

Psyke og bidfunktionslidelser

Merete Bakke

Ved bidfunktionslidelser forstår man i dag temporo-mandibulære funktionsforstyrrelser eller dysfunktion (TMD) og ledsagende orofacial smerte. Psykosociale faktorer kan udgøre et væsentligt element hos patienter med TMD, ligesom det er tilfældet for lignende tilstande i andre muskler og led.

Nærværende gennemgang er baseret på nyere, anerkendte lære- og fagbøger, suppleret med artikler. Som det vil fremgå anses de psykiske forhold først og fremmest at være en følge af kroniske smertetilstande, men kan i visse tilfælde også udgøre risikofaktorer for udvikling, forstærkning og vedligeholdelse af TMD. De psykiske forhold kan tilmed være så dominerende at forholdet mellem den aktuelle tilstand på den ene side og patientens reaktion og de ledsagende begrænsninger i dagligdagen på den anden side synes ude af proportioner.

Af hensyn til korrekt diagnostik, behandling og prognose er det derfor væsentligt at supplere den almindelige bidfunktionelle undersøgelse med en simpel vurdering af psykosociale og adfærdsmæssige forhold, som muligvis kan afsløre et eventuelt behov for udredning og behandling hos psykolog eller lægelig instans.

Smerter er sammen med besvær med at gabe de væsentligste årsager til at søge behandling for TMD. Hertil kommer lyde fra kæben, tænderskæren og tandpres samt problemer med sammenbidsforhold.

Forekomsten af symptomer og kliniske fund er høj. Epidemiologiske undersøgelser viser at over 60% af voksenbefolkningen har kliniske tegn på TMD, og ca. 30% har selv bemærket sådanne symptomer (1). Omkring 6% søger behandling for TMD-problemerne, fordi symptomerne er så kraftige at de opfatter sig som syge og gerne vil have hjælp.

Selvom symptomerne kan fluktuere og i et vist omfang være forbigående, vil mange af TMD-problemerne blive kroniske. Heraf vil en stor del klinge af over en 8-10-årig periode, og for de resterende hvor TMD persisterer, gælder det generelt at progressionen af de kliniske tegn vil være moderat med alderen (2,3).

Psyke, soma og TMD

I forbindelse med TMD findes der ikke nogen skarp adskillelse mellem psyke og soma i opfattelsen af sygdom og behandling. Bl.a. betragtes spændingshovedpine, der kan være relateret til tyggemusklernes, som en psykosomatisk sygdom (4).

Ætiologien for TMD og relaterede smerter beskrives generelt som værende multifaktoriel (2,3), og de ætiologiske faktorer udgør et kontinuum der spænder fra det rent somatiske til det rent psykiske. Dette forhold medfører sammen med den individuelle variation og ofte noget uklare ætologi at generel forebyggelse af TMD og relaterede smerter er vanskelig.

Hvis psyken beskrives som adfærd, viden og følelser, kan den i et vist omfang udgøre såvel en disponerende, igangsættende, forstærkende som vedligeholdende faktor for TMD (1). Det er derfor væsentligt at overveje adfærdsmæssige, følelsesmæssige og sociale faktorer hos patienten i relation til lidelsens debut, udvikling og aktuelle status. Eksempelvis viser hovedpine af spændingstypen sig ofte første gang og forværres tit i travle og stressede perioder. Psykiske og fysiske traumer, fx i forbindelse med seksuelt misbrug i barndommen, kan også øge risikoen for at en TMD-lidelse bliver kronisk (1,5). Dog er der hverken her eller generelt nogen enkel sammenhæng mellem sådanne traumatisk livshændelser og sygdom (4). Endelig kan TMD føles mere belastende for patienten med meget detaljeret viden om forløb og behandling inkl. bivirkninger. Information fra bekendte, patientforeninger, tv eller ugeblade kan endog medvirke til fokusering på symptomer og kliniske tegn (4).

