

Skam hos pasienter med tannhelseangst som har vært utsatt for overgrep



Bent Schøgren Storå
TOO-team i Agder fylkeskommune
kontakt@relap.no

Storå var tilknyttet TOO-team frem til 01.01.25. Nå postdoktor ved Odontologisk fakultet, Universitetet i Agder. Ingen oppgitte interessekonflikter.

Psykologen kan ha en viktig rolle i møte med pasientgruppen, både ved å tørre å se og ved å tåle pasientens skam.



Bent Storå

Foto: privat

Omtrent 15 % av befolkningen i Norge oppgir at de er redde for å gå til tannlegen. Omtrent 2 % er så redde at de tilfredsstillere kriteriene for odontofobidiagnose, også kalt tannbehandlingsangst. Voksne med tannbehandlingsangst forteller ofte om smertefulle og skremmende opplevelser hos skoletannlegen. Mange bærer også på en historie med orale overgrep i barndommen. De opplever at det ekle, vonde og skremmende som skjedde under overgrepene, blander seg sammen med det ekle, vonde og skremmende som skjedde hos skoletannlegen. Som voksne kan pasientene bære på en dobbel skambelastning hvor både traumeminner, tannbehandlingsangst og dårlig tannhelse virker sammen. Her kan psykologer spille en viktig rolle, både i å behandle tannbehandlingsangsten og til å identifisere eventuelle tidlige traumer og å tilpasse behandlingen deretter. Slik kan psykologen bidra til å hindre år med angst og dårlig tannhelse.

For å forbedre tannhelsen hos pasienter med tannbehandlingsangst har vi i Norge innført såkalte TOO-team (tortur – overgrep – odontofobi). Det er et tverrfaglig team som også inkluderer psykologer. Jeg har jobbet som psykolog nettopp i et slikt team. Her har jeg gjort meg erfaringer som kan være nyttig å dele med andre psykologer i møte med pasienter med tannbehandlingsangst, og da spesielt de som også har overgrepserfaringer.

I teksten presenterer jeg kort TOO-teamet. Deretter går jeg inn på viktigheten av å faktisk spørre etter overgreps- og voldserfaringer i møte med pasienter med tannlegeangst. Videre gjør jeg rede for

hvordan skamfølelsen denne gruppen typisk sliter med, kan være ødeleggende for deres liv. Til slutt beskriver jeg hvordan vi som psykologer kan inngå i en spiral der pasientens skam trigger terapeutens skam og impulsen til begge blir å unngå det skamfulle. Her kan altså psykologen spille en viktig rolle – ved å tåle pasientens skam.



TOO

TOO er et statlig prosjekt i tannhelsetjenesten i landets elleve fylker, med fem kompetansesentre. Ordningen er da rettet mot pasienter med odontofobidiagnose, er gratis og inneholder angstbehandling, etterfulgt av tannbehandling.

Behandlingskjeden i TOO er slik: Alle pasientene i TOO får først en psykologvurdering. De som tilfredsstiller kriteriene for odontofobidiagnose, går videre til angstbehandling i tverrfaglig team bestående av psykolog, tannlege og tannhelsesekretær. Behandlingen er kognitiv atferdsterapi, hvor en viktig del er å øve på å tåle angstvekkende triggere (eksponeringsterapi). Når angsten er under kontroll, får pasientene restituert tannsettet sitt i et tannbehandlersteam.

Drøyt en tredjedel av pasientene med tannbehandlingsangst har en overgrepshistorie. Det er en betydelig høyere forekomst av tannbehandlingsangst hos overgrepsutsatte enn i resten av befolkningen, og forekomsten er ekstra høy hos pasienter som har vært utsatt for orale overgrep (Willumsen, 2001). Willumsen (2001) fant at nesten 60 % ikke selv hadde sett sammenhengen mellom orale overgrep og tannbehandlingsangsten, og de fleste hadde ikke informert tannlegen om overgrepshistorikken. I vurderingssamtalen ved oppstart i TOO spør psykologen derfor alle pasientene om erfaringer med vold og overgrep.

