

BIJZONDERE ONDERWERPEN

OVER PSYCHOLOGISCHE RICHTLIJNEN BIJ DE BEHANDELING VAN KINDEREN

Het hier weergegeven artikel van de Duitse tandarts-psycholoog H. G. Sergl (Erlangen) is vooral gericht op de psychologische *benadering* van het kind. Uit opinie-onderzoek is gebleken dat ongeveer 50 % van de volwassen ondervraagden toegaven in meerdere of mindere mate angst voor de tandheelkundige behandeling te hebben. Velen hiervan gaven te kennen dat zij in hun kinderjaren bijzonder onaangename ervaringen bij de tandarts hadden opgedaan. Ook bleek uit deze enquêtes dat 35 % van de volwassenen pas tandheelkundige hulp inroepen wanneer pijn hen daartoe drijft. Als oorzaak voor deze afzijdigheid werd in veel gevallen angst genoemd.

Wanneer zulke percentages reeds voor volwassenen gelden, dan ligt het voor de hand dat kinderen – en vooral kleuters – nog veelvuldiger en in hoger mate angst voor tandheelkundige behandeling hebben en dienovereenkomstig reageren. Dat dit – gezien de hoge cariësfrequentie van het melkgebit – een betreurenswaardige ontwikkeling is, behoeft geen enkele toelichting.

Oorzaken van angst

Een eerste eis is dus dat de tandarts een goed inzicht heeft in het ontstaan en het wezen van de angst, in het bijzonder bij het kind. Angst is een alarmtoestand van het organisme, die met kenmerkende gevoelens en impulsen gepaard gaat. Zij ontstaat als reactie op een innerlijke of uiterlijke prikkel, die a.h.w. een potentieel gevaar aankondigt. Een plotseling intredende pijngevoelens is een zodanige prikkel, die een primitieve angstreactie teweegbrengt, welke niet door redelijk overleg of wilskracht kan worden onderdrukt. De angstreactie is „conditioneerbaar”, in die zin dat ook andere prikkels, die met de oorspronkelijke angstverwekkende prikkel plegen samen te gaan, op zichzelf reeds angstreacties kunnen uitlokken. In de tandheelkundige behandelkamer kent men daarvan verscheidene voorbeelden. Kominek c.s. (1959) hebben aangetoond dat zelfs het inschakelen van de operatielamp al voldoende kan zijn om angstreacties bij het kind op te wekken. Een soortgelijke werking kan uitgaan van associaties met vroeger opgedane, analoge ervaringen (tonsillectomie, inenting, etc.): zij verklaren in veel gevallen de angst van het kind dat voor de eerste maal onder behandeling komt en dat dus nog elke ervaring op tandheelkundig gebied mist. Doch ook andere traumatische belevenissen in situaties, die voor het kind nieuw waren, kunnen voor een achterdochtige en vreesachtige houding tijdens de eerste visite aan de tandarts een verklaring geven.

Een dusdanig gedrag kan evenwel ook een kind tonen dat nooit zulke traumatische belevenissen heeft gehad. In dat geval kan dit het produkt zijn

van de kinderlijke fantasie, die op voorhand tandheelkundige behandeling al met pijn heeft geassocieerd. De aanleiding hiertoe wordt gevormd door ondoordachte opmerkingen van volwassenen, die door het kind zijn opgevangen en in zijn fantasie zijn verwerkt. Ten slotte kan de angst eenvoudig zijn geïnduceerd door vreesachtigheid van de ouders of door een onzeker optreden van de therapeut. Doordat een kind gewoonlijk zo gevoelig reageert kunnen de angsten van anderen gemakkelijk op hem worden overgedragen.

Angst is in de tandheelkundige praktijk een universeel verschijnsel. De omvang ervan is niettemin individueel zeer verschillend. Dit kan zowel van constitutionele factoren en milieu, als van vroeger doorgemaakte ervaringen afhankelijk zijn.

De reacties van het kind kunnen niet uitsluitend door de mate van de angst worden verklaard: Jones (1958) heeft bij kinderen, die zich uiterlijk rustig gedroegen en een aangepaste indruk maakten, nochtans sterke angsten geregistreerd. De wijze van opvoeding is in dit opzicht van grote betekenis: verweerde kinderen scheppen voor de tandheelkundige behandeling al even ongunstige vooruitzichten als verwaarloosde kinderen. Ook de leeftijd speelt uit de aard der zaak een rol, o.a. met betrekking tot de bekende „verzetsfasen”.

