

---

# Odontofobi er ikke bare „tandlægeskræk“

ROD MOORE

En undersøgelse af den danske voksne befolkning i starten af 1990'erne viste, at angst for tandbehandling (36,1 %) forekommer næsten lige så hyppigt som angst for døden (35,8 %), og at kun højdeskræk er hyppigere<sup>1</sup>. Tandlægeskræk er således ikke noget nyt, men har konsekvenser for os som tandlæger. På trods af moderne teknikker, der giver mere kontrol over smerte og ubehag, oplever tandlæger stadig problemer med angst og smerte på tandklinikker<sup>1</sup>. Følgende kapitel er mest relevant, når det drejer sig om patienter på 16 år eller ældre.

Selve ordet tandlægeskræk er et generelt dæknavn for mange ting. Tandlægestolen kan være en meget truende oplevelse for mange patienter. Der er en del misinformation og myter omkring tandlægens virke, som påvirker den almindelige opfattelse af ham/hende. Til gengæld kan det også være tragiske ting, der er sket for patienten hos tandlægen, hvor patienten har „lært“ en angstreaktion over for tandbehandling eller i mange tilfælde over for selve tandlægen. Nogle personer kan man slet ikke kalde patienter, fordi de pga. angst har undgået tandbehandling i så lang tid. Det er derfor vigtigt at nuancere tandlægeskræk og odontofobi, fordi de ikke bare er synonyme begreber.

## Definitioner og beskrivelser

Der er tit forvirring angående brug af forskellige „skrækord“ som frygt, angst og fobi. Følgende definitioner<sup>2</sup> prøver at afgrænse de

forskellige grader af tandlægeskræk, og rækkefølgen markerer stigende intensitetsgrad, hvor odontofobi har den stærkeste intensitet. Jeg kommer tilbage til nuancerne i en række kasuistikker senere i kapitlet.

*Frygt* (eng. fear) er en følelsesmæssig reaktion over for følelsen af en truende oplevelse – en trussel her og nu – med en „her og nu“-respons, hvor responsen sætter en række ufrivillige fysiologiske reaktioner i gang, fx muskelspændinger, øget hjerterytme, sved, hurtig vejrtrækning og ondt i maven. Med psykologiske termer kaldes dette en „adaptiv respons“, hvor der typisk er relativt reel fare til stede, og man forbereder sig på at flygte, hvilket er en normal adfærdsrespons, især i barndommen.

*Angst* (eng. anxiety) er en følelsesmæssig reaktion over for forventningen om en truende oplevelse. Truslen er ude i fremtiden, hvor en bekymring (indeholdende både tankemæssige og følelsesmæssige komponenter) i forhold til tidligere erfaringer farver opfattelsen af de kommende oplevelser. De ufrivillige fysiologiske reaktioner som ondt i maven, sved osv. er også til stede, før personen kommer i den truende situation – dvs. „forhåndsangst“. Det vil sige, at angstreaktionen ligner frygtreaktionen, men med en nuance om mulighed for flugt, idet faren registreres i forvejen, uanset om den er reel, overdreven eller slet ikke eksisterende. Der foregår en generalisering og en katastrofetænkning som kognitive (tankemæssige) kendetegn i forhold til frygt.

Det kan være uklart, om det er frygt eller angst, man ser i en given klinisk situation, eftersom reaktionerne fysiologisk og følelsesmæssigt ligner hinanden. Den væsentligste forskel af klinisk betydning er, at angst tankemæssigt fører til flere alvorlige konsekvenser i det følelsesmæssige reaktionsmønster, inkl. en eventuel fobisk reaktion.

En kort definition af *fobi* (eng. phobia) er, at det er en meget intens og irrationel angstreaktion rettet mod en truende oplevelse karakteriseret ved langvarig undgåelse af den eller lignende oplevelser. Langvarig undgåelse af tandbehandling, oftest på trods af eventuelle smerter og andre odontologiske sympto-

mer, kaldes *odontofobi* (eng. *odontophobia*). Det er den mest alvorlige form for tandlægeskræk.

Fobi kan ligne panik, men er situationsspecifik. Fobi er erkendt af personer som en urimelig reaktion i forhold til den reelle fare. Fobi kan påvirke arbejdslivet eller sociale relationer. Der er forskel for unge under 18 år (skal være mindst seks måneder). Angsten må ikke kunne forklares bedre af anden psykisk lidelse, fx depression, psykose eller personlighedsforstyrrelse.

## Angstintensitet og karakteristika

Eftersom intensiteten er så afgørende for, hvor alvorligt en person oplever tandlægeskræk, og her er der tale om angst, giver det mening at prøve at måle, hvor angst en patient er. Der er flere udmærkede spørgeskemaer til dette formål, men i privat praksis er der brug for en kort, gyldig og pålidelig test. Corahs Dental Anxiety Scale eller DAS opfylder disse kriterier (Fig. 1). Den har været brugt siden 1969<sup>4,5</sup> og har både i udlandet og i Danmark<sup>6</sup> vist sig at være et praktisk og pålideligt mål for angst for tandbehandling. DAS indeholder fire spørgsmål om, hvordan man har det hos tandlæge, i venteværelse, med boremaskine og ved tandrensning som vist i Fig. 1 på næste side. Pointene lægges sammen, idet scorer 4 til 20 er muligt. Middelværdien for DAS er 8 til 9.

## Epidemiologien ifølge angstintensitet

Siden starten af 1990'erne har vi på Forsknings- og Behandlingscenter for Tandlægeskræk (FoBCeT) på Århus Universitet lavet forskellige undersøgelser om tandlægeskrækproblemet her i landet. En undersøgelse<sup>7</sup> om udbredelse og karakteristika af tandlægeskræk baseret på en repræsentativ stikprøve blandt voksne fra Århus' omegn viste, at 4,2 % havde en fobisk eller ekstrem angst med DAS på 15 eller højere. Andre 6 % havde meget svært

**DAS – Dental Anxiety Scale**

Navn: \_\_\_\_\_ Dato: \_\_\_\_\_

Du bedes udfylde dette skema ved at sætte kryds i den svarrubrik, der passer bedst.

