af næsten 2000 whiplashramte.*

**To artikler** i Psykolog Nyt har tidligere i år sat fokus på piskesmæld eller whiplash. Bente-Ingrid Bruun (PN 5/2000, s. 12-16) ønsker især at øge psykologers interesse for kognitive følgevirkninger hos whiplashramte. Bruhn, Smed & Gade (PN 8/2000, s. 18-23) svarer Bente-Ingrid Bruun som neuropsykologer, at der ikke ser ud til at være så meget at komme efter inden for neuropsykologien, når man skal forklare følgevirkninger efter whiplash – og henviser til en række forhold, som har vist sig af betydning. Kønsforskelle, kulturforskelle, smerteforskelle, psykologiske problemer før ulykken og belastninger efter ulykken er mulige elementer i et komplekst samspil af faktorer, som den psykologisk orienterede del af forskningen indtil nu har peget på. ▶ ▶ ▶



# Danske tal på whiplash



► ► ► Interessen for whiplash er stor i medierne og blandt fagfolk. Mellem 5- og 10.000 personer skønnes hvert år at få nakkesmerter efter en bilulykke og omkring 10 % antages at udvikle et kronisk whiplashsyndrom (WAD). I relativt få, men de alvorligste tilfælde er der tale om brud eller forskydninger af nakkehvirvler, men i hovedparten af tilfældene har lægerne ingen objektive fund at hænge diagnosen op på. Diagnose stilles ud fra smertebilledet, bevægelighed og neurologiske tegn. Der har hersket stor usikkerhed om diagnosen og enkelte fagfolk har helt afskrevet den og antydnet, at klienterne er hysterikere, simulanter eller lignende.

De fleste klienter, vi kommer i kontakt med, fortæller om mange smerter – ofte i et karakteristisk mønster – som plager dem en stor del af dagen. Vedvarende smerte kan fremkalde sekundære psykologiske symptomer (jf. figur 1).

Ud over smertemodellen findes der også undersøgelser, der inddrager selve

ulykken som forklaringssement. Den første, der gjorde det, var Hodge, som i 1971 beskrev en tilstand, han kaldte ”whiplash-neurosen”. Udgangspunktet er en forståelse af den fysiske skade, som sammenlignes med en forstuvet ankel (”an ankle sprain”). Hodge fremhæver, at ulykken ikke kun rammer en nakke, men en *person*, som typisk er helt uforberedt på faren.

Hodge beskriver typiske symptomer som angst, søvnløshed, tilbagevendende drømme om ulykken, emotionel labilitet, angst for at køre bil, en tendens til at blive afhængig af andre, en tilbagetrækning af interesse fra næsten alt undtagen de kropslige symptomer, som til gengæld optager tanker. Fjendtlighed er også almindeligt forekommende. Først rettes vreden mod den, der forårsagede ulykken, men senere rettes vreden mod personen selv for at være uforberedt.

Den selvrettede vrede benægtes ofte og projiceres ud på den skyldige, hvorved vreden forstærkes i en ”retfærdig harme”. Denne vre-

de kan brede sig ud og omfatte alle mulige, som ikke har forstået problemet og ikke hjulpet den ramte.

Denne proces kan fastholde den piskesmældsplagede i en sygerolle, fordi omgivelserne ikke anerkender skaden og uretten.

På et vist tidspunkt har personligheden ændret sig således, at afhængighedsbehovene opfyldes, og aggressionerne åbent kan udtrykkes (for fordi der er begået uret undervejs) – og der er ikke længere et stærkt ønske om at komme ud af tilstanden, fordi den opleves som naturlig, som personens nye jeg.

Hodge bygger på enkelte cases, dvs. erfaringer fra hans kliniske praksis. Hans opfattelse er klassisk freudianisk og ikke fulgt op af andre i denne udformning. Specielt Radanov et al. (1991) har kunnet afvise teorien om den ”traumatiske neurose” på et empirisk grundlag.

