

Den psykiatriske patient

Hanne Ahring og Børge Hede

Psykoser (organiske psykoser, skizofrenilignende psykoser og affektive sindslidelser), personlighedsforstyrrelser, neuroser og andre lettere psykiatriske lidelser udgør en grov klassificering af psykiske lidelser. Hos psykotiske patienter ses en øget tandsygdomsforekomst og ændrede muligheder for tandbehandling. Den forøgede tandsygdomsforekomst knytter sig til medicininduceret mundtørhed og ændret tandsundhedsadfærd. Den psykofarmakologiske behandling giver tillige anledning til andre odontologisk relevante bivirkninger og interaktioner. Problemerne ved tandbehandlingssituationen knytter sig primært til de psykiske symptomer, fx angst, manglende impuls kontrol, ambivalens og hallucinationer, men kan også ses som følge af mistede sociale færdigheder. Nogle af disse kooperationsproblemer kan tackles ved, at behandleren bevidst modificerer sin egen adfærd. Endelig bør den odontologiske behandling af sindslidende tilrettelægges efter forløbet af patientens sindslidelse.

Psykiatriske lidelsers grundlæggende karakter har været diskuteret siden oldtiden. Fx har biologisk orienterede psykiatere beskrevet psykiske lidelser som sygdomme forårsaget af identificerede og ikke-identificerede organiske fejl i centralnervesystemet. Andre, særligt sociologer, har set psykiatriske patienter som sociale afvigere, der krænker uformelle normer i vores samfund, mens psykoanalytisk orienterede læger og psykologer forstår psykiatriske lidelser som en fejlagtig psykologisk tilpasning til at møde tilværelsens kriser. Denne dysfunktion ses som resultat af forstyrrelser i den normale psykologiske udvikling. Endelig har adfærdorienterede psykologer set psykiatriske lidelser som fejlindlært adfærd. At skabe en teoretisk ramme, der kan rumme flere eller alle disse forskellige udgangspunkter, udgør derfor en stor udfordring i dagens psykiatri.

Psykiatriske lidelser udgør en stor, inhomogen gruppe forstyrrelser, som kan være svære at forstå ud fra den folkelige opfattelse af sygdom. Psykiatri kan defineres som læren om adfærdsforstyrrelser set i en medicinsk referenceramme (1), hvor en adfærdsforstyrrelse forstås som en "ud fra gældende normer fejlagtigt organiseret individuel aktivitet set i lyset af de givne omstændigheder". Nogle psykiske lidelser giver specifikke ændringer i adfærden, eksempelvis spiseforstyrrelser (fx anorexia nervosa) eller fobisk angst (fx odontofobi), mens andre resulterer i en mere generel forstyrrelse. Det sidste er særligt udtalt for de alvorligste sindslidelser, psykoserne, hvis grundlæggende symptom er den forvrængede virkelighedsopfattelse. Da adfærdskomponenter er væsentlige faktorer for tandsygdommes forekomst, forebyggelse og behandling, kan det ikke undre, at psykiske lidelser har indflydelse på tandsygdomsforekomsten og de odontologiske behandlingsmuligheder (2).

Tabel 1. Fortegnelse over psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser (ICD-10).

(F00-09)	Organiske psykiske lidelser (fortrinsvis demens)
(F10-19)	Psykiske lidelser forårsaget af misbrug
(F20-29)	Skizofreni og skizofrenilignende psykoser
(F30-39)	Affektive sindslidelser (mani og depression)
(F40-48)	Nervøse og stressrelaterede tilstande
(F50-59)	Adfærdsforstyrrelser forbundne med fysiologiske og fysiske faktorer
(F60-69)	Forstyrrelser i personlighedsstruktur
(F70-79)	Mental retardering
(F80-89)	Psykiske udviklingsforstyrrelser
(F90-98)	Adfærds- og følelsesmæssige forstyrrelser opstået i barndom eller opvækst
(F99)	Andre

Psykiatriske lidelser kategoriseres efter deres symptom-billede, det kliniske syndrom. I Tabel 1 ses psykiatriske lidelser således som de inddeles efter den for tiden gældende sygdomsklassifikation i Danmark. Mental retardering er omtalt i en artikel andetsteds i dette temanummer (3), så her vil hovedsagelig ske en omtale af psykosernes indflydelse på de odontologiske forhold. Da psykoser har forskelligartede symptomer og forløb, må man som tandlæge tage hensyn, til hvilken psykisk lidelse patienten er ramt af.

