

PSYCHOLOGIE EN TANDHEELKUNDE*)

H. M. VAN DER PLOEG

1. DOELSTELLING

Aanvankelijk lag het in de bedoeling een overzicht samen te stellen van de literatuur over de al te menselijke vrees voor de tandarts (soms odontofobie genoemd). Omdat slechts een gering aantal publikaties werd gevonden, is het onderwerp verlegd naar het meer algemene gebied waar psychologie en tandheelkunde elkaar raken. Dit onderwerp echter bleek te veelomvattend, zodat een aantal inperkingen werden gemaakt.

Nauwelijks behandeld worden:

1. sociaal-psychologische onderwerpen, zoals fluoride-ring van het drinkwater;
2. de prothese en de betekenis van het dragen ervan;
3. behandeling van kinderen.

Ter sprake komen: het gemeenschappelijke terrein psychologie en tandheelkunde, psychosomatische relaties, angst voor de tandarts, enig onderzoek over preventief tandarts-bezoek en tenslotte de tandheelkundige behandeling als stress-situatie.

2. ALGEMENE BESCHOUWING

2.1 „Psychologie en Tandheelkunde”

2.1.1 *Tandheelkundige toepassingen van de gedragswetenschappen*

Phipps (1966) zegt in zijn inleiding tot het symposium „on the behavioral sciences in dentistry” in 1965, dat twee soorten aanpak op het terrein van psychologie en tandheelkunde zijn te onderscheiden:

1. de andere wetenschappen helpen de tandheelkunde, nadat vanuit de tandheelkunde een expliciete vraagstelling is geformuleerd;
2. toepassing van research, van belang voor de gedrags-

wetenschappen, die óók relevant kan zijn voor de tandheelkunde.

Richards (1966) stelt in het kader van hetzelfde symposium dat de gedragswetenschappen een bijdrage kunnen leveren tot de tandheelkunde. De tandarts moet leren de vindingen van de gedragswetenschappen aan te passen aan de genezing van zijn patiënten.

Een aantal auteurs is van mening, getuige opmerkingen in tal van artikelen, dat de tandheelkunde voor de psycholoog een unieke gelegenheid biedt voor het maken van observaties en het verrichten van research. Velen zijn er van overtuigd, dat in de behandelkamer van de tandarts zich een situatie voordoet, waarvan de op research beluste psycholoog zou „watertanden”.

Veel tandartsen zijn in de verleiding gekomen om zelf wat aan die „psychologische” research te gaan doen. Na literatuur-onderzoek van Borland zegt Evans (1966): „Although some excellent studies have been reported, the experimental designs in most of the studies have not been well developed. For example, some of them have involved highly speculative psychoanalytic interpretations of specific aspects in the dental situation with virtually no supporting data. ...most of the extant research either has been published by individuals with no sophistication whatsoever in the behavioral sciences, or, in the case of a small group, indicates at least an awareness in psychological methodology but a lack of training in such methodology.” Tot zover Borland.

Wij zien dus de volgende stromingen:

1. de psycholoog, die research verricht op tandheelkundig terrein;
2. de tandarts, die gebruik maakt van psychologische resultaten;
3. de tandarts, die psychologische research verricht.

Boeke (1968) merkt op dat de psycholoog niet weet welke problemen de tandarts graag onderzocht wil hebben. De psycholoog weet niet om welke factoren het gaat en wat relevant is. Hij stelt voor dat de tandheelkunde de vraagstelling produceert en dat dan de psychologie aanvangt met de beantwoording daarvan.

Evans (1966) vindt dat de psycholoog, die zich met

*) Dit overzicht werd geschreven in het kader van de studie voor het doctoraal examen Psychologie aan de Universiteit van Amsterdam. De schrijver is Prof. Dr. J. T. Barendregt, hoogleraar in de Psychologische persoonlijkheidsleer, en de heer G. Wijers, candidaatassistent aan het Psychologisch Laboratorium, alsook de heer L. Coppes, lector in de Parodontologie, zeer erkentelijk voor hun kritische opmerkingen en correcties.

tandheelkunde bezig houdt, beslist geen tandheelkundig-psycholoog moet worden, laat staan een „psychologische tandarts”. Hij is er wel voor dat de tandarts een opleiding krijgt in psychologie en speciaal in research-technieken, methodologie, statistiek, e.d., om daarna zelfstandig volwaardige research te kunnen uitvoeren in de tandheelkundige praktijk.

