

Abstract

Spørg til smerten, men lyt til angsten

Introduktion – De psykologiske modelopstillinger for smerter og angst har meget tilfælles i deres affektive og kognitive interaktioner, mens de somatiske reaktioner væsentligt er tilknyttet henholdsvis det sensitive og det autonome nervesystem. Formålet med nærværende undersøgelse er derfor at beskrive, hvilke ord (kognitive reaktioner) patienterne bruger til at karakterisere deres akutte tandsmerter og analysere beskrivelsernes relationer til patienternes angstniveau (affektive reaktioner) for at gå til tandlæge.

Materiale og metode – Til undersøgelsespopulation blev anvendt patienter, der henvendte sig i Tandlægevagten i København (n = 196), og som analyseredskab blev brugt McGill Pain Questionnaire (MPQ), der kategoriserer smertebeskrivende ord i henholdsvis: sensoriske, affektive og evaluerende ord.

Resultater – Resultatet viste, at blandt samtlige patienter var det hyppigst anvendte ord pinefuld (affektivt ord), mens de følgende fem hyppigst benyttede ord alle var af sensorisk karakter. Blev undersøgelsespopulationen derimod ved hjælp af en Visual Analogue Scale (VAS) inddelt i tre angstniveauer (0-33, 34-66 og 67-100 mm), brugte laveste niveau kun sensoriske ord blandt de seks hyppigst anvendte ord, mens fordelingen på højeste niveau var fem affektive og et evaluerende ord. Fordelingen af mænd og kvinder på højeste angstniveau var næsten lige, mens der på laveste niveau var dobbelt så mange mænd som kvinder. På mellemste niveau var der dobbelt så mange kvinder som mænd. Der var en tendens til, at patienter med et højt angstniveau i gennemsnit brugte flere beskrivende ord end patienter på lavere niveauer.

Konklusion – En klinisk konklusion er, at angstfulde patienter mere udtrykker smertens affektive karakter end dens sensoriske karakter. En empatisk konklusion vil være, at man bør spørge til patienternes smerte, men lytte til deres angst.

Patienters beskrivelse af akutte orale smerter i relation til angst

Erik Friis-Hasché, lektor, dr.odont. et cand.art.psych.,
Afdeling for Pædodonti, Odontologisk Institut,
Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Københavns Universitet

Patienters smerte og deres angst for tandbehandling er blandt de mest komplekse problemer i relationen mellem tandlæge og patient (1-3). Deres forekomst er både solitær og i kombination med hinanden (4-8).

Melzack (9,10) angiver syv basale komponenter ved enhver smerteoplevelse: stimulus, receptorsystem, kognitive processer, emotions- og motivationsprocesser, perception, ydre modificerende faktorer og smerteadfærd (Fig. 1). Blandt de emotionelle processer hører især individets angstniveau, men også psykisk labilitet, ubehag, håbløshed, situationskontrol, sorg, vrede, frustration, stress og depressive symptomer påvirker perceptionen (11). Smerteadfærden er resultatet på de psykologiske og fysiologiske reaktioner, som stimulus har igangsat og i sin mest enkle form udtrykker både et blink med øjet (eksempelvis ved en injektion) og et udsagn som: Av! en smerteadfærd. Ord betragtes altså som en form for smerteadfærd. Til registrering af smertens kvalitet og kvantitet udtrykt gennem ord udviklede Melzack (12) senere McGill Pain Questionnaire (MPQ), der grupperer og kategoriserer ordene i klasser, som beskriver tre dimensioner af en smerteoplevelse: den sensoriske, den affektive (emotionelle) og den evaluerende dimension (Fig. 2). I 1990 foreslog Melzack (13), at ord brugt til smertebeskrivelser etablerer en slags smerte-neuro-matrix i hjernen og herigennem har indflydelse på, hvordan smerte forstås, håndteres og moduleres (14). Senest er det påvist, at brug af bandeord hæver smertetrærsklen og hermed giver mindre smertereaktion (15).

Spielberger et al. (16) og Wolpe (17) inddeler i deres model angst i to former: trait-anxiety (karaktertræksangst) og state-anxiety (tilstandsangst) og føjer hertil otte komponenter, der indgår i modellen: stimulus, kognitiv vurdering og revurdering, arousal af centralnervesystemet, fysiologisk aktivering, coping og afspænding, tidligere oplevelser og erfaring, arvelige faktorer og angstadfærd (undgåelse, avoidance) (Fig. 3). Dynamikken i de to modeller er meget hinanden lig, og i begge modeller indgår

Emneord:
dental anxiety;
pain
measurement;
language;
toothache;
dentist-patient
relations