De almindeligste psykoser

Demenslidelser og andre organiske psykoser

Organiske psykoser bevirker organiske forandringer i hjernen, som kan identificeres ved fx skanning eller autopsi. De hyppigst forekommende organiske psykoser, demenslidelserne, bevirker en svækkelse af korttidshukommelsen. Endvidere ses en forringelse af evnen til at løse dagligdags problemer og evnen til at udføre tillærte motoriske funktioner. Der ses tillige en nedsat evne mht. almindelige sociale færdigheder, manglende kontrol af emotionelle reaktioner og en reduktion af andre højere kortikale funktioner. Dette sker uden en samtidig forstyrrelse i bevidsthedsniveauet. De almindeligste demenslidelser er senil demens af Alzheimer type og multiinfarkt demens, som begge har et uhelbredeligt og progredierende forløb. De forekommer altovervejende hos ældre mennesker. Hos patienter med Down syndrom ses de dog hyppigt i yngre aldersgrupper (4). Pga. sygdommens progredierende karakter skal patientens tandsundhedstilstand optimeres så hurtigt som muligt, efter at lidelsen er diagnosticeret. Patienten vil senere i sygdomsforløbet udvise stadig dårligere Kooperation ved tandbehandling, hvilket vanskeliggør behandling og profylakse. Den demente patient vil endvidere have en svækket eller helt manglende adaptationsevne, som giver førstegangsfræmstilling af aftagelige proteser en overordentlig dårlig prognose. Det successive tab af kognitive funktioner betyder, at de betingede neuromuskulære reflekser, der normalt sikrer protesefunktion og -retention, gradvist mistes, således at tidligere, i øvrigt velfungerende, helpoteser ikke anvendes mere. I behandlingsdesignet skal man sikre, at mundhygiejneprocedurer også er mulige på et tidspunkt, hvor Kooperationen er nedsat. Eventuelt kan forkortelse af tandbuen være aktuel. Man skal gøre sig klart, at patienten vil komme i en situation, hvor en optimal mundhygiejne ikke er mulig. Behandlinger med høje hygiejnekrav, fx attachmentprotetik, hybridproteser og implantater, bør undgås, ligesom konstruktion af partielle proteser bør gøres enkel af hygiejniske grunde og af hensyn til, at de senere skal kunne indsættes og udtages af anden person end patienten. Længere henne i sygdomsforløbet, når patientens tilstand er

dårligere, kan man slå ind på en mere henholdende behandlingsfilosofi for endelig i sygdommens terminale periode udelukkende at prioritere smertefrihed (5). I hele forløbet er det vigtigt, at en ressourceperson i patientens omgivelser er ansvarlig for den daglige mundhygiejne.

Skizofreni og skizofrenilignende psykoser

Skizofreni regnes ofte for den alvorligste psykose. Sygdommen debuterer i de unge år, og flertallet af de ramte bliver indlagt inden de fylder 30 år. Tidligere blev skizofreni regnet for en livslang lidelse. Fra psykiatriske, epidemiologiske undersøgelser ved man imidlertid, at ca. 20% af de skizofrene aldrig kommer i psykiatrisk behandling, mens 15-20% af dem, der kommer i behandling, har en ganske god prognose. Patienter, der bliver indlagt, tilbragte tidligere i gennemsnit fem år af deres liv på en psykiatrisk afdeling. Dette tal må forventes at falde drastisk i takt med den distriktspsykiatriske udbygning. I den klassiske beskrivelse af skizofreni oprindes de primære forandringer: autisme, associationsforstyrrelser, ambivalens og affektive forstyrrelser. Som sekundære symptomer nævnes vrangforestillinger, hallucinationer (stemmer) samt influens- og tvangsfænomener. Skizofreni forløber ofte diskontinuerligt med periodevis opblussen af symptomerne, men nogle psykotiske fænomener vil oftest persistere og kunne påvises også i rolige sygdomsfaser (6). Til gruppen af skizofrenilignende psykoser hører tillige reaktive psykoser, som er akutte og mere godartede, tidsafgrænsede forløb med en kendt ydre årsag. Endelig kan kronisk paranoid psykose henregnes til denne gruppe, idet det dog udelukkende er vrangforestillingerne, som dominerer patienten.

Hos skizofrene patienter vil det være særligt vanskeligt at opretholde en god mundhygiejne og regelmæssige tandlægebefølgninger. Dette skyldes de periodevis forværringer i sygdomstilstanden, som ofte vil føre til genindlæggelse på psykiatrisk afdeling. Det vil derfor ved manglende fremmøde være hensigtsmæssigt at prøve at genindkalde patienten, selv efter en længere periode uden fremmøde, da dette kan skyldes en periodevis forværring af de psykotiske symptomer. I tilfælde med høj tandsygdomsaktivitet vil det endvidere være hensigtsmæssigt med relativt korte indkaldeintervaller, fx 2-3 måneder, ligesom stadige hygiejnekontroller og instruktioner samt intensiv passiv profylakse bl.a. ved fluorskylning og pensling vil være indiceret (7).

