

ABSTRACT

INTRODUKTION - Angst kan forhindre børn i at modtage nødvendig undersøgelse og tandbehandling. Tandlæger og tandplejere har behov for redskaber, når de skal tale med børn om angst. Formålet med denne pilotundersøgelse var at evaluere, i hvilken grad børn i samtale med en tandlæge kunne give udtryk for angst, fysiologiske kropslige symptomer og tankeprocesser både verbalt og ved hjælp af tegning.

MATERIALE OG METODE - Undersøgelsen inkluderede 10 børn i alderen 7-11 år, som var henvist på grund af angst i tandbehandlingssituationen. Spørgeskemaerne CFSS-DS (som måler tandbehandlingsangst) og IOIF (som måler angst for sprøjte i munden) blev udfyldt. Tandlægen gennemførte en struktureret samtale med børnene før og efter kognitiv adfærdsterapi. Børnene blev opfordret til at tegne deres kropslige følelser på en hvid tøjdukke (Kiwanisdukke) og formidle de tanker, som opstod under tandbehandling.

RESULTATER - Alle 10 børn formidlede både kropslige og kognitive symptomer på angst. Et barn syntes, det var for energikrævende at tegne på dukken, og to børn formidlede deres kropslige følelser mundtligt, mens tandlægen tegnede på dukken i samråd med barnet. Alle oplevede ændringer i angstsymptomerne i løbet af behandlingen, hvilket de formidlede ved at tegne på dukkerne ved afslutningen af den sidste konsultation hos tandlægen.

KONKLUSION - Dukken var et godt hjælpemiddel i forbindelse med samtale om angst mellem tandlæge og børnepatienter.

EMNEORD Dental anxiety | anxiety reactions | bodily activation | thoughts | drawing as a form of expression



Korrespondanceansvarlig førsteforfatter:
MAREN LILLEHAUG AGDAL
maren.gry.lillehaug.agdal@vlfk.no

Børns formidling af angst for tandbehandling ved at tegne på en tøjdukke – før og efter kognitiv adfærdsterapi

MAREN LILLEHAUG AGDAL, specialtandlæge i pædodonti, ph.d., Tannhelsetjenestens kompetansesenter Vest/Hordaland, Bergen, Norway

INGALILL RISBAKK VEGSUND, tandlæge, Institutt for klinisk odontologi, Det Medisinske fakultet, Universitetet i Bergen, Norge

LINETT ØVLAND, tandlæge, Institutt for klinisk odontologi, Det Medisinske fakultet, Universitetet i Bergen, Norge

KARIN GOPLERUD BERGE, tandlæge, ph.d., Tannhelsetjenestens kompetansesenter Vest/Hordaland, Bergen, Norway

MARGRETHE ELIN VIKA, psykolog, ph.d., Tannhelsetjenestens kompetansesenter Vest/Hordaland, Bergen, Norway

► Artiklen er oprindeligt publiceret i Den Norske Tannlegeforenings Tidende 2020;130:412-20.

Tandlægebladet 2021;125:244-52

TIL TRODS FOR FOKUS på hensynsfuld tandbehandling er der stadig børn, som er bange i forbindelse med tandbehandling. De yngste børn har en naturlig skepsis over for det nye og ukendte i situationen, mens ældre børn som oftest er bange på grund af, at de tidligere har haft negative oplevelser hos tandlægen (1,2). Angsten kan være konkret knyttet til dele af behandlingen, eller den kan være mere uafgrænset forbundet til hele tandbe-

handlingssituationen. At blive bange er en af vore grundemotioner. Frygtreaktionen hjælper os til at flygte eller tage kampen op med en reel trussel, og derfor må frygten føles så intenst, at den fører til handling. Når frygtfølelsen bliver en tilstand, der er knyttet til en fremtidig trussel, og faren ved truslen er overdimensioneret, har frygt udviklet sig til angst. Nyere studier viser, at 5-14 % af børn i alderen 4-16 år har betydelig angst for tandbehandling (3-5). Overgangen mellem udtalt frygt og angst er glidende. I denne artikel har vi valgt at anvende betegnelsen angst.

Tandplejepersonalet og barnets forældre har lettere ved at forstå det konkrete ubehag i munden end den frygtreaktion, barnet føler. Med dette udgangspunkt forsøger man at hjælpe barnet til at forstå, at ubehaget ikke er farligt, at det er kortvarigt, og at det nok skal gå godt. I modsætning til de fleste voksne, kan barnet ikke forstå, acceptere og håndtere smerte og ubehag under tandbehandling som forbigående, vigtige og nødvendige konsekvenser, når tænderne skal repareres. Den frygt, barnet oplever i situationen, kendetegnes af sympaticusaktivering med stærke kropslige, fysiologiske reaktioner og negative tanker om faren ved situationen. Voksne, som er bange for tandbehandling, har negative tanker om tandbehandlingssituationen (6). Børns negative tanker i forbindelse med tandbehandling er mindre beskrevet; men man kan antage, at de er overdimensionerede i forhold til den reelle trussel, lige som det er tilfældet hos voksne. Denne irrationelle angst kan være vanskelig at forstå for voksne, som ikke selv har oplevet angst. Kropslig aktivering og negative tanker mistolkes, og det kan muligvis være årsag til, at tandlæger og forældre vurderer, at barnet har det bedre i tandbehandlingssituationen, end barnet selv rapporterer (7).