## Udenlandske undersøgelser

En norsk forskergruppe (Drottning et al., 1995) har fundet i en norsk prospektiv undersøgelse af 107 whiplashpatienter, at de akutte, psykologiske reaktioner på ulykken kunne bruges til at forudsige smerteintensiteten fire uger senere.

Figur 1

Simpel model for udvikling af kronisk WAD

Ulykke  
(påkørsel)

Ukendt  
fysiologisk  
skade

Smerter

Psykologiske  
symptomer

En engelsk-australsk forskergruppe Mayou, Bryant & Duthie (1993) finder i en undersøgelse af 188 engelske trafikofre, hvoraf 63 er whiplashramte, at syv procent tre måneder efter ulykken har udviklet en post-traumatisk stressforstyrrelse, der er kendetegnet ved a) invaderende forestillinger, b) undgåelse og c) forhøjet vagtsomhed, og at 21% har udviklet en transportangst. En stor del (97%) af whiplashpatienterne var plaget af invaderende forestillinger lige efter ulykken. Et år efter ulykken er tallene for PTSD dalet til 5% og for rejseangst til 18%.

Også andre (Gargan & Bannister, 1990; Wathinson et al., 1991) har fundet høje forekomster af invaderende symptomer – op til 10 år efter ulykken.

Disse undersøgelser indfører oplevelsen af og reaktionen på selve ulykken som et forklaringslement (jf. figur 2)

Annelise Smed (1997) har i en lille undersøgelse bidraget til at udvide ovennævnte model ved at vise, at belastende begivenheder efter ulykken, som ikke har relation til denne, forhøjer risikoen for kronisk WAD.

### **PTU-undersøgelse**

Det, der kendetegner de foreliggende psykologiske undersøgelser (for en mere omfattende gennemgang, se Elklit, 2000), er en relativ beskeden størrelse og ind-

dragelse af relativt få relevante psykologiske variable. I 1999 blev jeg kontak- tet af Landsforeningen af Polio-, Trafik- og Ulykkes- skadede (PTU), om jeg ville medvirke til at lave en un- dersøgelse af de forenings- medlemmer, der har været udsat for en piskesmælds- skade.

1710 personer deltog, dvs. 74% af de adspurgte. Ud over spørgsmål om de- mografi, ulykken, behand- ling, sociale, økonomiske og familiemæssige forhold ind- drager undersøgelsen en række psykologiske fakto- rer: traumatiseringsgrad, oplevet social støtte, mest- ringsstrategier, forsvarsstil, tilknytningsstil og basale antagelser om verden.

Fire femtedele af svarper- sonerne er kvinder. Halvde- len af deltagerne er i alders- gruppen 35-51 år. Middel- tallet for ulykken til under- søgelsen er 3 ½ år. 14% har haft mere end én whip- lashskade. Halvdelen af

svarpersonerne har haft an- dre kropslige skader i for- bindelse med ulykken ud over whiplash. 90% af svar- personerne er blevet påkørt (oftest bagfra og oftest som fører). To tredjedele var ikke opmærksom på faren, før ulykken skete. 25% indlæg- ges. Halvdelen er indlagt (et par dage). Halvdelen er ikke færdigbehandlet efter udskrivelsen, men fortsæt- ter behandlingen. 27% kommer relativt sent i kon- takt med læge. Knap halv- delen får diagnosen whip- lash med det samme, for re- sten tager det i gennemsnit mere end et år. Tilstanden vurderes i gennemsnit som blivende efter 15-16 måne- der. 90% af de pårørende får ingen informationer om sygdommen fra hospitalet.

Omkring halvdelen ople- ver forværring i parforhold og i relation til egne børn. Endnu flere beskriver for- værringer i forhold til ven- ner og kolleger. En tredjedel af disse ændringer i forhold til de nærmeste er midlerti- dige, men en fjerdedel er ▶ ▶ ▶



# Danske tal på Whiplash

▶ ▶ ▶ permanente forværringer. 13 % får opløst deres parforhold (tre fjerdedele mener, at ulykken var medvirkende dertil), men mange har også etableret sig i et nyt forhold efter ulykken.