Omvendt kan TMD også påvirke psyken (1). Det er således karakteristisk for voksne personer med behandlingskræven-

de TMD at de i mindre grad føler sig friske nok til at gøre hvad de har lyst til, og ofte føler sig mere stressede i hverdagen end personer uden sådant besvær (fx 5).

Personlighedstræk og TMD

Ligesom TMD omfatter en række forskellige lidelser (7), udgør TMD-patienterne heller ikke en veldefineret gruppe mht. personlighedstræk. Patienter med forskydninger af discus i kæbeledet med knæk eller nedsat gabebevne, dvs. *subluxatio disci ad anteriorem articulationis temporomandibularis* eller *dislocatio disci ad anteriorem articulationis temporomandibularis* (7), har fx ikke særlige personlighedstræk (5). Generelt udviser TMD-patienter dog, specielt hvis de har kroniske smerter, flere tegn på ængstelse og depression og har flere psykosomatiske symptomer end raske kontrolpersoner (8).

Disse fund afspejler måske bestemte holdninger til sygdom hos patienterne eller udgør reaktioner på stressfulde hændelser eller daglige belastninger. Imidlertid vil de samme holdninger og reaktioner igen kunne influere evnen til at klare nye, vanskelige livssituationer og dermed bidrage til vedligeholdelse af TMD-symptomerne.

TMD-relateret smerte

TMD-relateret smerte kan defineres som vedvarende eller tilbagevendende smerter i og omkring kæbeled og kæbemuskler, dvs. ansigtssmerter og hovedpine. Hovedpinen vil være af spændingstypen og relateret til tyggemusklene, eller være artrogen med udstråling fra kæbeledet (7). Sådanne TMD-relaterede smerter er en af de mest almindeligt forekommende smertetilstande sammen med rygsmerter og anden hovedpine. Prævalensen, dvs. den procentdel af befolkningen som på et givet tidspunkt har TMD-relateret smerte, er omkring 12% (9), og kroniske TMD-relaterede smerter er hyppigst hos kvinder.

Der findes mange lighedspunkter mellem TMD-relaterede smerter og andre langvarige smertetilstande (se fx (10)) mht. hvordan psykosociale forhold kan udgøre risikofaktorer ved udvikling af smerterne, og hvordan smerten kan påvirke patienternes stemningsleje samt deres fysiske, psykiske og sociale aktivitetsniveau (9). Jo længere tid patienten har haft smerter og TMD, jo større rolle spiller de psykosociale faktorer (3). Samtidig kan patientens sociale situation, holdninger og følelsesmæssige problemer forstærke symptomerne fra vedvarende perifere patologiske processer (11). Derfor er det vigtigt at der ikke går for lang tid inden effektiv behandling af tilstanden, bl.a. for at undgå at lyst og evne til at klare hverdagen i hjem og på arbejde bliver påvirket. Effekten af TMD-behandling vil sædvanligvis også mindskes jo længere tid der går inden den iværksættes.

En mindre del af patientgruppen med TMD-relateret smerte vil også være meget optaget af de fysiske symptomer og gøre hyppigt brug af sundhedsvæsenet. De fleste med samme kliniske billede (fx nedsat gabebevne og kæbeledslyde) og diagnose har imidlertid stor evne til at mestre symptomerne og oven i købet leve et godt og rigt liv trods smerterne (12). Med meget lav grad af mestring eller »coping« (4) ses der ofte ringe sammenhæng mellem arten og udbredelsen af patofysiologiske forandringer og patienternes oplevelse af smerter og gener. Hos denne patientgruppe kan der også typisk findes visse depressive personlighedstræk og karakteristika, som tyder på somatisering (se også (13)).

I de senere år er interessen for psykologiske og adfærdsmæssige faktorer i forbindelse med TMD øget væsentligt. Bl.a. har *Dworkin* & *LeResche* (14) foreslået at TMD-relateret smerte klassificeres sv.t. to akser, *akse I* og *akse II*, for i højere grad at kunne vurdere smertens indflydelse på patientens hverdag og identificere relevante psykologiske træk. *Akse I* er primært baseret på fysiske fund og munder ud i en somatisk diagnose på forandringer i tyggemuskler eller kæbeled (fx *arthrosis articulationis temporomandibularis*), mens *akse II* karakteriserer psykologiske og adfærdsmæssige forhold.