Psychische instelling van de tandarts

Van de tandarts wordt verwacht dat hij voor al deze reactiemogelijkheden het nodige begrip opbrengt, hetgeen betekent dat hij zijn eigen gemoedsaandoeningen dient te beheersen. Dit is natuurlijk een zware opgave. Zijn stringente dagindeling wordt door de behandeling van kinderen en vooral die van kleuters vaak sterk gedwarsboomd. Dit roept onvermijdelijk zekere affecten op, die zich onbewust tegen de oorzaak – in casu het kind – richten. Deze ergernis is vooral dan volkomen begrijpelijk wanneer het kind zich, alle beoogde tegemoetkomendheid ten spijt – blijft verzetten. Onder deze omstandigheden wordt het wel erg moeilijk, open oog te blijven hebben voor de werkelijke beweegredenen tot dit verzet en zelf psychisch buiten de maastroom der emoties te blijven.

Adviezen voor de omgang met kinderen

Daarom acht Sergl het nuttig de aandacht te vestigen op enkele essentiële aspecten betreffende de omgang met kinderen: deze zijn ontleend aan onderzoekingen op het gebied van de opvoedingspsychologie. Als wezenlijke voorwaarde tot een goede verstandhouding met het kind beschouwt hij het afstand doen van elk vertoon van autoriteit, omdat hierbij een zekere zucht tot intimidatie nooit geheel afwezig is. Het doel moet integendeel zijn dat het kind een besef van partnerschap wordt bijgebracht, hetgeen inhoudt dat zijn vrijheid en zelfstandigheid zo min mogelijk mogen worden beknot. De voor deze partnerverhouding geldende regels dienen het kind duidelijk te worden

gemaakt: het moet leren inzien dat het de grenzen daarvan niet zonder schade kan overschrijden. Bij de uiteenzettingen daaromtrent moet de tandarts zowel de houding als de bewoordingen zien te vinden, die het kind de zekerheid geven dat het met een betrouwbare medewerker te doen heeft, die bereid is het bij de overwinning van zijn angsten behulpzaam te zijn.

Het hiervoor vereiste vertrouwen maakt het noodzakelijk dat de tandarts het kind de waarheid zegt. Het kind heeft er recht op te weten wat het te wachten staat. In voor zijn leeftijd begrijpelijke taal dient het ervan te worden doordrongen dat het in wezen om simpele zaken gaat, zodat het geen angst behoeft te hebben. Pogingen tot overrompeling zijn daarentegen ongewenst, want deze zijn juist uitingen van misbruik van vertrouwen. Het kind kan daarvan duurzaam de nadelige gevolgen ondervinden. Zijn vertrouwen zal te eerder worden gewonnen naarmate het ervaart dat in de verhouding tussen patiënt en tandarts vaste spelregels gelden, in het kader waarvan de tandarts de betrouwbare partner is en dus zijn woord gestand doet.

Het kind dient anderzijds ook te begrijpen dat adequate hulp alleen mogelijk is wanneer het zelf ook deze spelregels in acht neemt. Als het ondanks alle tegemoetkomingen verzet blijft plegen en daarmee de grenzen van het toelaatbare overschrijdt, dan blijft er weinig anders over dan van de onmiddellijke behandeling af te zien. Men kan dan het kind het best in een aangrenzend vertrek enige tijd geheel aan zichzelf overlaten. Niet bij wijze van straf, maar alleen als een betreuenswaardige maatregel, die de noodzakelijke consequentie is van zijn houding. Wanneer dit het kind ook in die zin wordt uitgelegd, dan wordt de waardering van zijn jeugdige persoonlijkheid geen geweld aangedaan. Dit wil zeggen dat men ook dan nog tegemoetkomend dient op te treden, opdat het kind niet het gevoel krijgt beschaamd te worden gezet. Daarom is het ook niet juist het te berispen vanwege zijn angst of het op een ironische dan wel denigrerende manier te vergelijken met andere kinderen, die wèl flink zijn.