Alle svarpersoner i gruppen er smerteplaget. Halvdelen er det hele tiden; en fjerdedel er det det meste af tiden. Disse plager vanskeliggør en række daglige opgaver. Dagligt oplever 80 % af svarpersonerne nakkesmerter, 75 % skuldresmerter, 66 % rygsmerter, og 50 % håndleds-/håndsmarter.

Ud over det nævnte har svarpersonerne inden for den sidste måned for 90 % vedkommende været plaget af hovedpine og træthed, 80 % har haft hukommelsesproblemer, mens 70 % har været plaget af søvnproblemer, sovende arme og ben, nedsat muskelstyrke i arme og svimmelhed. Mere end halvdelen har lidt af synsforstyrrelser, læseproblemer, kvalme og øresusen.

Kun 4 % har modtaget psykologhjælp lige efter ulykken, men på et senere tidspunkt har 29 % fået psykologhjælp. 38 % har deltaget i whiplash-selvhjælpsgrupper. Svarpersonerne har prøvet mange forskellige behandlingsformer: Medicin, afspænding, smerteklinik, fysioterapi og varmtvandsbehandling er tilsyneladende mest virksomme,

men en lang række andre alternative behandlinger har også haft effekt for nogle af svarpersonerne.

## Ventetid ...

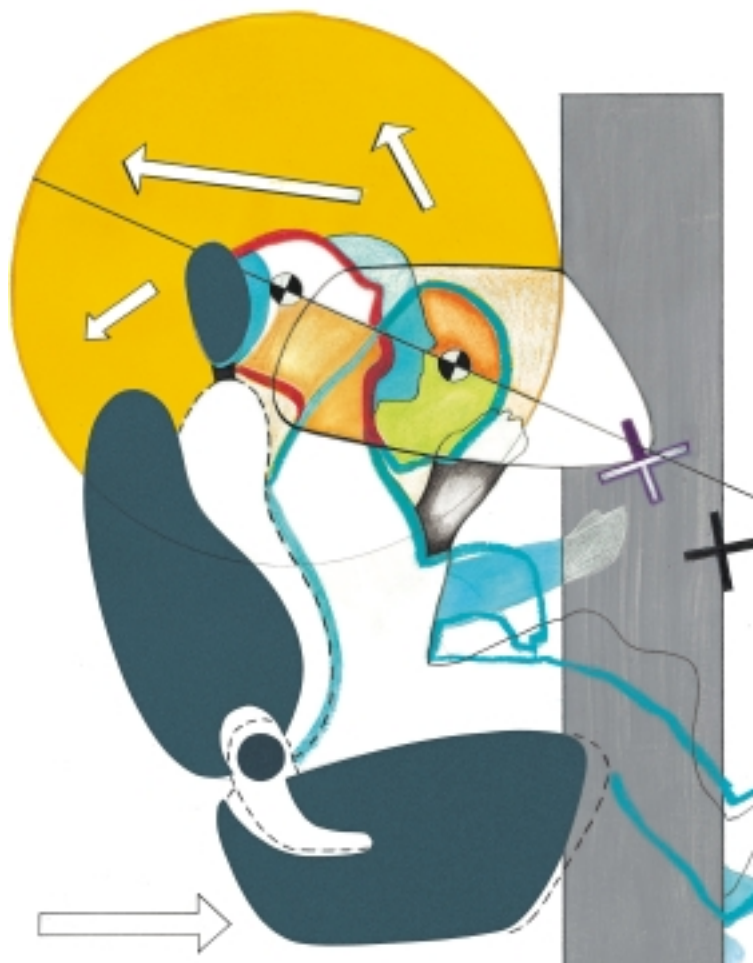
Mere end 93 % var i arbejde eller under uddannelse, da ulykken skete. Kun 14 % har haft en uændret arbejds- eller uddannelsessituation efter ulykken. 60 % har måttet stoppe helt i en periode, som gennemsnitligt har været otte måneder (for halvdelen vedkommende op til fem måneder). 53 % er nu uden lønarbejde, og 38 % arbejder på fuld tid. Af dem, der ikke har arbejde, ønsker 85 % at arbejde. 38 % er nu hjemmegående, mens hele 87 % af denne gruppe er tvunget til det på grund af deres skade. Samtidig har så mange som 87 % af hele gruppen helt eller delvist måttet opgive husligt arbejde.

