

UIT EN VOOR DE PRAKTIJK

OVER DE PSYCHOLOGIE VAN DE OMGANG MET KINDEREN

Nu uit overwegingen van preventie de jeugd steeds meer voorrang in de curatieve zorg gaat krijgen, vragen de moeilijkheden, die met de behandeling van kinderen verbonden zijn, ook steeds meer aandacht. Geen wonder dus dat men de laatste jaren in tandheelkundige kringen alom psychologen en psychiaters heeft uitgenodigd om de practici voor te lichten omtrent de wijze waarop zij de kinderen het best kunnen benaderen. In de literatuur van de laatste jaren kan men dan ook geregeld de weergave vinden van voordrachten, die deskundigen hierover voor belangstellende tandartsen hebben gehouden.

In de Dtsch. Z. Z. van 15 okt. 1960 is Dr. K. HAUSS, psychiater aan de universiteit van Kiel, aan het woord. Hij begint met nog eens onder de aandacht te brengen dat niet iedere volwassene met kinderen kan omgaan en dat ook niet ieder kind het contact met de volwassene vindt, dat deze van hem verwacht. Het vermogen om zich in de gedachtenwereld van het kind te verplaatsen, is individueel zeer verschillend. De omgang met kinderen kan ook slechts in zeer beperkte mate worden aangeleerd. Er zijn genoeg volwassenen die wel het een en ander over de psyche van het kind in het midden kunnen brengen, zonder nochtans bij machte te zijn, het kind op het vereiste niveau tegemoet te komen.

De schrijver gaat verder in op enkele essentiële punten betreffende de psychologie van de omgang met kinderen, speciaal onder de gezichtshoek van de bijzondere ervaringen, die het kind in de behandelkamer van de tandarts ondergaat. Men kan zich daarbij onmiddellijk afvragen in hoeverre het zin heeft, de discussie omtrent de mogelijkheden van psychische beïnvloeding van angstige kinderen te openen, wanneer men bedenkt hoezeer ook vele volwassenen de entourage van de tandheelkundige apparaten en instrumenten, mitsgaders de tandarts zelf, als een directe bedreiging ondervinden, en wanneer men uit ervaring weet hoezeer de behandeling ook bij hen de sterkste onlustgevoelens en angsten voor wat er komen gaat, kan oproepen. Daarbij is bovendien in aanmerking te nemen, dat in het bijzonder tandpijnen niet alleen plaatselijk worden ondervonden, maar dat zij a.h.w. de gehele ruimte van het „ik-bewustzijn” kunnen vullen.

Zo gezien spreekt het dus vanzelf dat de behandeling van kinderen en in het bijzonder van kleuters veelal als een zeer moeilijke opgave wordt beschouwd, die eigenlijk buiten het kader van de normale praktijkvoering valt, omdat zij buitengewone eisen stelt.

Wanneer men dit alles in aanmerking neemt, dan komt onwillekeurig de vraag naar voren of er wellicht speciale psychologische routine-methoden bestaan, die gepreoccupeerde kinderen tot een zodanige ontspanning brengen dat zij zich redelijk laten behandelen.

Het antwoord moet luiden dat er geen specifieke psychologische behandelingsmethoden ten gerieve van de tandarts te noemen zijn; wel echter kunnen in deze bijzondere situatie de beproefde, aan de praktische psychologie ontleende, handelwijzen van dienst wezen. Men mag echter niet vergeten dat – in tegenstelling tot wat ouders soms menen – de in de opvoeding van en omgang met kinderen geldende psychologische regels nu eenmaal nooit bij wijze van „recept” kunnen worden verstrekt. Een dergelijke gang van zaken is uitgesloten, omdat met betrekking tot het opvoeden en tegemoet treden van kinderen het psychologische uitgangspunt voor iedere volwassene weer anders is.

In de eerste plaats wordt het resultaat van elke intermenselijke ontmoeting voor een groot deel bepaald door de individuele karaktereigenschappen van beide partijen. Maar bovendien zijn de uiterlijke omstandigheden, het milieu en niet in de laatste plaats de aanleiding tot de ontmoeting factoren van betekenis. Zo maakt het bv. een heel verschil uit of deze op straat, in de schouwburg, op school, dan wel in de behandelkamer van de tandarts tot stand komt. Vooral kinderen laten zich door deze verschillen van omgeving beïnvloeden.

