
Tannlegens rolle i utvikling og forebygging av odontofobi

ERIK SKARET

Blant tannleger er det varierende oppfatninger og kunnskaper når det gjelder begrepet odontofobi, både om problemets betydning og omfang. Mulige årsaker kan være varierende grad av kunnskap og forståelse av mekanismer for utvikling av angst og unngåelsesatferd og om forskjellene på frykt, angst og fobi. Mange redde pasienter går til tannlegen^{1,2} mens pasienter med sterk angst og odontofobi får så store kroppslige ubehag at de ikke lenger er i stand til å gå. Det er derfor svært få privatpraktiserende tannleger som får møte en pasient med odontofobi, i tilfelle vil dette gjelde kun enkelte tannleger med mye erfaring og spesiell kompetanse. Redde pasienter er svært gode til å oppfatte signaler fra behandler, og vil ofte „bli borte“ dersom de føler manglende kontakt og forståelse fra behandler. Dersom de finner en ny tannlege, bygger dette valget ofte på informasjon fra nære venner/familie med mer positive erfaringer. Tannleger som viser manglende interesse for pasienter som vegrer seg, og derved er vanskelige å behandle, vil etter hvert få stadig færre av disse pasientene. De vil ofte få en oppfatning av at de klarer å behandle alle sine pasienter greit, og at problemet med vanskelige pasienter er lite.

Tannleger som jobber med fritt klientell, og som derved har et lovbestemt ansvar for å drive oppsøkende virksomhet, får en annen oppfatning både når det gjelder alvorlighetsgrad, omfang og konsekvenser av angst for tannbehandling. For disse tannlegene er pasienter som vegrer seg for behandling av de mest krevende oppgavene i en travel klinisk hverdag.

Formålet med denne artikkelen er å gi en oppdatering når det gjelder kunnskap om tannlegens rolle i utvikling av odontofobi, med vekt på å holde leseren så „nær opp til“ tannlegestolen som mulig. Det er bevisst forsøkt å unngå å presentere for mye forskning, og å legge vekt på klinisk tolkning av resultater som kan ha relevans for den praktiserende tannlegen. Prinsipper for behandling av angst og fobier vil i stor grad også gjelde for å forebygge at problemet utvikler seg. En del beskrivelser av behandling er derfor tatt med, for å gi økt forståelse av hva som her har skjedd feil underveis, og hvordan dette kan rettes opp igjen før det er „for seint“. For mer utfyllende informasjon om de forskjellige aspekter som tas opp her, henvises det til de skandinaviske fagtidsskriftenes temahefte om angst for tannbehandling i januar 2003.

Begreper

Etiologien når det gjelder utvikling av angst for tannbehandling, unngåelse og odontofobi er svært sammensatt. Imidlertid er det stor enighet om at de viktigste faktorene er knyttet til pasientens subjektive opplevelse i selve behandlingssituasjonen. Både forebygging og behandling må derfor foregå i møtet mellom pasient og tannlege, og først og fremst mens pasienten sitter i stolen.

Den medfødte – ikke viljestyrte – fysiologiske responsen som utløses i møtet med situasjoner/ting som oppleves som potensielt smertefulle eller farlige, er normal og funksjonell på den måten at den skal hjelpe oss til å passe oss for dette i fremtiden. Det er derfor riktig å bli redd for opplevelser som er smertefulle – inkludert smertefull tannbehandling! Dersom dette oppleves over tid, og i sammenheng med en følelse av manglende kontroll/hjelpeløshet, vil det kunne utvikles en mer irrasjonell fryktrespons, ofte koplet sammen med en følelse av manglende mestring. Ubehaget er nå så sterkt at det begynner å bli vanskelig å møte til avtaler. Dette er også normalt, som en del av beskyttelsesmekanismen, men dersom unngåelsen etableres mer eller mindre permanent –

er denne atferden ikke lenger funksjonell. Det er nå utviklet en angstlidelse, og pasienten føres inn i en „ond sirkel“ som kan resultere i både redusert tannhelse og redusert livskvalitet^{3,4}. Odontofobi er en mer manifest etablering av denne angsten/unngåelsen, og den er nå av en slik alvorlighetsgrad at den påvirker pasientens daglige funksjonsnivå. Det finnes internasjonalt standardiserte kriterier for denne psykiatriske diagnosen⁵.

