

Erik Friis-Hasché og Esben Boeskov Øzhayat

Psykologiske observationer og diagnoser i odontologisk klinik

Forudsætningen for en optimal tandlægelig behandling er en optimal kommunikation til patienten. Det tandlægelige virke har derfor mange psykologiske aspekter i form af registrering og observation af patientens angst, smerte og orale velvære; hertil kommer tandlægens arbejdsmiljømæssige ansvar for forebyggelse og håndtering af stress i det odontologiske team. Til formålet er udviklet en række spørgeskemaer, der i klinikken indgår i det diagnostiske interview, som er en kombination af kvalitative og kvantitative observationer, og i dag betragtes som den mest valide registrering af psykologiske data.

Tandlægen og tandbehandling er væsentlige dele af det moderne sundhedsvæsen. Befolkningens behov for og ønske om tandsundhed er: optimal funktion, velvære, skønhed og attraktion, da tænderne er tæt relateret til det enkelte menneskes kropsbillede og oplevelse af livskvalitet.

Forudsætningen for ethvert tandlægeligt virke er, at tandlægen kan etablere en optimal kommunikation til sin patient. Ansvar for, at kommunikationen bliver bedst mulig, er tandlægens. Derfor skal tandlægen kunne registrere og forstå patientens følelser, tanker og handlinger overfor tandpleje og tandbehandling og kunne justere kommunikationen i overensstemmelse hermed. Ud over at være budbringer af information er sproget (skriftligt/mundtligt) i sig selv også bærer af værdier og menneskesyn, hvorfor det er vigtigt, at tandlægen behersker det faglige sprog korrekt (Value-Based Dentistry, VBD).

Forfattere

Erik Friis-Hasché, lektor emeritus, dr.odont. et cand.art.psych., Sektion for Cariologi, Endodonti og Pæodonti, Odontologisk Institut, Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Københavns Universitet

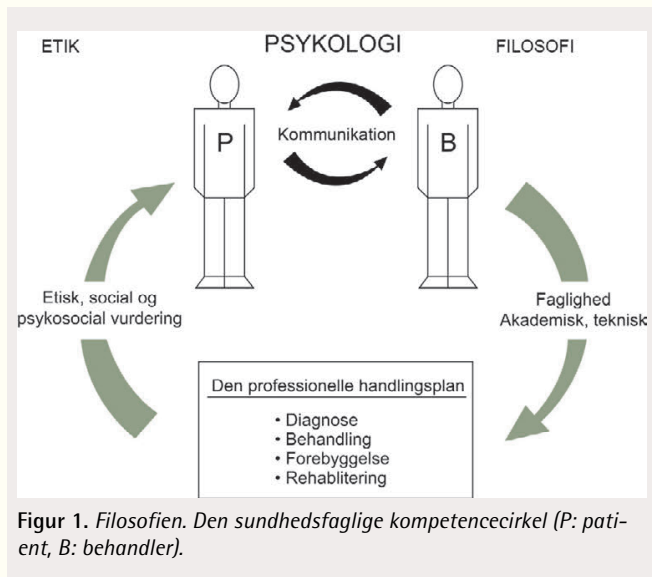
Esben Boeskov Øzhayat, lektor, ph.d., Sektion for Oral Rehabilitering, Dentalmaterialer og Oral Diagnostik, Odontologisk Institut, Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Københavns Universitet

Ud fra sin akademiske (Academic-Based Dentistry, ABD) og tekniske/håndværksmæssige faglighed lægger tandlægen sin professionelle handlingsplan (Professional-Based Dentistry, PBD) i form af diagnose, behandling, forebyggelse eller rehabilitering. Inden planen realiseres, skal den vurderes ud fra etiske overvejelser, og der skal tages hensyn til sociale, økonomiske, kulturelle og psykosociale forhold hos patienten (VBD). Personlige og individuelle betragtninger fra tandlægens side i en søgen efter årsager og principper for den professionelle handlingsplan anskues i nærværende modelopstilling som filosofi (figur 1).

Endvidere er kravet, at tandpleje og tandbehandling skal være angst- og smertefri. Alligevel oplever mange mennesker, at de har angst for tandbehandling og er bange for, at de har marginal parodontitis eller caries. For tandlægen kan det være svært at vurdere, hvor stor denne angst er, og hvorvidt den er relateret til personligheden, udtryk for en afvigende reaktion eller relateret til sociale eller kulturelle faktorer. De tandlægelige behandlinger giver i sig selv en stor psykologisk udfordring, fordi de udføres i områder, hvor de største og mest følsomme psykiske og somatiske reaktioner udtrykkes. Tandlægens kontakt med patienten er således både intens og intim (1).