38 % har modtaget et revalideringstilbud, og over 40 % har fået førtidspension. 15 % har skånejob. 31 % modtager invaliditetsydelse. Mere end halvdelen er utilfredse med behandlingen af pensionsansøgningen. 57 % har fået tilkendt erstatning. Gennemsnittet for mén-erstatning er 13, og gennemsnittet for nedsat erhvervsevne er 37 %.

Ventetiden for første afgørelse er i gennemsnit 26 måneder. 58 % har fået den

første afgørelse genoptaget. Ventetiden fra genoptagelse til endelig afgørelse har i gennemsnit været 22 måneder (halvdelen har dog fået den afgjort inden for et år).

Kun en femtedel føler sig godt behandlet af forsikrings-selskaberne. Halvdelen beskriver selskabernes behandling som "dårlige" eller "meget dårlig". Tre fjerdedele har brugt sagkyndig bistand over for forsikrings-selskaberne. En fjerdedel har modtaget



hjælp fra kommunen. Tilfredsheden med den kommunale hjælp rangerer fra jævnt til udtalt tilfreds.

80 % har aldrig modtaget oplysninger om hjælpemuligheder. Af de, der har modtaget disse oplysninger, siger halvdelen, at de kom for sent eller var mangelfulde.

To tredjedel har psykisk ubehag ved bilkørsel. 15 % har af denne grund afholdt sig fra bilkørsel i et lille halvt års tid (halvdelen i op til fem måneder). Tre fjerdedele har efter ulykken oplevet ændringer i interesser og hobbies, næsten alle på grund af whiplash. 43 % har oplevet større livsændringer (jf. Annelise Smed ovenfor) inden for de sidste 12 måneder. 43 % opfylder kriterierne for PTSD-diagnosen.

## Mestring

[ den foreliggende undersøgelse finder vi ligeledes en række sammenhænge mellem akutte reaktioner og forskellige symptomer, som hver for sig virker meningsfulde. Kun gruppen af diagnostiske tegn er urelaterede til de afhængige faktorer.

I modsætning til Drottning et al., der benytter sig af et standardiseret spørgeskema til at vurdere de akutte reaktioner (inden for 1 time-2 døgn på skadestuen), anvender vi et retrospektivt design. Drottning et al. relaterer de akutte emotionelle reaktioner til smerteintensitet fire uger senere. I den foreliggende undersøgelse er det mindre oplagt at anvende smerte som kritisk variabel, da stort set alle svarpersoner er

smerteplagede i betydeligt omfang. Akut oplevet smerte er klart forbundet med væsentlige gener som depression, dissociation, kognitiv attribution og udtrykevner. Akut smerte som prediktor finder vi også i andres undersøgelser (Radanov et al., 1993; Radanov & Sturzenegger, 1996). Familiens umiddelbare reaktioner på ulykken har også sammenhæng med en række afhængige mål inden for områderne social støtte, tilknytning og samspilsproblemer, hvilket styrker validiteten for disse mål.

Det er imidlertid værd at lægge mærke til, at ingen af de akutte reaktioner er fremtrædende nok til at indgå i den afsluttende regressionsanalyse, hvor mestringsfaktorer og social støtte er de væsentligste bidragydere til høje PTSD- og symptom scores.

Evans (1992) skriver, at nonspecifikke psykologiske symptomer er almindelige efter milde hovedskader og inkluderer personlighedsændringer, irritabilitet, angst og depression. Inden for en tre måneders periode vil mellem 51 % og 84 % af patienterne udvikle posttraumatiske symptomer. Disse symptomer kan være vedvarende med en incidens på 15-33 % efter ét år og 15 % efter tre år. Træthed og søvnproblemer er ligeledes ofte forekommende. Den øgede træthed kan skyldes 1) mangel på søvn eller dårlig søvn, 2) hovedpine og smerter, 3) øgede anstrengelse for at kompensere for kognitive mangler og 4) belastninger, der relaterer sig til nedsat arbejds-

eller studiemæssige aktiviteter, økonomiske problemer, familieproblemer osv. (ibid.).