Affektive sindslidelser (stemningslidelser)

Den klassiske affektive lidelse er den maniodepressive sindslidelse. Ved det typiske forløb bliver patienten en eller flere gange ramt af depressioner eller manier af ca. tre måneders varighed. Depressive perioder er de hyppigste, og de fleste ►

patienter oplever kun depressioner. Man inddeler disse lidelser efter forløbet, som benævnes unipolært, såfremt der udelukkende er forekomst af depressive episoder, bipolært, hvis der forekommer såvel depressive som maniske episoder, og cyklisk, hvis der stort set ikke er perioder med neutralt stemningsleje mellem de depressive og maniske episoder. I de depressive perioder har patienten et sænket stemningsleje, er psykomotorisk hæmmet, har nedsat initiativ og er plaget af en voldsom skyldfølelse og mangel på selvværd. Dette kan være så udtalt, at patienten udvikler paranoide forestillinger. I eventuelle perioder med mani er patienten præget af et sygeligt højt stemningsleje og aktivitetsniveau og mangler almindelig dømmekraft; dette i en sådan grad, at virkelighedsopfattelsen er forvrænget. Så længe sygdommen står på, er det vigtigt at undlade behandling, der kræver beslutninger fra patientens side. En manisk eller depressiv patient vil være ude af stand til at foretage rationelle beslutninger angående eventuelt behandlingsvalg. Eksempler på, at patienter i en mani har valgt økonomisk ruinerende tandbehandlinger, er set. Det ses tillige, at depressive patienter, pga. manglende selvværd, vælger radikale behandlinger som en slags straf over sig selv. I sygdomsperioder er det derimod vigtigt at øge den forebyggende indsats (8). Dels vil den personlige hygiejne være nedsat pga. psykomotorisk hæmning eller mangel på selvkritik, dels vil psykofarmaka kunne fremkalde lokale bivirkninger som fx mundtørhed (9). Endelig kan depression i sig selv give nedsat spyttflåd (10). Den profylaktiske indsats består i passiv profylakse, fluorbehandling og regelmæssige afpuddninger, indtil patienten igen kan tage vare på mundhygiejnen. Ved behandling i ikke-sygdomsperioder skal man sikre sig, at de hygiejnekrav, som behandlingen stiller, også kan honoreres i sygdomsperioder.

Personlighedsforstyrrelser

Personlighedsforstyrrelser beskrives som afvigelser i patientens psykiske konstitution, hvorimod psykoser opfattes som forårsaget af sygdomsprocesser. Til personlighedsforstyrrelserne hører karakterneuroserne, psykopatierne og de grænsepsykotiske tilstande (*border-line* tilstandene). *Border-line* patienterne beskrives som personer med lavt præstationsniveau, impulsivitet, manipulerende selvmordsforsøg, milde eller korte psykotiske episoder, alvorlig depersonalisation, god socialisering (overfladisk) og forstyrrelser i de nære relationer. Der synes at være en tendens til, at *border-line* tilstande remitterer spontant med alderen, således at de sjældnere ses hos personer over 40 år.

Livstidsrisikoen for at blive ramt af en sindslidelse, der er så alvorlig, at den medfører varig eller midlertidig uarbejdsdygtighed, er i en stor svensk prospektiv undersøgelse (11)

opgjort til 10% blandt 50-årige. I intervallet 14-70 år tiltager risikoen jævnt hos både mænd og kvinder, indtil den når 14-16% i 70-års-alderen. Herefter vokser den stejlt til 47% i 90-års-alderen pga. den hyppigere forekomst af organiske psykoser (demenslidelser). Prævalens og livstidsrisiko for skizofreni er opgjort til 0,3-0,5% henholdsvis 1%, mens de tilsvarende tal for affektive psykoser er 0,7-1% og 1%.