Verder is, wanneer een volwassene een kind tegemoet komt, niet alleen zijn wijze van optreden maar ook zijn uiterlijk een factor van belang. Het is dus zeker niet overbodig – aldus HAUSS – dat de arts of tandarts, die een kind uit de wachtkamer gaat halen, vooraf de moeite neemt een blik in de spiegel te werpen en zijn gezicht in een vriendelijke en opgewekte plooi te trekken. Hij dient wel te beseffen dat alle uiterlijke factoren, ook spraak, gebaren en mimiek, een niet geringe indruk op het kind maken.

Ook gedurende het onderzoek doet de practicus er goed aan te zorgen, dat eventueel minder optimistische gedachten omtrent diagnose en prognose zich niet in zijn gelaatsuitdrukking weerspiegelen. Met andere woorden: beheersing van de mimiek is noodzakelijk om de angstige spanning waarin menig jeugdig patiëntje verkeert – „als de tandarts maar niet iets heel ergs ontdekt!” – op voorhand al te verminderen.

Het kind heeft natuurlijk geen idee van de diagnostische en prognostische overwegingen van de onderzoeker, maar intuïtief kan het wel degelijk conclusies verbinden aan een schouderophalen, een hoofdschuddend gebaar of onverstaanbaar gemompel.

Verder is het zaak dat de volwassene zich onthoudt van een nadrukkelijk autoritair optreden. Daarmee stelt hij zich op een voetstuk en schept daarmee een afstand tot het kind, die gemakkelijk weerstanden kan oproepen. Van een echte ontmoeting kan pas sprake wezen, wanneer de volwassene niet alleen bereid is het kind zelf tegemoet te treden, maar ook om het op zich toe te laten komen.

Doch zelfs wanneer aan deze voorwaarden is voldaan, dan mag de volwassene er niet te vast op rekenen dat hij direct zal passen in het van huis uit aanwezige „opvoedingspatroon”, onder welks invloed het kind staat. In ongunstige gevallen kan hij dit ondanks alle goede bedoelingen tegen zich krijgen. Zo kan bv. de omstandigheid dat een kind jarenlang verwend is, iedere poging tot een

reëel en geordend contact in de weg staan. Zulke kinderen neigen al gauw tot afweerreacties en zijn meestal nog het best door een neutrale en zakelijke houding te beïnvloeden. Want affecten van de zijde van het kind lokken gemakkelijk tegen-affecten uit en met de daaruit voortvloeiende geprikkeldheid bereikt men bij dergelijke kinderen niet veel. Inderdaad kan een fors optreden een enkele maal wonderlijk heilzaam werken, doch dat geldt voor uitzonderingsgevallen en dan moet het met vooropgezette bedoeling geschieden, en niet uit onbeheerstheid.

Psychologisch beschouwd is de situatie van de (tand)arts tegenover een hem nog onbekend kind in zeker opzicht te vergelijken met die, waarvoor na de oorlog veel vaders kwamen te staan, toen zij na jarenlange krijgsgevangenschap in hun gezinnen terugkeerden. Daardoor leerde een groot aantal, tegen het eind van de oorlog geboren, kinderen hun vader pas op 4- of 5-jarige leeftijd kennen: tot dat tijdstip hadden zij geheel onder de invloed van de moeder of bv. van de grootouders gestaan. Ook in die gevallen duurde het soms geruime tijd alvorens de vaders als opvoeders werden aanvaard; deze moeilijke opgave werd eigenlijk alleen naar behoren volbracht wanneer de vader zo wijs was, de eerste tijd een neutrale houding aan te nemen en zich niet teveel met de opvoeding te bemoeien.

Een psychisch verschijnsel dat in enigerlei vorm de tandarts altijd weer bezighoudt, is de angst van het kind. Daarbij dient hij zich bewust te zijn, dat sommige indrukken en ervaringen eerder het bewuste, andere daarentegen juist het onbewuste aanspreken. Van het verschil kan men zich enigszins een beeld vormen door de psychische processen, de bewustzijnsinhoud en de emotionele geladenheid van een scholier vóór of tijdens een wiskundeproefwerk te vergelijken met die van een kind, dat een sprookje hoort vertellen.

De tandheelkundige praktijkkamer nu met haar uitstalling van onbekende, het kind in geen enkel opzicht vertrouwde, technische apparaten, representeert een milieu, waarin vooral aan het onbewuste sterk wordt geappelleerd. Immers al deze geheimzinnige, onberekenbare zaken met hun ziekenhuis-aspect (geur van medicamenten!) dragen ertoe bij een latent aanwezige angst te activeren. Soms breken deze angsten zich met ongewone heftigheid baan.