Børn udtrykker både graden af oplevet smerte (8) og angst (9) på forskellig måde. Dette medfører, at det er vanskeligt at tolke børns oplevelse af tandbehandling ud fra deres udtryk. Enkelte børn fremstår også af forskellige årsager som meget sensitive. Smerten og det konkrete ubehag, de oplever under tandbehandlingen, kan være koblet til den kropslige reaktion, som er et kraftigt signal om, at barnet bør undgå situationen (10).

Kiwanisdukker er helt hvide tøjdukker uden markering af ansigt. De anvendes som et hjælpemiddel til bedre og enklere kommunikation mellem barn og sundhedspersonale, så barnet bliver mere trygt. Dukken kan bruges til at visualisere og demonstrere medicinske procedurer (fx at «sætte» en sprøjte i armen på dukken) for børn på sygehus eller for at få barnet til at beskrive sine følelser (11). Spørgsmålet er så, om barnet ved hjælp af Kiwanisdukken kan udtrykke sit ubehag og sine tanker, så tandplejepersonalet kan forstå den indre kamp, barnet kæmper, når det ligger i tandlægestolen?

I en nyere systematisk oversigt konkluderer man, at metoderne til behandling af ængstelige børn hos tandlægen bør videreudvikles (12). Behandling med kognitiv adfærdsterapi har vist sig at være effektivt til at reducere angst for tandbehandling og angst for sprøjter i munden blandt børn og unge (13-15). Patientuddannelse er et væsentligt led i behandling med kognitiv adfærdsterapi (13). Det er imidlertid kun sparsomt undersøgt, om børn oplever kropslige og tankemæssige ændringer, samtidig med at de lære at håndtere situationen.

I denne undersøgelse ønskede vi at evaluere, om børn i 10-årsalderen er i stand til at give udtryk for deres angst, både kropslige angstreaktioner og tanker, ved samtale og i form af tegning med farvetusser på en dukke. Endvidere ønskede vi at vurdere, om børn kan give udtryk for eventuelle ændringer, de oplever i kroppen og tankerne, efter at tandlægen har udført angstbehandling.

MATERIALE OG METODE

Studiedesign og deltagere

Undersøgelsen var en klinisk prospektiv kasuistikserie, hvor 10 børn i alderen 7-11 år blev behandlet for tandbehandlingsangst. Børnene var henvist til Senter for Odontofobi (TKV-Hordaland) fra den offentlige tandplejetjeneste i løbet af foråret 2017. Kronologisk efter henvisningsdato blev børn i alderen 7-11 år inviteret til at deltage i undersøgelsen. Inklusionskriterier: 1) Angst for tandbehandling havde ført til, at barnet ikke kunne klare forskellige procedurer på den lokale tandklinik, 2) Barnet havde ingen kendt autismespektrumdiagnose eller psykisk udviklingshæmning.

En tandplejereceptionist informerede telefonisk forældrene om undersøgelsen. Derefter blev der sendt en informationskrivelse om undersøgelsens design til børn og forældre eller værger. Informationskrivelsen indeholdt oplysninger om, at barnet ville få standardiseret kognitiv adfærdsterapi mod angst for tandbehandling i henhold til en behandlingsprocedure med dokumenteret effekt (13-15). Desuden var der information om, at barnet ville blive bedt om at tegne de følelser, det oplever i tandbehandlingssituationen, på en hvid tøjdukke (Kiwanisdukke) (11) før og efter behandling. Ulempen ved undersøgelsen blev vurderet til at være den ekstra tid, det ville tage for barnet at udfylde spørgeskema. Fordelen var, at de blev prioriteret foran ventelisten af henviste patienter. Alle børn og forældre/værger underskrev et samtykkeskema for deltagelse i undersøgelsen. Deltagelsen var frivillig, og patienter og forældre/værger kunne til enhver tid trække samtykket tilbage.

Spørgeskema

I venteværelset udfyldte børnene sammen med deres voksne ledsager et spørgeskema før første konsultation og efter sidste konsultation. Spørgeskemaerne var validerede spørgeskemaer knyttet til angst for tandbehandling, *Childrens Fear Survey Schedule – Dental Subscale* (CFSS-DS) (16), og angst for sprøjte i munden *Intra-oral injeksjonsfobiskskala for barn og ungdom* (IOIF) (17). CFSS-DS er en Likert-skala med 15 spørgsmål, hvor hvert spørgsmål har fem svaralternativer «overhovedet ikke bange», «kun lidt bange», «temmelig bange», «meget bange» og «skrækslagen». Sumscoren for CFSS-DS varierer fra 15-75. Tærskelværdien for alvorlig angst for tandbehandling er 38, mens tærskelværdien for moderat angst for tandbehandling er 32. IOIF er en Likert-skala med 12 spørgsmål med følgende fem svaralternativ: «overhovedet ikke bange», «kun lidt bange», «temmelig bange», «meget bange» og «skrækslagen». Sumscoren varierer fra 12-60 og tærskelværdien er 38 for alvorlig angst for sprøjte i munden.