Orale manifestationer

Specifikke orale manifestationer af psykotiske lidelser er relativt sjældne. Den odontologiske litteratur har hovedsageligt beskæftiget sig med sammenhængen mellem depressive tilstande og forekomsten af *burning mouth syndrome* og andre atypiske smertetilstande i mund og kæber samt i tilgrænsede regioner (12). Forekomsten af sådanne tilstande blandt psykotiske patienter har ikke været genstand for epidemiologisk undersøgelse, men må ud fra klinisk erfaring skønnes at være relativt sjælden. Den odontologiske litteratur har endvidere beskæftiget sig med sammenhængen mellem funktionelle forstyrrelser i tyggeapparatet og psykiske symptomer. Der foreligger ikke data, som godtgør, at patienter med psykotiske lidelser skulle have en hyppigere eller mindre hyppig forekomst af disse lidelser end normalbefolkningen (12). En tilstand, som er refereret i forbindelse med grænsepsykotiske tilstande er det såkaldte "*phantom bite syndrome*" (13), som er karakteriseret ved, at patienten føler, at okklusionen er "forkert". Syndromet forekommer hos betandede, men skulle være langt hyppigere forekommende hos tandløse. Imidlertid er der ikke siden *Marbachs* originale, kasuistiske meddelelse fremkommet andre beskrivelser af syndromet eller dets forekomst. Et oralt symptom, som kan ses ved flere psykiske lidelser, er perimyololysis, dvs. skader på tænderne forårsaget af gentagne episoder af opkastninger/opgylpninger (Fig. 1). Perimyololysis er i kasuistisk form rapporteret ved bl.a. skizofreni, anorexia nervosa og kronisk alkoholisme (14-15). Systematiske undersøgelser af fænomenet er dog kun sket i grupper af patienter med anorexia nervosa/bulimi (16). Den rette behandling ved forekomst af fænomenet har været diskuteret og har bl.a. omfattet fluorpensling og kroning af de afficerede tænder. Mere ukarakteristiske orale manifestationer af psykiske lidelser kan findes i den forøgede tandsygdomsforekomst hos psykiatriske patienter. Den overhyppige forekomst af caries kan forklares dels ved generelt usund livsstil og ændrede tandplejevaner pga. den generelt ændrede adfærd (17), dels ved medicinforårsaget mundtørhed (18), og endelig ved ændrede muligheder for tandpleje under indlæggelse. Den forøgede forekomst af parodontallidelser er blevet forklaret ved det øgede psykiske stress hos patienter med psykiske lidelser (19).



Fig. 1. Yngre skizofren mand med erosionskader på overkæbeincisiver. Substanstabet skyldes talrige episoder af vomiting.

Fig. 1. Young schizophrenic male with dental erosion due to numerous episodes of vomiting.

Psykofarmakologisk behandling

Behandling med psykofarmaka udgør stadig den grundlæggende behandling ved langt de fleste psykotiske lidelser hos voksne. Hvis man derfor formoder at stå over for en patient med en alvorlig sindslidelse, kan man få et fingerpeg om patientens psykiske lidelse fra oplysninger om den aktuelle medicinindtagelse. Tabel 2 angiver de almindeligste indikationer for forskellige psykofarmaka. Det er imidlertid ikke kun den terapeutiske gruppe, der har interesse. Man bør tillige interessere sig for, hvilken dosis patienten bliver behandlet med, da fx neuroleptika i mindre doser i nogle tilfælde bruges som hypnotika. Det vil endvidere være interessant at få at vide, om det er speciallæge, psykiatrisk afdeling eller praktiserende læge, der har ordineret det pågældende psykofarmakum. Man bør også afklare, hvor længe patienten har været i behandling, da dette kan give oplysninger om

Tabel 2. Hyppigt anvendte psykofarmaka fordelt efter terapeutisk gruppe og psykiatriske indikationer.

Terapeutisk gruppe	Handelsnavn (generisk navn)	Indikationer for den terapeutiske gruppe
Neuroleptika	Nozinan (levomepromazin) Trilafon (perphenazin) Cisordinol (zuclopentizol) Serenase (haloperidol) Leponex (clozapin) Risperdal (risperidon) Dogmatil (sulpirid)	Skizofreni, reaktiv psykose, grænsepsykotiske tilstande, maniske og hypomane tilstande, agiteret depression, kronisk organisk psykosyndrom
Cykliske antidepressiva	Saroten (amitriptylin) Noritren (nortriptylin) Tofranil (imipranin) Tolvon (mianserin) Fontex (fluoxetin) Cipramil (citalopram)	Endogene depressioner, ikke-endogene depressioner, grænsepsykotiske tilstande med depressive træk, angsttilstande præget af panikanfald
Monoamino oxidasehæmmere	Marplan (isocarboxazid) Aurorix (moclobemid)	Endogene depressioner, reaktive depressioner præget af asteni og apati
Lithiumsalte	Litarex (lithiumcitrat) Lithionit (lithiumsulfat)	Terapeutisk ved mani, profylaktisk mod recidiv af mani og endogene depressioner
Benzodiazepiner	Valium (diazepam) Rivotril (clonazepam) Rohypnol (flunitrazepam) Mogadon (nitrazepam) Domnamid (estazolam) Serapax (oxazepam) Halcion (triazolam) Dormicum (midazolam)	Kronisk neurotisk angst, søvnforstyrrelser, abstinens tilstande, akut situationsbestemt angst, supplement ved behandling af skizofreni, grænsepsykososer, andre psykotiske tilstande samt agiterede depressioner, hvor der er behov for uspecifik dæmpning af angst og uro