Vi må tørre å se

Det er helt klart slik at man må vite om at overgrep finnes, for å tørre å se tegn på og å spørre etter dem. I tannlegestolen har tannleger og tannpleiere god mulighet til å observere både pasienten som helhet, ansikt og halsregionen i spesielt godt lys, tilstanden i munnhulen og ikke minst reaksjonene på behandlingen og relasjon med tannhelsepersonell og foresatte. Barn er hos tannlegen jevnlig gjennom barndommen, også de som blir utsatt for overgrep. Likevel kommer det forholdsvis få bekymringsmeldinger fra tannhelsetjenesten. Det er kanskje å forvente, siden det i snitt går 17 år fra et overgrep i barndommen til den utsatte forteller om det (Steine et al., 2017).

Etter min erfaring i TOO har det vært uproblematisk å spørre om overgreps- og voldserfaringer. Pasienter som ikke har overgreps erfaringer, har svart nei på dette spørsmålet, uten å nøle. Vi har kunnet være enige om at det er fint å slippe å bære på slike vonde opplevelser i tillegg til tannbehandlingsangsten. Overgrep krenker pasientens autonomi, og kan hemme tillitsevnen. Mange av pasientene forteller også om utviklingstraumer som emosjonell neglekt (Brandtzæg & Torsteinson, 2023), som også utfordrer evnen til å gi tillit. Likevel har jeg erfart at av de jeg har snakket med som har overgreps erfaringer, har nesten alle svart ja, også de uten å nøle. Noen få har sagt: «Jeg tror det skjedde noe, men jeg har ikke klare minner om det», eller: «jeg vet at det skjedde, men jeg vil ikke tenke på det». Ingen har sagt at de følte det krenkende å bli spurt om overgreps erfaringer.

Da jeg begynte i TOO, var jeg uforberedt på hvor viktig munnen og tennene er for menneskers selvfølelse og psykiske helse. Forhåpentligvis kan psykologer gjennom sin inntreden i tannhelsen i TOO-ordningen bidra til kunnskap til tannhelsepersonell slik at de kan identifisere tegn på og dermed

spørre pasientene om de har vært utsatt for overgrep. På den måten kan flere få riktig og god hjelp tidligere.



Munnen som arena for skam

Den som blir utsatt for overgrep, sitter ofte igjen både med intens skam og skyldfølelse for det andre har påført. Det er en dypt urettferdig del av menneskets psyke. Jeg forstår det slik at mens angst gjør at man vil unngå det som utløser angsten, gjør skam at man vil unngå for seg selv og andre det i seg selv man ikke orker. Skam handler om det man ikke vil vedkjenne ved seg selv, og ikke vise til hverken seg selv eller omverdenen. Skammen inneholder en gnagende og knugende følelse av å være feil eller uverdig.

Tannbehandlingsangst fører ofte til unngåelse av tannbehandling. For naturligvis er det slik at vi unngår det vi er redd for. Mennesker som har fobisk angst, blir like redde for triggere (påminnere) om den fobiske situasjonen, selv om triggere reelt sett ikke er farlige. Det hjelper lite at man vet at den *egentlig* ikke er farlig. Triggeren for odontofobi er tannbehandling. Berggren og Carlsson (1984) beskriver det som en ond sirkel, hvor tannbehandlingsangst fører til at pasienten unngår tannbehandling, som igjen fører til dårlig tannhelse. Når man ikke våger seg til tannbehandling, men går med store smerter og infeksjoner som etter hvert gjør at tannstatusen blir synlig dårlig, trigges følelser av skam og skyld, som igjen øker angsten og tendensen til å unngå tannbehandling.