Sæt kun et kryds for hvert spørgsmål.

1. Hvad ville du føle, hvis du skulle til tandlæge i morgen?

- a) Jeg ville se frem til det som en forholdsvis behagelig oplevelse.
- b) Jeg ville være ligeglad.
- c) Jeg ville være lidt betænkelig ved det.
- d) Jeg ville være bange for, at det vil blive ubehageligt og smertefuldt.
- e) Jeg ville være meget bange for, hvad tandlægen vil foretage sig.

2. Hvordan har du det, når du i tandlægens venteværelse venter på, at det skal blive din tur?

- a) Afslappet.
- b) En lille smule uafslappet.
- c) Spændt.
- d) Angst og bange.
- e) Så angst og bange, at jeg sommetider sveder og næsten føler mig dårlig.

3. Hvordan har du det, når du sidder i tandlægestolen og venter på, at tandlægen klargør boret til dine tænder?

- a) Afslappet.
- b) En lille smule uafslappet.
- c) Spændt.
- d) Angst og bange.
- e) Så angst og bange, at jeg sommetider sveder og næsten føler mig dårlig.

4. Du er hos tandlægen for at få rensset tænder. Hvordan har du det, mens tandlægen får de instrumenter, der skal bruges til at rense dine tænder med?

- a) Afslappet.
- b) En lille smule uafslappet.
- c) Spændt.
- d) Angst og bange.
- e) Så angst og bange, at jeg sommetider sveder og næsten føler mig dårlig.

**Figur 1.** Med Dental Anxiety Scale (4, 6) kan man hurtigt vurdere en patients angstniveau. Hvert spørgsmål gives point fra 1 (= a) til 5 (= e). Pointene lægges sammen, og summen vurderes således: 4-7 ingen eller næsten ingen angst, 8-11 nogen til lidt angst, 12-14 moderat til intens angst, 15-16 ekstrem og/eller fobisk i nogle tilfælde, og 17-20: fobisk angst i næsten alle tilfælde.

ved at komme til tandlæge, og her var DAS mellem 12 og 14, men de fleste kunne klare tandbehandling, om end uregelmæssigt, dvs. det, vi kalder „moderat angst“, og 29,5 % havde „lidt til nogen“ angst med DAS 8 til 11. Det vil sige, at der i den danske voksne befolkning er ca. 40 %, der har en eller anden form for tandlægeskræk. Danskere har vist sig i store træk at ligne andre vesterlændinge<sup>8-10</sup>.

De moderat angstede personer og måske også en del fra kategorien „nogen“ angst går sporadisk eller uregelmæssigt til tandlæge pga. angst, og i denne gruppe er der især mange unge mennesker, som er faldet ud af systemet efter skoletandplejen. Når de dukker op i private klinikker, vil de typisk have DAS-scorer på ca. 10 til 15. Scheutz & Heidemanns undersøgelse<sup>11</sup> fra 2001 viser 4,5-5 gange forøget sandsynlighed for moderat angst eller mere blandt de 20- til 34-årige danskere, der kommer uregelmæssigt til tandlæge.

Ifølge epidemiologiske undersøgelser udført ved FoBCeT<sup>7,12</sup> har personer med fobiske og ekstreme angstniveauer helt andre profiler end personer med moderat/nogen angst. Karakteristika for disse to grupper sammenlignet med gruppen, der har nogen, lidt eller ingen angst, viser noget interessant. De fobiske havde mere end ni gange så hyppigt beskrevet, at en tandlæge havde opført sig negativt – enten ved at tandlægen havde været vred, at patienten havde følt sig nedgjort eller havde fået en „hård behandling“. Man kan se, at der også var fire gange større sandsynlighed for, at de fobiske var kvinder til forskel fra de moderat angstede, hvor der var lige mange af hvert køn. Patienter med ekstrem angst havde mere end tre gange så ofte symptomer fra andre angsttilstande og var også langt mere tilbøjelige til at af-

lyse eller udeblive end de moderat angste. Det er ikke blot de epidemiologiske data, der viser disse forskellige karakteristika. Kliniske undersøgelser viser også, at der er forskelle, som svarer godt til de forskellige ovennævnte intensitetsgrader af tandlægeskræk.

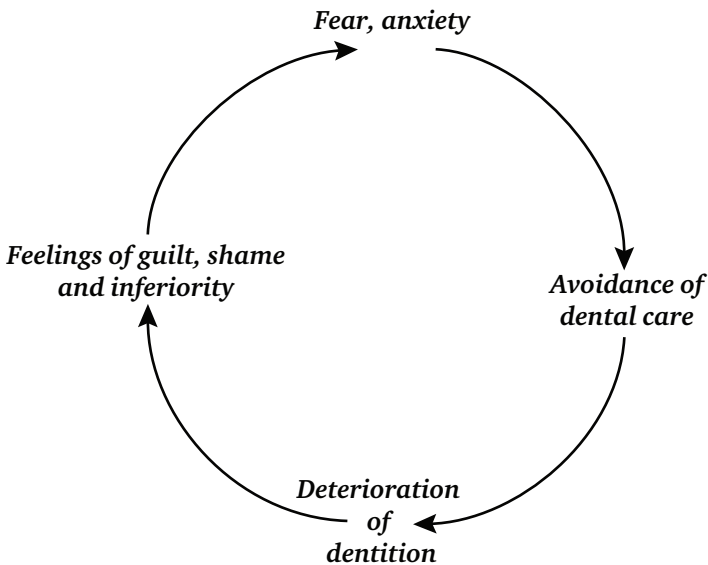
### **Kliniske karakteristika ved forskellige angstniveauer**

