

Psykiske lidelser hos patienter i tandlægepraksis

I. Børn og unge

Tove Aarkrog

Tandlægen i praksis arbejder efter en tæt kalender og møder mange mennesker med psykiske problemer. De generelt forbedrede behandlingsmuligheder for patienter med psykisk lidelse har medført at mange også med kroniske svære psykiske lidelser behandles psykiatrisk ambulant og kommer i almindelig tandlægepraksis.

Børne- og ungdomspsykiatri undersøger og behandler børn/unge i alderen 0-18 (-21) år og samarbejder med forældrene om information, rådgivning og eventuelt tilbud om terapi. En lille del af klientellet er svært syge børn og unge der skal dag- eller døgnindlægges. Blandt disse er psykotiske børn og unge, som i sjældne tilfælde har behov for indlæggelse på et lukket afsnit, i reglen for en længere periode. Den største del af det børne- og ungdomspsykiatriske klientel undersøges og behandles dog ambulant. Disse patienter vil derfor komme i almindelig tandlægepraksis.

Udviklingsforstyrrelser

I børnepsykiatri anses en stor del af børnene for at være udviklingsforstyrrede. Også hos unge kan tidlige problemer i den psykiske udvikling spille ind i den aktuelle ungdomspsykiatriske lidelse.

Udviklingsforstyrrelse er et udtryk der kunne forlede til den opfattelse at det bare drejer sig om en forsinkelse i udviklingen, som vil kunne indhentes.

Udviklingsforstyrrelser omfatter også de sværeste børnepsykiatriske lidelser som infantil autisme. Den kaldes nu tidlig gennemgribende udviklingsforstyrrelse (1). Den tidlige infantile autisme er formentlig kendt for dens meget svære kontaktforstyrrelse med forsinket eller ringe sprogudvikling.

En samlet betegnelse for udviklingsforstyrrelser kan siges at være udviklingspsykopatologi, et udtryk der lader forstå at udviklingsproblemer og sygdomsudvikling er tæt sammenhængende. Det er naturligt at hvis et barn fx har en forsinkelse i sproglig udvikling, vil denne få en gennemgribende indvirkning på barnets samlede udvikling.

Der findes forstyrrelser der kan rettes gennem en meget intensiv behandlingsindsats, men under alle omstændigheder vil udviklingsforstyrrelser, hvor specifikke og isolerede de end er, let bevirke en mere generel psykopatologisk udvikling.

Det betyder at man altid i vurderingen af den syge (barn eller ung) vil overveje hvorledes dette barns udvikling er forløbet, hvor langt det er kommet, hvilke skævheder der kan være i udviklingen – og hvordan dette indgår i den psykiske lidelse.

Udviklingsteorier

En tidlig og meget indflydelsesrig teori er *Sigmund Freuds* (2). I dagspressens anmeldelser af psykologisk litteratur kan man til tider få indtryk af at *Freuds* teorier er passé. Det gælder ikke hans opdagelse af det ubevidste (3) og hans inddeling af udviklingsstadier i den orale, den anale og den falliske fase, om end selve faseinddelingen bruges meget lidt.

Den orale fase er karakteriseret ved at barnet oplever »med

munden«. Det trøster sig med at sutte, det undersøger objekter med munden og kan vise sin vrede ved at bide.

Man taler i børne- og ungdomspsykiatri om oral problematik hvis den orale fase dominerer billedet efter den alder hvor det er relevant. Det kan beskrives som en regression, en tilbagevenden til tidligere stadier. Det kan vise sig i psykologiske prøver og i tegninger, fx med mange aggressive munde. Man ville også kunne give eksempler på malere der arbejder med en oral problematik.

Selv har jeg behandlet en ung pige i puberteten som var bange for almindelig mundhygiejne, og som man gennem mange år helt havde opgivet at få til tandlæge. Hun havde en meget tidlig forstyrrelse med bl.a. en oral problematik. Det blev først muligt at hjælpe hende med at gennemføre et tandlægebesøg da hun havde været behandlet et stykke tid.

En anden væsentlig udviklingsteori er tilknytningsteorien. Allerede børnelæge *Bowlby* (4) pegede på betydningen af barnets tidlige forhold til moderen og til den basale tillid som oprettes dér. I de sidste par tiår har særlige undersøgelsesmetoder med video af mor og barn (5) bragt os sikker, reproducérbar viden om at tilknytningen til moderen er basal for barnets udvikling. Denne tilknytningsevne kan skades meget tidligt. Det kan komme til at betyde at barnet senere ikke har den »tilknytningstrategi« der er nødvendig i samværet med andre, i kriser eller blot ved møde med nye mennesker. Man er langt fra færdig med at få dette korreleret med de forskellige psykiske lidelser, men der er ikke tvivl om at en defekt tilknytningsevne vil forstyrre barnet/den unge i en række sociale situationer.