Spedbarnsstudier viser at ikke-språklig kommunikasjon mellom barnet og den voksne er sentralt for barnets utvikling. Blikkontakt er svært viktig (Pelaez & Monlux, 2018), men den voksnes munn er også en viktig informasjonskilde for den lille. Spedbarnets blikk på den voksnes munn er også viktig for språkutviklingen (Imafuku et al., 2019). Munnen er både kilde til næring, trøst og ro for spedbarnet. Spedbarnet putter ting i munnen for å undersøke dem. Voksne viser avsky når vi får noe i munnen som smaker vondt, eller noe er ekkelt eller er uvelkomment av andre grunner. Munnen gir viktig informasjon om samtalepartnerens emosjonelle tilstand gjennom hele livet, og vi bruker den til å kommunisere om våre følelser og indre tilstander. Vi ser altså ikke bare på øynene, men også på munnen til hverandre når vi snakker. De fleste av oss trenger neppe å lære at munnviker som peker nedover, tyder på sinne eller ubehag, at et smil som regel betyr at en person er glad, bortsett fra når smilet er tilstivnet, eller kommer samtidig som en sinnarynke mellom øynene. Det har vært stor interesse for speilnevronenes plass både når det gjelder den mellommenneskelige (intersubjektive) delingen av følelser hos spedbarn, hos voksne og i terapi. Kort fortalt er det slik at når vi observerer andre følelsesuttrykk, oppfører deler av vår hjerne seg *som om* det skjer med oss selv, selv om vi vet godt at det ikke er oss det skjer med (for en oversikt, se Bråten, 2007).

Pasientene i TOO som har unngått tannbehandling i mange tiår, har ofte elendig tannstatus og munnhelse. Mange forteller om sterk skam for sin dårlige tannstatus, og at de unngår å smile, for å forsøke å ikke avsløre hvor dårlig det står til i munnen. Siden smilet er et sterkt sosialt signal, vet pasienter som ikke kan smile, at de ser sure og sinte ut. De forteller at det kjennes bedre å se sur ut enn å avsløre at man ikke har klart å ivareta tennene sine. Men det blir vanskelig å gå på date, vanskelig å dra på foreldremøte og vanskelig å møte familie og venner når man ikke kan smile. Tannbehandlingsangst kan altså hemme deling av følelsesmessig informasjon. Siden vi speiler hverandres følelsesmessige uttrykk, er det da også rimelig å anta at mennesker som ikke smiler på grunn av dårlige tenner, selv møter få smil i sine omgivelser. Det vil igjen kunne påvirke personens selvtillit, selvfølelse og humor.



Det kan virke som det i vår kultur ligger en grunnantakelse om at tennene er hver enkelt persons eget ansvar, og at dårlige tenner betyr at personen er ansvarsløs. Mange pasienter har fortalt at dårlig tannstatus gir sterk skam. De sier at de føler at de ser ut som en uteligger eller en narkoman fordi de mangler tenner og har synlige hull, og at det hemmer muligheten til å delta sosialt og i arbeidslivet. Flere pasienter har også fortalt om møter med moraliserende tannleger, som kjefter og påpeker personens ansvar for sin tannhygiene. Kanskje tannleger gjennom tradisjonelle instruksjoner som «det blir ikke hull i en tann som er ren» forsøker å påføre skyldfølelse som motivasjon for å ivareta tannhelsen. Det kan nok i stedet bygge opp under skamfølelsen til pasienter med tannbehandlingsangst. Psykologer kan bidra til at tannlegene får mer kunnskap om sårbarhet, skam og smerteuttrykkene hos overgrepssatte pasienter. Det er nok ikke lett for tannlegen å forstå at det ikke er latskap eller manglende ivaretagelse av egen helse når pasienten ikke orker å bruke tannkrem fordi konsistensen trigger traumeminner om sæd i munnen.

Mange voksne pasienter forteller at de møtte en brysk og hardhendt tannlege som barn. Det kan nok komme av at barnet har utagert når det har vært redd. Speilnevronene gjør at vi lett møter sinne med sinne. Tannleger kan trenge å minnes på at oppførsel er en form for kommunikasjon, og at negativ oppførsel kan kommunisere redsel. Heller ikke alle psykologer har hatt tilstrekkelig kunnskap om utfordringer for munnhelsen etter overgrep. Slik jeg ser det, har både psykologer og tannleger ansvar for å gi kollegaveiledning til hverandre om sammenhengen mellom dårlig tannstatus, overgrepserfaringer, skam og unngåelse av tannbehandling, både hos barn og voksne.