Beskrivelse af smerten

- | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|
| 1. sitrende
vibrerende
pulserende
dunkende
bankende
hamrende | 8. snurrende
kløende
snertende
tærende | 15. nederdrægtig
ødelæggende |
| 2. springende
lynende
jagende | 9. murrende
dump
værkende
tung
kraftig | 16. irriterende
plagsom
intens
pinagtig
uudholdelig |
| 3. prikkende
stikkende
borende
stødende
huggende | 10. svag
spændt
kradsende
kløvende | 17. udstrålende
udbredende
gennem-
trængende
gennembo-
rende |
| 4. skarp
skærende
sønderrivende | 11. trættende
udmattende | 18. stram
følelsesløs
sammentræk-
kende
knugende
flænsende |
| 5. knibende
klemmende
gnavende
snærende
knusende | 12. kvalmende
kvælende | 19. kølig
kold
isnende |
| 6. trækkende
hivende
vridende | 13. frygtelig
forfærdelig
grufuld | 20. nagende
væmmelig
pinefuld
rædselsfuld
torterende |
| 7. varm
brændende
svidende
skoldende | 14. straffende
opslidende
modbydelig
grusom
dræbende | |

Fig. 1. McGill Pain Questionnaire (MPQ) i dansk version (18).

Fig. 1. McGill Pain Questionnaire (MPQ) in danish version (18).
 1: Flickering, quivering, pulsing, throbbing, beating, pounding.
 2: Jumping, flashing, shooting. 3: Picking, boring, drilling, stabbing, lancinating. 4: Sharp, cutting, lacerating. 5: Pinching, pressing, gnawing, cramping, crushing. 6: Tugging, pulling, wrenching. 7: Hot, burning, scalding, searing. 8: Tingling, itchy, smarting, stinging. 9: Dull, sore, hurting, aching, heavy. 10: Tender, taut, rasping, splitting. 11: Tiring, exhausting. 12: Sickening, suffocating. 13: Fearful, frightful, terrifying. 14: Punishing, gruelling, cruel, vicious, killing. 15: Wretched, blinding. 16: Annoying, troublesome, miserable, intense, unbearable. 17: Spreading, radiating, penetrating, piercing. 18: Tight, numb, drawing, squeezing, tearing. 19: Cool, cold, freezing. 20: Nagging, nauseating, agonizing, dreadful, torturing.

**Smertemodell
a.m. Melzack**

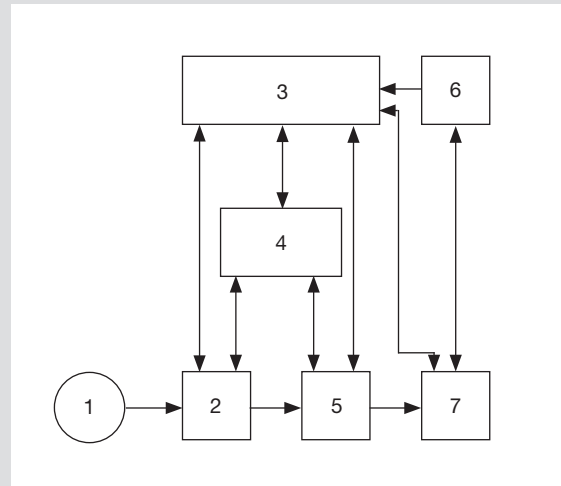


Fig. 2. Smertemodell a.m. Melzack (9, 10). 1: Stimulus. 2: Receptorsystem (nociception, Gate Control mekanisme). 3: Kognitive processer (indlæring, sprog, hukommelse, opmærksomhed, tro og forestillinger). 4: Emotions- og motivationsprocesser (angst, depression, sindsstemning). 5: Perception (smertetærskel, smertetolerance). 6: Ydre faktorer (miljø, demografi, socialisation, familie, job, kultur). 7: Smer-teadfærd (motorisk, verbalt, non-verbalt) (grafisk bearbejdet af forfatteren).

Fig. 2. Model of pain a.m. Melzack (9, 10). 1: Stimulus. 2: Receptorsystem (nociception, Gate Control Mechanism). 3: Cognitive processes (learning, language, memory, attention, belief and imagination). 4: Emotional and motivational processes (anxiety, depression, mood). 5: Perception (pain perception threshold, pain tolerance level). 6: External factors (environment, demographics, socialisation, family, job, culture). 7: pain behaviour (motoric, verbal, non-verbal) (graphic lay-out the author).

kognitive processer. I de tilfælde, hvor angst er en del af emotions- og motivationsprocesserne i smertemodellen, har de endda direkte interaktion med hinanden. Med til kognitive processer og kognitive vurderinger hører: tænkning, sprog, hukommelse og indlæring.

Med udgangspunkt i ovennævnte velbeskrevne modeller for angst og smerte er undersøgelsens formål derfor at beskrive, hvilke ord patienterne bruger til at beskrive deres akutte orale smerter med og analysere beskrivelsernes relationer til patienternes angstniveau for at gå til tandlæge.