Både når det gjelder forebygging og behandling er det viktig å forstå at den fysiologiske responsen som kroppen starter kan være svært ubehagelig, at den ikke kan „skrus av“, og at den i stor grad modifiseres av kognitive mekanismer (pasientens tanker). For pasienten er det viktig å forstå at ubehaget utløses som en form for beskyttelse, og at det ikke er farlig!

Forekomst

Mangel på standardisering når det gjelder måling av frykt og angst for tannbehandling har ført til varierende tall når det gjelder forekomst. De fleste studier viser en forekomst mellom 4 og 20%, avhengig av målemetode og alvorlighetsgrad, men uavhengig av populasjon og land⁶. Når det gjelder forekomsten av odontofobi, er denne vanskelig å måle, nettopp fordi disse pasientene ikke går til tannlegen. Imidlertid har studier vist at ca. $\frac{2}{3}$ av pasienter med høy angst går til tannlegen, noe som kan indikere at forekomsten av odontofobi kan være i størrelsesorden 2-3%⁴.

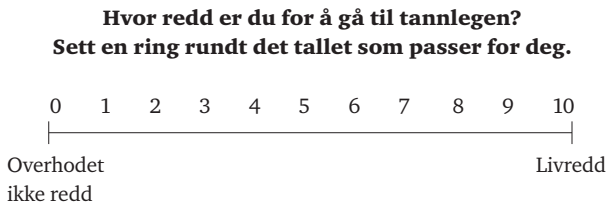
Diagnostikk i klinikken

Tannleger har ikke kompetanse til å kunne stille formelle psykiatriske diagnoser som spesifikke fobier (f.eks. odontofobi). Den viktigste grunnen til dette er ikke at det nødvendigvis er for kompliserte spesifikke kriterier, men først og fremst på grunn av pro-

blemet med differensialdiagnostikk. I en tannlegepraksis er det i dag ikke behov for noen formell diagnostikk. Det vi som tannleger derimot har behov for, er å kunne diagnostisere på et tidlig tidspunkt symptomer på utvikling av angst- og unngåelsesatferd, slik at vi kan ta opp problemet i tide. Pasienter har i utgangspunktet forskjellig grad av „sårbarhet“ og derved forskjellig grad av risiko for å utvikle angst og vegring når det gjelder tannbehandling. Mange pasienter er dessuten svært flinke til å skjule sitt ubehag. Opplevelsen av dette ubehaget er kognitivt styrt, og utvikles i pasientens tanker lenge før det manifesterer seg som avslørende atferd. Pasienten har negative tanker og bekymringer underveis, men sier ikke noe om det. Han/hun har dessuten svært stor respekt for tannlegen og hans/hennes dyrebare tid! De vil derfor holde ut – ofte for lenge. Problemet oppdages når de allerede er på god vei inn i den onde sirkelen, ved at de begynner å unngå/avbestille avtaler.

På populasjonsnivå kan forekomst av redde pasienter enklest måles ved bruk av standardiserte spørreskjemaer (psykometriske skalaer) som fylles ut på venteværelset. Den enkleste utgaven er det som kalles *Visual Analogue Scale (VAS)* – en rett linje der pasienten setter et kryss for det tallet som passer best (Fig.1). Tilsvarende VAS skalaer er også mye brukt som instrument for måling av smerte. En slik skala bør finnes på ethvert helseskjema hos tannlegen! Det kan gi en god indikasjon på hvordan pasienten opplever tannbehandling, og skalaen gir dessuten et viktig signal om at på denne klinikken er man opptatt av hele pasienten, og ikke bare tennene! Ved høyt score bør dette følges opp ved at behandler (ev. også sekretæren) tar dette opp med pasienten: „Jeg ser du er en av de mange som synes at tannbehandling er ubehagelig. Er det noe vi kan gjøre for at behandlingen skal bli lettere for deg?“

Psykometriske skalaer gir begrenset informasjon på individnivå, men noen er mer spesifikke, og kan være et godt supplement til pasientsamtalen/intervjuet. Dette gjelder først og fremst Dental Fear Survey (DFS)⁷ og Dental Beliefs Survey (DBS)⁸. Den før-