2.1.2 Trend van de algemene beschouwingen

In het onderstaande wordt een beknopte samenvatting gegeven van een aantal uitspraken, die men in veel artikelen aantreft, zonder dat er ooit experimentele steun voor geleverd wordt.

1. Vaak ziet men de opmerking dat de mond emotioneel een belangrijk deel van het lichaam is. Men verwijst dan naar de psychoanalytici. De mond wordt emotioneel zó belangrijk gevonden, dat daardoor iedere ingreep in de mond tevens een ingreep zou inhouden aan de *gehele* persoon. Daarom moet men voorzichtig zijn bij ingrijpende behandelingen, zoals trekken van het gehele gebit. Er verandert dan iets aan de totaliteit van de mens. Voor een aantal auteurs is dat aanleiding op te merken dat iedere ingrijpende behandeling vergezeld moet gaan van onderzoek door een psychiater. Aanhangers van deze opvattingen zijn onder meer: Balzers (1953), Boeke (1961), Lefer (1966) en Rümke (1949).

2. Rümke (1949) zegt dat hij een denkbeeldig boek schrijft met als titel „Psychiatrie en tandheelkunde”. De basis voor zijn „boek” zou hij dan halen uit de taal en de belletrie; uit de leer der primitieve volken; uit de folklore; uit de droom; en uit psychotherapeutische gesprekken. Ook andere schrijvers putten uit deze bronnen. Rümke begint zijn „boek” met de bespreking van de beleving van het tandstelsel. Hij merkt op dat primitieve volken grote betekenis toekennen aan de tand, bv. de tanden van wilde dieren worden als amulet gedragen. Sommige volken zien de tand als symbool voor „drager van het leven”. In ons land komt dit bijgeloof ook nog voor. In de taal en de belletrie komen uitdrukkingen voor met het woord „tand” er in. Verder brengt Rümke esthetische operaties ter sprake en de relatie tussen bouw van het tandstelsel en het karakter.

3. Veel schrijvers maken enige opmerkingen over de patiënt-dokter relatie. Zij merken op dat de patiënt in de stoel van de tandarts een zeer ondergeschikte plaats inneemt. De patiënt heeft geen enkele controle over de te volgen procedure: hij is hulpeloos. Daarnaast zijn er volgens Rümke (1949) diverse vormen van negatieve en positieve overdracht te onderscheiden.

4. Een ander aspect is de evaluatie van de omgevingsfactoren van de behandelkamer (Rosenberg, 1962). Het succes van de behandeling wordt door een complex van factoren bepaald. Daarbij behoort de omgeving waarin de patiënt behandeld wordt en de apparatuur, waarmee de behandeling wordt uitgevoerd. Rosenberg zegt dat door de aanschaf van een nieuwere en snellere boormachine de tandarts soms een eenvoudiger taak krijgt, maar dat hierdoor ook de motivatie van de arts verandert. Het is noodzakelijk dat de tandarts steeds goed bedenkt dat hij niet *aan*, maar *met* een patiënt werkt. Zou de tandarts steeds rigide op zijn machine vertrouwen, dan faalt hij.

2.2 Literatuuroverzichten en de trend van de onderzoekingen

Baker en Schwabacher (1955) geven een overzicht van de stromingen in de literatuur en de onderzoekingen gedurende de afgelopen 25 jaar.

Zij komen tot de volgende onderwerpen (van verleden naar heden):

1. kennis van de emotionele reacties op een tandheelkundige behandeling; deze is een belangrijke factor bij het behandelen van een patiënt;
2. dokter-patiënt relaties en het psychologisch benaderen van de patiënt; het belang van psychologische persoonlijkheidstests, voordat aan een behandeling begonnen wordt;
3. invloed van de emoties en stress als etiologische factoren van tandheelkundige afwijkingen;
4. het belang van de orale zone en de verschillen in emotionele reacties bij psychosomatische manifestaties;
5. correlaties tussen neurotische tendenties en de ernst van cariës en parodontale afwijkingen.