En klinisk beskrivelse af disse patienttyper vil belyse fænomenet „tandlægeskræk“ bedre. Såkaldte „odontofobikere“ er personer med DAS-angst over 15, der totalt undgår tandlægebesøg. Det er kun 19-30 % af dem, som har hovedklagen angst for smerte ved tandbehandling<sup>13, 14</sup>. De kliniske tal viser også, at odontofobikere oftere er bange for selve tandlægens adfærd eller har andre psykosociale faktorer, der påvirker deres undgåelse af tandbehandling<sup>1, 13-16</sup>. De er meget flove over deres tilstand, hvilket komplicerer kontakten med dem betydeligt mere end med dem med mindre angst<sup>1, 16</sup>. Typisk er de meget fokuseret på deres sociale handicap, også i daglige funktioner. De har ofte komplekser om, at „alle kigger på mine dårlige tænder“, drevet af dårlig samvittighed og selvbekjendelse over forsømmelsen. De fleste skjuler deres tænder og mund i den daglige omgang med andre mennesker, og når der bliver talt om tandlæge og tandbehandling blandt arbejdskolleger og venner, indgår de ikke i samtalen, eftersom de oplever det som et tabuemne, der kunne afsløre det, de opfatter som deres „personlighedsbrister“<sup>1, 16</sup>. De kan heller ikke tåle vittigheder om tandbehandlingssituationer og kan ikke kigge på udsendelser om tandlæger i fjernsynet. De har ofte diarré og søvnløse nætter før tandlægebesøg og kan i visse tilfælde få voldsomme kropsreaktioner som fx opkastninger i flere dage ved blot at skulle ringe og bestille tid til en nødbehandling. Selvom de laver en aftale, ender det ofte med en udeblivelse, da de er for flove til at ringe afbud.

Behovet for behandling er stort, og nogle har endda mistet kæ-

rester og ægtefæller pga. tændernes forsømte tilstand. Privatpraktiserende ser sjældent disse mennesker, eftersom selve smerten fra nedbrudte tænder ofte ikke er nok til at drive dem ind på klinikken. Det vil sige, at tandlægeskræk, når den er værst, danner sin egen onde cirkel (Fig. 2), hvori personen pga. angst undgår tandlægebesøg, hvilket medfører nedbrydning af tandsættet eller overdreven opfattelse af nedbrydning. Det fører så til skam og flovhed over undgåelsen og tændernes tilstand, hvilket igen forstærker angst og undgåelse. Det har vist sig, at denne onde cirkel træder i kraft så tidligt som efter fire til fem års undgåelse af tandbehandling<sup>16</sup>.

En moderat angstpatient, som vi kun ser af og til på FoBCeT, kan være flov over situationen, men er oftest fokuseret på og angst for, om det vil gøre ondt ved behandling. De kommer oftest sporadisk til tandlæge, og som de selv beskriver det, „når der er



**Figur 2.** Den onde cirkel af odontofobi efter Berggren<sup>19</sup>.

behov“, dvs. ved tabte fyldninger, behov for smertebehandling o.l. Denne type angst har en DAS-score på 12 til 14-15 og ses almindeligvis i privat praksis. Nogle kommer regelmæssigt i kraft af et godt forhold til deres tandlæge, men begivenheden bemærkes på klinikken som „... den dag, hvor patient X kommer“. Og måske melder patient X afbud hver anden gang med en undskyldning som influenza, hvor det egentligt er „tandlægeinfluenza“, det drejer sig om.

Og så er der gruppen af patienter i enhver praksis, som har nogen eller lidt tandlægeskræk, hvilket inkluderer alt fra nervøsitet og lidt ubehag til frygt for, at det vil komme til at gøre ondt, men som ikke tænker over det, før de sidder i tandlægestolen. Dem ved vi faktisk mindst om med hensyn til karakteristika<sup>17</sup>. Men åbenbart har de en fornemmelse af, at det godt kan gå alligevel, dvs. at det fungerer for dem at vedligeholde deres tænder. Mange går regelmæssigt til tandlæge og stoler på, at deres tandlæge kan gøre det lettere for dem. De ser meget op til tandlægen og er meget loyale. Vi går også ud fra, men ved det ikke rigtig, om der er forskel i grad og kvalitet ved dette angstniveau mellem dem, der går til tandlæge regelmæssigt, og dem, der går uregelmæssigt<sup>17</sup>.

### **Kasuistikker**

For at gøre disse beskrivelser af tandlægeskræk mere konkrete vil jeg nu præsentere tre kasuistikker.

#### *Odontofobikeren*

Anne Mette er en 46-årig veluddannet erhvervskvinde, der sidst var til tandlæge for 16 år siden til trods for smerter i hendes tænder af og til. Hun klager over, at hun er nødt til at spise alt for mange smertestillende piller. Hun siger, at hun altid har været bange og beskriver en følelse af flovhed og magtesløshed ved tanken om tandlægebesøg. Anne Mette opfatter sin mund som i meget dårlig stand og skjuler den med sine hænder og magter





**Figur 3.** *Kasuistik odontofobi: Anne Mette, 46 år, oral status efter 16 års undgåelse af behandling.*

heller ikke at smile stort. Hun mener, at dette ikke stemmer overens med hendes selvopfattelse i øvrigt.

*Odontologisk anamnese:* Anne Mette beskriver en af sine første tandlæger som en hård mand, der holdt hende nede i stolen, mens han borede. I teenageårene skiftede hun ofte tandlæge, fordi familien flyttede mange gange, og hun opnåede aldrig at få tillid til nogen af dem.