Materiale og metode

Undersøgelsespopulationen bestod af patienter, der over en to-måneders periode konsekutivt henvendte sig i Tandlægevagten



(Københavns Tandlægeforening) med smerter. Ved indskrivningen fik de udleveret et smerteschema, som de blev anmodet om at udfylde i ventetiden inden behandlingen. I alt blev 252 skemaer udleveret, heraf glemte eller udfyldte 23 ikke skemaet, mens 33 af skemaerne var mangelfuldt udfyldt. Analyse materialet bestod således af 196 skemaer svarende til en besvarelsesprocent på 77. Der var 53 % (n = 104) mænd med en gennemsnitlig alder på 40,1 år ± 11,6 og 47 % (n = 92) kvinder med en gennemsnitlig alder på 39,0 år ± 16,8.

Efter en dansk oversættelse (18) blev samtlige 78 smerte-beskrivende ord præsenteret i 20 nummererede ordgrupper

(OG) a.m. McGill Pain Questionnaire (Fig.1) med overskriften: *Beskrivelse af smerten*. Ledsageteksten lød: *Nogle af de ord, der er anført her, beskriver smerte. Brug kun de grupper, der bedst beskriver din smerte, og udvælg kun et ord inden for hver gruppe. Sæt én ring omkring de bedst beskrivende ord.*

Til registrering af patienternes angstniveau over for tandlægebesøg blev anvendt en 100 mm visuel analog skala (VAS) med overskriften: *Tandlægeskræk* og ledsageteksten: *Hvor bange er du almindeligvis for at gå til tandlæge?* Skalabeskrivelse var til venstre (0 mm): *Slet ikke bange* og til højre (100 mm): *Panisk skræklagen*.

Registreringen af smertens styrke blev foretaget med en ordinalskala, der havde overskriften: *Styrken af smerten* med ledsageteksten: *Følgende fem ord beskriver en stigende smertestyrke på en skala fra 1-5. Sæt en ring omkring tallet for det ord, der bedst beskriver din smerte lige nu, og skalabeskrivelsen var: 1 Svag; 2 Ubehagelig; 3 Meget ubehagelig; 4 Voldsom; 5 Helt ulidelig.*

En pilotundersøgelse på 20 patienter, der havde til formål at vurdere patienternes forståelse af spørgsmålene og eventuelle vanskeligheder med at udfylde det, gav den tilbagemelding, at det var et meget omfattende skema at udfylde. På denne baggrund blev registreringen af patienternes angstniveau reduceret til kun ét registreringsspørgsmål.

Resultater

Smertens varighed

Tabel 1 viser, at 22 % af patienterne kun havde haft smerter en dag, mens 49 (26 + 23) %, havde haft det i 2-3 dage og 19 (12 + 7) % i 4-7 dage. Hos 10 % af patienterne havde smerterne været i mere end syv dage, og den højest angivne varighed var fire måneder, som en enkelt patient angav.

Smertens intensitet

Hovedparten af patienterne (36 %) angav, at smerterne var *Meget ubehagelige*, og 22 % mente, at de var *Voldsomme*. 16 % bedømte smerterne til at være *Helt ulidelige*, mens kun 9 % angav at de var *Svage* (Tabel 2).

Angstniveau over for tandlægebesøg

Tabel 3 viser, at der var næsten lige mange kvinder og mænd i undersøgelsespopulationen, men der var markant flere mænd (59 %) end kvinder (35 %), der havde et lavt angstniveau over for tandlægebesøg. På mellemste niveau var der dobbelt så mange kvinder (37 %) end mænd (18 %), og på højeste niveau var der kun lidt flere kvinder (28 %) end mænd (23 %).

Antal af smertebeskrivende ord

I Tabel 4 ses, at de patienter, der havde det højeste angstniveau, i gennemsnit brugte 5,9 ord til at beskrive deres smerte, mens patienter med lavt angstniveau kun brugte 4,3 ord. Endvidere viser tabellen, at patienter med lavt angstniveau brugte dobbelt så mange sensoriske ord (2,8 ord) end patienter med højt angstniveau (1,4 ord), hvorimod patienter med højt angstniveau brugte