Psykologen må tåle pasientens skam

Det å forholde seg til skam er krevende, også som psykolog. Speilnevronene gjør at følelsesuttrykk smitter når vi kommuniserer. Det er rimelig å anta at også skam smitter, og også hjelpere bærer på skam i sitt eget liv. Pasientens skam kan derfor føre til at hjelperen blir konfrontert med det i seg man vil gjemme seg vekk fra og ikke vedkjenne seg. Behovet for å ikke kjenne på det skamfulle kan også smitte, og slik prege relasjonen mellom hjelper og hjelpesøker. Jeg tenker på dette som en *skamsirkel*: Pasientens skam smitter til hjelperen, som får aktivert sin skam, og begge parter vil unngå å kjenne på skamfølelsen. Jeg har ikke en overgrepshistorie, så pasientens overgrepshistorie og skam vekker ikke traumeminner hos meg. Men jeg merker at dersom jeg ikke klarer å få overblikk over mine egne følelsesmessige reaksjoner i samtalen, kan jeg bli urolig og ha en tendens til å bytte tema. Det skyldes nok en empatisk reaksjon, hvor jeg smaker på pasientens skamfølelse og reagerer på pasientens behov for å unngå skammen ved selv å unngå den.

Men om pasienten skal tåle sin skam, må psykologen tåle den. Hvis begge unngår skamfølelsen, kan det emosjonelle klimaet i den terapeutiske relasjonen bli følelsetomt. Eller så kan empatien gjøre at psykologen allierer seg med pasientens følelse av å være feil, og heller blir moralistisk og devaluerende mot den skamfulle. Det er mulig en slik mekanisme kan forklare hvorfor så mange pasienter forteller at de har opplevd at tannleger har blitt nedlatende og moraliserende. Tannlegen kan ha alliert seg med skammen.

Skam er et viktig tema i behandling av tannbehandlingsangst, og da særlig for overgrepssatte. Min erfaring tilsier at det er best med en aksepterende, men likevel avklart tilnærming. Det kan lette på skamfølelsen om psykologen åpent informerer om at de fleste som har dårlig tannstatus (og eventuelt overgrepshistorie), bærer på skam, og at det kan hjelpe å snakke om den.

Det er også viktig at psykologer som driver behandling for andre tilstander, adresserer munnen som arena for skam. Videre kan psykologene bidra til å identifisere når pasienter har vært utsatt

for overgrep, og bistå med traumebehandling, og hjelpe dem inn i egnet behandlingsløp for tannbehandlingsangst og tannhelse.




Konklusjon

Smertefull tannbehandling av en brysk skoletannlege kan gi tannbehandlingsangst, som kan føre til unngåelse av tannbehandling, med havari av tannsettet og sterk skam som konsekvens. Orale overgrep kan i seg selv også gi angst og sterk skam. Smerte og skam fra overgrep og oral uhelse kan blande seg sammen, uten at denne sammenhengen er tydelig for pasienten.

Det krever åpenbart et stort mot å møte angsten og skammen, og oppsøke hjelp. Bare det å åpne munnen og la noen se den skamfulle tannstatusen kan oppleves som ekstremt utfordrende. Pasienter har ulik forutsetning for å klare å få og gi tillit. Psykologen må lage et tryggest mulig klima for å spørre om overgrepserfaringer og skamfølelse – og tannbehandlingsangst og dårlig munnhelse. Erfaringsmessig blir det lettere for pasientene å gi tillit når de opplever at hjelperne både har empati og nyttig kompetanse om langtidsvirkninger etter traumatisering. Pasientens skam kan trigge psykologens egne skamfølelser. Det er psykologens oppgave å være tilliten verdig ved å romme og tåle pasientens skam og angst og hjelpe pasienten med å tåle skammen, og hjelpe til med å finne ord på følelsene som oppstår.