Figur 1. Visual Analogue Scale (VAS) til måling av angst for tannbehandling.

ste består av 20 spørsmål, og gir gode indikasjoner på hva ved behandlingen som utløser mest angst og hva som er de typiske fysiologiske reaksjonene. Den gir også opplysninger om tidligere unngåelse på grunn av angst. DBS består av 15 spørsmål og måler i første rekke pasientens oppfatning av tannlegens evne til å kommunisere med sine pasienter. Nyere studier i Sverige har vist at tannlegens evne til å kommunisere med den redde pasienten ved første møte oppfattes av pasienten som svært viktig⁹, og at spesielt den delen av skalaen som måler oppfatning om tannlegens evne til å kommunisere, kan gi viktige indikasjoner på hvor vellykket behandlingen blir¹⁰. DBS gir også informasjon om ev. mistillit og følelse av manglende kontroll, og kan derved gi nyttige signaler rent klinisk (se avsnittene om etiologi og om pasientkategorier).

De beskrevne instrumentene er utviklet for voksne, men det finnes også egne skalaer som er utviklet spesielt for bruk på barn. Mest brukt er Childrens Fear Survey Schedule- Dental Subscale (CFSS-DS)¹¹. Skalaen finnes i to utgaver, en for små barn (fylles ut av foreldre) og en for større barn (fylles ut av barnet selv).

Smerte som etiologisk faktor

Hva er smerte? – og hva er grunnen til at forskjellige pasienter reagerer så forskjellig på det samme smertestimuli, som f. eks. ved en infiltrasjon med lokalanestesi. De fleste oppfatter dette som et

lite smertesignal, mens for noen oppfattes dette som en smerteopplevelse det er umulig å mestre?

I følge nye og mer komplekse smerteteorier kan de perifere nerveimpulser som sendes til hjernebarken ved en vevs-skade modifiseres på veien til de områdene i hjernen hvor smertepersepsjonen finner sted. International Assosiation for the Study of Pain har adoptert følgende definisjon:

Smerte er en ubehagelig, sensorisk og følelsesmessig opplevelse knyttet til truende eller eksisterende vevsødeleggelse eller beskrevet som slik ødeleggelse.

Basert på denne definisjonen kan smerte deles i to komponenter, en sensorisk komponent og en persepsjonskomponent¹². Den sensoriske komponenten inkluderer de neurologiske organer, nerver, nervebaner og neurokjemien. Persepsjonskomponenten inkluderer individets kognitive kapasitet og emosjonelle tilstand. De to komponentene virker sammen, og resultatet blir pasientens smerteopplevelse. Det er viktig i denne sammenhengen å forstå forskjellen på de to begrepene smerteterskel og smerterespons (smerteopplevelse). Smerteterskelen er den nociseptive stimulering som skal til før det sendes et sensorisk signal til hjernebarken, mens smertereaksjonen er pasientens reaksjon/opplevelse av dette. Det er lite individuelle forskjeller når det gjelder smerteterskel, men derimot store forskjeller når det gjelder smertereaksjon¹³ (f.eks. infiltrasjon med lokalanestesi). Aktivering av den fysiologiske responsen i forbindelse med frykt og angst oppleves som ubehagelig, og kan av pasienten beskrives som smerte. Responsen kan utløses av psykologiske faktorer som negative tanker, forventning om smerte, følelse av mangel på kontroll og hjelpeløshet.

Forventninger om smerte er smertefullt

Mange studier har vist betydningen av forutsigbarhet og følelse av kontroll som viktige faktorer når det gjelder smerteopplevelse og utvikling av angst. Weiss og medarbeidere har i klassiske for-

søk med rotter vist den somatiske effekten av forutsigbare og ikke-forutsigbare elektriske støt¹⁴. Rotter som fikk et forvarsel for hver gang det elektriske støtet kom, fikk ikke magesår, i motsetning til de rottene som fikk uforutsigbare støt. Begge grupper fikk samme mengde elektriske sjokk. Rottene som fikk et varsel-signal kunne hvile mellom hvert av dem, mens den andre gruppen var i en konstant stressituasjon. Relevansen til tannbehandlingssituasjonen er lett å forstå. Dersom pasienten er usikker på om lokalanestesi virker tilstrekkelig, vil disse forventningene om plutselig smerte utløse fryktsresponsen og gi ubehag/smerte. Dette vil kunne skje selv om anestesi har full effekt, slik at det faktisk ikke sendes noe nociseptisk signal. Forventning om smerte blir derved smertefullt! Å teste ut effekten av lokalanestesi før selve boringen begynner (pulpatester?) vil hjelpe pasienten til å forankre en trygghet om at ingen plutselig smerte vil oppstå. Det er likeledes viktig å starte boringen i korte definerte enheter (f.eks. 2 sek.), slik at pasienten gradvis blir trygg på at anestesi virker.