Klinisk relevans

Tandlægens håndtering af sine patienters angst og smerte har altid været en kardinalkompetence for det tandlægelige virke. I det moderne sundhedsvæsen har udviklingen af den patientcentrerede kommunikation og behandling givet nye store udfordringer – dette gælder også for det tandlægelige virke. Her sættes patienten i centrum og medinddrages i behandlingsplanlægningen, hvilket stiller store krav til de professionelle kommunikative evner og psykologiske færdigheder. Hertil kommer et øget krav til dokumentation af de tandlægelige behandlinger, instruktioner og informationer, som bliver aktuelle ved behandlerkift eller patientklager. Fokus på relevante psykologiske observationer og registreringer hører derfor med til det daglige kliniske odontologiske virke.



Figur 1. Filosofien. Den sundhedsfaglige kompetencecirkel (P: patient, B: behandler).

Formålet med nærværende artikel er derfor at præsentere nogle enkle elementære psykologiske observationer, diagnoser og metoder til fremme af kommunikation og tand- og mundsundhed hos vore patienter, herunder også en forbedret Kooperation (adherence).

Psykologi i klinikken

Enhver patientkommunikation og tandlægelig behandling har et psykologisk element i sig i form af empati, følelser, holdninger eller livskvalitet. Således skal tandlægen have forståelse for sine patienters lidelser (empatisk kommunikation), og patienten går til tandlæge på grund af smerte eller undgår at gå til tandlæge på grund af fobi (følelser). I den forebyggende tandpleje er patienternes tandplejevaner (holdninger) og vurdering af egen orale sundhed (livskvalitet) centrale emner. Hele den æstetiske del af tandbehandlingen omfatter både følelser, tanker og funktion. Endelig skal etiske overvejelser i beslutningen for en behandlingsplan også betragtes som en følelsesmæssig beslutning, til trods for at tandlægen vil give sine etiske overvejelser rationelle argumenter.

Psykologi og psykologiske problemstillinger kan anskues på tre vidt forskellige måder.

Ens egne personlige positive og negative oplevelser og erfaringer i omgang med sine medmennesker er et væsentligt forhold. Dette er et subjektivt udgangspunkt, der følelsesmæssigt giver et stærkt engagement, og for det enkelte menneske bliver det den «sande» psykologiske observation og opfattelse.

Et andet væsentligt udgangspunkt er det kulturelle, hvor ens vurdering er i overensstemmelse med eller stærkt påvirket af den kultur eller de sociale referencer, man tilhører eller er påvirket af (presse, medier og profession). Tilsammen er det disse to udgangspunkter, der giver os en «hverdags-psykologi» så vi kan omgås, forstå og hjælpe hinanden indenfor relativt små psykologiske variationer, og hver især får vi et feedback fra vore omgivelser – og vore patienter – der giver os opfattelsen af at være

i besiddelse af gode psykologiske kompetencer. Sprogbruget og den anvendte terminologi er imidlertid upræcis og ikke-faglig.

Det sidste udgangspunkt er det faglige (akademiske), hvor observationer, tolkninger og (be)handlinger er tilknyttet velbeskrevne psykologiske teorier og skoler. Det er i dette perspektiv, at de sundhedsprofessionelle skal have deres faglige virke, så også patienter med større psykologiske udfordringer kan få en optimal behandling. Den forsknings- og undervisningsmæssige disciplin kaldes sundhedspsykologi og har i det odontologiske studium ved Københavns Universitet et fagligt spor gennem hele studiet benævnt som: sundhedspsykologi, kommunikation og etik (SKE) (2).

Kvalitative og kvantitative observationer

Registrering af psykologiske observationer og diagnoser kan ske enten kvalitativt gennem observation eller dialog (samtale og interview) eller kvantitativt via spørgeskemaer konstrueret som rating-scale, der enten kan være en selvrapportering eller via observatør. Skal data bruges til generelle udsagn såsom: epidemiologiske opgørelser, opstilling af hypoteser og forklaringsmodeller eller til økonomiske og sundhedspolitiske beslutninger, altså populationsorienterede data, da er de kvantitative registreringsmetoder bedst og lettest at anvende. Skal data derimod anvendes på individniveau i form af: diagnosebeskrivelse, behandlingsforløb eller prognosevurdering, da er det de kvalitative registreringer, der anvendes.

Det diagnostiske interview

En kombination af kvalitative og kvantitative observationer kaldes et diagnostisk interview og betragtes i dag som den mest valide registrering af psykologiske data, idet behandleren spørger uddybende ind til de anførte spørgsmål i et patientudfyldt spørgeskema eller efter en tjekliste.

Udviklingen og valideringen af psykologiske og psykiatriske registreringer via spørgeskemaer har i dag etableret sin egen videnskabelige disciplin kaldet klinisk psykometri og har væsentligt bidraget til en mere sikker diagnose og behandling af psykologiske test og psykiske lidelser (3,4).