Referanseliste

- Berggren, U. & Carlsson, S. G. (1984). A psychophysiological therapy for dental fear. *Behaviour Research and Therapy*, 22(5), 487–492.
- Brandtzæg, I. & Torsteinson, S. (2023). Den glemte svikten: forståelse og konsekvenser av emosjonell neglekt. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 60(3), 152-157. <https://www.psykologtidsskriftet.no/artikkel/2023as02ae-Den-glemte-svikten-forstaelse-og-konsekvenser-av-emosjonell-neglekt>
- Bråten, S. (2007). *On Being Moved*. John Benjamins Publishing Company. *Advances in Consciousness Research*. <https://doi.org/10.1075/aicr.68>
- Hauge, M. S., Hoyvik, A. C., Strom, K. & Willumsen, T. (2023). Norske tannlegers kompetanse og behandling av tannbehandlingsangst. *Den Norske Tannlegeforenings Tidende*, 133(4), 292–302. <https://doi.org/10.56373/2023-4-3>
- Hauge, M. S., Stora, B., Vassend, O., Hoffart, A. & Willumsen, T. (2021). Dentist-administered cognitive behavioural therapy versus four habits/midazolam: An RCT study of dental anxiety treatment in primary dental care. *European Journal of Oral Sciences*, 129, e12794. <https://doi.org/10.1111/eos.12794>
- Hauge, M. S., Stora, B. & Willumsen, T. (2022). Dental anxiety treatment by a dentist in primary care: A 1-year follow-up study. *European Journal of Oral Sciences*, 129(130), e12872. <https://doi.org/10.1111/eos.12872>
- Hauge, M. S., Willumsen, T. & Stora, B. (2023). Changes in symptoms of anxiety, depression, and PTSD in an RCT-study of dentist-administered treatment of dental anxiety. *BMC Oral Health*, 23(415), 1–11. <https://doi.org/10.1186/s12903-023-03061-4>
- Imafuku, M., Kanakogi, Y., Butler, D. & Myowa, M. (2019). Demystifying infant vocal imitation: The roles of mouth looking and speaker's gaze. *Developmental Science*, 22(6), e12825. <https://doi.org/10.1111/desc.12825>.

- Lassemo, E., Sandanger, I., Nygård, J. F. & Sørgaard, K. W. (2017). The epidemiology of post-traumatic stress disorder in Norway: trauma characteristics and pre-existing psychiatric disorders. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 52, 11–19. 
- Mossige, S. & Stefansen, K. (2015). *Vold og overgrep mot barn og unge: Omfang og utviklingstrekk 2007–2015*. NOVA.
- Pelaez, M. & Monlux, K. (2018). Development of Communication in Infants: Implications for Stimulus Relations Research. *Perspectives on Behavior Science*, 41(1), 175–188. <https://doi.org/10.1007/s40614-018-0151-z>.
- Popovac, Z. (2020). Skam revidert: Et oppgjør med positive tolkninger av skammens funksjoner. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 57(8), 593–596. <https://www.psykologtidsskriftet.no/artikkel/2020as07ae-Skam-revidert>
- Steine, I. M., Milde, A. M., Bjorvatn, B., Grønli, J., Nordhus, I. H., Mrdalj, J. & Pallesen, S. (2012). Forekomsten av seksuelle overgrep i et representativt befolkningsutvalg i Norge. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 10, 950–957. <https://www.psykologtidsskriftet.no/artikkel/2012as10ae-Forekomsten-av-seksuelle-overgrep-i-et-representativt-befolkningsutvalg-i-Norge>
- Steine, I., Winje, D., Nordhus, I., Milde, A., Bjorvatn, B., Grønli, J. & Pallesen, S. (2017). Hvorfor tar det så lang tid å fortelle om seksuelle overgrep? *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 54(2), 204–208. <https://www.psykologtidsskriftet.no/artikkel/2017as01ae-Hvorfor-tar-det-sa-lang-tid-a-fortelle-om-seksuelle-overgrep->
- Stoltenborgh, M., van Ijzendoorn, M. H., Euser, E. M. & Bakermans-Kranenburg, M. J. (2011). A global perspective on child sexual abuse: meta-analysis of prevalence around the world. *Child Maltreatment*, 16(2), 79–101. <https://doi.org/10.1177/1077559511403920>
- Willumsen, T. (2001), Dental fear in sexually abused women. *European Journal of Oral Sciences*, 109, 291–296. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0722.2001.00069.x>