Mestringsstrategier fremstår som uhyre stærke forklarings-elementer for udvikling af både PTSD og en symptomatologi. Dette er i tråd med andre fund (Malt & Olafsen, 1992; Malt, 1992), hvor bl.a. Bombardier et al. (1990) undersøgte tilpasning til kronisk sygdom og påviste, at emotionel mestring var forbundet med dårlig psykosocial og følelsesmæssig tilpasning.

En række sociale støttefaktorer har samme medierende funktion for udviklingen af PTSD og symptomniveau som mestringsstrategier har. Psykologhjælp har en betydelig effekt med hensyn til at reducere forekomsten af PTSD. Dette er glædeligt på baggrund af tidligere undersøgelser, hvor modtaget psykologhjælp havde en begrænset betydning for symptomudvikling (Elklit, Andersen & Arctander, 1995). Den foreliggende undersøgelse giver et solidt grundlag for at udpege risikopatienter og kritiske forhold i forbindelse med en positiv udviklingsproces efter whiplash. Forekomsten af mestringsfaktorer, sociale støttefaktorer og modtaget psykologhjælp peger på potentielt meget betydelige indsats-

områder, som sandsynligvis kan begrænse skadevirkninger i et ikke ringe omfang.

Vi ved, at traumer i form af voldsomme, livstruende hændelser kan fremkalde en stor del af de følger-virkninger, vi ser efter whiplash. Kronisk smerte, nedsat bevægelighed og heraf afledte somatiske symptomer samt den sociale og økonomiske deroute kan forklare, at traumbearbejdning forsinkes, og at den whiplashramte fastholdes i en tilstand med mange sekundære psykologiske symptomer.

## Brug for nytænkning

Undersøgelsen er retrospektiv, og de enkelte sammenhænge har karakter af korrelationer, som ikke udviser noget om kausalitet. Fremgangsmåden i analysen bygger på almindelige antagelser om adskilte begivenheder, som fremkalder bestemte konsekvenser.

Kun prospektive undersøgelser kan sandsynliggøre, om disse antagelser er valide og afgøre, om de fundne sammenhænge kan fastholdes. Retrospektive undersøgelser er sårbare over for hukommelsesfor-skydninger, fortrængninger og efterrationaliseringer. Også ønsket om at få bekræftet bestemte forestillinger ► ► ►



► ► ► ger kan præge resultaterne. Det forhold, at svarpersonerne er organiseret i en forening som PTU, kunne være udtryk for 1) en særlig høj "ramthed" eller 2) særlige ressourcestærke personer. Prospektive undersøgelser med et fortløbende, uselekteret patientmateriale kan være med til at afgøre, i hvilket omfang undersøgelsen er repræsentativ og har en bredere gyldighed.

Når dette er sagt, er det også på sin plads at nævne, at den foreliggende undersøgelse er den største af sin art, der overhovedet er gennemført, og som sådan har en særlig talmæssig styrke i fundene af sammenhænge.

Afslutningsvis vil jeg gerne fremhæve, at omfanget af smerter og lidelse er meget stort i den undersøgte gruppe, og de mange beretninger om personlig lidelse har gjort et stort indtryk. Det er ligeledes klart, både fra de personlige beretninger og resultaterne i den foreliggende undersøgelse, at der er en udtalt mangel på information – fra hospitalet til de pårørende og vedrørende hjælpemuligheder. Forsikrings-selskaberne behandler tilsy-