Kommunikation

Empati og aktiv lytning

Der er to meget centrale begreber, der altid indgår i beskrivelsen af den optimale kommunikation, og det er den empatiske kommunikation og den aktive lytning. Begge lader de sig operationalisere som en slags diagnose vel at mærke ikke på patienten, men på behandleren. Empati, som det i dag forstås i sundhedsvæsenet, er den professionelles:

- emotionelle sensitivitet med hensyn til at registrere patientens følelser,
- kognitive formåen til at forstå patientens behov og
- adfærdsmæssige evne til at vise denne sensitivitet og formåen overfor patienten.

Vurderingen af den professionelle empatiske kommunikation kan beskrives på seks niveauer fra at være helt afvisende (niveau 0) til at dele og være fælles med patienten om dennes følelser (niveau 5) (5). Forskellen mellem aktiv lytning og empatisk kommunikation er, at der ved aktiv lytning foregår en tilbagemelding med patientens egne ord, og at denne tilbagemelding ikke indeholder vurderinger, analyser eller spørgsmål. Foretages der ingen tilbagemelding af det modtagne budskab, kaldes lytningen passiv, og venter behandleren blot på at få afsendt sit eget budskab, kaldes det strategisk lytning. Begge er det beskrivelser, der kan sættes på mangan en kommunikation i klinikken. I den beroligende eller angstdæmpende samtale er både empati og aktiv lytning væsentlige elementer, og det forventes, at tandlægen i dag har de nødvendige kompetencer til at praktisere dem (6).

Oral livskvalitet

Begrebet oral livskvalitet dækker over den indflydelse, den orale status har på en persons liv, hvilket gør det til et emne, tandlægen dagligt skal forholde sig til. For at diagnosticere patientens problemer mest korrekt, og dermed optimere muligheden for at træffe beslutninger, der fører til den mest effektive behandling, bliver man nødt til at medinddrage patienten og dennes oplevelse af mundens og tændernes funktion i en social kontekst, altså den orale livskvalitet. Der findes forskellige måder at evaluere eller «måle» den orale livskvalitet, og typisk er det standardiserede spørgeskemaer. Det hyppigst anvendte og bedst testede er Oral Health Impact Profile (OHIP) spørgeskemaet (Tabel 1). OHIP er opbygget i syv dimensioner efter en dynamisk model, hvor første dimension omhandler spørgsmål vedrørende oplevede funktionsnedsættelse i forhold til tygning, tale, udseende, smag, fordøjelse m.m., og anden dimension vedrører smerter og ubehag fra tænder mund og kæber. Den tredje dimension vedrører psykiske gener i relation til det oro-faciale område. Herefter følger fjerde, femte og sjette dimension, der omhandler oplevede kompetencesnedsættelser pga. oro-faciale problemer. Dette skal forstås som en egenvurdering af evnen til at klare sig i hverdagen hhv. fysisk, psykisk og socialt. Den syvende dimension vedrører den oplevede grad af handicap forårsaget af problemer i det oro-faciale område (7).

Sammenhængen mellem oral status og oral livskvalitet er ikke ligefrem proportionalt korreleret, idet personer med behov for større rehabiliterende behandlinger ikke nødvendigvis føler, at deres liv i større grad er påvirket heraf, mens små tandproblemer for andre kan fylde en stor del af den psykiske kapacitet. Et udfyldt OHIP-skema skal derfor ikke betragtes som et slutprodukt af en færdig tankerække, men som nævnt vil et diagnostisk interview ud fra eksempelvis OHIP kunne afklare, hvilke specifikke problemer der har betydning for den enkelte patient, og hvilken behandling der vil have den bedste effekt.

Angst og frygt

I moderne psykologiske angstteorier fremhæves, at frygt knytter sig til vort alarmsystem, der i aktuelle konkrete (perciperende) faresituationer skal mobilisere organismen til kamp eller flugt.

Dimensioner af oral livskvalitet

Tabel 1. *Beskrivelse af oral livskvalitet i syv dimensioner i form af eksempler på spørgsmål a. m. Oral Health Impact Profile (OHIP), der består af enten 14 (OHIP-14) eller 49 (OHIP-49) spørgsmål (7).*

| |
|---|
| Hvor ofte indenfor den seneste måned: |
| Funktionsnedsættelse Har du følt, at din smagssans er blevet forværret pga. problemer med dine tænder, mund eller proteser? |
| Smerter Har du haft smerter i munden? |
| Psykiske gener Har du følt dig dårlig tilpas pga. udseendet af dine tænder, mund eller proteser? |
| Fysisk inkompetence Har du ikke kunnet børste dine tænder ordentligt pga. problemer med tænder, mund eller proteser? |
| Psykisk inkompetence Har du haft svært ved at slappe af pga. problemer med tænder, mund eller proteser? |
| Social inkompetence Har du haft besvær med at passe dit sædvanlige arbejde pga. problemer med tænder, mund eller proteser? |
| Handicap Har du været helt ude af stand til at fungere pga. problemer med tænder, mund eller proteser? |
| Score og svarmuligheder: 0. Aldrig. 1. Ganske sjældent. 2. Af og til. 3. Ganske ofte. 4. Meget ofte. |