Susan Miller har vist at opplevelsen av smerte modifiseres bare ved å manipulere med pasientens følelse av kontroll og følelsen av å kunne forutsi hva som kom til å skje i forbindelse med smertefull medisinsk behandling. Pasienter som følte at de hadde kontroll, og visste hva som skulle skje, rapporterte signifikant mindre smerte og trengte mindre postoperativ medikamentell behandling¹⁵.

Logan og medarbeidere har vist at følelsen av manglende kontroll vil øke stress og frykt under tannbehandling for pasienter med stort behov for kontroll. Studier har også vist at for ungdom som rapporterer smerte i forbindelse med siste tannbehandling, er sannsynligheten for at de også rapporterer høy angst for tannbehandling fem ganger større enn for de som ikke rapporterer smerte¹⁷. For de som i tillegg til smerte også rapporterer følelse av manglende kontroll, er den samme sannsynligheten 14 ganger større enn for resten av gruppen. Økning i opplevelsen av kontroll reduserer opplevelsen av smerte. Depressive mennesker

som klager over somatisk smerte er et annet eksempel på sammenhengen mellom emosjoner og smerte. Dette er en smerte som ikke er basert på nociseptive signaler¹⁸.

Studier blant ungdom i Norge har vist at hver femte 18-åring har høy angst for tannbehandling, og at de som rapporterer mer enn en smertefull eller ubehagelig opplevelse i oppveksten har ni ganger større risiko for å rapportere høy angst for tannbehandling som 18-åring¹⁹. Det er naturlig å anta at disse selvrapportene også inkluderer opplevelser der tannlegen ikke har stoppet ved signal om smerte (tap av kontroll) og kroppslig ubehag ved forventninger om smerte.

Kontroll kan være mulighetene for å kunne stoppe behandlingen (atferdsmessig kontroll) og selv kunne bestemme hva som er smertefullt, eller få tilstrekkelig informasjon både før, under og etter behandlingen (informasjonskontroll). Behovet for kontroll vil variere sterkt, men for de som har stort behov for kontroll, vil manglende informasjon være en viktig faktor i utviklingen av frykt/angst. Et lite speil montert på arbeidslampen kan være et flott tilbud for mange! Tilbudet om detaljert informasjon om instrumenter, prosedyrer etc. før og under behandling, vil av enkelte kunne oppleves som en stor lettelse. Rent klinisk kan behovet for informasjon variere fra korte forklaringer på hva som skjer under behandlingen, og til de som ønsker å følge injeksjon av lokalanestesi i speil (personlige erfaringer).

Behandling/forebygging

En gradvis tilvenning under kontroll blir stikkord for det som kalles eksponeringsbehandling. I prinsippet skal redde pasienter hjelpes til å få tilbake den tilliten, kontrollen og følelsen av mestringsområde som de har mistet underveis, slik at angsten gradvis skal „forstå“ at det ikke er nødvendig å starte „full mobilisering“ så lenge det som skjer er forutsigbart og kan stoppes og styres av pasienten selv. Utløsning av den fysiologiske angstresponsen skal

„flyttes“ og kun være i beredskap dersom det oppstår smerte og manglende kontroll.

Kommunikasjonen mellom pasient og behandler ved første møte kan være avgjørende for å beholde en redd pasient. Ved University of Washington i Seattle, USA er det utviklet en kategorisering av redde pasienter. Denne kategoriseringen er ikke ment som et instrument for diagnostisering, men som et nyttig instrument rent klinisk:

1. Pasienter som er redd for spesifikke stimuli (f.eks. sprøyte, bor).
2. Pasienter som har mistillit til tannlegen.
3. Pasienter med generell angst („worriers“).
4. Pasienter som er redd for medisinsk katastrofe (f.eks. lokal-anestesi).