sindslidelsens forløb. Endelig bør opklares, hvorledes medicinen administreres (depot, tabletter), da dette siger noget om patientens evne til at følge foreskrifter (*compliance*). Alle disse oplysninger skal indhentes med stor konduite, da psykiatriske patienter hyppigt oplever sig som udstødte og derfor ikke skilter med deres lidelse. Man kan imidlertid komme langt ved at starte med de mindst følsomme oplysninger, fx omkring typen af farmaka og derpå fortsætte til de mere ømtålelige, fx omkring evt. tidligere hospitalisering på psykiatrisk afdeling. Det er vigtigt altid at begrunde sine spørgsmål. Sådanne begrundelser kunne fx være: risiko for interaktioner, øget cariesrisiko ved forekomst af hyposiali og behov for ekstra langmodighed ved manglende fremmøde til behandlingsaftaler.

Psykofarmaka kan give anledning til en række bivirkninger af betydning for tandbehandling, ligesom interaktioner med i odontologien hyppigt anvendte farmaka forekommer. Den største gruppe psykofarmaka, neuroleptika (antipsykotiske midler), er den gruppe psykofarmaka, som har de mest forskelligartede bivirkninger (Tabel 2).

Psykiske bivirkninger – Ved neuroleptikabehandling ses en generel sedation af patienten, som kan forekomme fraværende og svær at komme i kontakt med. Ofte har patienten et ekstremt søvnbehov og svært ved at overholde tidsaftaler, og disse skal lægges efter patientens søvnmønster. Rastløshed og trang til bevægelse, akatysi, ses også ofte. Patienter med akatysi

vil ligge uroligt i tandlægestolen og have forstyrrende bevægelser, hvorfor man ikke skal planlægge længere behandlingsseancer. Patienterne kan have en urolig, "trippende" fremtoning.

Autonome bivirkninger – Mundtørhed og dermed øget risiko for såvel caries (18) som candidiasis (20) er den hyppigst forekommende bivirkning ved neuroleptikabehandling (21). Men man skal tillige være opmærksom på forekomsten af ortostatisk hypotension, der giver en øget tendens til besvimelse, fx når patienten bevæges fra liggende til opretstående position.

Neurologiske bivirkninger – Den vigtigste neurologiske bivirkning er pseudoparkinsonisme, der bevirker hypokinesi, rigiditet og tremor. Hypokinesien fører til øget belægningsdannelse på tænderne, da den naturlige orale funktion er nedsat. Rigiditet kan give anledning til nedsat gabeevne (22) og dermed dårligere muligheder for at foretage behandlinger i mundhulen, mens tremor i mundregionen vanskeliggør behandling. Tardive dyskinesier er en anden, ofte irreversibel bivirkning ved neuroleptikabehandling. Der ses ufrivillige, abnorme bevægelser, ofte tunge- og kæbebevægelser, og derfor benævnes tardive dyskinesier også orale dyskinesier eller bukkolinguomastikatorisk syndrom (BLM-syndrom). Tilstanden nærmest umuliggør brug af helproteser (23) og gør intraorale manipulationer vanskelige. Tardive dyskinesier og

Tabel 3. Forekomsten af bivirkninger ved hyppigt anvendte neuroleptika.

Generisk navn	Handelsnavn	Sedation	Autonome og kardiovaskulære bivirkninger	Neurologiske bivirkninger og akatysi
<i>Højdosispræparater</i>				
Chlorpromazin	Procil	++(+)	++	+
Chlorprothixen	Truxal	++(+)	++(+)	(+)
Clozapin	Leponex	+++	+++	–
Levomepromazin	Nozinan	+++	+++	(+)
Thioridazin	Melleril	++(+)	++(+)	(+)
<i>Middeldosispræparater</i>				
Periciazin	Neulactil	++	+(+)	++
Perphenazin	Trilafon	++	+(+)	++
Zuclopenthixol	Cisordinol	++	++	++
<i>Lavdosispræparater</i>				
Haloperidol	Seranase	+	+	+++
Flufenazin	Pacinol	+	+	++(+)
Flupentixol	Fluanxol	+	+	++



Fig. 2. Atypisk lokalisation af cariesangreb lingvalt og incisalt i underkæbefrontregionen hos yngre patient med affektiv psykose, i behandling med talrige mundtørhedsinducerende psykofarmaka bl.a. neuroleptika, antidepressiva, lithium og antikolinergika.

Fig. 2. Atypically located carious lesions in a 37-year-old female suffering from an affective disorder. The patient is treated with several different psychotropic drugs e.g. major tranquilizers, lithium, antidepressant drugs and anticholinergics.



Fig. 3. Atrofisk candida-afektion i midtlinjen af ganen hos 23-årig skizofren mand med medicininduceret mundtørhed.