Møde med barnet

Efter at spørgeskemaet var besvaret i venteværelset, kom barnet sammen med den voksne ledsager ind på klinikrummet. Barnet blev opfordret til at sætte sig i tandlægestolen. Med udgangspunkt i en på forhånd udarbejdet semistruktureret samtale snakkede tandlægen om Kiwanisdukken (kan fås ved at kontakte første-forfatteren). Børnene fik udleveret 20 forskellige farvetusser og blev informeret om, at de kunne tegne de følelser, de har hos ▶

Angstkurven

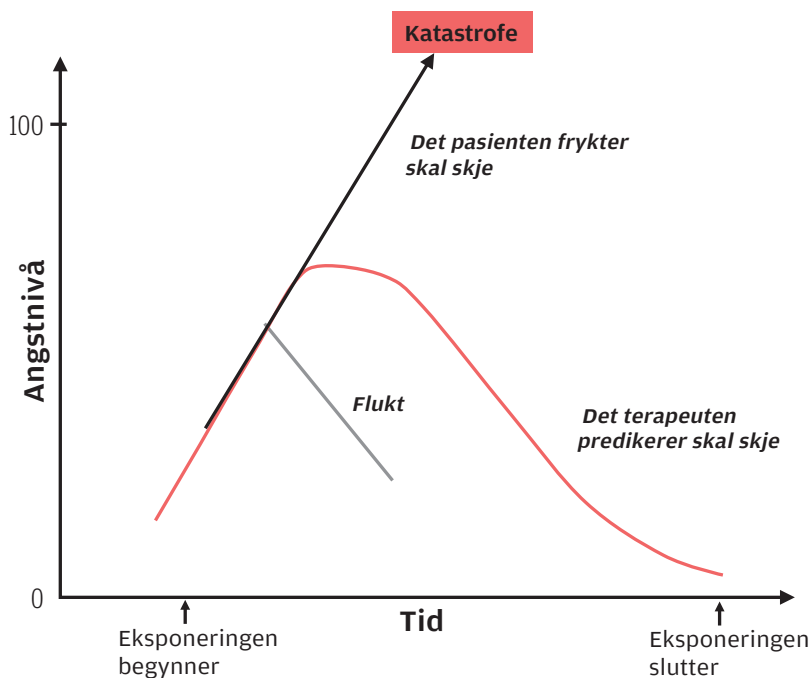


Fig. 1. Angstkurven viser, at angsten vil aftage, hvis man forbliver i den angstudløsende situation (29).

Fig. 1. The anxiety curve indicates that anxiety will decrease, if you remain in the situation that caused the anxiety (29).

tandlægen på den ene side af Kiwanisdukken. Tandlægen stillede derefter følgende spørgsmål: «*Hvordan, synes du, det er at gå til tandlæge?*», «*Hvad tænker du, når du sidder i tandlægestolen?*», «*Hvordan kan du vise med ansigtet, hvad du føler inde i?*», «*Tænk nu, at vi skal bore i en af dine tænder i dag. Hvad ville du så føle i kroppen? Hvor i kroppen føler du, at kroppen fortæller dig, at det bliver svært?*». Hvis barnet ikke var i stand til at formidle, hvad det følte i kroppen, gik tandlægen mere konkret ind på normale fysiologiske angstsymptomer som: «*Hvordan mærker du dit hjerte?*», «*Slår det kraftigere, end det plejer?*», «*Kan du tegne på dukken, hvordan dit hjertet føles?*», «*Mærker du andre ting i kroppen?*», «*Hvad mærker du i maven?*», «*Hvordan føles dine hænder og fødder?*», «*Hvordan føles din hud?*», «*Hvordan føler du det i hovedet?*». Efter hvert spørgsmål fik barnet tid til at tegne på dukken. Tandlægen gengav for barnet de tanker og følelser, som barnet udtrykte verbalt eller ved tegning på dukken. Tandlægen skrev barnets kommentarer ned undervejs og dobbelttjekkede med barnet, om det nedskrevne stemte med det, barnet gav udtryk for.

Efter samtalen forklarede tandlægen den fysiologiske årsag til de specifikke kropslige symptomer, barnet havde beskrevet. Derefter blev angstkurven (Fig. 1) tegnet på et hvidt A4-ark. Angstkurven blev tilpasset barnets problemstillinger, og barnet fik selv lejlighed til at reflektere over, hvordan de kropslige reaktioner ville variere i løbet af den forestående behandling. Angst-

kurven var et hjælpemiddel til at forklare rationale for, hvorfor barnet burde udfordre sin angst under behandling. Dette blev repeteret ved hver konsultation. Følgende fire grundlæggende forudsætninger for angstreduktion under behandling blev gennemgået med eksempler: «følelse af kontrol», «tillid til behandler», «gradvis eksponering med små skridt» og «samarbejde».

Behandling

Kognitiv adfærdsterapi med systematisk, kontrolleret og gradvis eksponering blev benyttet som metode til at eksponere børnene for elementer i tandbehandlingssituationen, som de var bange for. Behandlingen blev udført af to erfarne tandlæger med særlig kompetence i kognitiv adfærdsterapi. Før undersøgelsen blev tandlægerne kalibreret i, hvordan Kiwanisdukken skulle præsenteres, og hvordan den semistrukturerede samtale med barnet skulle gennemføres. Nødvendig tandbehandling blev udført som del af eksponeringen til tandbehandling. Første konsultation havde en varighed på 1,5 time inklusive den tid, barnet brugte på spørgeskemaet. Hver behandlingsseance havde normalt en varighed på 60 minutter, men varierede fra 30-75 minutter afhængig af indholdet i konsultationen. Der var ikke sat nogen begrænsning på antallet af konsultationer, da selve behandlingsmetoden ikke var et forskningsmål for projektet. Indholdet i hver behandlingsseance blev journalført af tand-

lægen. Dette omfattede samtaler om barnets angst, om de udfordringer under behandlingen, der især var knyttet til barnets angst, og om de tandbehandlingsprocedurer, der blev udført.

Den sidste konsultation begyndte som en behandlingskonsultation. Efter at eksponering/tandbehandling var gennemført, blev tusserne og den dukke, barnet havde tegnet på ved første konsultation udleveret, mens barnet sad op i tandlægestolen. Barnet fik derefter stillet de samme spørgsmål som under den semi-strukturerede samtale ved første konsultation. Til slut fik barnet stillet 14 spørgsmål om sin erfaring med at bruge Kiwanisdukken.