Angstmodel a.m. Wolpe

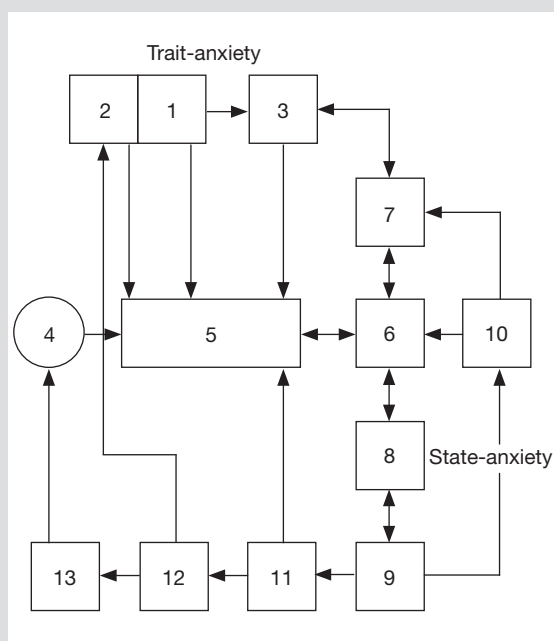


Fig. 3. Angstmodel a.m. Spielberger & Wolpe (16, 17). Trait-anxiety (karaktertræks-angst). 1: Arvelige faktorer. 2: Tidligere oplevelser. 3: Nuværende tilstand. 4: Stimulus (konkret / diffus). 5: Kognitiv vurdering. 6: Arousal af centralnervestyret. 7: Fysiologisk aktivering. 8: State-anxiety (tilstands-angst). 9: Coping. 10: Afspænding. 11: Kognitiv revurdering. 12: Erfaring. 13: Angstadfærd (undgåelse) (grafisk bearbejdet af forfatteren).

Fig. 3. Model of anxiety a.m. Spielberger & Wolpe (16, 17). Trait-anxiety, 1: Hereditary factors. 2: Previous experience. 3: Current state. 4: Stimulus (concrete / diffuse). 5: Cognitive estimation. 6: Arousal of the central nervous system. 7: Physiological activation. 8: State-anxiety. 9: Coping. 10: Relaxation. 11: Cognitive re-estimation. 12: Experience. 13: Avoidance (graphic lay-out the author).

flere affektive ord (2,6 ord) end patienter med lavt angstniveau (1,0 ord). Brugen af evaluerende og ikke-kategoriserede ord var også størst for patienter med et højt angstniveau (1,9 ord).

Prævalensen af smertebeskrivende ord

Hyppigheden i ordvalget til beskrivelse af tandsmerter fremgår af Tabel 5 og viser, at *pinefuld* var det hyppigst anvendte ord, idet det blev brugt af 36 % af patienterne. Ordet *dunkende* blev brugt af 28 %, mens *jagende* og *murrende* blev anvendt af 20 % af patienterne. De øvrige ord i tabellen er placeret rangordnet i 10 og 5 % grupperinger. I alt 17 ord har en hyppighedsanvendelse på 10 % eller derover, og af disse ord er det kun *jagende* (OG 2) og *uudholdelig* (OG 16), der repræsenterer den højeste intensitet i en ordgruppe. Ud af de 19 ord, der slet ikke blev brugt, repræsenterer fem ord: *nederdrægtig*, *ødelæggende*, *kølig*, *kold* og *isnende* to ordgrupper (OG 15 og OG 19) i MPQ (Fig. 1).

Smertebeskrivende ord i relation til angstniveauet

Tabel 6 viser, at *dunkende* var det ord, der hyppigst (48 %) blev brugt af patienter med lavt angstniveau, mens patienter med højt angstniveau hyppigst (68 %) angav ordet *pinefuld*. I MPQ's ind-

KLINISK RELEVANS

Når man i den daglige klinik spørger ind til karakteren og styrken af patienternes smerte, er det primært for at lade beskrivelsen indgå i diagnose og behandlingsplan. Men patientens angstniveau kan ofte være en væsentlig "støjkilde" for både en korrekt diagnose og et vellykket behandlingsforløb. Det kommer ofte til udtryk i, at patienten bruger flere affektive end sensoriske ord til at beskrive sin smerte. En empatisk kommunikation vil derfor være at spørge til smerten, men lytte til angsten – eller: Den gode kliniker skelner mellem affektive og sensoriske ord og tilrettelægger sin professionelle handlingsplan derefter.

deling af ordene i kategorier, betragtes *dunkende* som et sensorisk udsagn og *pinefuld* som et ikke-kategoriseret ord, men med affektivt indhold. Af de seks hyppigst anvendte ord hos patienter med lavt angstniveau var de fire af sensorisk karakter (*dunkende*, *jagende*, *kraftig* og *murrende*) mens to ord (*udstrålende* og *gennem-*

Varighed af smerte

Smerteverighed	%	N
1 dag	22	43
2 dage	26	51
3 dage	23	45
4-5 dage	12	23
6-7 dage	7	14
>7 dage	10	20
Total	100	196

Tabel 1. Fordeling af smertens varighed angivet i dage.

Table 1. Duration of pain (days).

Styrke af smerte

Smertestyrke	%	N
1. Svag	9	18
2. Ubehagelig	17	33
3. Meget ubehagelig	36	70
4. Voldsom	22	43
5. Helt ulidelig	16	32
\bar{x} (\pmSD): 3,2 (1,1).	100	196

Tabel 2. Fordeling af smertens styrke, ved markering på en ordinær skala fra 1-5, med item-udsagnet: Hvilket ord beskriver bedst din smerte lige nu?

Table 2. Intensity of pain, on a scale of 1-5, in response to the question "What word best describes your pain at this moment?"