Fig. 3. Atrophic moniliasis in palate of a 23-year-old schizophrenic male suffering from drug-induced xerostomia.

tremor rammer ofte ekstremiteterne, og patientens evne til at gennemføre en tilstrækkelig hjemmetandpleje vil derfor være stærkt reduceret.

Patienter i behandling med antidepressiva udviser ikke så mangeartede bivirkninger. Hyppigst er udtalt mundtørhed, som kan føre til øget cariesforekomst (Fig. 2) og candidiasis (24) (Fig. 3). Forskellige regimer er foreslået til at imødegå den øgede risiko for caries, fx tyggegummi (25), lokal fluorbehandling (26), spyterstatninger (27) og fluorskylninger (28). Antidepressive midler og MAO-hæmmere kan også give anledning til den uspecifikke sedation, som tidligere er omtalt ved neuroleptikabehandling.

Tremor ses tillige ved medicinering med lithium, men vigtigst er, at lithium virker vanddrivende (29) og dermed forudsætter indtagelse af ekstra væske. Det er derfor vigtigt at rådgive patienter om ikke-sukkerholdige drikke. Lithium kan også fremkalde mundtørhed.

Antikolinergika er ikke psykofarmaka, men en gruppe antiparkinsonmidler, der i udstrakt grad bruges til at dæmpe de neurologiske bivirkninger ved neuroleptikabehandling. De ordineres derfor ofte til psykiatriske patienter. Antikolinergika fremkalder mundtørhed. Valg af et neuroleptikum med få autonome bivirkninger og dermed mange neurologiske bivirkninger, som således ikke i sig selv fører til hyposial, vil derfor alligevel føre til mundtørhed, da patienten tillige vil blive behandlet med antikolinergika.

Det er vigtigt at være opmærksom på, at bivirkninger kan elimineres, hvis patienten skifter præparat, eller hvis dosis reduceres. Når en patient er plaget af en kraftig mundtørhed, eventuelt kompliceret med øget cariesaktivitet, bør den behandelende psykiater konsulteres. Endvidere bør man være opmærksom på, at mange neurologiske og psykiske bivirkninger kan vække irritation hos behandleren. Lad ikke denne irritation gå ud over patienten, som er uden skyld i sine bivirkninger.

Interaktioner – Antidepressiva potenserer virkningen af såvel adrenalin som noradrenalin. Lokalanalgetika, som indeholder disse vasokonstriktorer, er derfor kontraindiceret. Det samme forhold gør sig gældende, hvis patienten er i behandling med MAO-hæmmere. Hvis patienten er medicineret med lithium, vil anvendelsen af antifloggista øge risikoen for lithiumforgiftning; brug derfor paracetamol som analgetikum i stedet. Endelig er mange kronisk psykiatriske patienter i behandling med antabus pga. tilstødende alkoholmisbrug. Indgift af metronidazol i forbindelse med antabus kan give anledning til forvirringstilstande, hvorfor metronidazolholdige farmaka er kontraindicerede.

Behandlingssituationen

De adfærdændringer og symptomer, man finder ved psykiatriske lidelser, er mangeartede. Det vil føre for vidt at give en ►

udtømmende beskrivelse af disse, men der henvises til psykiatriske lærebøger. Adfærdsændringer influerer imidlertid på behandlingssituationen. Behandleren bør tage højde for og afpasse sin egen adfærd efter patientens adfærds- og tankeforstyrrelse, da behandlingssituationen netop udgør et samspil mellem behandler og patient. Som eksempel på det, man i engelsksproget litteratur kalder *behavioural management*, skal overvejelser ved den skizofrene patients tandbehandlingssituation beskrives.