Efter at behandlingerne var fuldført, nedskrev tandlægen sine erfaringer med at anvende Kiwanisdukken ved behandling af bange børn.

Etisk godkendelse

Projektet er godkendt af *Regional komite for medisinsk og helsetaglig forskningsetik* (REK-Vest), sagsnr. 2017/643.

Statistisk metode

Statistiske analyser blev udført med programmet IBM SPSS Statistics, version 24.

Der er udført deskriptive analyser. T-test er anvendt til sammenligning af angst for tandbehandling og sprøjte i munden før og efter behandling.

RESULTATER

I undersøgelsen indgik 10 børn, otte piger og to drenge i alderen 7-11 år med en gennemsnitsalder på 9,3 år. Børnenes score for angst for tandbehandling målt ved CFSS-DS præsenteres i Tabel 1. Scoren for spørgeskemaet IOIF præsenteres i Tabel 2. Før behandlingen havde fem af børnene alvorlig skræk for tandbehandling (CFSS-DS > 38) og fire havde moderat skræk for tandbehandling (CFSS-DS 32-37). Fire børn havde alvorlig skræk for sprøjte i munden (IOIF > 38). De børn, der havde alvorlig skræk for sprøjter, havde også alvorlig skræk for tandbehandling.

Børnene havde 3-13 behandlingsseancer (gennemsnit 5,5 og median 5). Syv børn fik bedøvelse, fem børn fik konserve-

Klinisk relevans

Kiwanisdukken er et godt hjælpemiddel, når tandlæger har samtale med børn om angst i tandbehandlingssituationen.

rende fyldningsterapi, og et barn fik ekstraktioner i løbet af behandlingsforløbet. Tre børn var henvist på grund af problemer med at gennemføre en klinisk undersøgelse. Da de ikke havde behandlingskrævende caries, blev børnene tilvænnet til at sidde i tandlægestolen, klinisk oral undersøgelse, professionel afpudsning, tandstensfjernelse og oplæring i oral egenomsorg. Et af børnene fik desuden fissurforsøglinger.

Det barn, som havde 13 behandlingskonsultationer, ønskede ikke at bruge Kiwanisdukken eller udfylde skema ved første konsultation, og barnet trak sig senere fra undersøgelsen. Dette barn var samtidig under behandling for paniklidelse hos børnepsykiater. Barnet opfattede det som meget krævende at skulle tegne på dukken og var bange for, at det skulle udløse et panikanfald. Barnet sagde til sin far «Jeg er så træt...» og faderen bestemte sig for at tage hende væk fra behandlingsrummet. Barnet fik tilpasset angstbehandling med tilvænnning til analgesi og konserverende tandbehandling.

Fysiologiske angstsymptomer

Alle deltagere i undersøgelsen rapporterede kropsligt ubehag i forbindelse med deres angst. De beskrev mellem to og otte forskellige fysiske symptomer. Otte af børnene var selv i stand til at tegne på dukken, mens én dreng og én pige ikke ønskede at tegne på dukken, og i stedet tegnede tandlægen de symptomer, disse to børn beskrev. Et af børnene fandt det svært at forklare følelserne verbalt, men begyndte at tegne, så snart han fik dukken i hænderne. De hyppigst forekommende fysiologiske angstsymptomer, som hver patient følte, er sammenfattet i Tabel 3. ▶

CFSS-DS-scores

CFSS-DS	Før behandling	Efter behandling
Minimumscore	31,0	15,0
Maksimumscore	56,0*	31,0
Medianscore	38,5*	24
Gennemsnitsscore	41,2*	23,8†
Standardafvigelse	8,3	5,8
95% konfidensinterval	35,8-47,6	18,9-28,6

* Scores over 38 regnes som alvorlig skræk for tandbehandling

† p-værdi < 0,01

Tabel 1. Oversigt over fordelingen af CFSS-DS-scores før og efter angstbehandling.
Table 1. Distribution of CFSS-DS scores before and after anxiety treatment.

IOIF-scores

CFSS-DS	Før behandling	Efter behandling
Minimumscore	12,0	12,0
Maksimumscore	53,0*	29,0
Gennemsnitsscore	35,1	19,8†
Medianscore	35,5	19
Standardafvigelse	11,7	6,2
95% konfidensinterval	25,4 - 44,9	14,5 - 25,0

* Scores over 38 regnes som alvorlig skræk for sprøjte i munden

† p-værdi < 0,01

Tabel 2. Oversigt over IOIF-scores før og efter angstbehandling.
Table 2. Distribution of IOIF scores before and after anxiety treatment.

Angstsymptomer

Patientnummer	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Frekvens
Hjertebanken/puls	X	X	X	X	X	X	X				7
Varme/sveden		X	X	X	X		X	X		X	7
Tårer			X*	X	X		X	X	X	X	7
Negative tanker		X	X*	X	X	X	X			X	7
Skælven/rysten		X		X			X	X		X	5
Kvalme/klump i maven			X	X	X	X			X		5
Vanskeligt at trække vejret/klump i halsen	X	X		X							3
Stiv i nakken/kroppen					X					X	2

Table 3. Oversigt over de angstsymptomer, patienterne tegnede på dukken eller rapporterede mundtligt (*), at de ville opleve, hvis de skulle behandles hos tandlægen.
Table 3. Summary of the anxiety symptoms that the patients drew on the doll or reported verbally (*), that they would experience, if they had to be treated at the dentist.