Deze angsten te overwinnen, ze a.h.w. onwerkzaam te maken, is voor de tandarts een essentieel onderdeel van zijn taak, overigens niet alleen ten aanzien van kinderen, maar dikwijls ook van volwassenen. Alleen al de werkelijke angst, bv. voor herhaling van een reeds eerder doorgemaakte pijnlijke behandeling, kan de voorgenomen therapeutische maatregelen onuitvoerbaar maken. Daarbij komt dan nog dat veel kinderen, voor zij nog ooit de praktijkkamer hebben betreden, al de schrik te pakken hebben gekregen door de gruwelverhalen van kameraadjes en... niet zelden ook door dwaze bedreigingen van onverstandige ouders: „als je niet direct stil bent gaan we morgen naar de tandarts!”... Onder zulke invloeden kan zelfs het openen van de mond ter

inspectie al een onoverkomelijk probleem worden. Want de rijke fantasie van gevoelige kinderen schept uit zulke bedreigingen allerlei vreselijke voorstellingen, waarvan neurotische verschijnselen, zoals bedwateren, etc. de uitkomst kunnen zijn.

Natuurlijk werken ongewenste prikkels als de zoëven genoemde nog sterker wanneer reeds een angstdispositie aanwezig is, waarmee bedoeld wordt het voorhanden zijn van latente angsten, waarvan de ouders meestal niet eens op de hoogte zijn, doch die hun oorsprong kunnen vinden in op onbevredigende wijze verwerkte conflicten of verdrongen belevenissen.

Zo zal bv. een kind eens zijn gebeten door een hond, die een halsband met stekels droeg. Uit deze primaire belevens kunnen angsttoestanden groeien, niet alleen voor de hond in kwestie, of voor andere honden, maar ook voor andere dieren, ja zelfs voorwerpen, die stekels dragen. Vaak is dan voor de ouders de primaire aanleiding tot deze angsten niet meer op te sporen, vooral niet wanneer zij daar geen getuige van zijn geweest.

Een dergelijke „overgevoeligheid”, zelfs ten aanzien van op zichzelf pijnloze ingrepen, kan trouwens ook meermalen worden waargenomen bij oudere personen, die in hun jeugd het slachtoffer zijn geweest van in vroeger jaren veelvuldiger toegepaste „overrompelingsmethoden”. Echter niet alleen voorvallen van deze aard leiden tot angstdispositie, zij kan eveneens worden bevorderd door constitutionele of andere lichamelijke factoren, of berusten op een gemis aan vertrouwen, zowel in zichzelf als in anderen. Heeft een kind bv. in de prille jeugd niet de geborgenheid in de moederliefde gekend en dientengevolge de moeder niet als de absoluut betrouwbare persoon beleefd, dan kan zich allengs een diep wantrouwen tegen de buitenwereld ontwikkelen, waaruit weer neurotische stoornissen kunnen voortvloeien. Daarom heeft de practicus eigenlijk in alle leeftijdsgroepen rekening te houden met de mogelijkheid van een angstdispositie, die onverwachte en inadequate reacties tevoorschijn kan roepen. Het heeft meestal geen zin, onder zulke omstandigheden de gebruikelijke opvoedingsmethoden aan te wenden. Hier zijn andere maatregelen nodig, doch deze liggen meer op het terrein van de kinderpsychologie, resp. -psychiatrie.

In verband hiermee wordt opgemerkt dat in verscheidene gevallen, waarin sprake is van „problemkinderen”, die thuis zowel als op school moeilijkheden veroorzaken, de voorlichting van de ouders belangrijker is dan de behandeling van de kinderen. Men kan daarbij niet volstaan met hun de raad te geven, rustig af te wachten tot de natuur zelf corrigerend optreedt. Zij zouden er zich integendeel rekenschap van moeten geven door welke oorzaken het kind zo moeilijk in de omgang is en op grond daarvan hun opvattingen aangaande de opvoeding moeten herzien. Helaas zijn de betrokken ouders niet zelden te naïef of te veel van hun opvoedkundige capaciteiten overtuigd om te overwegen waar zij wellicht hebben gefaald.