Angst derimod knytter sig til forventninger om forestående og fremtidige (anticiperede) faresituationer, som individet derved har mulighed for at forberede sig på (9). Forskellen mellem angst og frygt kan også ses som en forskel i graden af kontrol og handlemulighed. Kamp eller flugt er reelle handlemuligheder fx ved

Beskrivelse af angst og frygt

Tabel 2. *Beskrivelse af komponenter og reaktioner for angst og frygt.*

| Komponenter | Angst | Frygt |
|------------------------|-----------------------------------|-------------------|
| Objekt/Situation | Diffus/Uhåndgribelig | Konkret/Afgrænset |
| Perception | Anticiperende | Perciperende |
| Reaktionsstimuli | Uden selvkontrol | Specifik |
| Fysiologisk reaktion | Mindre intens | Intens |
| Kognitiv reaktion | Intens | Mindre intens |
| Grad af handlemulighed | Lav | Høj |
| Tidsrelation | Fremtidig(forventet, forestående) | Øjeblikkelig |

Kvalitative angstreaktioner

Tabel 3. Angivelse af kvalitative angstreaktioner fordelt på kognitive, sproglige og adfærdsmæssige reaktioner (12).

Kognitive reaktioner: overdrivelse, katastrofetænkning og -forventning, overgeneralisering og selektiv/fragmenteret eller dikotom tænkning.

Sproglige reaktioner:

Tydelige tegn: mængde og hastighed af ord og sætninger.
Mindre tydelige tegn (sproglige fejl): sætningsskift, gentagelser, stammen, udeladelser, ufuldendte sætninger, lapsus lingvæ eller indskudte uforståelige lyde.

Utydelige tegn: leksikal lækage.

Adfærdsmæssige reaktioner: undgåelse (avoidance), flugt, kamp, non-verbale udtryk, somatisering.

akutte smertepåvirkninger og dermed forbundet med frygt, mens forestillingen om ikke at kunne undslippe (eller kontrollere) ubehaget mere forbindes med angst og bekymring (10). Overfor disse beskrivelser af angst og frygt viser biopsykologiske undersøgelser, at frygt er forbundet med mere intense fysiologiske aktiviteter end angst, som så til gengæld er forbundet med mere udtalte kognitive aktiviteter i form af ængstelige bekymringer over mulige faresituationer og udenfor øjeblikkelig kontrol (11). I Tabel 2 er de psykologiske og somatiske reaktioner ved angst og frygt sat over for hinanden.

I kommunikationen med den angstfulde patient er der både kognitive, sproglige og adfærdsmæssige reaktioner, som umiddelbart lader sig registrere. I Tabel 3 er anført en række sådanne reaktioner, som kan være mere eller mindre udtalte og hos den opmærksomme behandler direkte indgår i en angstdæmpende behandlingsstrategi.

En af de mest anvendte rating-scales til registrering af angst er Spielbergers State and Trait Anxiety Inventory (STAI), der både registrerer angsten kvalitativt (intensitet af her-og-nu-angst, State-anxiety) og kvantitativt (hyppighed af angst-symptomer over tid, Trait-anxiety). Items i skalaen illustrerer kompleksiteten i angstbegrebet, idet disse fordeles på 29 tilstande fordelt på fem domæner (Tabel 4). Det er disse tilstande, der skal spørges ind til, hvis man i klinikken ved en kvalitativ registrering (diagnostisk interview) vil vurdere intensiteten af patientens angstniveau. Brug af registreringsskema og angivelse af det kliniske angstniveau kan ud over en diagnosticering også være en væsentlig del af den angstdæmpende samtale i klinikken.

I den psyko-odontologiske litteratur betragtes det intense emotionelle ubehag i relation til tandbehandling ofte som en reel fare, og terminologien frygt («dental fear») bruges, mens de ubehagelige «imaginære» forestillinger og diffuse oplevelser benævnes som angst («dental anxiety»).

I den internationale klassifikation af psykiske lidelser (14) har frygt ingen selvstændig placering, men indgår i beskrivelsen af angsttilstande og fobier, og i den folkelige terminologi dækker ordet skræk over både angst og frygt.

Det skal fremhæves, at beskrivelser og diagnoser for angst, stress og depressive tilstande altid skal vurderes kritisk ud fra

deres sociale og kulturelle kontekster. Forskelle i vurdering og beskrivelse af symptomer på angst er især store mellem de professionelle og lægmand, mellem befolkningsgrupper og mellem sprog og nationer (15).

Beskrivelse af angst

Tabel 4. Fordeling af 2 x 20 items på 29 tilstande i 5 domæner a.m. State and Trait Anxiety Inventory (STAI). Med kursiv er angivet eksempel på et item i hvert domæne, og med fed skrift er angivet items, der indgår i State Anxiety Inventory (STAI-1) (13).