Pasienten i gruppe 1 er velfungerende i alle sammenhenger, men har erfaringer med smertefull behandling, og er ofte overbevist om at lokalbedøvelse aldri virker 100%. Tannlegen kan ha bidratt til denne overbevisningen hos pasienten ved å fortsette behandling ved manglende effekt av lokalanestesi? Sørg for at pasienten får smertefri behandling, og husk at det er kun pasienten som kan måle graden av smertefrihet!

Pasienten i gruppe 2 har utpreget mistillit til tannhelsepersonell, og er lei av å bli „behandlet som et barn“. Denne pasienten skal ha saklig og profesjonell informasjon om behandlingsbehov og behandlingsoalternativer. Gi pasienten alternative behandlingsoforslag – gjerne skriftlig, og anbefal å ta dette med til en annen tannlege for vurdering. Gi ikke trøst, omsorg og forsikringer om at „dette skal gå så bra“.

Generell angst pasienten, gruppe 3, er bekymret for alt, tenker negativt og har liten evne til å se sin egne mestring i en seanse som økte muligheter for mestring neste gang! Denne pasienten trenger trøst og omsorg. En liten myk baby-pute under hodet og tilbud om et varmt pledd gir et flott signal om omsorg. (P.S. tilby

ikke baby-pute til pasienten i gruppe 2!). Ikke gi detaljerte behandlingsforslag til denne pasienten. Begynn med enkle behandlinger, og gi pasienten følelse av å ha klart noe.

Pasienten i gruppe 4, som er redd for medisinsk katastrofe, er ofte overbevist om at han/hun er allergisk mot lokalanestesi. Den typiske historien er at pasienten har opplevd en intravasal injeksjon med adrenalin, uten å ha fått noen forklaring på hva som skjedde. Dersom pasienten ikke får informasjon, vil ubehaget forsterkes av frykteresponsen, som igjen forsterkes av negative tanker. Pasientens tanker om at „nå skjer dette igjen“ vil ofte være det som starter responsen. Pasienten er inne i den „onde sirkelen“, og vil tro at det nå er på grunn av allergi. Her kan følgende tips være nyttige: Ta dette på alvor, og ikke forsøk å løse problemet ved å tilby en annen type anestesi! Da har du forsterket pasientens overbevisning om at han/hun har et allergiproblem! Fortell at du vil utrede problemet på en trygg måte, for at pasienten ikke skal oppleve dette igjen. Forklar at det ofte er en fysiologisk angstrespons koplet inn, og at ubehaget kan skyldes dette. Dersom dette er en frisk pasient, er det svært sannsynlig at det er nettopp dette som skjer. Sørg for å ha god tid, sett svært lite anestesi (ev. kun perforasjon av slimhinne uten å sette noe av løsningen). Mål puls og vis pasienten hvordan frykten for ubehag kan få pulsen til å øke. Sett deretter litt anestesi. Ikke send pasienten hjem før pasienten selv er overbevist om at ingenting skjer.

Akuttpatienten

Pasienter som ringer for akuttbehandling kommer først og fremst for å få hjelp mot smerten. Pasientens bekymring for mulige alvorlige konsekvenser (f.eks. bekymringer om en mulig spredning av betennelsen?), vil kunne forsterke pasientens opplevelse av smerte. Han/hun kommer ikke først og fremst for å få behandlet betennelsen på rotspissen, men for å få redusert sin smerte – og sine bekymringer og negative tanker om hva som kan skje! Akuttpatienten trenger først og fremst analgetika (ev. antibiotika?),

forvissning om at dette kommer til å gå bra, og deretter en plan for videre behandling.