*Psykosocial anamnese:* Anne Mette beskriver sin far som „dødsangst“ for tandlæger, hvilket påvirkede hende negativt under hele hendes opvækst. Hun kan huske en gang, hvor han prælede med at have undgået tandbehandling i ti år. Hendes mor var også angst for sygehuse og havde haft besvimelsesanfald. Anne Mette er ellers en meget aktiv erhvervskvinde og beskriver sig selv som ansvarsfuld og med styr på ting – „en stærk pige,“ siger arbejdskollegerne. DAS for Anne Mette var 18. I Fig. 3 er et billede af skaderne efter 16 års undgåelse.

#### *Den „moderat“ angste*

Denne angstintensitet er illustreret ved Tonni, der er en 23-årig metalarbejder, som havde ringet afbud flere gange, inden han henvendte sig igen for at tale med sin tandlæge om angstproblemet. Tonni havde en fornemmelse af, at han var meget svær at bedøve, og at det gjorde vanvittigt ondt på ham ved behandling. Ved aktuelle henvendelse til tandlægen efter tre år havde Tonni et ønske om at få behandlet sine tænder færdigt under narkose.

*Odontologisk anamnese:* Tonni kunne mærke, at han havde et par huller samt et provisorium, der var vasket ud af en overkæbemolar, hvor han manglede at få færdiggjort en rodbehandling.

Som 11-årig oplevede Tonni efter mange år uden huller, at børnetandlægen fandt syv huller. Tandlægen var flink nok, men han behandlede Tonnis huller i løbet af to timer under lattergas – en bedøvelse, der ikke virkede særlig godt for Tonni.

*Psykosocial anamnese:* Tonnis familie og venner ved, at han er angst for tandbehandling, men han er ikke flov over sin mund eller tændernes tilstand. Hans forældre har ikke haft angst for tandbehandling, og han er ikke bange for andet i samme grad, som han er for smerte ved tandbehandling. Tonnis DAS-score var 13.

#### *Den „noget eller lidt“ angste*

Pia er en 36-årig servitrice, der klager til sine venner over, hvor ubehageligt det er at komme til tandlæge. Men hun holder fast i sin tandlæge, som hun har gået hos i 13 år – ikke to gange om året, men nogenlunde regelmæssigt. Pia fortæller sine veninder om, hvor nervøs hun kan blive ved tandlægebesøg, men også om, hvor sød hendes tandlæge er. Det er simpelthen, fordi han ved præcist, hvad han skal gøre og sige, for at hun kan falde til ro. Han har også både musik og videobriller samt god bedøvelses-teknik. DAS for Pia var på 10.

## Om behandling af odontofobi

Som kasuistikkerne viser, er odontofobi mere sejlivet end moderat eller lidt/nogen angst. Så når der er tale om behandling, kræver det også mere ekspertise. I de fleste tilfælde af moderat eller lidt/nogen angst er patienten mere fokuseret på smerte, end personer med odontofobi er. Det er dokumenteret, at de fleste, der lider af odontofobi, har været ofre for et tandplejepersonale, der ikke har respekteret deres personlige grænser og dermed har sat gang i den onde cirkel af angst, undgåelse af behandling, skam og flovhed, som er beskrevet ovenfor (Fig. 2). Derfor er det et afgørende led i et succesfuldt terapiforløb i forbindelse med odon-

tofobi at etablere fornyet tiltro til medmenneskelig behandling. Men det løser ikke alle problemer for de fleste personer, der lider af odontofobi. Tiltag i terapeutisk sammenhæng, der har vist positive resultater i bekæmpelse af angsten ifølge litteraturen, beskrives nedenfor.

## Håndtering af odontofobi og desensibilisering

Den behandlingsform, som mange odontofobikere og tandlæger oftest tænker på som det første, er helbedøvelse, der kan virke som en „hurtig løsning“. Men det har vist sig at være en meget dyr og i sidste ende ineffektiv løsning på angst og undgåelse af behandling<sup>18</sup>. Svenske<sup>19, 20</sup>, norske<sup>21</sup> og hollandske<sup>22</sup> longitudinelle undersøgelser har således vist, at patienter, behandlet med psykologiske metoder, gik signifikant mere regelmæssigt til tandbehandling end patienter behandlet med helbedøvelse eller præmedicinering ved followup i op til ti år efter<sup>1</sup>! I Holland er det nærmest anset for uetisk at bruge generel anæstesi eller præmedicinering uden først at have prøvet et terapiforløb med psykologiske metoder<sup>17</sup>. Det er derfor, de færreste fobiske patienter på FoBCeT i Danmark bliver behandlet med præmedicinering, og at psykologiske teknikker foretrækkes, så patienterne kan opleve, at de kan komme over angsten ved „egne kræfter“<sup>1</sup>. Det er også hovedprincippet i tilbuddene ved flere odontofobispecialistklinikker i Norden<sup>17</sup>. Man kan dog tilbyde patienter præmedicinering eller narkosebehandling i visse tilfælde ved akut smerte, eller hvor der er massivt brug for tandbehandling, som vil hindre optimal psykologisk indsats<sup>1, 17</sup>.

Det kan også blive nødvendigt at skrive recept på beroligende medicin til patienter, der har svært ved at sove natten før en terapeutisk seance. Det er vigtigt, at de møder op så friske som muligt, så de kan koncentrere sig optimalt omkring tænkning og adfærd under seancerne. Derfor er valg af medicin vigtigt. Den