Niveau af angst

Angstniveau	Mænd % (n)*	Kvinder % (n)*	Total
Lav: 0-33 mm	59 (61)	35 (32)	47 (93)
Mellem: 34-67 mm	18 (19)	37 (34)	27 (53)
Høj: 68-100 mm	23 (24)	28 (26)	26 (50)
	100 (104)	100 (92)	100 (196)

*P = 0,001

Tabel 3. Patienternes selvurdering af deres angstniveau for at gå til tandlæge bedømt med VAS (0-100 mm) fordelt efter køn.

Table 3. Patients' own assessment of their level of anxiety about going to the dentist, on the VAS scale (0-100 mm), divided by gender.

Ordkategori versus angstniveau

Ordkategori (a.m. MPQ)	Angstniveau		
	Lav	Mellem	Høj
	M (± SD)		
Sensorisk (Ord- gruppe 1-10)	2,8 (1,3)	2,3 (1,2)	1,4 (0,2)
Affektiv (Ordgruppe 11-15)	1,0 (0,4)	1,4 (0,7)	2,6 (1,3)
Evaluerende (Ord- gruppe 16) + ikke-kategoriseret (Ordgruppe 17-20)	0,5 (0,2)	0,5 (0,2)	1,9 (0,8)
Total	4,3 (1,9)	4,2 (2,0)	5,9 (2,3)

Tabel 4. Det gennemsnitlige antal benyttede smertebeskrivende ord (a.m. MPQ) fordelt efter ordkategori (sensorisk, affektiv, evaluerende og ikke-kategoriseret) og patienternes grad af angstniveau.

Table 4. Average number of pain-describing words (a.m. MPQ), divided according to word category (sensory, affective, evaluative and miscellaneous) and patients' anxiety levels.

Beskrivelse af ord

%	Ordbeskrivelse
36-20	Pinefuld, dunkende, jagende, murrende
19-10	Udstrålende, kraftig, hamrende, intens, gennemtrængende, uudholdelig, udmattende, modbydelig, skarp, trættende, frygtelig, pulserende, forfærdelig
9-5	Kvalmende, borende, klemmende, rædselsfuldt, skærende, trækkende, varm, bankende, dump, stikkende, irriterende, sønderrivende, værkende, stram, sammentrækkende
<5	Kløende, sviende, væmmelig, knibende, grufuld, brændende, drøbende, grusom, prikkende, springende, stødende, vridende, pinagtig, plagsom, gennemborende, udbredende, svag, snurrende, tung, følelsesløs, huggende, vibrerende, lynende, opslidende, knugende, tærende, gnavende.
Ikke brugt	Ødelæggende, kvælende, spændt, kradsende, kløvende, kølig, kold, isnende, nederdrægtig, torterende, sitrende, hivende, skoldende, flænsende, straffende, snertende, snærende, knusende, nagende.
N = 196	

Tabel 5. Anvendelse af smertebeskrivende ord (a.m. MPQ) rangeret i procent.

Table 5. Use of pain descriptive words (a.m. MPQ) listed according to percentage.

trængende) var ikke-kategoriserede ord med sensorisk indhold. Fordelingen blandt patienter med højt angstniveau var: fire affektive ord (*modbydelig, forfærdelig, udmattende og frygtelig*), ét evaluerende ord (*uudholdelig*) og ét ikke-kategoriseret ord med affektivt indhold (*pinefuld*). Tabellen viser endvidere, at med stigende angstniveau falder brugen af sensoriske smertebeskrivende ord, mens hyppigheden af affektive ord stiger.

Diskussion

Materiale og metode

Frafaldspopulationen (n = 33) afveg i køn og alder (31,7 år ± 11,1) ikke væsentlig fra analysepopulationen. Omstændighederne, hvorunder undersøgelsesmateriale blev indsamlet, var derimod stærkt belastende, fordi patienterne henvendte sig med akutte problemer, som det ikke var muligt at få behandlet hos egen tandlæge. Det er derfor sin sag, på kort tid, med voldsomme smerter og på en ukendt lokalitet, at udfylde et skema, der kræver, at man omhyggeligt skal tage stilling til 78 forskellige udsagn (ord) om smerte. Dette kan være en del af forklaringen på, at 23 % af patienterne havde "glemt" eller ikke udfyldt skemaerne korrekt, til trods for at det var tilstræbt, at layout og registreringsproceduren skulle være enkel og klar. En anden forklaring kunne også være det direkte modsatte, at patienternes smerte eller ubehag var så lille, at de ikke kunne beskrive den. Tabel 2 viser imidlertid en rimelig fordeling af patienter med stærke og svage smerter, hvorfor frafaldet må skønnes ikke at udgøre en væsentlig bias, men tilskrives tilfældigheder.