Patientenes dukker før og efter behandling









Patient-nummer	1	2	3	4
Før behandling				
Henvist for	Ekstraktion	Undersøgelse	Undersøgelse	Analgesi og kons
Pre-CFSS-DS	37	57	36	42
Pre-IOIF	33	41	40	37
Efter behandling				
Antal konsultationer	6	8	3	5
Post-CFSS-DS	22		31	24
Post-IOIF	16		29	21

Table 4. Tabellen er en oversigt over patienternes dukker før og efter behandling, hvilken behandling patienten er henvist for, hvor mange konsultationer barnet havde med angstbehandling samt scores for tandlægeangst (CFSS-DS) og angst for sprøjte i munden (IOIF).

Tanker om den frygtede tandbehandlingssituation

Ni af de ti børn delte de tanker, de havde i tandbehandlingssituationen. Alle havde negative tanker knyttet til angstoplevelsen. Tre børn havde konkrete tanker om smerte ved kanyllestikket, og ét barn havde forestilling om, tandlægen ville stikke forkert. Tanker før og efter behandlingen resumeres i Tabel 4. Tankerne ændrede sig i løbet af behandlingen. Efter behandlingen var tankerne mere selvmotiverende med fokus på håndtering.

Børnenes erfaringer med brug af dukken

Et barn ønskede ikke at bruge dukken efter at have tegnet på den ved første konsultation. Resten af børnene var positive over for at bruge dukken og ville anbefale andre at bruge den, hvis de var bange. Tre børn syntes, det var svært at tegne på dukken, og to af disse børn måtte have hjælp til at tegne. Et af de tre børn udtalte, at det var lettere at snakke om følelserne, når hun kunne pege på dukken. Et andet barn sagde «*Det ville være pinligt at snakke om følelserne, hvis jeg ikke havde dukken.*» De børn, der havde tegnet på dukken før og efter behandlingen,

kunne genkende de følelser, de havde haft før behandlingen, når de senere så på dukken.

Tandlægenes erfaringer med brug af dukken

Tandlægerne oplevede den strukturerede samtale som nyttig både i forbindelse med opbygning af fortrolig relation med barnet og som huskeliste for, hvad man skulle spørge barnet om. De mente, at en systematisk gennemgang af kroppen gav flere detaljer om kropslige symptomer, end børn plejer at fortælle. Nogle af børnene var mere stille og fremstod som generte. I disse tilfælde indeholdt samtalen flere perioder med stilhed. Stilheden mellem spørgsmål og svar var mindre påtrængende og udfordrende, når barnet "havde noget fysisk at beskæftige sig med". Tandlægerne oplevede, at flere af børnene fremkom med refleksioner oven på sådanne stille perioder, hvor man ellers ikke ville have taget sig tid til at vente på et svar. Selv om den verbale samtale var tungere og mere tidskrævende ved de generte og mere undvigende børn, mente tandlægerne, at de via dukken fik information om barnets kropslige fornemmelser, som kunne anvendes under behandlingen. Tandlæ- ▶













	5	6	7	8	9	10
						
	Analgesi og kons	Sprøjte	Analgesi og kons	Analgesi og kons	Undersøgelse	Analgesi og kons
	31	49	51	37	32	32
	31	41	53	33	34	12
						
	13	3	4	3	5	5
		26	15	31	24	13
		17	12	26	24	17

Table 4. The table reviews the patients' dolls before and after treatment, the treatment referred for, the number of settings with anxiety treatment, and the scores for dental anxiety (CFSS-D5) and fear of injection in the mouth (IOIF).

gerne fandt det inspirerende at få indblik i, hvordan barnet vurderede ændringer i fysiske reaktioner fra behandlingsstart til behandlingsslut.

DISKUSSION

Hovedformålet med undersøgelsen var at evaluere, om børn i 10-årsalderen er i stand til at udtrykke deres angst, både fysiske reaktioner og tanker, ved samtale og i form af tegning med farvetusser på en hvid tøjdukke (Kiwanisdukke). Undersøgelsen viser, at alle på nær ét barn var i stand til at formidle fysiologiske angstsymptomer under samtale med tandlægen og ved hjælp af tegning på dukken. Det ene barn tegnede kun, hvordan ansigtet ville se ud, når hun var hos tandlægen, men ønskede ikke at formidle sine kropslige følelser. For at få mere information spurgte tandlægen ind til hver legemsdel for sig, og hun udtrykte sig da ved at nikke eller ryste på hovedet.

Et andet formål var at undersøge, om børnene kunne formidle eventuelle ændringer i krop og tanke efter behandling. Alle de børn, der tegnede på dukken før og efter behandling, formidlede gennem tegning positive kropslige ændringer. Dette viser, at Kiwanisdukken kan være et hjælpemiddel til at få barnet til at udtrykke sine angstsymptomer i forbindelse med angstbehandling hos tandlægen. Som vist i Tabel 4 er deres tanker om, hvad de var bange for hos tandlægen, erstattet af positive tanker, som er knyttet til fremtidig håndtering af tandbehandlingssituationen. Dette faldt sammen med en signifikant reduktion på de validerede spørgeskemaer om specifik angst for sprøjte i munden og om angst for tandbehandling.