**Tabel 1. Om håndtering af angst i privat praksis.**

1. Det er vigtigt, at man nyder sin praksis og reducerer stress på klinikken. Det giver automatisk færre kommunikationsfejl med angste patienter og øger behandlingskvalitet og tandlægens tilfredshed med sit fag. Alternativet er at overlade angstbehandlingen til terapeuter eller andre kolleger, der har rutine med håndtering af angste patienter.
2. Præsenter og forklar procedurer på en venlig og informativ måde med en grad af detaljer, som man aftaler på forhånd med patienten for bedst at kunne hjælpe ham/hende af med angsten. Aftal og forklar meget præcist, inden du går i gang med en træningsøvelse eller behandling, og få patienten til at gentage, hvad aftalen er efter hans/hendes opfattelse.
3. Giv patienten konkrete muligheder for indflydelse i tandlægestolen, fx håndsignalerede pauser eller forud aftalte pauser efter tid. Indstil stolepositionen efter patientens behov og giv mulighed for, at patienten kan bruge et spejl at følge med i.
4. Afspænding – hjælp patienten bedst muligt til at slappe af med specifik instruks og gør det, *inden* en nødsituation opstår.
5. Smertefri behandling er mulig, men det kræver 1) en afslappet patient og 2) en god teknik ifølge de seneste anbefalede forskrifter.
6. Hvis der skal bruges angstdæmpende medicin i privat praksis, skal det helst være med henblik på at støtte patienten i at kunne sove aftenen før aftalt tid. Ellers skal præmedicinering/helbedøvelse kun bruges for at undgå tilbagefald af angst i forbindelse med uoverskuelige mængder tandlægeligt arbejde.

Mange af disse samt andre forslag til praktiserende tandlæger ligger også på Københavns Tandlægeskoles webside <http://www.odont.ku.dk/H/ts.htm> bearbejdet af lektor Erik Friis-Hasché.

væsentligste ulempe med et benzodiazepinpræparat som *diazepam* (Stesolid eller Valium) er den lange halveringstid (2-3 døgn), hvilket medfører en *hang-over*-effekt<sup>23</sup>. Derfor anbefales det at bruge *oxazepam* (fx Oxapax – op til to 15 mg tabletter to timer før sengetid) eller *lorazepam* (fx Lorabenz – op til to 1 mg tabletter to timer før sengetid) pga. deres halveringstid på 8-15 timer<sup>23</sup>. Ellers er dosis til sedation i tandlægepraksis til en voksen patient 30-60 mg oxazepam eller 2,5-5 mg lorezapam p.o. to timer før behandling pga. langsom absorption<sup>23</sup>.

*Systematisk desensibilisering (SD)*: På de fleste specialistklinik-

ker, der beskæftiger sig med odontofobi eller ekstrem angst, bliver der anvendt en form for *systematisk desensibilisering*, som er den behandlingsform, der har vist flest positive langsigtede resultater. SD er en trinvis tilvænning til procedurer koblet med en eller anden form for afspændingstræning, så patienten gradvist kan tackle angsten. Ergo er det ligesom en slags „modgift“ til de procedurer eller situationer, man har lært at reagere på med angst og undgåelse – en afspændingsrespons. Målet er, at man som patient lærer at dele opmærksomheden mellem det, der foregår i munden, og det at bevare afspændingen i kroppen. Dette kræver oftest træning, inden selve tilvænningsbehandlingen starter. Rolig vejtrækning dybt ned i maven er en nem tilgængelig metode til dette formål ved tandlægebesøg, dvs. at patienterne skal lære at være opmærksomme på, at de holder vejret pga. angst. Men man kan også gøre mere ud af afspænding ved såkaldt *progressiv muskelafspænding*<sup>24</sup>. Her tager man en 10-15 minutters „tur igennem kroppen“, oftest ved hjælp af musik og terapeutinstruktion og mærker efter forskellen på spænding og afspænding i muskelgrupperne, fx hænder/underarme, skuldre, brystkasse/mave og ben/fødder. Det vigtigste med afspændingstræning er, at patienten kan lære at koncentrere sig om at slappe af, *inden* man går i gang med den provokerende tilvænningsstræning eller enkelte behandlinger i stolen. De former for individuel SD, der er beskrevet hyppigst, er:

1. *Video SD-træning*: Patienterne bliver udsat for 8-10 succesive 30 sekunders videoklip af gradvist mere truende tandbehandlingssituationer med mulighed for at afbryde med håndsignaler, når de har brug for pause eller instruktion. Ofte bliver såkaldte *biofeedback* registreringer af muskelspænding/afspænding taget i brug som hjælp ved proceduretilvænning, for at patienten kan blive bedre til selv at registrere sine spændinger.
2. *Rehearsal SD-træning*: Patienterne bliver udsat for simulerede behandlingssituationer eller tandlægeinstrumenter

gennem trinvis tilvænning kombineret med bevidstgørelse om spændingstilstand, pauser ved håndsignaler og ånde-  
drætskontrol, fx indsprøjtninger med plastichætte på og  
boremaskine uden bor, med muligheder for pauser eller  
instruktion. Tempoet for gennemførelse af disse *in vivo*  
skinbehandlinger såvel som videoseancerne i ovennævnte  
beskrivelse er afhængigt af patientens tiltro til processen, og  
det er derfor vigtigt, at patienten og terapeuten/tandlægen  
aftaler hen ad vejen.

## Andre terapiformer

### Gruppeterapi (GT)

Det kan ofte af hensyn til klientens økonomi være fordelagtigt at bruge gruppeterapi i forbindelse med odontofobi. Grupper på seks personer kan anbefales, gerne tre mænd og tre kvinder, der kan deltage i fem til syv totimers seancer ledet af en terapeut/tandlæge og en klinikassistent eller tandplejer samt en tidligere behandlet odontofobisk patient<sup>25</sup>. Patienterne kan her diskutere tidligere oplevelser og nye forventninger, få instruktion om fobiske reaktioner og social selvtillidstræning samt træne afspænding i fællesskab. Patienterne gennemgår video SD i gruppen (samme videoklip som ovenfor) med håndsignalerede pauser. I den sidste seance kan man demonstrere procedurer som indsprøjtning (med hættten på) og boremaskine (uden bor) på den enkelte patient på klinikken som en del af tilvænnings ved hjælp af de nylærte afspændingsfærdigheder. I visse tilfælde kan det være en fordel, at terapeuten arbejder parallelt med enkeltindivider fra gruppen hver for sig i ekstraseancer, når samtaleterapi er påkrævet, for at personen kan maksimere indsatsen og samarbejdet med resten af gruppen<sup>25</sup>.