Når der i smertelitteraturen tales om kroniske smerter, forstås man smerter, der varer ud over den normale tid for en heling efter en vævsskade (sygdom), men ofte angives en definitions-

Angstniveau versus smertebeskrivelse

Angstniveau	Ordbeskrivelse	Ordgruppenummer a.m. MPQ	Ordkategori a.m. MPQ	n	%
Lav N: 93	Dunkende	1	S	45	48
	Udstrålende	17	S*	20	22
	Jagende	2	S	19	20
	Kraftig	9	S	18	19
	Gennemtrængende	17	S*	17	18
	Murrende	9	S	15	16
Mellem N: 53	Pinefuld	20	A*	23	43
	Jagende	2	S	16	30
	Udmattende	11	A	10	19
	Murrende	9	S	9	17
	Dunkende	1	S	8	15
	Intens	16	E	8	15
Høj N: 50	Pinefuld	20	A*	34	68
	Modbydelig	14	A	20	40
	Uudholdelig	16	E	15	30
	Forfærdelig	13	A	14	28
	Udmattende	11	A	13	26
	Frygtelig	13	A	10	20

Table 6. De 6 mest anvendte smertebeskrivende ord rangordnet efter angstniveau med angivelse af ordgruppe og ordkategori a.m. MPQ (S: sensorisk, A: affektiv, E: evaluerende, * : ikke kategorise-ret).

Table 6. The sixth most pain descriptive words listed according to dental anxiety and stating by groups of words and word category a.m. MPQ (S: sensory, A: affective, E: evaluative, *: miscellaneous).

varighed på 3-6 måneder, alt efter organtype og sygdomskaraktter. Ud fra disse tidsangivelser må samtlige patienter i nærværende undersøgelse siges at have akutte tandsmerter med undtagelse af en enkelt. Problemet fremhæves, fordi en stor del af forskningen omkring smerternes verbale udtryk er relateret til patienter med kroniske smerter i bevægeapparatet, hvorfor akuiteten og smertelokalisationen i sig selv kan være en bias. MPQ er dog tidligere blevet anvendt på akutte tandsmerter (19,20), og der er udviklet smertescreeningsskemaer med særligt hensyn til de orale symptomer (21).

Den mest anvendte skala til registrering af patienters angstniveau over for tandlægebesøg er Corah's Dental Anxiety Scale (CDAS), der består af fire spørgsmål med hver fem rangordnede svarmuligheder af fysiologisk karakter. De mest enkle skalaer har kun ét spørgsmål med henholdsvis 4-5 rangordnede svarmuligheder (Dental Anxiety Question (DAQ)) eller en 10-punkts-skala

(Gatchel's 10-Point Fear Scale (GPFS)). CDAS er multidimensional i sin opbygning, mens DAQ og GPFS giver en endimensionel generel registrering af angstniveauet. De sidste anbefales til generelle screeninger, skønt de har en tendens til at overestimere prævalensen af høje angstniveauer (22). Den valgte registreringsmåde med VAS må sidestilles med GPFS (23). I forhold til Spielbergers (16) og Wolpes (17) angstmodel er VAS gennem formuleringen af ledsageteksten relateret til trait-anxiety, fordi der spørges om, hvordan patienten "almindeligvis" har det med at gå til tandlæge, hvilket er den samme formulering, som anvendes i trait-anxiety-spørgeskemaet. Med i overvejsen til kun at benytte VAS var også tilbagemeldingerne fra pilotundersøgelsen. Den aritmetiske tredeling af VAS gav hensigtsmæssige store delpopulationer, og der indgik derfor ikke yderligere statistiske eller kliniske vurderinger af skalainddelingen. Som forventet var fordelingen af angstniveauerne højere end i epidemiologiske

data, der benytter CDAS, således angiver Moore (24), at næsten 40 % har en eller anden grad af angst for tandlægebesøg, mens undersøgelsens prævalens kan estimeres til omkring 53 (27+26) % (Tabel 3).

Smertebeskrivende ord

Pinefuld er helt klart det mest anvendte ord til beskrivelse af tandsmerter, hvilket måske skyldes, at ordet giver associationer til tandpine. I MPQ betragtes ordet som affektivt og er placeret i OG 20, der er blandt de fire ordgrupper (OG 17-20), hvor ordene ikke er kategoriseret, hvilket vil sige, at de ikke er rangordnet i intensitet (Fig.1). De følgende ni hyppigst anvendte ord er alle af sensorisk eller evaluerende karakter (Tabel 5). Tager man derimod hensyn til patienternes angstniveau, tegner der sig et helt anderledes billede, idet patienter med lavt angstniveau især bruger sensoriske beskrivelser, mens patienter med højt angstniveau bruger affektive ord. Over for den kliniske diagnose af orale smerter kan de mange affektive ord være slørende og give et falsk billede, idet de "overdramatiserer" symptomerne. Da patienter med højt angstniveau yderligere bruger flere ord end patienter med lavt niveau, kunne man også tolke deres ordvalg som et udtryk for, at de både beskriver deres angst og deres smerte samtidig. Under forudsætning af, at stimuli for smerternes oprindelse har udgangspunkt i de samme vævsskader hos patienter med højt og lavt angstniveau, må det større brug af affektive ord hos patienter med højt angstniveau være et udtryk for, at det er angsten, der giver smerterne en større affektiv beskrivelse.