Som nærmere forklaring på en sådan opdeling kan siges at akutte lidelser der opstår pludseligt og ofte er forbundet med alvorlige symptomer, typisk vil være tydeligt relateret til de somatiske forhold og den odontologiske diagnose. Mere kroniske tilstande, der ofte udvikles over lang tid og giver vedvarende symptomer, vil på den anden side være karakteriseret ved flere psykosociale forhold. Dette passer godt med erfaringerne om at resultatet af tandlægelig behandling ved akutte TMD-tilstande ofte er godt, hvorimod behandlingen af mere kroniske lidelser kan kræve en tværfaglig indsats.

Muskelspændinger, tandpres og tænderskæren

Daglige belastninger hjemme eller på arbejde, økonomiske problemer og vanskeligheder ved tilpasning til andre etniske eller kulturelle forhold er almindelige eksempler på situationer der kan give psykisk stress. Traditionelt skulle sådant stress, bekymringer og anspændelse kunne medføre øget muskeltonus og forhøjet blodtryk ud over egentlige mentale lidelser og specielle psykologiske forhold, hvis belastningen foregår over længere tid.

Der er en sammenhæng mellem eksperimentelle følelsesmæssige belastninger og psykisk stress på den ene side og øget muskeltonus i perikranielle muskler på den anden, og der er også sammenhæng mellem øget muskeltonus i underkæbens lukkemuskler og træthed, ømhed og smerter i musklerne (3). Sådanne muskelgener er ofte ledsaget af ømhed ved palpation af musklerne, og jo mere generel muskel-

ømheden er, dvs. jo flere muskler der er ømme ved manuel palpation i forbindelse med den kliniske undersøgelse, desto større er risikoen for at de psykologiske faktorer har betydning for tilstanden (15). Generelt ses der også sammenhæng mellem muskuloskeletale smerter og depressive symptomer, men den kroniske muskelsmerte synes mere at kunne influere stemningslejet end det modsatte (11). Det er en folkelig opfattelse at der er en forbindelse mellem følelser og tænderskæren, bl.a. eksemplificeret ved udtrykket fra Biblen om »gråd og tænders gnidsel«. Natlige elektromyografiske undersøgelser med bærbart apparatur til registrering af muskelaktiviteten under søvn har vist øget masseteraktivitet og bruksisme i perioder med kriser og stressfulde situationer (3). Andre har forsøgt at relatere tænderskæren til okklusale interferenser eller suprakontakter. Sidstnævnte sammenhæng kan dog ikke demonstreres på overbevisende måde (16), ligesom der ikke kan påvises nogen sikker sammenhæng mellem bruksisme og TMD (17). Tværtimod bliver underkæbens lukkemuskler ofte meget veltrænede med hypertrofi og stor bidkraft til følge (17). I dag er den generelle holdning at tænderskæren er et normalt fænomen, der forekommer under naturlig søvn i forbindelse med forbigående, lette og ubevidste opvågninger (*arousals* (18)). Ændring af søvnen med et øget antal *arousals* vil bl.a. kunne ske i forbindelse med stress og psykisk ubalance (19), og ekstrem bruksisme anses for at være et led i en egentlig søvnforstyrrelse (18,20).

Fantombid

Ved dette begreb forstås ubehagsfølelse eller smerter der er forbundet med manglende adaptationsevne ved forandringer i okklusionen. Dette ses specielt som følge af og bivirkning til fremstilling af proteser og større støbte restaureringer hos voksne og ortodontisk behandling hos unge. Uden at det kan verificeres klinisk, føler patienterne at sammenbidfølelsen og tandkontakten er forkert, eller at tænderne føles for store og står forkert i tandrækken. Tilstanden har været anset for en komplikation til kroniske smerter eller, nok mere sandsynligt, for en manifestation af en psykisk lidelse (21).