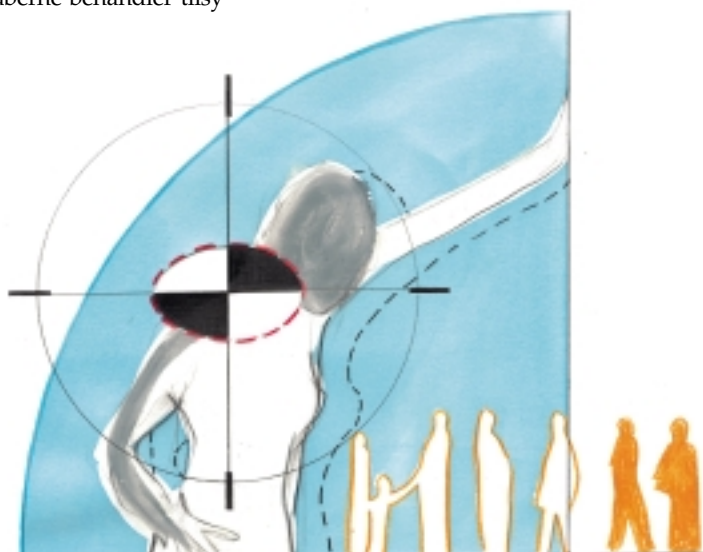
neladende de whiplashramte meget dårligt.

Hele sagsgangen burde forenkles, koordineres og tydeliggøres for at minimere de sociale og psykologiske skadevirkninger, som forstærkes på grund af uhen-sigtsmæssig og uværdig be-handling.

Whiplash-problemerne vil sandsynligvis stige i de kommende år på grund af større trafiktæthed. Der er brug for en sundhedspoli-tisk nytænkning, hvor tværfaglige enheder arbejder tæt sammen for at reducere skaderne og for endegyldigt at kunne vurdere disse med henblik på hjælpeindsats og pension.

På baggrund af den fore-liggende undersøgelse ser det ud til, at den psykologi-ske traumatisering er et gan-ske betydeligt problem, hvorfor en psykologisk trau-mebearbejdning vil være en naturlig del af den tværfaglige indsats.

Ask Elklit er cand.psych.,  
lektor på Psykologisk Institut,  
Aarhus Universitet



## Litteraturliste

Drottning, M., Staff, P. H., Levin, L. & Malt, U. F. (1995). Acute emotional response to common whiplash predicts subsequent pain complaints. A prospective study of 107 subjects sustaining whiplash injury. *Nordic Journal of Psychiatry*, 49(4), 293-299.

Elklit, A. (2000). *Følger af Whiplash*. København: Landsforeningen af Polio-, Trafik- og Ulykkesskadede.

Evans, R. W. (1992a). The post-concussion syndrome and the sequelae of mild head injury. *The Neurology of Trauma*, 10(4), 815-847.

Gargan, M. F. & Bannister, G. C. (1990). Long-term prognosis of soft-tissue injuries of the neck. *Journal of Bone & Joint Surgery Britannica*, 72, 901-903.

Hodge, J. R. (1971). The Whiplash Neurosis. *Psychosomatics*, 12(4), 245-49.

Mayou, R., Bryant, B. & Duthie, R. (1993). Psychiatric consequences of road traffic accidents. *British Medical Journal*, 307, 647-651.

Radanov, B. P., Stefano, G., Schnidrig, A. & Ballinari, P. (1991). Role of psychosocial stress in recovery from common whiplash. *The Lancet*, 338, 712-715.

Radanov, B. P., Di Stefano, G., Schnidrig, A. & Sturzenegger, M. (1993). Psychosocial stress, cognitive performance and disability after common whiplash. *Journal of Psychosomatic Research*, 37(1), 1-10.

Radanov, B. P. & Sturzenegger, M. (1996). Predicting Recovery from Common Whiplash. *European Neurology*, 36, 48-51.

Smed, A. (1997). Cognitive function and distress after common whiplash injury. *Acta Neurologica Scandinavica* 95, 73-80.

Watkinson, A., Gargan, M. F. & Bannister, G. C. (1991). Prognostic factors in soft tissue injuries of the cervical spine. *Injury*, 22, 307-309.