Mahler (6) udformede en teori om at barnet gennemgår en adskilleelsesproces fra moderen, samtidig med at barnets selvstændighed øges. Denne separationsindividuationsproces gentages i ungdomsårene, hvor vi alle kender den unges forsøg på at frigøre sig fra sine forældre og blive sig selv. Nogle unge har i den periode et meget vanskeligt forhold til alle voksne, som de for enhver pris ikke skal have noget nært forhold til. Man skal derfor som ungdomspsykiater være meget opmærksom på at give den unge lige netop den psykiske nærhed som han har brug for og ikke mere.

Årsagsforhold

Udviklingsforstyrrelser kan være blandt årsagerne til psykisk lidelse. Det er derfor vigtigt at kende barnets/den unges tidlige og senere opvækstforhold. Der er imidlertid næsten altid flere samvirkende årsager, genetiske og organiske.

For forældrene er det ofte vigtigt at få årsagen, idet de ofte føler sig skyldige i barnets problemer.

Det vides at mani-depressivitet og skizofrenierne har en vis arvelighed, således at det genetiske spiller ind, men ikke

nødvendigvis behøver at manifestere sig. Man finder heller ikke sjældent organiske træk i tilstanden. Dette viser sig i den almindelige kliniske undersøgelse eller evt. ved en række specifikke psykologiske test, som afslører barnets neuropsykologiske dysfunktioner. Man har talt meget om DAMP- (*deficit attention motor perception*) barnet. Det er blevet en alment brugt diagnose. Det ejendommelige er at denne diagnose slet ikke forekommer i det diagnostiske klassifikationssystem, ICD-10 (7) som vi skal bruge.

Man har i mange år haft kendskab til at det hyperaktive, urolige, ukoncentrerede barn med den overfladiske, uforpligtende kontakt kunne have en hjerneskade (en *minimal brain-damage*) eller en tilknytningsforstyrrelse. Med de undersøgelsesmetoder man har nu, kan man i reglen få disse mulige årsager udredt og lægge en behandlingsplan derefter. Man optager en sygehistorie der belyser muligheden af tidlige traumer eller infektioner, der kan have skadet hjernen og bevirket en skæv neuropsykologisk udvikling. Desuden forsøger man at få et indblik i om der kan være tidlige tilknytningsproblemer.

Den slags børn må være vanskelige at have i en tandlægestol. I reglen er det en hjælp for dem at undersøgelsen har en fast struktur og en klar situation, således som jeg ville anse en tandlægeundersøgelse for at være. Det kan være nødvendigt at barnet har en ledsager med som er vant til at tackle barnets problemer. Det er vigtigt at være klar over at disse børn kan have perceptionsforstyrrelser, således at de opfatter (perciperer) situationen ukorrekt. De kan også have yderst vanskeligt ved at høre efter, så ukoncentrerede som de ofte er.

Psykiatriske syndromer

Da børne- og ungdomspsykiatri aldersmæssigt går lige fra den intrauterine tilstand til 18/21 år, vil der være tale om forskellige grupper af tilstande svarende til de forskellige aldersområder.

Udviklingsforstyrrelser og forskellige adfærdsforstyrrelser dominerer billedet, men børn kan også have emotionelle forstyrrelser, der kan svare til neurotiske tilstande hos voksne.

Når man kommer ind i ungdomsårene, kommer der nye sygdomme, især psykoser, personlighedsforstyrrelser og spiseforstyrrelser.

Af psykoser ses tilstande der er en følge af indtagelse af forskellige slags stoffer. Det vides at hashforbrug, hvis det er omfattende, kan medføre psykoselignende forstyrrelser i lang tid. En anden vigtig psykosegruppe er skizofrenierne, som debuterer i ungdomsårene i ret stor omfang. Man prøver nu at diagnosticere dem så tidligt som muligt for at forbedre behandlingen. Endvidere er der de mani-depressive psyko-

ser eller affektive psykoser, som de nu kaldes, hvor behandlingsmulighederne er betydeligt forbedret.