Positive følelser (8 items)

Jeg føler mig rolig (Rolig, godt, rart, tryk, glad, tilfreds, stabil og lykkelig)

Negative følelser (8 items)

Jeg føler mig nervøs (Nervøs, ophidset, ude af det, bekymret, ængstelig, overspændt, nedtrykt og grædefærdig)

Selvfølelse (3 items)

Jeg har selvtillid (Selvtillid, skyldsbevidst og nærtagenhed)

Tankemæssige reaktioner (5 items)

Jeg tager tingene tungt (Tage tingene tungt, problemer, tanker, kriser og belastninger)

Kropslige reaktioner (5 items)

Jeg føler mig udhvilet (Udhvilet, afslappet, rastløs, anspændt og træt)

Score og svarmuligheder: 1. Slet ikke. 2. I nogen grad. 3. Ret meget. 4. Særdeles udtalt.

Skalabeskrivelse: 20–80. Score på 50 eller mere svarer til en klinisk angsttilstand.

Reaktion på tandbehandling

Tabel 5. Beskrivelse af børns reaktion på tandbehandling angivet i acceptgrader a.m. Rud (16). Bedømmelsen sker ved adfærdsmæssig observation af: verbal kontakt, muskelspænding og øjendtryk.

| | |
|---------------------------------------|---|
| Acceptgrad 3 (kooperativ accept): | Villig til samtale og besvarelse af spørgsmål, viser interesse. Afslappet position i stolen, armene hviler på armlænet. Øjnene klare og rolige, evt. spillende, ikke flakkende. |
| Acceptgrad 2 (indifferent accept): | Tøvende svar på tiltale eller for hurtig, nervøs samtale. Tøvende bevægelser, nogen ligegyldighed, men afslappet position. Indifferent øjendtryk. |
| Acceptgrad 1 (modvillig accept): | Ingen samtale, ingen svar. Ingen interesse, evt. vage protester. Ikke afslappet position. Flakkende eller skulende blik. |
| Acceptgrad 0 (ikke accept): | Højlydt verbal protest, fysisk protest eller gråd. |

Da det kræver en vis kognitiv udvikling og modning for at registrere angst, bliver børns reaktion på tandbehandling alene registreret ud fra adfærdsmæssige observationer, og man benytter ikke terminologien angst i skalabeskrivelsen (Tabel 5).

Odontofobi

Både i den psykologiske og psykiatriske litteratur findes der validerede og velbeskrevne kriterier for fobi. Odontofobi kan defineres og registreres enten kvalitativt efter WHO's kriterier (Tabel 6) eller kvantitativt med Corah Dental Anxiety Scale (CDAS) (Tabel 7).

Uden at definere ubehaget ved at gå til tandlæge som angst, frygt eller fobi kan intensiteten af ubehaget registreres ved blot at anvende en Visual Analogue Scale (VAS) (Fig. 2).

Holdninger

Holdninger er fagligt og forskningsmæssigt et kompliceret begreb, der omfatter både kognitive, emotionelle og adfærdsmæssige parametre, og når et individs holdninger skal vurderes og registreres, indgår både holdningens retning, intensitet, stabilitet,

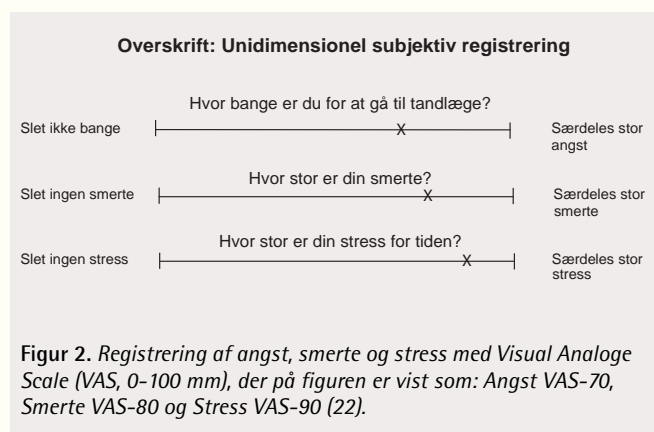
indflydelse på individet, påtagethed, integration og verificerbarhed mv. Dette kræver udvikling af et omfattende spørgeskema på baggrund af sofistikerede statistiske og matematiske analyser. Ofte er udgangspunktet 60–80 spørgsmål for at slutte med 20–30 spørgsmål – kaldet et item-batteri med en tilhørende Likert-skala. Heroverfor står hverdagens brug af begrebet, hvor vi umiddelbart registrerer hinandens holdninger til forskellige individer, objekter, begreber eller situationer, uden at det kræver større refleksioner eller flertallige observationer.