Betragter man de 17 mest anvendte ord til beskrivelse af orale smerter (Tabel 5), repræsenterer de i MPQ 10 ordgrupper (OG 1, 2, 4, 9, 11, 13, 14, 16, 17 og 20) svarende til ni sensoriske, seks affektive og to evaluerende ord. Denne ordfordeling kunne meget vel være udgangspunktet for udviklingen af en kort version af MPQ til anvendelse over for orale smerter. Der er tidligere til specifikke formål udviklet reducerede udgaver af MPQ på henholdsvis 18 og 25 ord (25,26).

Smertetyper – patienttyper

At tale om forskellige smertetyper eller forskellige patienttyper med smerter er to begreber med vidt forskellige udgangspunkter. Smertetyperne tager deres udgangspunkt i stimulusplacering, som kan være af somatisk eller anatomisk karakter og derfor faktisk befinder sig uden for smertemodellen, mens patienttyperne beskrives ud fra de indre punkter (2-5) i modellen (Fig. 2). Således beskrives i internationale lærebøger (27) og håndbøger (28) særskilt rygsmarter, muskel- og skeletsmarter, visceralsmarter, kutansmarter og orofaciale smerter (tandsmerter) og som et helt specifikt område: hovedpine. Måden, hvorpå stimuli opstår, danner også udgangspunkt for smertebeskrivelser som eksempelvis: inflammatoriske smerter, iskæmiske smerter, cancersmarter og operationssmerter. En omfattende smertelitteratur omhandler desuden smerter sat i relation til tid, benævnt som akutte og kroniske smerter. Når kroniske smerter har så stor en opmærk-

somhed, skyldes det dels smerternes invaliderende alvorlighed og dels udforskningen af de mekanismer, der ligger til grund for tolkningen af smertestimuli.

En beskrivelse af smerter helt uden stimuli, hvor det alene er tolkningen, der danner udgangspunktet, er fantomsmerter. I beskrivelsen af smerter hos børn er det også hovedsageligt tolkningen, der er det væsentlige. Grundet sygdommens comorbiditet, og hermed omfanget af smerterne, beskrives og behandles smerter hos ældre også særskilt. Hos patienter med depression har smerter en helt særskilt placering i relation til modellens emotions- og motivationsprocesser. For nærværende artikels emner vil det derfor være relevant at fremhæve, at de både beskriver en velafgrænset smertetype og en velbeskrevet patienttype – den angstfulde patient.

Konklusion

En optimal kommunikation mellem patient og tandlæge om patientens smerteoplevelse er en væsentlig forudsætning for en korrekt diagnose, vellykket behandling og positiv patient-behandler-relation. Smerteoplevelse er imidlertid en meget kompliceret psykologisk- og sansemæssig proces, hvor emotions- og motivationsprocesser har en afgørende indflydelse på oplevelsen af smertens karakter og intensitet. Ved hjælp af et velvalideret smertespørgeskema (McGill Pain Questionnaire) viste undersøgelsen, at patienter, der henvendte sig i Tandlægevagten med akutte orale smerter, både brugte affektive og sensoriske ord til at beskrive deres smerte. De fire hyppigst brugte ord var: pinefuld, dunkende, jagende og murrende. Tog man derimod hensyn til patienternes angstniveau for at gå til tandlæge, brugte patienter med et lavt angstniveau især sensoriske ord, mens patienter med et højt niveau brugte affektive ord. En empatisk klinisk konklusion vil derfor være: Spørg til patienternes smerte, men lyt til deres angst. ■

Abstract (English)

Patients' descriptions of acute oral pain in relation to anxiety.

Introduction – The psychological models of pain and anxiety have many similarities in terms of their affective and cognitive interactions, while somatic reactions are strongly linked to the sensitive and autonomic nervous systems. The purpose of this study is therefore to describe the words (cognitive reactions) patients use to characterise acute dental pain, and to analyse the relations between these descriptions and the patients' anxiety levels (affective responses) about visiting a dentist.

Material and methods – The respondents consisted of patients who contacted the Emergency Dental Service in Copenhagen (n: 196). The analysis tool used was the McGill Pain Questionnaire

(MPQ), which categorises pain-describing words into sensory, affective and evaluative terms.

Results – The results showed that the most frequently used word was “painful” (affective word). The next five most frequently used words were all sensory terms. However, when the group was divided into three levels of anxiety (0-33, 34-66 and 67-100 mm) using a Visual Analogue Scale (VAS), the lowest level’s six most frequently used words were all sensory terms, while the spread at the highest level was five affective words and one evaluative. The

gender split at the highest anxiety level was almost equal. There were twice as many men as women at the lowest level, while on the middle level, there were twice as many women as men. There was a tendency for patients with high anxiety levels to use more descriptive words than patients on lower levels.