## Kognitiv terapi

Ofte har patienter med odontofobi tanker og følelser, der forhindrer dem i at kunne modtage en tilvænnings terapi og SD eller „flooding“. Derfor er der behov for samtaler, hvor patienten kan fortælle og bearbejde de negative tanker, han har. Dette hedder „kognitiv omstrukturering“ – en samtaleterapi, der går ud på at gennemgå kriterier for katastrofetænkning med patienten og herefter arbejde med patienten om erkendelse af personlige eksempler på sådan tænkning, når det sker<sup>26, 27</sup>. Det hjælper patienten til at kunne udpege sin fejltænkning og begrænsning af mulighederne. Den teoretiske baggrund for denne terapi ligger i såkaldt „self-efficacy“ eller selvbekræftende tanker<sup>28, 29</sup>. Man præsenterer patienten for „Det vil gå dig, som du tror“. Tror man, at man kan klare en opgave, vil man være bedre i stand til at klare det og vice versa. Her arbejdes der med selvopfyldende profetier, fx „Det skal gøre ondt!“. Patienten spænder pga. negative forventninger, og smertetærsklen bliver mindre; ergo mere sandsynlighed for at opleve smerte<sup>1</sup>. I samtaleterapien drejer det sig om at lede patientens forventninger gennem følgende trin<sup>30</sup>:

1. „Jeg tror ikke, at jeg kan klare det.“
2. „Jeg tror, at jeg måske kunne, hvis...“
3. „Jeg tror, at jeg kan, hvis...“
4. „Jeg tror, at jeg kan.“
5. „Jeg kunne klare det!“ (selvbekræftelse).

Gradvis gennemførelse af disse fem trin er en vigtig proces, der kan føre terapien til succes. Samtaleterapien skal derfor have som hovedformål at hjælpe patienten igennem disse trin.

Såkaldt *Stress Inoculation Training*<sup>17, 31</sup> er en kombination af sådanne samtaleterapeutikker koblet med systematisk desensibilisering og afspænding i et sammenhængende trinvist eksponeringsprogram skræddersyet til patientens behov.

## Hypnoterapi (HT)

Mekanismen i hypnose kendes ikke fuldt ud, men handler bl.a. om omkodning af forventninger og afspændingsprocesser. At lave negative tanker om fx lyden af boremaskinen om til et signal til fordybelse i trance og at tegne et mentalt billede af tandlægeangst som en mur, man skal forbi, hjælper terapeuten patienten over forhindringer. I specielt stressede situationer kan der også være tale om „spaltninger“ til patientens foretrukne sted (fx på stranden)<sup>32</sup>. I tilfælde, hvor der har været traume, kan der anvendes *regression* (tilbageføring i alder) og omkodning gennem suggestioner. Succes med hypnose for odontofobi er afhængig af, om patienten har andre psykiske problemer end fobien, og i visse tilfælde, om vedkommende kan komme i trancetilstand<sup>1, 32</sup>. Fordele for ca. den tredjedel af befolkningen, der kan komme i dyb trance, er, at de hurtigere kan opnå resultater. Ulempen i forhold til traditionel SD-terapi er, at den kan gøre patienten afhængig af trancen og den særlige terapeut/tandlæge, der udfører trancen. Patienten kan opleve succesen som ikke så meget sin egen succes, men snarere som terapeutens<sup>1, 32</sup>. Det var en af forklaringerne på højere dropout blandt hypnosebehandlede patienter i eksperimentelle forsøg, der skulle fortsætte hos næste tandlæge, end blandt patienter behandlet med individuel SD og gruppeterapi<sup>32, 33</sup>.

## Eksposering in vivo – „flooding“

Ved flooding udsætter patienten sig for de frygtede situationer af egen fri vilje efter en kort indledende beskrivelse af proces og formål, hvor man som terapeut eller tandlæge arbejder for, at patienten maksimerer sine selvbekræftende tanker (*self-efficacy*)<sup>34, 35</sup>. Man indgår en aftale med patienten om specifikke behandlinger i et hierarki ligesom ved SD, hvor han/hun kan bruge egne eksisterende psykiske ressourcer til at komme over angsten inden for kort tid uden særlig afspændingstræning. Denne terapi-



form er ikke egnet til psykotiske eller personlighedsforstyrrede klienter eller til dem, der ellers har stor risiko for retraumatisering. Patienten må vise en enorm motivation og tillid for at blive i den frygtede situation. Flooding kan anvendes ved behandling af fobi i visse tilfælde, men er bedre egnet til noget til moderat angst patienter. Personalet skal være meget støttende, forklarende og opmærksom på patientens behov og skal rose indsatsen. Hvis ikke strategien lykkes, kan konsekvenserne for patienten være forstærket angst og fortsat undgåelse af tandbehandling.

## Differentiering af angst patienter og behandlingsfokus

Via den terapeutiske behandling af fobier har angstforskere kunnet beskrive en yderligere differentiering af angsttyper<sup>1,36</sup>. Man har fremsat den hypotese, at kognitive (mere generelle angstproblemer) eller ægte panikangst primært kræver kognitiv samtaleterapi, mens mere betingede eller indlærte problemer primært kræver afspænding og SD-tilvænningsstræning<sup>37,38</sup> samt forholdsvis større fokus på bedøvelse og smertefrihed<sup>1</sup>. Det er ikke, fordi man ikke anvender begge dele til begge typer, men snarere at man foretrækker den ene eller den anden som primær strategi hos den enkelte patient. Især hos fobisk angst patienter, der samtidig har mere generelle angst- eller andre psykiske problemer, er den primære terapiform kognitiv terapi, og her skal man som praktiserende tandlæge have et samarbejde med en angst-specialist eller en psykoterapeut. Patienterne skal stadig gennemgå afspænding/desensibilisering, men der skal være en kognitiv og følelsesmæssig håndtering af patientens lidelse, inden der kan blive tale om langvarig bedring i angstniveauet og regelmæssighed omkring tandlægebesøg<sup>1, 14, 16</sup>. Ligeledes vil den primære strategi ved moderat angst for tandbehandling (DAS under 15) højst sandsynligt være afspænding, tilvænnings og en god

smertebehandling. For odontofobikere derimod skal der ofte mere til.