Inden for sundhedssektoren har Kiwanisdukken været anvendt til en række forskellige formål, både til at forklare medicinske procedurer og til patientinformation (18). Kiwanisdukken kan også være en formidlingskanal for barnets følelser, eftersom nogle af dukkerne må anses for at være ekspressive i udtrykket (se Tabel 4). Andre børn var mere tilbageholdende i udtryksformen. Selv små tegninger på dukken var meningsfulde i forhold til fokus under angstbehandlingen. En af patienterne tegnede en streg over halsen, som symboliserede, at barnet følte, det ikke kunne trække vejret. Uden at behøve at gå i detaljer og uden at bruge lang tid på samtale om, hvad barnet var bange for, fik det udtrykt en meget vigtig følelse med bare en enkelt streg. Barnets fornemmelse af ikke at kunne trække vejret kan i sig selv være meget skræmmende. Nils Eide-Midtsand beskriver, at børn kan trigges til at gå i kraftig overlevelselsesmodus ved følelsen af fysiske tegn som øget hjertefrekvens, åndenød osv., hvis disse tidligere har været til stede ved en traumatiserende oplevelse (19-21). Den negative erfaring reducerer barnets mulighed for emotionel regulering ved nye tilsvarende erfaringer. Når barnet kommer til tandbehandling har vi meget lidt viden om barnets øvrige liv, og vi ved ikke, om det har været udsat for traumatiske oplevelser. Uafhængig af barnets liv i øvrigt er negative erfaringer, som er knyttet til tandbehandling, en ætiologisk faktor for udvikling af tandlægeskræk (22,23). For en bange patient kan let forøget hjertefrekvens og åndenød trigge en angstreaktion (24). Enhver information, barnet giver om sine følelser, bidrager til individuelt tilpasset behandling. Vores erfaring er, at børn bør mødes på det ubehag, de føler, og som vi ikke ser.

Information om kropslige reaktioner ved angst kan være afgørende for barnets håndtering af tilstanden (25). For barnet i denne undersøgelse var information om, hvordan hyperventilering kan give en fornemmelse af at få for lidt luft, en vigtig del af behandlingen. Kognitivt set blev patienten bedt om at fokusere på, hvor let det er at trække vejret, selv om tandlægen arbejder i munden, og samtidig blev han hjulpet til ikke at trække vejret for kraftigt.

Børnene havde 3-13 konsultationer. De børn, som gennemførte behandlingen med fokus på angstsymptomer, havde 3-8 (median 4,5) konsultationer. Antallet af konsultationer varierede ikke i væsentlig grad i forhold til, hvad barnet var henvist for. Fx brugte patienter, som blev tilvænnet til undersøgelse, i gennemsnit 5,3 konsultationer, mens patienter, som blev tilvænnet til injektion, brugte fire konsultationer. Dette er en vigtig information, fordi det indikerer, at en ændring af angst kræver målrettet intervention uafhængig af den objektive sværhedsgrad for det, barnet skal vænnes til. Angst for klinisk undersøgelse har samme udtryk som angst for sprøjte eller angst for boring. Når barnet har alvorlig angst for undersøgelse og afpudsning, vil det være hensigtsmæssigt at evaluere, om barnet har andre ting, det er bange for i sin hverdag. Hvis barnet får angstbehandling hos en psykolog, kan det være vigtigt at få information om, hvilke teknikker barnet har lært under angstbehandlingen. Fokusering på den kropslige, fysiologiske reaktion er en velkendt metode i psykoterapi for børn og unge med angst (25). Når der fokuseres på dette i forbindelse med tandbehandling, vil de fleste børn, som er under psykologisk behandling for angst, derfor allerede være fortrolige med teknikken.

Voksne patienter, som behandles for odontofobi, har altid en kortlægningsamtale med en psykolog, før de får angstbehandling hos tandlæge eller tandplejer. For børn findes der ikke et tilsvarende psykologtilbud inden for tandplejen. Denne undersøgelse viste, at tandlæger i løbet af deres første møde med patienterne var i stand til at få kendskab til barnets angstsymptomer og negative tanker, og Kiwanisdukken var her et vigtigt hjælpemiddel. Børn siger ofte «Det ved jeg ikke», når de bliver stillet over for spørgsmål om, hvordan de har det, og for dem blev dukken en mulighed for at formidle uden at tale. Flere børn udviste moderat angst for tandbehandling (CFSS-DS 32-37), samtidig med at de formidlede angstreaktioner, som ændrede sig under tandbehandling. Dette kan være en indikation på, at børn i nogle tilfælde lettere kan formidle følelser via en dukke end ved hjælp af et spørgeskema. Det kan også se ud til, at barnet ikke altid tolker den kropslige reaktion som frygt, til trods for at de er henvist, fordi de ikke er i stand til at gennemføre tandbehandlingsprocedurer. Udvigelse er som bekendt en stærk komponent i frygt og angst.

Undervejs i behandlingen blev dukken brugt til patientuddannelse om angst og til at motivere børnene til at udfordre angsten. Dette var især nyttigt, når det drejede sig om stille børn. Før behandlingen havde børnene negative tanker, som efter behandlingen var ændret til positive tanker. Både patienter og tandlæger fandt det nyttigt at reflektere over, hvad der sker i tandbehandlingssituationen. Bevidstgørelse omkring reduktion af kropslige angstreaktioner i form af nedsat hjertefrekvens, mindre ondt i maven, mindre rysten, færre tårer samt færre symptomer i re-

lation til hyperventilering var nyttig for barnet i den kognitive vurdering af den gennemførte behandling. Forandringer som skete i løbet af behandlingen blev visuelt konkretiseret ved at sammenligne tegningerne på dukkerne før og efter behandling.