Aangezien veel ouders onvoldoende op de hoogte zijn van de specifieke fasen, die de lichamelijke en psychische ontwikkeling van het kind kenmerken, zullen zij zich ten aanzien van de opvoeding noodgedwongen wel eens onzeker voelen. Alleen al het schatten van de leeftijd van een kind valt veel volwassenen moeilijk, laat staan dat zij zouden weten in welke ontwikkelingsperiode het zich bevindt of welke psychische eigenaardigheden voor deze fase karakteristiek zijn.

Het is hier niet de plaats om in extenso op deze stadia in te gaan; volstaan mag worden met de vermelding van twee perioden die – zoals de ervaring leert – dikwijls moeilijkheden in de omgang bereiden. Bedoeld worden de eerste verzetsfase omstreeks het vierde levensjaar en de tweede verzetsfase in de prepuberiteit, dus in de leeftijd van ongeveer 13 jaar. In beide perioden is het verzet een normaal verschijnsel.

In de omgang met het kind tijdens de eerstgenoemde fase is het raadzaam niet te veel te redeneren, want woordrijke pogingen tot overreding geven juist vaak voedsel aan het verzet. Beter is het zo weinig mogelijk acht te slaan op zijn negatieve houding en op die wijze te trachten, het verzet van zijn doel te beroven. Men mag niet uit het oog verliezen dat deze periode een zinvol onderdeel betekent in de gehele ontwikkeling, omdat het kind hier een schrede zet op de weg naar de zelfstandigheid, zijn wil ontdekt en ten aanzien van zijn latere maatschappelijke aanpassing ervaringen van wezenlijk belang opdoet. In die periode leert het wat het zich kan veroorloven in een wereld waarin de volwassenen blijkbaar overal verbodsborden hebben opgericht. Langzamerhand komt het tot de ontdekking hoe het zich te gedragen heeft en welke grenzen het in geen geval mag overschrijden. Zo wordt het bekend met de wetten die in de wereld der volwassenen gelden. In deze crisis is overmatige gestrengheid evenzeer misplaatst als te grote toegevendheid. Wanneer het al eens nodig mocht zijn een te ver gedreven verzet door middel van een bestraffing te doorbreken, dan is het raadzaam, daarna een zakelijke en neutrale houding aan te nemen en zeker niet blijkt te geven van nog nawerkende boosheid of wrok. Het is anderzijds stellig verkeerd om het effect van de straf door overdreven vriendelijkheid of liefkozingen teniet te willen doen.

De omgang met kinderen, die zich in de tweede verzetsperiode bevinden, stelt in wezen andere eisen. De 13-jarigen zijn bij al hun neiging tot verzet en tot isolement overgevoelig voor aanmerkingen. In deze fase van psychische labiliteit behoeven zij naast opbouwende kritiek steeds weer bemoediging en waardering, wat overigens, gezien hun vaak negatieve en afwerende houding voor de volwassene niet altijd een gemakkelijke opgave is. De ervaring leert echter dat door bemoediging en eveneens door een beroep te doen op het gezonde verstand en het eergevoel, in opvoedkundig opzicht veel te bereiken is. In het algemeen hebben kinderen in deze periode meer respect voor de vader dan voor de moeder, omdat zij hem zakelijker achten, en meer toegankelijk voor argu-

menten. Daarom is tijdens deze fase het vaderlijk aspect van de opvoeding van essentieel belang.

Hoe kan men nu in principe een kind het best aanpakken? Als eerste regel mag gelden dat men het altijd vriendelijk tegemoet dient te treden. Want daarin kan het iets herkennen van de wezenlijke moederlijke aard, waaraan ieder kind in elke leeftijd behoefte heeft, maar vooral wanneer het op de een of andere wijze in nood verkeert. Vriendelijkheid alleen is echter niet voldoende: het is nodig dat hier een zekere vastberadenheid aan ten grondslag ligt. Met deze eigenschappen is evenwel soepelheid te betrachten, omdat aanpassing aan de individuele karaktertrekken vereist is. Zo kan het tijdens de behandeling van een vreesachtig kind nu en dan wel eens zeer doeltreffend zijn, fors op te treden, d.w.z. bewust de nadruk te leggen op het element van vaderlijk gezag, ten einde het kind over een zekere drempel heen te helpen. Geschiedt dit op het juiste moment, dan kan zulks een belangrijke bijdrage tot het zelfvertrouwen betekenen. Om met Lord BEAVERBROOK te spreken: „de herinnering aan overwonnen moeilijkheden is een machtige steun voor het overwinnen van de toekomstige”. Het is daarentegen verkeerd, het kind op kritieke ogenblikken beloningen in het vooruitzicht te stellen, want vooral verwende kinderen gaan daarop speculeren en stellen steeds hogere eisen.