Relationen mellem adfærdsforstyrrelser og personlighedsforstyrrelser er ikke klarlagt i ungdomsårene. Man er helt klar over at personlighedsforstyrrelser grundlægges tidligt, fx på grundlag af tilknytningsforstyrrelser, men man er på den anden side betænkelig ved at tale om personlighedsforstyrrelser hos patienter i en tidlig alder. Man har ikke villet stigmatisere.

If. erfaringer både her og i udlandet kan personlighedsforstyrrelser erkendes meget tidligt, fx i 8-9-års-alderen, især dersom det drejer sig om en svær forstyrrelse.

Endvidere er de diagnostiske metoder blevet bedre og også behandlingsmetoderne, så det er nok værd at få stillet en korrekt diagnose og få tilbudt den rigtige behandling.

Definitionen på en personlighedsforstyrrelse er: en længe bestående lidelse der rammer flere områder af personligheden, og som giver problemer både i forhold til andre, men også for den unge selv, som lider under sin tilstand.

Inden for gruppen af personlighedsforstyrrelser findes der en række af forskellige forstyrrelser, hvoraf nogle har betydelig lighed med neurotiske tilstande, nogle er karakteriseret ved en meget udadrettet adfærd, og atter andre kommer tæt på psykotiske tilstande. Disse sidste har en mangfoldighed af symptomer. Dette viser lidelsens alvorlige karakter. Det kan dreje sig om depressivitet, selvmordsforsøg, vanskeligheder ved at kunne være alene, skiftende stemningsleje, vanskeligheder i kontakten med andre og udadrettet adfærd.

Det er ganske krævende at udrede disse symptomer og den bagvedliggende personlighedsstruktur og dermed få et grundlag for behandlingstilbuddet.

Det kan være vanskeligt for usagkyndige at vurdere om den udadrettede adfærd bare er en form for mangel på opdragelse, eller om den er udtryk for en mere omfattende forstyrrelse af personligheden. Den unge med en dyssocial personlighedsforstyrrelse (dvs. en forstyrrelse der især forstyrrer den unges sociale funktion) har ofte været følelsesmæssigt forsømt tidligt i livet. Han handler ud sammen med andre. Han knytter sig ikke til andre i nær kontakt, men udnytter ofte andre til at få dem med i kriminelle handlinger. Han viser kun svage tegn på samvittighedsdannelse.

Heldigvis er det sådan at hvad enten det er en slags uartighed eller en handlen ud af en ung med en svær personlighedsforstyrrelse, skal denne udadrettede adfærd standses.

Det er almindeligt at tro at problemer hos unge skyldes puberteten. Dersom de psykiske problemer påvirker den unges situation i noget større omfang, vil det aldrig kun være pubertetsproblemer. Spiseforstyrrelserne er populære emner

i medierne og skal derfor ikke omtales nærmere. Tandlægerne vil allerede kende de skader der kan opstå ved bulimi pga. det sure opkast som ødelægger tændernes emalje.

Behandlingsformer

En væsentlig behandlingsform i børne- og ungdomspsykiatri er samtalen med forældrene, som kan være oplysende. Senere kan der gives rådgivning eller tilbydes en egentlig psykoterapeutisk behandling. For et barn hvor samtalebehandling endnu ikke er brugbar, er legeterapi en fin metode. Det kan måske overraske at der kan være behandling i leg, men sagen er at legen foregår efter bestemte metoder, og hurtigt opfattes af barnet som en særlig mulighed for at udtrykke problemer og for at få »svar« på disse.

Senere op i ungdomsårene har den individuelle samtalebehandling et stort indikationsområde. Samtalebehandling af unge med personlighedsforstyrrelse er udviklet i de senere tiår. Forudsætningen for at igangsætte en sådan behandling er en grundig undersøgelse af den unges evne til at se på hvad der foregår i ham/hende. Den unges motivation og evne til at danne en terapeutisk alliance med behandleren er afgørende. Det vil dreje sig om $\frac{3}{4}$ times behandling om ugen gennem $\frac{1}{2}$ -1 år. Den dyssociale unge vil ikke kunne bruge samtaler, idet han vil handle sine problemer ud i stedet for at tale om dem.

Gennem de sidste par tiår har familierapi i forskellige former været en meget anvendt behandlingsmetode. Ofte er en familiesamtale starten på en undersøgelse. Hos unge er man langt mere tilbageholdende med familiesamtaler, idet den unge gerne vil høres alene, i stedet for at forældrene skal sige hvad problemerne er.