Patienterne er karakteriseret ved at de til stadighed er på jagt efter det »gamle« sammenbid. De søger behandler efter behandler for korrektion af den nye okklusion uden at blive tilfredse. Patienten betvivler ofte diagnose og kliniske observationer og forsøger at manipulere tandlægen til behandlinger der ikke er klinisk indikation for, indtil patienten mener sig fejlbehandlet, evt. fremkommer med søgsmål og i øvrigt går videre til næste tandlæge (22). Er tandlægen på patientens anmodninger fraveget almindelige behandlingsprincipper, står vedkommende vanskeligt i en eventuel klagesag.

Fantombid repræsenterer et problemkompleks hvor der ikke er nogle standardløsninger. Tilstanden er ikke så almindelig, men den er vigtig at kende fordi patienten er plaget og ulykkelig, samtidig med at tandlægens situation er svær. Først må det sikres, gerne vha. en kollega, at diagnose og behandling er korrekt og svarende til gældende principper og retningslinjer, og at alle relevante differentialdiagnostiske muligheder i odontologisk regi er blevet overvejet. Derefter må det, både for patientens og tandlægens skyld, anbefales at tandlægen uden yderligere behandling henviser patienten for nærmere ikke-odontologisk udredning (se fx (13)).

Udredning og diagnostik

Ud over at gennemføre en grundig undersøgelse og diagnostik af de fysiske forhold i forbindelse med TMD og dertil relaterede smerter (7) bør man overveje om der er psykosociale eller adfærdsmæssige forhold som kræver en særlig udredning. I Tabel 1 er angivet en række faktorer som kan indikere sådanne forhold.

Det er helt afgørende for at kunne hjælpe patienten at man på baggrund af udredningen har en fornemmelse af om tilstanden er overvejende somatisk, og dermed tilgængelig for almindelig odontologisk behandling, eller overvejende psykisk. Det er ikke nødvendigt at anvende egentlige psykologiske spørgeskemaer eller psykometriske tests i rutineundersøgelsen af TMD-patienterne, da hovedparten af patienterne ikke viser væsentlige psykologiske afvigelser (8).

Det er væsentligt at få en forståelse af hvordan patienten

Tabel 1. Eksempler på psykosociale og adfærdsmæssige faktorer som alene eller i kombination kan indikere behov for psykologisk eller lægelig udredning (3).

1. Skiftende, usædvanlige og/eller vage smerteangivelser.
2. Symptomer der ikke stemmer overens med innervation og funktion af anatomiske strukturer.
3. Overdramatisering af symptomer.
4. Symptomer der er opstået og varierer med væsentlige begivenheder, vendepunkter og kriser i patientens liv.
5. Voldsom smerte i mere end seks mdr.
6. Gentagne komplikationer eller manglende resultat af standardbehandlinger.
7. Skiftende respons på medicinsk behandling.
8. Forhistorie der omfatter stressrelaterede lidelser.
9. Oplysninger eller fund der viser alkohol- og medicinmisbrug.
10. Tydelige tegn på angst eller depression.
11. Forhold der tyder på sekundær sygdomsgevinst.

oplever sin sygdom som grundlag for behandlingsforslag, rådgivning og hjælp til at vælge den rette behandling (4). Ikke mindst ved kroniske lidelser vil patienten være optaget af den vedvarende oplevelse af ubehag. Ud over de begrænsninger lidelsen kan medføre på patientens levemåde og arbejde, kan den også være økonomisk belastende og tidskrævende pga. gentagne behandlinger inden for sundhedsvæsenet og hos alternative behandlere.

Behandlingseffekt

Hovedparten af patienterne med akutte TMD-symptomer responderer godt på forklaring, vejledning, medicin, kæbeøvelser, bidskinner mv. (8,23). Sv.t. ovenstående behandlinger kan patienterne opdeles i tre grupper efter resultaterne (8):

Gruppe 1:

Hovedparten af patienterne får det væsentligt bedre, og en lille procentdel oplever sporadisk recidiv og genbehandles.