Conclusion – The clinical conclusion is that anxious patients tend to emphasise the affective nature of pain over its sensory aspects. An empathic conclusion would be that you should ask about patients’ pain, but listen to their fears.

Litteratur

- Moore R. Psychosocial aspects of dental anxiety and clinical pain phenomena. Aarhus: University of Aarhus, 2006.
- Eli I. Oral psychophysiology. Stress, pain, and behavior in dental care. Boca Raton, Fla: CRC Press, 1992.
- Vassend O. Anxiety, pain and discomfort associated with dental treatment. *Behav Res Ther* 1993; 31: 659-66.
- Litt MD. A model of pain and anxiety associated with acute stressors: distress in dental procedures. *Behav Res Ther* 1996; 34: 459-76.
- Hashem AA, Claffey NM, O’Connell B. Pain and anxiety following the placement of dental implants. *Int J Oral Maxillofac Implants* 2006; 21: 943-50.
- Klages U, Ulusoy O, Kianifard S, Wehrbein H. Dental trait anxiety and pain sensitivity as predictors of expected and experienced pain in stressful dental procedures. *Eur J Oral Sci* 2004; 112: 477-83.
- Okawa K, Ichinohe T, Kaneko Y. Anxiety may enhance pain during dental treatment. *Bull Tokyo Dent Coll* 2005; 46: 51-8.
- Klages U, Kianifard S, Ulusoy O, Wehrbein H. Anxiety sensitivity as predictor of pain in patients undergoing restorative dental procedures. *Community Dent Oral Epidemiol* 2006; 34: 139-45.
- Melzack R, Torgerson WS. On the language of pain. *Anesthesiology* 1971; 34: 50-9
- Melzack R. The puzzle of pain. New York: Basic Books, 1973.
- Craig KD. Emotional aspects of pain. In: Wall PD, Melzack R, eds. *Textbook of pain*. 3rd ed. Edinburgh: Churchill Livingstone, 1999.
- Melzack R. The McGill Pain Questionnaire: major properties and scoring methods. *Pain* 1975; 1: 277-99.
- Melzack R. Phantom limbs and the concept of a neuromatrix. *Trends Neurosci* 1990; 13: 88-92.
- Wilson D, Williams M, Butler D. Language and the pain experience. *Physiother Res Int* 2009; 14: 56-65.
- Stephens R, Atkins J, Kingston A. Swearing as a response to pain. *Neuroreport* 2009; 20: 1056-60.
- Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE. *State-trait anxiety inventory (STAI)*. Palo Alto: Consulting Psychologist Press, 1970.
- Wolpe J. *The practice of behavior therapy*. New York: Pergamon Press, 1973.
- Drewes AM, Helweg-Larsen S, Petersen P, Brennum J, Andreasen A, Poulsen LH et al. McGill Pain Questionnaire translated into Danish: experimental and clinical findings. *Clin J Pain* 1993; 9: 80-7.
- Grushka M, Sessle BJ. Applicability of the McGill Pain Questionnaire to the differentiation of “toothache” pain. *Pain* 1984; 19: 49-57.
- Van Buren J, Kleinknecht RA. An evaluation of the McGill pain questionnaire for use in dental pain assessment. *Pain* 1979; 6: 23-33.
- Pau A, Croucher R, Marcenes W, Leung T. Development and validation of a dental pain-screening questionnaire. *Pain* 2005; 119: 75-81.
- Newton JT, Buck DJ. Anxiety and pain measures in dentistry: a guide to their quality and application. *JADA* 2000; 131: 1449-57.
- Gatchel RJ. The prevalence of dental fear and avoidance: expanded adult and recent adolescent surveys. *JADA* 1989; 118: 591-3.
- Moore R, Birn H, Kirkegaard E, brødsgaard I, Scheutz F. Prevalence and characteristics of dental anxiety in Danish adults. *Community Dent Oral Epidemiol* 1993; 21: 292-6.
- Melzack R. The short-form McGill Pain Questionnaire. *Pain* 1987; 30: 191-7.
- Perkins FM, Werner MU, Persson F, Holte K, Jensen TS, Kehlet H. Development and validation of a brief, descriptive Danish pain questionnaire (BDDPQ). *Acta Anaesthesiol Scand* 2004; 48: 486-90.
- McMahon SB, Koltzenburg M. Wall and Melzack’s *Textbook of Pain*, 5th ed. Philadelphia: Elsevier/Churchill Livingstone, 2005.
- Turk DC, Melzack R. *Handbook of Pain Assessment*. 2nd ed. New York: Guilford Press, 2001.

tandlægebladet

Find den faglige artikel, du søger efter!

– Gå ind på Tandlaegebladet.dk, hvor du kan finde faglige artikler, der har været publiceret i Tandlægebladet siden nr. 11/1996