Brekningspasienten

Pasienter som brekker seg under tannbehandling kan være en stor utfordring for tannlegen. Mange av disse pasientene tror at de er „unormale“ og at de har „arvet“ problemet. De er ofte ikke klar over at det kan være en angstkomponent som styrer refleksjonen – slik at den løser ut „for tidlig“. For barn som er redd kan brekninger bli en akseptert måte å få behandlingen stoppet på. Ved mekanismer som klassisk betinging og kognitiv læring vil koplingen mellom smerte og brekningen kunne føre til at refleksjonen utløses automatisk tidlig i behandlingen. Angstkomponenten er godt skjult, og pasienten „skulle gjerne hatt tannbehandling, dersom det ikke hadde vært for disse brekningene“. En pasient med et brekningsproblem skal behandles med gradvis tilvenning/avslapningsteknikker. Øvelser hjemme (f.eks. BW eller avtrykkskje) er en viktig del av behandlingen. Kofferdam kan i utgangspunktet virke vanskelig, men ved gradvis tilvenning kan dette være nyttig når pasienten oppfatter hvordan svelget blir beskyttet. Både distraksjon og lett sedasjon (lystgass eller Benzodiazepiner) kan være gode hjelpemidler. Det finnes gode artikler som beskriver behandling av pasienten som brekker seg²⁰.

LITTERATUR

- 1 Vassend O. Anxiety, pain and discomfort associated with dental treatment. *Behav Res Ther* 1993;31:659-66.
- 2 Hakeberg M, Berggren U, Carlsson SG. Prevalence of dental anxiety in an adult population in a major urban area in Sweden. *Community Dent Oral Epidemiol* 1992;20:97-101.
- 3 Berggren U. Dental fear and avoidance. A study of etiology, consequences and treatment. Göteborg: Göteborg University, 1984.

- 4 Hakeberg M, Berggren U, Gröndahl HG. A radiographic study of dental health in adult patients with dental anxiety. *Community Dent Oral Epidemiol* 1993;21:27-30.
- 5 American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV*. 4 ed. Washington DC: American Psychiatric Association, 1994.
- 6 Hakeberg M, Hallonsten A-L, Hägglin C, Skaret E. Tandvårdsrådslans epidemiologi. *Nordiske tannlegetidsskrifter* Januar 2003. Temanummer.
- 7 Kleinknecht RA, Klepac RK, Alexander LD, Origins and characteristics of fear of dentistry. *J Am Dent Assoc* 1973;86:842-8.
- 8 Smith T, Getz T, Milgrom P, Weinstein P. Evaluation of treatment at a dental fears research clinic. *Spec Care Dent* 1987;7:130-4.
- 9 Kulich KR, Berggren U, Hakeberg M, Gustafsson JE. Factor structure of the Dental Beliefs Survey in a dental phobic population. *Eur J Oral Sci* 2001;109:235-40.
- 10 Abrahamsson KH, Berggren U, Hakeberg M, Carlsson SG. The importance of dental beliefs for the outcome of dental-fear treatment. *Eur J Oral Sci* 2003;111:99-105.
- 11 Cuthbert MI, Melamed BG. A screening device: children at risk for dental fears and management problems. *ASDC J Dent Child* 1982;49:432-6.
- 12 Mahan KT, Strelecky DC. Recent concepts in understanding a child's pain. *J Am Pediatr Med Assoc* 1991;8:231-42.
- 13 Ursin H, Zahl-Bergum OH. *Biologisk psykologi*. 2. ed. Oslo: Tanum-Norli, 1993.
- 14 Weiss JM, Pohorecky LA, Salman S, Gruenthal M. Attenuation of gastric lesions by psychological aspects of aggression in rats. *J Comp Physiol Psychol* 1976;90:252-9.
- 15 Miller SM. Controllability and human stress: method, evidence and theory. *Behav Res Ther* 1979;17:287-304.
- 16 Logan HL, Baron RS, Keeley K, Law A, Stein S. Desired control and felt control as mediators of stress in a dental setting. *Health Psychology* 1991;10:352-9.

- 17 Milgrom P, Vignehsa H, Weinstein P. Adolescent dental fear and control: Prevalence and theoretical implications. *Behav Res Ther* 1992;30:367-73.
- 18 McGrath PA. Psychological aspects of pain perception. *Arch Oral Biol* 1994;39:55S-62S.
- 19 Skaret E, Raadal M, Berg E, Kvale G. Dental anxiety among 18-year-olds in Norway. Prevalence and related factors. *Eur J Oral Sci* 1998; 106:835-43.
- 20 Ramsay DS, Weinstein P, Milgrom P, Getz T. Problematic gagging: principles of treatment. *J Am Dent Assoc* 1987;114:178-83.