Mere pædagogisk orienterede behandlingsformer anvendes ved specifikke indlæringsforstyrrelser, fx taleforstyrrelser. Kognitive terapiformer vinder også indpas. Det hyperaktive/hyperkinetiske barn kan erfaringsmæssigt hjælpes af behandling med Ritalin e.l. stoffer. Medikamentel behandling med antidepressiva vil altid være indiceret ved en svær »klassisk« depression. Derimod er der mere tvivl om indikation for antidepressiva ved lettere depressive tilstande. Efter flere maniske og/eller depressive faser vil behandling med Lithium være indiceret. Dette kan forebygge nye faser med stemningsskift.

Al medicinering med specifikke psykofarmaka er en specialistopgave og bør ikke igangsættes af den praktiserende læge.

Tidligere var udsigten for unge med debuterende skizofreni meget ringe (8). Dersom disse tilstande tages tidligt i behandling med et samlet tilbud af flere behandlingsmetoder som enesamtaler, antipsykotisk medicin, psykoedukative samtaler med forældre og relevant skoleundervisning, der

ofte vil være en specialopgave, vil prognosen kunne forbedres betydeligt. En stigende procentdel, 20-30%, opnår fuld remission, dvs. at skizofrenien helbredes fuldstændigt. Skizofreni bliver således ikke længere en livstidsdiagnose.

Især har de mange nye antipsykotiske stoffer forbedret behandlingen af psykoser.

Som konsulent i ungdomsinstitutioner vil man blive spurgt om man ikke kan give noget medicin for udadrettet adfærd, men dette har ikke vist sig effektivt. Behandlingen af unge med personlighedsforstyrrelser, hvor billedet helt overvejende er den udadrettede adfærd, vil være miljøbehandling med en meget fast struktur. Det kan der opnås gode resultater med.

Sammenfattende kan det siges at man altid kan udrede tilstanden. Man kan også altid afhjælpe og forbedre barnets eller den unges udviklingsmuligheder, og i en række tilfælde kan man direkte helbrede.

Forholdsregler i tandlægepraksis

Tandlægen der møder disse børn og unge, har den fordel at hans/hendes undersøgelse og behandling er en klart struktureret situation, som vil støtte de fleste børn og unge med psykiske problemer. Tandlægen bør være orienteret om sin patients psykiske problemer, hvis disse er alvorlige, og om evt. medikamentel behandling.

Som en regel bør tandlægen ikke tage særlige hensyn til patienten eller gå ind på dennes problemer, men gennemføre sin behandling.

English summary

Mental illnesses in patients seen in a dentist's practice. I. Children and adolescents

Most of the children and adolescents with psychiatric illnesses are today treated in outpatient service. They will therefore be seen in a dentist's practice. An overview of the psychic development of the child is given on the basis of common theories such as psychoanalytical, attachment and neuropsychological theories.

In most cases the mental illnesses are results of many different etiological factors: hereditary, neuropsychological dysfunction due to brain diseases, early, later and actual environmental factors and problems in the family.

A detailed assessment of the child/adolescent and the family is the first step in clarifying the illness. The next step is a proposal of treatment, often comprising several methods. The methods are different types of individual psychotherapy (or play therapy), informative and counselling sessions with the parents, medication and if necessary environmental support, tailored to the child/adolescent.

The dentist should be provided with the necessary in-

formation about the problems of the child/adolescent. The assessment and treatment at the dentist is a structured situation, which can support the child. In most cases the consultation can be carried out without showing any special consideration to the child's illness.

Litteratur

1. Lier L, Isager T, Jørgensen OS, Larsen FW, Aarkrog T, red. Børne- og ungdomspsykiatri. København: Hans Reitzels Forlag; 1999.
2. Freud S. Psykoanalysen. København: Hans Reitzels Forlag; 1958.
3. Lotz M. Udvikling og psykoanalyse. København: Hans Reitzels Forlag; 2000.
4. Bowlby J. A secure base. Clinical application of attachment theory. London: Routledge; 1988.
5. Ainsworth MDS, Blehar M, Waters E, Wall. Patterns of attachment. A psychological study of the strange situation. New Jersey: Lawrence Erlbaum Ass. Publishers; 1978.
6. Mahler MS. A study of the separation-individuation process. *Psychoanal Study Child* 1971; 26: 403-24.
7. ICD-10. Classification of mental and behavioral disorders. Geneva: WHO; 1992.
8. Aarkrog T. Psychotic adolescents 20-25 years later. *Nord J Psychiatry* 1999; 53 (Suppl 42): 1-36.

Forfatter

Tove Aarkrog, professor, dr.med.

Børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling F, H:S Bispebjerg Hospital