Gruppe 2:

Hos nogle patienter tager det lang tid før behandlingseffekten viser sig. Nogle af symptomerne, fx nedsat gabebevne, sporadiske knæklyde eller fastlåsningsstilfælde, kan endog vare ved. Imidlertid lærer mange af disse patienter gradvis at mestre eller vænne sig til restsymptomerne, selvom deres generelle velbefindende forbliver noget reduceret. Deres tilstand kræver fortsat kontrol og evt. behandling med lange intervaller.

Gruppe 3:

Et mindre antal patienter responderer stort set ikke på behandlingen. Patienten bør henvises til kolleger der er særligt kyndige inden for dette område, således at andre behandlingsstrategier kan iværksættes, samtidig med at differentialdiagnoser og patientens psykosociale forhold overvejes igen.

Patienter med TMD-smerter har ikke noget generelt behov for professionel psykoterapi (8). Det er sædvanligvis nok at give en beroligende forklaring om lidelsen og dens naturlige forløb samt rådgive mht. behandling. Forklaring og rådgivning er en vigtig del af al god og virkningsfuld behandling af TMD og forudsætter et tandlæge-patient-forhold baseret på gensidig respekt og tillid.

Hos nogle af patienterne i gruppe 2 samt patienterne i gruppe 3 er der en øget risiko for psykologiske og adfærdsmæssige problemer som følge af tilstedeværelsen af kroniske smerter. Derfor må tandlægen i TMD-behandlingen stræbe mod 1) at modificere adfærd og antagelser der kan tænkes at bidrage til, eller som forstærker symptomerne, og 2) at give patienten nogle strategier til bedre at klare smerte og funk-

tionsproblemer. Endvidere 3) at prøve at identificere psykologiske og adfærdsmæssige problemer som ængstelse og depression opstået som følge af TMD, samt henvise eller eventuelt selv behandle herfor (8). Hos en mindre del af patienterne vil behandlingen være vanskelig og meget langvarig, hvorfor den bedst kan gennemføres hos tandlæger der er særlig kyndige inden for området.

Konklusion

Psykologiske og adfærdsmæssige faktorer er væsentlige hos patienter med temporomandibulære funktionsforstyrrelser og dertil relaterede smerter (TMD), både som risikofaktorer ved debuten og under forløbet af TMD og som resultatet af kroniske tilstande. Sådanne faktorer er hyppigst hos kvinder og hos patienter med muskelgener. For at sikre den bedst mulige effekt af behandlingen er det væsentligt at supplere den almindelige bidfunktionsundersøgelse med en enkel vurdering af psykosociale forhold.

English summary

The psyche and temporomandibular disorders

Psychosocial traits are important in patients with temporomandibular disorders and orofacial pain (TMD) both as risk factors for initiation and enhancement of TMD as well as a result of long duration of TMD. Such traits are most prominent in women and in patients with muscular disorders. It is important to extend the routine TMD-examination with a simple evaluation of psychosocial variables to optimize treatment.

Litteratur

1. Rugh JD, Dahlström L. Behavioral and psychological mechanisms. I: Zarb GA, Carlsson GE, Sessle BJ, Mohl ND, editors. Temporomandibular joint and masticatory muscle disorders. 2nd ed. Copenhagen: Munksgaard; 1994. p. 208-18.
2. Carlsson GE, DeBoever JA. Epidemiology. I: Zarb GA, Carlsson GE, Sessle BJ, Mohl ND, editors. Temporomandibular joint and masticatory muscle disorders. 2nd ed. Copenhagen: Munksgaard; 1994. p. 159-70.
3. Okeson JP, editor. Orofacial pain. Guidelines for assessment, diagnosis, and management. The American Academy of Orofacial Pain. Chicago: Quintessence; 1996.
4. Elsass P. Sundhedspsykologi. København: Gyldendals Forlag; 1992.
5. Grzesiak RC, Ciccone DS. Understanding the pain patient. I: Pertes RA, Gross SG, editors. Clinical management of temporomandibular disorders and orofacial pain. Chicago: Quintessence; 1995. p. 45-68.
6. Bakke M, Kjølner M. Kæbeledsbesvær – forekomst i den danske befolkning. Tandlægernes Tidsskr 1993; 8: 36-42.
7. Bakke M, Andersen K, Bernth U, Møller E, Nyhuus L, Nørgaard E,