En skizofren patient med dårlig psykisk symptomlindring vil være præget af en kaotisk sindstilstand og ofte have uklare grænser mellem sit indre sjæleliv og den ydre verden. Patientens realitetssans er læderet. Patienten kan være præget af en generel angst og af hørehallucinationer (stemmer), der af patienten opleves som ydre fænomener. Derudover kan der forekomme forfølgelsesforestillinger og påvirkningsfænomener, som ændrer patientens perception. Specifikke mundhulesymptomer af psykisk karakter er sjældne. For at få orden på sin truede situation bruger patienten forskellige ubevidste psykologiske forsvarsmekanismer. Patienten vil, for at få orden på sin kaotiske tankeverden, opdele såvel sit tankeindhold som sin omverden i ubetinget gode og ubetinget dårlige elementer (*splitting*), og være ude af stand til at integrere gode og dårlige sider af et objekt til en helhed. Fx vil en skizofren patient mangle evnen til at integrere de positive elementer (behandlingsgevinsten) og de negative elementer (ubehaget) ved tandbehandling med hinanden. Dette resulterer i, at behandleren bliver karakteriseret som enten utrolig dygtig eller meget dårlig, alt efter hvorledes patienten gennemlever tandbehandlingssituationen. En eventuel nederlagsfølelse hos patienten vil blive forsøgt overført til behandleren gennem klager over behandlerens utilstrækkelighed (projektion). Hvis patienten således ubevidst kan identificere sig med behandlerens afmagt over for de uberettigede klager, taler man endvidere om projektiv identifikation. I den modsatte situation, hvor patienten oplever en succes i behandlingssituationen, kan behandleren blive genstand for idealisering. Endelig kan patienten udeblive fra behandlingen (flugt) eller lukke af for kommunikation og samarbejde med behandleren (30). Hvad enten behandleren modtager projektion eller idealisering, får denne en urealistisk forestilling om sin egen behandlingsindsats. Et skift mellem at se sig selv som meget dygtig og meget ringe kan på lidt længere sigt føre til *burn-out*-syndromet eller til, at man helt afviser at behandle disse patienter, da de fremkalder ubehagelige oplevelser. Derfor er det nødvendigt, at behandleren er opmærksom på patientens forsvarsmekanismer og bliver sig sine egne reaktioner bevidst. Det kan også være tiltrængt at mobilisere sin humoristiske sans og glæde sig over sine succeser.

For at nedsætte intensiteten af patientens forsvarsmekanismer må behandleren skabe nogle faste rammer, hvori behandlingssituationen forløber. Skizofrene patienter har selv svært ved at skabe grænser. Rammerne for tandbehandlingssituationen skal derfor være forudsigelige, trygge og genkendelige. Desuden må situationen være præget af realisme. Når patientens forventninger, krav og oplevelser går ud over den virkelighed, som eksisterer, må der ske en realitetskorrektion. Behandlerkontakten skal være præget af kontinuitet. Den samme behandler, den samme klinikassistent, den samme klinik, evt. det samme mødetidspunkt skal tilstræbes, hver gang patienten ses. Evt. også hyppigere undersøgelser end strengt nødvendigt blot for at bevare kontinuiteten. Behandlingerne skal være præget af forudsigelighed. De samme procedurer foretages hver gang i samme rækkefølge, og der laves kun det, som er aftalt, inden behandlingen starter. Behandleren skal søge at skabe en tryk atmosfære, hvor patienten oplever en ikke-påtaget, naturlig venlighed, hvor behandleren på intet tidspunkt gør noget, der kunne få patienten til at tvivle på behandlerens faglige kompetence. Behandlingssituationen skal være præget af fravær af aggression, som fx kan opstå pga. behandlerens irritation over en nedsat gabeevne (en bivirkning ved neuroleptikabehandling). Endelig skal patienten opleve sig selv respekteret som en ligeværdig person med ret til at sige fra, hvis der er noget, patienten ikke ønsker.

For skizofrene patienter kan man sammenfattende sige, at det mere er behandleren og behandlingssituationen end den faktiske behandling, patienten skal tilvænnes. Man kan på lignende måde, ved bevidst at modificere sin egen adfærd, imødegå mange af de adfærdsændringer, som præsenterer sig ved andre sindsslidelser.

Trods de problemer, behandling af psykisk syge indebærer, er det et spændende område, der stiller behandleren over for udfordringer, og som flytter grænser. Det er sundt at få rusket op i sine normer, både de behandlingsmæssige og dem, der vedrører mellem menneskelige relationer. ■

English summary

The psychiatric patient

Psychosis (organic psychosis, schizophrenia, affective mental disorders), personality disorders, neurosis and other minor psychiatric disturbances represent a simple classification of psychiatric disorders. Psychotic patients often have more dental problems and their mental condition alters treatment possibilities. Increased dental problems are often connected to medication-induced oral dryness and changes in dental-health behaviour. Psychopharmacological treatment can give odontologically relevant side-effects or interactions. Problems related to dental treatment situations are primarily

bound to psychotic symptoms, e.g. anxiety, lack of impulse control, ambivalence and hallucinations, but can also be seen due to lost social abilities. Some of these cooperation problems can be tackled by conscious modification of the dentist's own attitude. Finally, dental treatment of mentally disabled patients should be adjusted to the progress of the patients' disorders.