Et af børnene angav at være træt efter at have tegnet på dukken før behandling. Barnets forældre ønskede derfor ikke, at barnet skulle bruge Kiwanisdukken i den videre behandling. Træthedsfølelse var for dette barnet en trigger til panikanfald i barnets hverdagsliv. Når forældrene ikke ønskede, at angst skulle være et tema i behandlingen, var det sværere at adressere barnets ubehag i situationen. Dette barn blev behandlet med 13 konsultationer, hvilket var signifikant flere konsultationer, end de andre børn havde. Samspillet mellem barnet og forældrene og det forhold, at barnet hurtigt blev træt, var nyttige informationer. Mange tandbehandlingsprocedurer kræver både et væsentligt samarbejde mellem behandler og patient og støtte fra forældrene. Støtte til barnet om, at det nok skal klare at gennemføre behandlingen, og støtte til tandlægen i form af accept for udførelse af behandlingen. Hvis denne støtte mangler, bør tandplejepersonalet måske fokusere mere på relationen til forældrene, så man får en fælles forståelse af, hvordan man tager sig af barnet i behandlingssituationen (26,27). Det er muligt, at Kiwanisdukken ud over at indgå i indhentning af oplysninger, patientuddannelse og bearbejdelse af barnets angstsymptomer, også kan anvendes i forbindelse med forældresamtaler for at styrke relationstriaden barn-forældre-tandlæge.

Efter behandlingen gav alle de børn, som gennemførte undersøgelsen, udtryk for, at de var glade for at bruge dukken, og at de ville anbefale dukken til andre. Tandlæger er ikke særlig vant til at snakke om angstsymptomer; men undersøgelsen viser, at børn sætter pris på, at man kerer sig om, hvordan de har det. At angstreaktionen giver barnet stærke signaler om undslippe eller undgå situationen, er et fælles diagnostisk træk ved alle angstlidelser. Dette beskrev et af børnene således: «Jeg må hele tiden være på vagt og se mig om efter en måde at slippe væk på.». Hvis vi ikke ved, at barnet har angstsymptomer, eller vi ikke ved, hvordan vi skal snakke om angstsymptomer, kan man let fejltolke barnets

adfærd som tegn på, at «barnet ikke vil». Når en børnepatient ikke samarbejder, bør man være særligt opmærksom på, at det kan være et tegn på angstrelateret undvigelse. Undersøgelsen viser, at to nyttige metoder til at få information om, hvorfor barnet prøver at undvige, er at gennemføre en standardiseret samtale om angstsymptomer og at lade barnet udtrykke sine symptomer på en Kiwanisdukke. Hvis man ikke har en dukke ved hånden, kan barnet også udtrykke sig ved at tegne på et ark papir. Med denne metode kan børn udtrykke, hvordan de har det.

Denne undersøgelse viser, at børn ofte har negative tanker knyttet til angstreaktioner. Et barn sagde fx «Jeg siger til mig selv, at jeg skal slippe af» og «Du kommer til at begynde at grine. Du kommer ikke til at klare det. Du er dum, når du ikke klarer det.». Dette underbygger, at der er behov for, at vi i tandplejen bruger tid på at tilvænne barnet, så tandbehandling i mindre grad bliver knyttet til negative følelser og forsøg på undvigelse. Det er vigtigt at etablere gode eller neutrale følelser, og dette kan fx opnås med latent inhibering (2) eller desensibilisering (28).

De tandlæger, som deltog i undersøgelsen, har erfaring med at snakke med børn om deres angst. Dette kan have gjort det lettere for børnene at formidle deres følelser. Men ud fra vores erfaring er det positivt for den kliniske relation at vise interesse for, hvordan barnet oplever tandbehandlingssituationen, uanset hvor meget barnet deler.

Denne undersøgelse har for få deltagere til at man kan drage konklusioner om, hvorvidt børn er i stand til at udtrykke deres angst gennem samtale og i form af tegning på en Kiwanisdukke; men ud fra resultaterne forekommer det interessant at undersøge dette nærmere på en større population. Undersøgelsen tyder på, at børn kan formidle kropslig aktivering, og at den kropslige aktivering ændrer sig i løbet af behandlingen. Fremtidige studier bør tage sigte på at undersøge, om brug af flere formidlingskanaler, såsom verbal information og tegning på dukke, fokus på kroppen med visualisering på dukke og kognitiv postevaluering af behandlingsprocessen har betydning for et varigt og stabilt behandlingsresultat sammenlignet med traditionel kognitiv adfærdsterapi uden hjælpemidler. ♦

ABSTRACT (ENGLISH)

CHILDREN EXPRESSION DENTAL ANXIETY TO DENTISTS BY DRAWINGS AND CONVERSATION

INTRODUCTION - This case series pilot study addressed whether children in conversation with a dentist were able to express their anxiety, physiological symptoms and cognitions, verbally and by drawing.

MATERIALS AND METHODS - Ten children aged 7-11 years old referred due to anxiety in the dental setting were included. The questionnaires CFSS-DS for dental anxiety and IOIF for anxiety of intra oral injections were completed. The dentist conducted a structured conversation with the child before

and after cognitive behavioural therapy. The child was encouraged to draw bodily feelings experienced during dental treatment on a white cloth doll (Kiwanis doll) and to convey thoughts in relation to their feelings.

RESULTS - All ten children conveyed both physical and cognitive symptoms of anxiety. Nine children drew both before and after treatment. They expressed anxiety symptoms by drawing during conversation with the dentist.

CONCLUSION - Expression by drawing on a Kiwanis doll can be an aid in the conversation about anxiety between dentist and pediatric patients.