- et al. Klassifikation af temporomandibulære funktionsforstyrrelser og dertil relateret hovedpine og ansigtssmerter. *Tandlægebladet* 1998; 102: 678-85.
8. Carlsson GE, Magnusson T, editors. Management of temporomandibular disorders in the general dental practice. Chicago: Quintessence; 1999.
 9. Dworkin SF. Personal and societal impact of orofacial pain. I: Fricton R, Dubner R, editors. Orofacial pain and temporomandibular disorders. New York: Raven Press; 1995. p. 15-32.
 10. Petersen JK. Psyke og atypiske ansigts- og kæbesmerter. *Tandlægebladet* 2001; 105: 380-9.
 11. Stohler CS. Clinical perspectives on masticatory and related muscle disorders. I: Sessle BJ, Bryant PS, Dionne RA, editors. Temporomandibular disorders and related pain. Progress in pain research and management. Vol 4. Seattle: IASP Press; 1995. p. 3-29.
 12. Dworkin SF. Behavioral characteristics of chronic temporomandibular disorders: diagnosis and assessment. I: Sessle BJ, Bryant PS, Dionne RA, editors. Temporomandibular disorders and related pain. Progress in pain research and management. Vol 4. Seattle: IASP Press; 1995. p. 175-208.
 13. Fink P. Somatoforme lidelser. *Tandlægebladet* 2001; 105: 300-9.
 14. Dworkin SF, LeResche L. Research diagnostic criteria for temporomandibular disorders. *J Craniomand Disord Facial Oral Pain* 1992; 6: 301-55.
 15. Wilson L, Dworkin SF, Whitney C, LeResche L. Somatization and pain dispersion in chronic temporomandibular disorder. *Pain* 1994; 57: 55-61.
 16. Clark GT, Tsukiyama Y, Baba K, Watanabe T. Sixty-eight years of experimental occlusal interference studies: what have we learned? *J Prosthet Dent* 1999; 82: 704-13.
 17. Lobezzo F, Lavigne GJ. Do bruxism and temporomandibular disorders have a cause-and-effect relationship. *J Orofac Pain* 1997; 11: 15-23.
 18. Macaluso GM, Guerra P, Di Giovanni G, Boselli M, Parrino L, Terzano MG. Sleep bruxism is a disorder related to periodic arousals during sleep. *J Dent Res* 1998; 77: 565-73.
 19. Vilmann A. Normalt at skære tænder. *Helse* 1999; 45: 22-3.
 20. Lavigne GJ, Goulet JP, Zuconni M, Morrison F, Lobezzo F. Sleep disorders and the dental patients: an overview. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1999; 88: 257-72.
 21. Marbach JJ. Orofacial phantom pain: theory and phenomenology. *J Am Dent Assoc* 1999; 127: 221-9.
 22. Marbach JJ. Phantom bite syndrome. *Am J Psych* 1978; 135: 476-9.
 23. Bakke M, Vilmann A, Thorsen NM, Roed-Petersen B, Nørgaard E, Nyhuus L, et al. Behandling af temporomandibulære funktionsforstyrrelser og dertil relateret hovedpine og ansigtssmerter. *Tandlægebladet* 1998; 102: 730-8.

Forfatter

Merete Bakke, lektor, specialtandlækare, dr. et lic.odont.

Afdeling for Bidfunktionslære og Oral Fysiologi, Odontologisk Institut, Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Københavns Universitet