Litteratur

- Mellergård M. Psykiatri. København: Munksgård, 1976.
- Hede B. De sindslidendes tænder og tandpleje. (Ph.d.-afhandl.). København: Københavns Universitet, 1994.
- Russell BG. Mental retardering – psykisk udviklingshæmning. Tandlægebladet 1996; 100: 646-653.
- Berg JM, Kalinsky H, Holland AJ. Alzheimers disease, Downs syndrome and their relationship. Oxford: Oxford University Press, 1993.
- Hede B. Demenstilstande i ældrebefolkningen – sygdomsbeskrivelse og odontologiske konsekvenser. Tandlæg Nye Tidsskr 1990; 1: 4-9.
- Parnas J. Skizofreniens sygdomsbegreb og psykopatologi. I: Statens Sundhedsvidenskabelige Forskningsråd. Konsensus-rapport: Skizofreni. København: Statens Sundhedsvidenskabelige Forskningsråd, 1992.
- Friedlander AH, Brill NQ. The dental management of patients with schizophrenia. Spec Care Dent 1986; 6: 217-8.
- Friedlander AH, Birch NJ. Dental conditions in patients with bipolar disorders in long-term lithium maintenance therapy. Spec Care Dent 1990; 10: 148-51.
- Bertram U, Kragh-Sørensen P, Rafaelsen OJ, Larsen N-E. Salivary secretion following long-term antidepressant treatment with nortriptyline controlled by plasma levels. Scand J Dent Res 1979; 87: 58-64.
- Bolwig TG, Rafaelsen OJ. Salivation in affective disorders. Psychological Med 1972; 2: 232-8.
- Hagnell O, Essen-Möller E, Lanke J, Rorsman B, Öjesjö L. The incidence of mental illness over a quarter of a century. The Lundby longitudinal study of mental illness in a total population based on 42.000 observation years. Lund: Almquist & Wiksell International, 1990.
- Enoch D, Jagger R. Psychiatric disorders in dental practice. London: Butterworth-Heinemann, 1994.
- Marbach JJ, Varoscak JR, Blank RT. "Phantom bite": classification and treatment. J Prosthet Dent 1983; 49: 556-9.
- Hede B. Perimylolysis forårsaget af rituel vomitus ved schizofreni. Tandlægebladet 1988; 92: 306-8.
- Smith BGN, Robb ND. Dental erosion in patients with chronic alcoholism. J Dent 1989; 17: 219-21.
- Hellström I. Oral complications in anorexia nervosa. Scand J Dent Res 1977; 85: 71-86.
- Hede B. Dental health behaviour and self-reported dental health problems among hospitalized psychiatric patients in Denmark. Acta Odontol Scand 1995; 53: 35-40.
- Hede B. Oral health in Danish hospitalized psychiatric patients. Community Dent Oral Epidemiol 1995; 23: 44-8.
- Gupta OP, Tiwarri OS, Salimeno T, Allen DR. Neuropsychiatric disorders and periodontal disease. Ann Dent 1993; 52: 28-33.
- Pollack B, Buck IF, Kalnins L. An oral syndrome complicating psychopharmacotherapy: study II. Am J Psychiat 1964; 121: 384-6.
- Lingjærde O, Ahlfors UG, Bech P, Dencker SJ, Elgen K. The UKU side effect rating scale. Acta Psychiat Scand 1987; 76 (suppl 334): 37-63.
- Rydgren K-O. Psykofarmakas biverkningar av odontologisk-klinisk betydelse. Swed Dent J 1976; 69: 85-92.
- Sutcher HD, Underwood RB, Beatty RA, Sugar O. Orofacial dyskinesia. A dental dimension. JAMA 1971; 216: 1459-63.
- Slome BA. Rampant caries: A side effect of tricyclic antidepressant therapy. Gen Dent 1984; 32: 494-6.
- Olsson H, Spak C-J, Axell T. The effect of a chewing gum on salivary secretion, oral mucosal friction, and the feeling of dry mouth in xerostomic patients. Acta Odontol Scand 1991; 49: 273-9.
- Daly C. Fluoride treatments for dry-mouth patients. Dental Outlook 1990; 16: 1-5.
- Fann WE, Shannon IL. A treatment for dry mouth in psychiatric patients. Am J Psychiat 1978; 135: 251-2.
- Meyerowitz C, Featherstone JDB, Billings RJ, Eisenberg AD, Fu J, Shariati M, et al. Use of an intra-oral model to evaluate 0.05% sodium fluoride mouthrinse in radiation-induced hyposalivation. J Dent Res 1991; 70: 894-8.
- Bone S, Roose SP, Dunner DL, Fieve RR. Incidence of side effects in patients on long-term lithium therapy. Am J Psychiat 1980; 137: 103-4.
- Cullberg J. Dynamisk psykiatri. København: Hans Reitzel, 1986.

Forfattere

Hanne Ahring, centertandlæge
Københavns Amts Tandklinik, Afd. Lillemosegaard, Kellersvej 6C,
2860 Søborg

Børge Hede, overtandlæge, ph.d.
Tandklinikken, Psykiatrisk afdeling P, Amtssygehuset i Glostrup,
2600 Glostrup.