De bijzondere pedagogische opgave bij de behandeling van het kind is dus, in relatief korte tijd zijn instelling zodanig te beïnvloeden dat het de „stress“-situatie – waarin sterke vluchtmotieven optreden – niet langer uit de weg gaat. Men zou te veel van het gepreoccupeerde kind vergen, als men van de verwachting uitging dat het zich aanstonds geheel uit vrije wil aan de behandeling zou onderwerpen. De angst doet zich het sterkst gelden wanneer de mogelijkheden tot vlucht-uit-de-situatie voorhanden zijn. Dat is ook de diepere oorzaak waarom veel kinderen in tegenwoordigheid van overbezorgde ouders meer vrees aan de dag leggen. Anderzijds zal het kind ook met heviger affecten reageren, wanneer zijn persoonlijke vrijheid zonder de nodige voorbereiding door de behandeling in hoge mate wordt beperkt. Daarom dienen de grenzen stap voor stap, zonder dat het kind er erg in heeft, nauwer te wor-

den aangehaald. Hoe meer het door een juist optreden van de tandarts met de behandelingssituatie vertrouwd raakt, hoe sneller de angst verdwijnt en hoe meer ook de aan de behandeling inherente vrijheidsbeperking wordt aanvaard. In welk tempo dit doel bereikt wordt is van verschillende individuele factoren afhankelijk. Rieth (1962) heeft gevallen beschreven, van kinderen die als onbehandelbaar golden: niettemin gelukte het hen na enkele zittingen op de gewenste wijze te beïnvloeden en hen daarmee tot coöperatieve patiënten te maken. Rieth meent dan ook dat de in deze geduldoefening geïnvesteerde tijd door de verbeterde behandelingsmogelijkheden naderhand ruimschoots wordt vergoed.

In de literatuur kan men diverse methoden beschreven vinden, volgens welke het mogelijk wordt geacht het kind aan de tandheelkundige behandeling te gewennen, o.a. afleiding door het doen van spelletjes, het geven van uiting aan zijn waardering, groepsbehandeling, etc.

Algemene richtlijnen

Aangezien er altijd gevallen zijn, waarin de mogelijkheden tot psychologische beïnvloeding te kort schieten, geeft Sergl tot slot een aantal richtlijnen voor alle in de kinderpraktijk vóórkomende gevallen.

1. Een vaste stelregel dient te zijn dat men – afgezien van kinderen met ernstige psychische defecten – altijd moet trachten de gewenste behandelingsbereidheid door een harmonisch contact met het kind na te streven. Zo nodig kunnen daarbij medicamenten (sedativa) worden aangewend.
2. Wanneer echter ondanks in verschillende zittingen herhaalde pogingen dit contact niet kan worden bereikt, of wanneer bij dringende indicatie het kind in de eerste zitting onbehandelbaar blijkt (zodat het bv. niet mogelijk is pijn weg te nemen), dan staan twee wegen open:
 - a. Toepassing van analgesie door middel van lachgas of een soortgelijk preparaat: deze methode vereist uit de aard der zaak echter speciale voorzieningen en is slechts geschikt voor kortdurende ingrepen.
 - b. Een afgedwongen behandeling na premedicatie en aangevuld met psychologische beïnvloeding vóór, tijdens en na de ingreep. Sergl is van mening dat deze ervaring voor het betrokken kind minder belastend is wanneer de tandarts zich vooraf rustig maar intensief met het kind heeft kunnen bezighouden. Steeds moet ook dan worden gepoogd tot een contact te komen. Deze meer geforceerde behandeling is – na zorgvuldig afwegen van alle voor- en nadelen – bij dringende indicatie gerechtvaardigd. De dwang dient alleen in het vasthouden van het kind en het openhouden van de mond te bestaan.

Een contra-indicatie tegen deze methode is aanwezig wanneer er tekenen zijn van een neurotische ontwikkeling en in verband daarmee van stoornissen in de verwerking der ervaringen. Bij de anamnese dient in zulke gevallen te worden gevraagd naar het bestaan van neurotische symptomen, waartoe o.a. zijn te rekenen: gebrek aan eetlust, slecht sla-

pen, onvermogen tot concentratie, braken, stotteren, tics, bedwateren en krampachtige huilbuien.

3. Kinderen met zware psychische defecten en die met de bovengenoemde neurotische symptomen kunnen het best onder intubatie-anesthesie worden gesaneerd.

Het succes van een goede psychologische benadering is niet alleen gelegen in het scheppen van de mogelijkheid een afzonderlijke behandeling naar behoren uit te voeren. Het beslissende criterium is veeleer dat de zich ontwikkelende persoonlijkheid steeds meer van haar angsten wordt bevrijd en daardoor een positieve instelling ten opzichte van tandheerkundige behandeling in het algemeen verwerft.

V.

Literatuur:

H. G. Sergl (1968): Psychologische Richtlinien bei der Kinderbehandlung. Dtsch. Z.Z. 23: 1208.