Er de metodiske krav ikke opfyldt til opstilling og konstruktion af et item-batteri til registrering af holdninger, kaldes registreringen blot en vurdering, eksempelvis af tandlæger.

Et meget anvendt måleinstrument til registrering af holdninger til tandlæger er Dental Belief Survey (Tabel 8), der især bruges i relation til patienter med angst for tandbehandling, da en stor gruppe af disse patienter er karakteriseret ved at have mistro og mistillid til tandlæger (19).

Smerte

Det mest udbredte registreringsskema til måling af smertens kvalitet er McGill Pain Questionnaire (MPQ) (20,21), mens kvantiteten eller intensiteten oftest blot anvender en VAS-skala, der eksempelvis kan journaliseres som blot: «Smerte VAS-80» (Fig. 2). Denne registrering bruges bl.a. ved muskulære smerter i tyggeapparatet, og MPQ er blevet anvendt til at beskrive akutte orale smerter i relation til angst. Patienter med et lavt angstniveau bruger således især sensoriske ord (som: dunkende, jagende og murrende) til beskrivelse af deres smerte, mens patienter med et højt niveau især bruger affektive ord (som: pinefuld, modbydelig og frygtelig) (22).



Fobi

Tabel 6. Diagnostiske kriterier for enkelfobi – fobisk angst i særlige situationer a.m. WHO ICD-10 (14).

| |
|---|
| A: Frygt eller undgåelse af specifik situation/objekt. |
| B: ≥ 2 angstsymptomer samtidigt, heraf mindst 1 autonomt. |
| C: Betydelig gene fra angst eller undgåelsesadfærd. |
| D: Erkendelse af angst/undgåelsesadfærd er overdreven/urimelig. |
| E: Symptomer begrænset til frygtede situationer eller tanken herom. |
| F: Psykotiske lidelser og organisk ætiologi udelukkes |
| Fysiologisk reaktion: Autonome: (1) hjertebanken, (2) sveden, (3) rysten, (4) mundtørhed. Andre: (5) vejrtrækningsbesvær, (6) kvælningss-fornemmelse, (7) trykken i brystet, (8) kvalme, maveuro, (9) svimmelhed, (13) hedeture eller kuldegysninger, (14) dødhedsfølelse eller paræstesier. |
| Emotionel reaktion: (10) uvirkelighedsfølelse, (11) frygt for at miste selvkontrollen, (12) frygt for at dø. |

Spørgeskema for angst for tandbehandling

Tabel 7. Beskrivelse og fordeling af items, score, svarmuligheder og skalabeskrivelse a. m. Modified Dental Anxiety Scale (MDAS) (17).

| Items |
|--|
| 1. Hvordan har du det, hvis du ved, du skal til tandlæge i morgen? |
| 2. Hvordan har du det, når du i tandlægens venteværelse venter på, at det skal blive din tur? |
| 2. Hvordan har du det, når du sidder i tandlægestolen og venter på, at tandlægen gør klar til at bore i dine tænder? |
| 4. Hvordan har du det, når tandlægen lægger instrumenterne frem for at rense og pudse dine tænder? |
| 5. Hvordan har du det, når du skal have en lokalbedøvelse i overmundten? |
| Score og svarmuligheder |
| 1. Ikke angst. 2. Let angst. 3. Noget angst. 4. Meget angst. 5. Ekstrem angst. |
| Skalabeskrivelse |
| 5–9: Ingen eller næsten ikke angst. 10–14: Mild angst. 15–20: Moderat til intens angst. 21–25: Fobisk reaktion. |

Stress

Begrebet stress anvendes og beskrives på mange måder, og samfundsmæssigt er det behandlingsmæssigt og økonomisk et stort problem. I den odontologiske litteratur er stress beskrevet for hele det odontologiske team (23), og specifikke stressmodeller med kvantitative og kvalitative registreringer er udviklet (24). I klinikken møder tandlægen stress på tre forskellige niveauer: hos patienten, i klinikteamet og hos sig selv. Det er således relevant, at tandlægen er fortrolig med både at registrere og håndtere stress som behandler, som teamleder og som privat person. Instanser og institutioner, der registrerer den nationale sundhed, fører tilsyn med arbejdsmiljøet, behandler stresstilstande eller forsker i stress, har alle hver især deres egne udviklede spørgeskemaer, hvilket viser den mangeartede opfattelse af stress. I Tabel 9 er vist et valideret og meget anvendt enkelt spørgeskema, hvor item 3 ofte benyttes alene, som den mest enkle måde at registrere stress på, idet svarmuligheden blot er: Ja eller Nej.