Niet zelden is het zg. angstige kind gelijk te stellen met het overgevoelige, psycholabiele en dystonische kind, welks motorische onrust en vreesachtigheid de behandeling ten zeerste kunnen belemmeren. Hiertoe zijn ook de neuropathen te rekenen: bij deze kinderen zal men zijn doel in het algemeen niet zonder bijzondere maatregelen (medicamenteuze voorbehandeling, anesthesie) kunnen bereiken. Niet te vergeten zijn de intellectueel minder begaafde kinderen, die soms zeer geduldig zijn, maar ook wel eens blijik geven van bijzondere angst, omdat zij door hun beperkte vermogens de situatie niet kunnen bevatten en uit dien hoofde tot onverwachte afweerreacties komen. Toch kan men vaak ook bij deze kinderen nog wel veel bereiken wanneer men hen met kalmte en zekerheid tegemoet treedt en op die wijze hun vertrouwen weet te winnen.

Tenslotte is het niet van belang ontbloeit te weten, welke verlangens er bij de kinderen zelf ten aanzien van de tandheilkundige behandeling leven en welke eisen zij aan de practicus geneigd zijn te stellen. Daarom vermeldt HAUSS de resultaten van een kleine enquête, waaruit men kan leren wat kinderen van 8-12 jaar in dit opzicht al dan niet aangenaam is. De onaangename ervaringen worden in de volgende rangorde weergegeven:

1. wanneer de tandarts zegt dat hij waarschijnlijk niet hoeft te boren en het dan toch doet;
2. wanneer hij het kind uitlacht of kleineert;
3. wanneer hij standjes maakt wanneer het kind niet stil zit en niet precies doet wat hij zegt;
4. wanneer hij het kind tijdens de behandeling voortdurend aankijkt;
5. wanneer hij achteraf de ouders heimelijk vertelt dat hij zijn werk niet goed heeft kunnen verrichten;

6. wanneer hij het kind lang in de wachtkamer laat zitten;
7. wanneer hij zegt: „het doet helemaal geen pijn” wanneer het inderdaad wel pijn doet;
8. wanneer hij het patiëntje met andere kinderen gaat vergelijken;
9. wanneer hij voortdurend krampachtige pogingen doet om „leuk” te wezen;
10. wanneer hij alle instrumenten die hij nodig heeft, ineens voor de neus van het kind legt.

Positief daarentegen worden de volgende bijzonderheden gewaardeerd:

1. wanneer men dikwijls mag spoelen;
2. wanneer de tandarts uitlegt wat hij gaat doen en hoe hij dat zal doen;
3. wanneer hij het kind nu en dan eens prijst;
4. wanneer hij het kind bij het binnenkomen bij de voornaam noemt;
5. wanneer hij iets over de instrumenten en hun werking vertelt en ze zonodig eens laat beetpakken;
6. wanneer hij er voor waarschuwt dat een behandeling wel eens even pijn kan doen;
7. wanneer hij over prettige onderwerpen spreekt (dus in het algemeen niet over school);
8. wanneer het kind gelegenheid heeft om eens even uit het venster te kijken (of bv. naar een aquarium).

Hieruit laat zich afleiden dat het kind dankbaar is wanneer de tandarts door een vriendelijke, zakelijke en vastberaden houding begrip toont voor de moeilijkheden en aldus bijdraagt tot een gevoel van ontspanning. Verder dat het van belang is welk gesprek zich tussen de tandarts en patiënt ontwikkelt: onderwerpen die voor het kind van waarde zijn, en waarover het dus begint, mogen niet als onbelangrijk ter zijde worden geschoven. Voor een goede verstandhouding met kleuters is het nuttig wanneer de tandarts over fantasie beschikt en iets van de sfeer van een sprookje weet te scheppen (personifiëring van voorwerpen bv.). Een bemoedigend of prijzend woord kan een stimulans betekenen. Steeds ziet de tandarts zich weer gesteld voor de opgave, de individuele psychische eigenschappen van het aan hem toevertrouwde kind te ontdekken, omdat alleen uit die herkenning de vertrouwenssituatie kan groeien, welke voor de omgang met kinderen onontbeerlijk is.

V.

Literatuur:

K. HAUSS. Dtsch Z. Z. 15:1369, 1960