Herudover er det meget vigtigt at benytte en vellykket lokalbedøvelsesteknik, uafhængigt af om der er tale om specifik fobisk angst for tandsmerter, eller om det er moderat angst med begrænset grad af undgåelse af tandlægebesøg. Ofte har disse patienter aldrig oplevet en fuldkommen bedøvelse pga. praktiserendes manglende erfaring med anatomiske varianter samt fortykkelse af alveoleknoglen hos visse patienter. På FoBCeT har man af og til mødt tilfælde, hvor det har været svært for praktiserende at bedøve overkæbemolarer udelukkende ved hjælp af infiltrationer, eller hvor man har ikke lagt tilstrækkelig bedøvelse ved infiltration på et tuberområde, der er tykkere end normalt. I sådanne tilfælde skal man primært vælge n. alveolaris superioris posterioris (tuber)-blokade. I det hele taget skal man være opmærksom på, at det er nemmere at opnå fuldendt anæstesi i maxilla end i mandibel ved første forsøg. Kliniske undersøgelser viser, at blokade på n. alveolaris inferioris kun virker i ca. 20 % af tilfældene ved første forsøg. Her er det vigtigt at tænke på underkæben som indeholdende et *nerveplexus* bestående af ekstra gren fra n. lingualis, n. buccinatorius og især n. mylohyoideus, samt at der kan være midtlinje-*cross-overs* fra n. inferioris eller n. mentalis fra den modsatte side<sup>39</sup>. Det vil sige, at man ofte skal supplere blokaden med infiltrationer eller injektioner i parodontalligamentet.

## Undersøgelsesresultater af angstbehandling over tre år

Selvfølgelig er det af interesse for både klinikere og forskere, at man ved et terapiforløb kan vise varige resultater. Motiveret af meget lidt litteratur om langtidseffekter af behandling for tandlægeangst blev effekten af behandlingen af FoBCeT-angstpatienter i en tre års undersøgelse<sup>40</sup> sammenlignet med resultater fra

en privat praksiskontrolgruppe. Det skete primært for at undersøge effekten på odontofobi af en speciel psykologisk indsats. De primære målemetoder var, 1) om undersøgelsespersonerne gik regelmæssigt til tandlæge, 2) hvor meget deres angst havde ændret sig, og 3) hvor meget deres tiltro til tandlæger og behandling havde ændret sig. Behandlingsgrupperne ( $n = 106$ ) var alders- og kønsmæssigt sammenlignelige med kontrollkohorten på 65 angstpatienter i privat praksis i Århus' omegn (DAS 15 eller større), der blev fulgt over gennemsnitligt seks år. Efter tre år havde 55 % af *HT*-patienter, 70 % af *GT*-patienter og 66 % af *SD*-patienter genoptaget regelmæssig tandbehandling (dvs. ikke sporadiske besøg). Dette var signifikant bedre end de 46 % af hele kontrolgruppen og 39 % af en kontrolsubgruppe med præcist tre års observation. Generelt var kvinder bedre til regelmæssige tandlægebesøg end mænd efter tre år. FoBCeT-behandlede regelmæssige patienter havde efter tre år signifikant mindre angst og havde mere tiltro til tandlæger end de regelmæssige patienter fra kontrolgrupperne i privat praksis. Tiltroen er oftest påvirket af gradvise succeser, der fører til øget *self-efficacy* og mindre negative forventninger. Imidlertid var der ikke signifikant forskelle i adfærd, angst eller opfattelser af tandlæger mellem de FoBCeT-behandlede *HT*-, *GT*- og *SD*-grupper efter tre år. Undersøgelsen viste, at FoBCeT-patienter klarede sig signifikant bedre med hensyn til både vedligeholdelse af regelmæssig tandplejeadfærd og reduktion af angst end odontofobikere behandlet af almenpraktiserende tandlæger. Det kunne konkluderes, at mange odontofobiske patienter ved egne kræfter og med succes kunne starte op igen og vedligeholde regelmæssig tandpleje på trods af mange års undgåelse. Men disse patienter havde mindre succes over tid med angstreduktion og tiltro til almindelige tandlæger end de specialistbehandlede patienter. Det er derfor fordelagtigt at behandle odontofobi med dokumenterede psykologiske principper og uddannet personale<sup>1, 40</sup>. Kliniske udfald ved mindre intens angst er ikke blevet tilstrækkeligt dokumenteret<sup>1, 17</sup>.