Diskussion og konklusion

For at få den rette forståelse og udbytte af registreringen af emotioner og kognitioner skal man have kendskab til fejlkilderne. Disse kan groft inddeles i seks indre og ydre fejlkilder. De indre fejlkilder er: 1) – at man ikke kender sig selv nok til at give fyldestgørende svar, 2) – at man er i stadig ændring ved opbygning og nedbrydning af emotioner og kognitioner, 3) – at man har svært ved at «huske» emotioner og kognitioner i detaljer, hvis man ikke gør sig øjeblikkelige «notater». De ydre fejlkilder er: 4) – at man har svært ved at udtrykke emotioner og kognitioner, det være sig mundtligt og endnu vanskeligere skriftligt, 5) – at analyse og tolkning af registreringen er forbundet med meget store semantiske problemer og 6) – at tidsfaktoren er en væsentlig fejlkilde. I klinikken er det derfor vigtigt, at der lyttes og spørges ind til de relevante emotioner og kognitioner, hvad netop det diagnostiske interview foreskriver. Overfor patienten bruges spørgeskemaet som en slags struktur for det oplevede «kaos» i følelser

Holdning til tandlæger

Tabel 8. Eksempler på udsagn, fordelt på tre universer, der indgår i et batteri på 28 items med tilhørende Lickert-skala til registrering af holdning til tandlæger a.m. Getz Dental Beliefs Survey (DBS) (18).

Tabel 8. Eksempel på items fra Dental Belief Survey (DBS) angivet i tre emneområder.

Etik og professionalisme Jeg er bekymret for, at tandlæger anbefaler behandlinger, som ikke er virkelig nødvendige.

Tandlæger bekymrer sig ikke for, at patienten har brug for et hvil. Jeg er bekymret for, om tandlæger er teknisk dygtige nok og udfører deres arbejde godt nok.

Kommunikation Tandlæger giver ikke let forståelige forklaringer.

Tandlæger siger ofte ting, der giver mig skyldfølelse overfor den måde, jeg passer på mine tænder.

Tandlæger tager ikke mine bekymringer og frygt alvorlig.

Tab af kontrol Tandlæger har ofte så travlt, at jeg føler mig jaget.

Tandlæger tror ikke på mig, når jeg siger, det gør ondt.

Tandlæger gør, hvad de vil, uanset hvad jeg siger.

og tanker, og overfor behandleren giver spørgeskemaet struktur på kommunikation og behandling. I relationen mellem patient og behandler skal skemaet være budbringer af professionelt nærvær, tillid og kompetence.

Det kan anbefales, at MDAS (Tabel 7) forefindes på klinikken til screening for angstreaktioner overfor tandbehandling hos nyindskrevne patienter og PSS-10 (Tabel 9) til screening for stress i klinikteamet. Af tandlægen må man forvente en umiddelbar klinisk parathed overfor registreringen af acceptgradueringerne af børn (Tabel 5) og af kriterierne for enkelfobi (Tabel 6). Tandlægen skal være fortrolig med at spørge ind til oral livskvalitet (Tabel 1) og angst (Tabel 4) og kunne aflæse og observere kvalitative angstreaktioner (Tabel 3) i klinikken herunder kunne tolke patientens mistro eller mistillid til tandlægen (Tabel 8). I kommunikationen med patienten skal empati og aktiv lytning til stadighed kritisk evalueres. En umiddelbar enkel registrering og journalisering af angst, smerte og stress er brugen af VAS (Fig. 2), der let kan administreres både i venteværelset og i tandlægestolen.

Spørgeskema for stress

Tabel 9. Beskrivelse og fordeling af items, score, svarmuligheder og skalabeskrivelse i Perceived Stress Scale (PSS-10) a.m. Cohen (25).

| Items |
|---|
| Hvor ofte indenfor de sidste 14 dage |
| 1. – er du blevet bragt ud af ligevægt over noget, der skete helt uventet? |
| 2. – har du følt, at du var ude af stand til at kontrollere betydningsfulde ting i dit liv? |
| 3. – har du følt dig nervøs og stresset? |
| 4. – har du følt dig sikker på at være i stand til at klare dine personlige problemer? |
| 5. – har du følt, at tilværelsen formede sig efter dit hoved? |
| 6. – har du oplevet, at du ikke kunne overkomme alt det, du skulle? |
| 7. – har du været i stand til at håndtere dagligdagens irritationsmomenter? |
| 8. – har du følt, at du havde styr på tingene? |
| 9. – er du blevet vred på grund af ting, du ikke var herre over? |
| 10. – har du følt, at vanskelighederne hobede sig så meget op, at du ikke kunne magte dem? |
| Score og svarmuligheder: 0. Aldrig. 1. Næsten aldrig. 2. En gang imellem. 3. Ofte. 4. Meget ofte. (Item 4, 5, 7 og 8 har omvendt score). |
| Skalabeskrivelse: 0–10: Ingen stress. 11–17: Let stress. 18–40: Klinisk stress |

English summary

Friis-Hasché E, Øzhayat EB.

Psychological observations and diagnoses in clinical dentistry

Nor Tannlegeforen Tid. 2015; 125: 40–6.