LITTERATUR

1. Beaton L, Freeman R, Humphris G. Why are people afraid of the dentist? Observations and explanations. *Med Princ Pract* 2014;23:295-301.
2. Berge MT, Veerkamp JS, Hoogstraten J. The etiology of childhood dental fear: the role of dental and conditioning experiences. *J Anxiety Disord* 2002;16:321-9.
3. Berge KG, Agdal ML, Vika M et al. High fear of intra-oral injections: prevalence and relationship to dental fear and dental avoidance among 10- to 16-yr-old children. *Eur J Oral Sci* 2016;124:572-9.
4. Berge MT, Veerkamp JS, Hoogstraten J et al. Childhood dental fear in the Netherlands: prevalence and normative data. *Community Dent Oral Epidemiol* 2002;30:101-7.
5. Wogelius P, Poulsen S, Sørensen HT. Prevalence of dental anxiety and behavior management problems among six to eight years old Danish children. *Acta Odontol Scand* 2003;61:178-83.
6. de Jongh A, ter Horst G. What do anxious patients think? An exploratory investigation of anxious dental patients' thoughts. *Community Dent Oral Epidemiol* 1993;21:221-3.
7. Vasiliki B, Konstantinos A, Vassilis K et al. The effect of parental presence on the child's perception and co-operation during dental treatment. *Eur Arch Paediatr Dent* 2016;17:381-6.
8. Ebrahimpour F, Pashaepoor S, Salisu WJ et al. Children's description of pain through drawings and dialogs: A concept analysis. *Nurs Open* 2018;14:301-12.
9. Folayan MO, Idehen EE, Ojo OO. The modulating effect of culture on the expression of dental anxiety in children: a literature review. *Int J Paediatr Dent* 2004;14:241-5.
10. Skaret E, Raadal M, Berg E et al. Dental anxiety and dental avoidance among 12 to 18 year olds in Norway. *Eur J Oral Sci* 1999;107:422-8.
11. KIWANIS DISTRICT NORDEN. Barnets beste venn. (Set 2020 juni). Tilgjengelig fra: URL: <https://www.kiwanis.no/prosjekter/kiwanisdukken-p/>
12. Cianetti S, Lombardo G, Lupatelli E et al. Dental fear/anxiety among children and adolescents. A systematic review. *Eur J Paediatr Dent* 2017;18:121-30.
13. Berge KG, Agdal ML, Vika M et al. Treatment of intra-oral injection phobia: a randomized delayed intervention controlled trial among Norwegian 10- to 16-year-olds. *Acta Odontol Scand* 2017;75:294-301.
14. Gomes HS, Viana KA, Batista AC et al. Cognitive behaviour therapy for anxious paediatric dental patients: a systematic review. *Int J Paediatr Dent* 2018; in press.
15. Shahnavaaz S, Hedman E, Grindefjord M et al. Cognitive Behavioral Therapy for Children with Dental Anxiety: A Randomized Controlled Trial. *JDR Clin Trans Res* 2016;1:234-43.
16. Cuthbert MI, Melamed BG. A screening device: children at risk for dental fears and management problems. *ASDC J Dent Child* 1982;49:432-6.
17. Berge KG, Vika M, Agdal ML et al. Reliability, validity and cutoff score of the Intra-Oral Injection Fear scale. *Int J Paediatr Dent* 2017;27:98-107.
18. NRK. Denne dukken har trøstet barn i 20 år. (Set 2020 juni). Tilgjengelig fra: URL: <https://www.nrk.no/trondelag/trost-forbarn-i-20-ar-1.12198259>
19. Eide-Midsand N. Betydningen av å være trygg. 2. Et polyvagal perspektiv på psykoterapi med utviklings traumatiserte barn. *Tidsskrift Norsk Psykologforening* 2017;55:927-35.
20. Eide-Midsand N. Betydningen av å være trygg. 1. Utviklingstraumatiserte barns affektreguleringsvaner forstått i lys av Stephen Porges polyvagal teori. *Tidsskrift Norsk Psykologforening* 2017;55:918-26.
21. Porges SW. The polyvagal theory: phylogenetic substrates of the social nervous system. *Int J Psychophysiol* 2001;42:123-46.
22. Klingberg G, Broberg AG. Dental fear/anxiety and dental behaviour management problems in children and adolescents: a review of prevalence and concomitant psychological factors. *Int J Paediatr Dent* 2007;17:391-406.
23. Locker D, Shapiro D, Liddell A. Who is dentally anxious? Concordance between measures of dental anxiety. *Community Dent Oral Epidemiol* 1996;24:346-50.
24. Clark DM. A cognitive approach to panic. *Behav Res Ther* 1986;24:461-70.
25. Kendall PC, Martinsen KD, Neumer S-P. Mestringskatten (Coping cat) - Kognitiv atferdsterapi for barn med angst arbeidsbok. Oslo: Universitetsforlaget, 2007.
26. Kazdin AE, Marciano PL, Whitley MK. The therapeutic alliance in cognitive-behavioral treatment of children referred for oppositional, aggressive, and antisocial behavior. *J Consult Clin Psychol* 2005;73:726-30.
27. Nock MK, Kazdin AE. Randomized controlled trial of a brief intervention for increasing participation in parent management training. *J Consult Clin Psychol* 2005;73:872-9.
28. Klingberg G, Arnrup K. Dental fear and behavior management problems. In: Koch G, Poulsen S, Espelid I et al, eds. *Pediatric Dentistry: A Clinical Approach*. West Sussex, UK: John Wiley & Sons, 2017;32-43.
29. Raadal M, Vika M, Skaret E et al. Sprøyteskrek - typer, forekomst og behandling. *Nor Tannlegeforen Tid* 2010;120:370-6.