## Reduktion af smerte og lidelse – de menneskelige faktorer i behandlingssucces

Selvom ovennævnte undersøgelse viste bedre resultater blandt FoBCeT-patienter i forhold til patienter i privat praksis, var der ingen signifikante forskelle mellem de forskellige speciallæge-tiltag. De var alle lige effektive. Én fortolkning heraf kunne være, at der er terapeutiske faktorer, som har optimeret behandlingen, uafhængigt af, hvilken strategi der blev anvendt. Fra et eksperimentelt videnskabeligt perspektiv kan disse faktorer betragtes som „støj“ i resultaterne, men i praksis er de nødvendige for terapeutisk succes. I litteraturen er beskrevet „skjulte“ behandlingsfaktorer som berøring, empati, aktiv lytning og adskillige andre nonverbale metoder hos det personale, der behandler odontofobi på angstspecialistklinikker, som det, der ændrer patienternes tiltro til tandlæger og tandbehandling. En medmenneskelig holdning over for patienter hjælper, fx at man er villig til at arbejde med patientens psykiske udholdenhed over for lidelser, at man kan skabe håb, og at man udviser trøstende adfærd, fx ved berøring at hjælpe patienten til at falde til ro. Tavshed på det rigtige tidspunkt i en samtale signalerer til patienten, at man er villig til at lytte. Med *empati* (indfølelse) viser behandleren patienten, at han „forstår“. Ved *aktiv lytning* tjekkes forståelsen af kommunikationen ved at gentage, hvad man tror, at patienten har sagt, oftest i form af enkelte spørgsmål med patientens egne ord. I det hele taget er man mere spørgende end talende og får derved afklaret patientens behov og forventninger som det primære<sup>1,17</sup>. Man skal også som en god terapeut eller tandlæge kunne gøre brug af humor i visse situationer. Under samme hovedrubrik er tandlæger ikke altid opmærksomme på, at der kan være en sammenhæng mellem patientens lidelser og deres eget stressniveau og (u)tilfredshed med faget. Stress kan „smitte“, dvs. at tandlægeres stress kan påvirke håndtering af angst og bidrage til, at patienten oplever oftere eller stærkere smertereaktioner<sup>1</sup>. Der er

et stort behov for yderligere specifik forskning i disse psykosociale behandlingsfaktorer<sup>1</sup>.

## Afsluttende bemærkninger

Afsluttende om emnet odontofobi og angst for behandling skal det påpeges, at tandlægefaget i den senere tid er blevet meget mere teknologisk orienteret med alle de nye tiltag som fx implantater samt andre nye metoder og materialer. I sidste ende bliver en tandlæge imidlertid oftere vurderet af patienterne på de menneskelige færdigheder end på den selvfølge, at teknikken fungerer<sup>1, 41</sup>. I fremtiden vil tandlæger i praksis finde mere og mere behov for stressmanagement, der også vil have indflydelse på, om de er i stand til at arbejde med patienternes krav, hvilket er den retning, samfundet går i. I kraft af internettet er patienterne i dag meget mere oplyste om de muligheder, de har angående gennemførelse af deres tandpleje og valg af tandlæge. Ofte er de villige til at finde en ny tandlæge, der passer til deres behov og vil høre på deres krav. Her er det rimeligt, at patienter, der tidligere har oplevet traumatiske handlinger hos tandplejepersonale med angst og utryghed som følge, stiller krav om bedre betingelser for, at de kan komme ind igen i den regelmæssige tandpleje. Det er vigtigt, at man gennem sin tandlægeuddannelse bliver klar til at tage fremtidens nye psykiske udfordringer op, hvor bl.a. odontofobi og andre mindre intense former for tandlægeskræk allerede er en del af den daglige kliniske virkelighed.

### LITTERATUR

- 1 Moore R. Psychosocial aspects of dental anxiety and clinical pain phenomena. Århus: Fællestrykkeriet for Sundhedsvidenskab, Aarhus Universitet; 2006.
- 2 Kvale G, Klingberg G, Moore R, Tuutti H. [Understanding dental fear, anxiety and phobia: Implications for assessment and diagno-

- stics] Hva er tannlegeskrekk, og hvordan kan den diagnostiseres? Tandlægebladet 2003; 107: 8-14.
- 4 Corah NL. Development of a dental anxiety scale. *J Dent Res* 1969; 48: 596.
  - 11 Scheutz F, Heidmann J. Determinants of utilization of dental services among 20- to 34-year-old Danes. *Acta Odontol Scand* 2001; 59: 201-11.
  - 18 Berggren U. Dental fear and avoidance – A comparison of two modes of treatment. *J Dent Res* 1984; 63: 1223-7.
  - 23 Petersen JK. [Pharmacological treatment of dental fear] Farmakologisk behandling af odontofobi. *Tandlægebladet* 1990; 94: 61-3.
  - 27 Oestrich IH. *Selvværd og nye færdigheder*. Viborg: Psykologisk Forlag, Nørhaven Books; 2003.
  - 29 Bandura A. *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: Freeman; 1997.
  - 30 Moore R. *Psykologi på klinikken*. 2. udg. Århus: Fællestrykkeriet for Sundhedsvidenskab, Aarhus Universitet; 1994.
  - 32 Moore R, Abrahamsen R, Brødsgaard I. Hypnosis compared with group therapy and individual desensitization for dental anxiety. *Eur J Oral Sci* 1996: 612-8.
  - 34 de Jongh A, Muris P, ter Horst G, van Zuuren F, Schoenmakers N, Makkes P et al. One-session cognitive treatment of dental phobia: preparing dental phobics for treatment by restructuring negative cognitions. *Behav Res Ther* 1995; 33: 947-54.
  - 38 Wolpe J. The dichotomy between classical conditioned and cognitively learned anxiety. *J Behav Ther Exp Psychiatr* 1981: 35-42.
  - 39 Blanton PL, Jeske AH. The key to profound local anesthesia: Neuroanatomy. *J Am Dent Assoc* 2003; 134: 753-60.
  - 40 Moore R, Brødsgaard I, Abrahamsen R. A 3-year comparison of dental anxiety treatment outcomes: Hypnosis, group therapy and individual desensitization vs. no specialist treatment. *Eur J Oral Sci* 2002; 110: 287-95.
  - 41 Moore R, Brødsgaard I. Dentists' perceived stress and its relation to

perceptions about anxious patients. Community Dent Oral Epidemiol 2001; 29: 73-80.

(Hele litteraturlisten kan rekvireres ved henvendelse til forfatteren:

Rod Moore, dr.odont.

Odontologisk Institut

Forsknings- og BehandlingsCenter for Tandlægeskræk

Vennelyst Boulevard 9

8000 Århus C

mail: rmore@odont.au.dk).