The prerequisite for an optimal dental treatment is an optimal communication with the patient. The dental profession therefore deals with many psychological aspects including registration and observation of the patient's anxiety, pain and oral wellbeing as well as responsibility for the working environment including prevention and handling of stress in the dental team. For these purposes a number of questionnaires have been developed, to be used in the clinic as a part of the diagnostic interview, which is a combination of quantitative and qualitative observations currently considered the most valid method for registration of psychological data.

Litteratur

1. Friis-Hasché E, Willumsen T, Jensen HH. Hvorfor giver tandpleje angst? *Tandlægebladet*. 2003; 107: 22–32.
2. Friis-Hasché E, Frostholt L, Schröder A (eds.). *Klinisk sundhedspsykologi*. 2. udg. København: Munksgaard, 2013.
3. Bech P. *Klinisk psykometri*. København: Munksgaard, 2011. (Bech P. *Clinical psychometrics*. Oxford: Wiley-Blackwell, 2012).
4. Bech P. Rating scales for psychopathology, health status and quality of life: a compendium on documentation in accordance with the DSM-III-R and WHO systems. Berlin: Springer-Verlag, 1993.
5. Bylund CL, Makoul G. Empathic communication and gender in the physician-patient encounter. *Patient Educ Couns*. 2002; 48: 207–16.
6. Friis-Hasché E, Witt K. Behandleren. In: Friis-Hasché E, Frostholt L, Schröder A (eds.). *Klinisk sundhedspsykologi*. 2. udg. København: Munksgaard, 2013: 237–59.
7. Slade GD, Spencer AJ. Development and evaluation of the Oral Health Impact Profile. *Community Dent Health*. 1994; 11: 3–11.
8. Locker D. Measuring oral health: a conceptual framework. *Community Dent Health*. 1988; 5: 3–18.
9. Gray JA. The neuropsychology of anxiety: an inquiry into the functions of the septo-hippocampal system. Oxford: Clarendon Press, 1982.

10. Nielsen T. *Depression: psykologiske og biologiske teorier*. København: Dansk Psykologisk Forlag, 1990.
11. Durand VM, Barlow DH. *Abnormal psychology: an introduction*. 2nd ed. Belmont: Wadsworth /Thomson Learning, 2000.
12. Rosenberg N, Rosenberg R. *Angst – krise og stress: klinik, teori, diagnose og terapi*. København: Munksgaard, 1989.
13. Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE. *State-trait anxiety inventory (STAI)*. Palo Alto: Consulting Psychologist Press, 1970.
14. WHO (World Health Organisation). *WHO ICD-10 – psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser: klassifikation og diagnostiske kriterier*. København: Munksgaard, 1994.
15. Kleinknecht RA. *Mastering anxiety: the nature and treatment of anxious conditions*. New York: Plenum Press, 1999.
16. Rud B. *Den mentale udviklings indflydelse på børns accept af tandbehandling*. Licentiatafhandling. København: Københavns Tandlægehøjskole, 1971.
17. Humphris GM, Morrison T, Lindsay SJ. The modified dental anxiety scale: validation and United Kingdom norms. *Community Dent Health*. 1995; 12: 143–50.
18. Milgrom P, Weinstein P, Heaton LJ. *Treating fearful dental patients: a patient management handbook*. 3rd ed. Seattle: University of Washington Press, 2009.
19. Friis-Hasché E, Engelbrecht M. *Tandlægeskræk: 10 gode råd*. *Tandlægebladet*. 2007; 111: 1176–83.
20. Drewes AM, Helweg-Larsen S, Petersen P et al. McGill pain questionnaire translated into Danish: experimental and clinical findings. *Clin J Pain*. 1993; 9: 80–7.
21. Melzack R. The McGill Pain Questionnaire: major properties and scoring methods. *Pain*. 1975; 1: 277–99.
22. Friis-Hasché E. Patienters beskrivelse af akutte orale smerter i relation til angst. *Tandlægebladet*. 2010; 114: 216–23.
23. George JM, Milone CL, Block MJ et al. *Stress management for the dental team*. Philadelphia: Lea & Febiger, 1986.
24. Hendrix WH. *Dental Stress Model and Assessment Questionnaire*. *Dent Clin North Am*. 1986; 30 (Supp 4): S1–10.
25. Cohen S, Kamarck T, Mermelstein RA. A global measure of perceived stress. *J Health Soc Behav*. 1983; 24: 385–96.

Adresse: Erik Friis-Hasché, Odontologisk Institut, Københavns Universitet, Nørre Allé 20, 2200 København N. E-post: friis@sund.ku.dk

Artikkelen har gennemgået eksternt faglig vurdering.

Friis-Hasché E, Øzhayat EB. *Psykologiske observationer og diagnoser i odontologisk klinik*. *Nor Tannlegeforen Tid*. 2015; 125: 40–6.