Boeke (1964) heeft 10 jaargangen van het Tijdschrift voor Tandheelkunde nagezocht op Nederlandse publicaties over psychologische problemen in de tandheelkunde.

Hij vond in totaal 51 artikelen, waarvan er 14 enige systematisch verkregen gegevens als basis hadden. De rest was beschouwend van aard. Er waren veel (17) artikelen over tandverzorging bij kinderen, zonder dat er één onderzoek werd verricht. De meeste van deze 51 artikelen waren door tandartsen geschreven; zij behandelden dus problemen zoals de tandarts ze ervaart. Soms waren de artikelen hypothese-stellend. Indien experimenteel getoetst werd, waren de gegevens vaak verkregen door het houden van een enquête.

Evans (1966) noemt een aantal onderwerpen voor

toekomstig psychologisch-tandheelkundig onderzoek:

1. pijn en pijn-reductie (hypnose, anesthesie, audio-analgesie);
2. pedodontie, tandheelkunde bij kinderen (bv. de moeder wel of niet aanwezig bij de behandeling van het kind);
3. attitude van de patiënt ten opzichte van de tandheelkundige behandelingssituatie;
4. nazorg van de patiënten (bv. regelmatig poetsen);
5. fluoridering van het drinkwater.

Op het punt van de fluoridering zou Richards (1966) graag meer onderzoek wensen. Hij spreekt in dit verband van een paradoxale relatie: men gaat er vanuit dat fluoridering tandbederf tegengaat. De patiënt vreest en weigert tandheelkundige behandeling én is tegelijkertijd tegen fluoridering. Hierdoor neemt het tandbederf nog meer toe, zodat meer tandafwijkingen ontstaan, en de patiënt meer tandheelkundige behandeling nodig heeft (waar hij bang voor is).

2.3 Emotionele betekenis van het tandverlies

Een onderwerp dat in veel beschouwende artikelen naar voren komt, is de emotionele betekenis van het verlies van de tanden. Steeds verwijst men naar „case-histories”, dromen en verslagen van psychoanalytische zittingen.

Hét artikel (H. A. Lewis: The unconscious castrative significance of tooth extraction) waarin de relatie tussen het trekken van tanden en de castratie-angst wordt beschreven, was niet te verkrijgen. Wel een weergave ervan door Sosnow (1962). Lewis stelt een duidelijke overeenkomst tussen de tanden en de penis. Het verlies van de tanden geeft een zeer ingrijpende verandering in het lichaamsschema; het trekken zelf brengt vaak veel emotionele reacties met zich mee. De patiënt schijnt regressie te vertonen naar het orale stadium. Sommige patiënten weigeren een tand te laten trekken, komen te laat voor de behandeling, vergeten de afspraak, komen tot veel soorten agressief gedrag tegen de tandarts, hebben veel vrees en angst, en vertonen uitgebreide musculaire en autonome reacties gedurende de behandeling.

De tandarts is voor de mannelijke patiënten een oedipale vaderfiguur. De patiënt bevindt zich in een zeer hulpeloze toestand, waardoor de castratie-angst nog zou toenemen.

Tot slot van dit artikel werden enige suggesties gedaan aan de tandarts om de angst te reduceren. De tandarts moet bv. zijn eigen identiteit niet verliezen en er voor zorgen dat de rollen van patiënt en dokter niet

worden verward. De arts moet de patiënt geruststellen, naast het geven van een goede verdoving en uitgebreid de nazorg bespreken. De tandarts moet de patiënt in een goede relatie laten voelen dat hij hem begrijpt.

2.4 Pijn

Over de pijn, optredend bij de behandeling, zijn veel opmerkingen gemaakt in diverse artikelen.

Plainfield en Adler (1962) geven een beschrijving van de betekenis van de pijn. Zij verstaan onder pijn „an unpleasurable response sensation to a stimulus”. Toelichting op deze onduidelijke definitie wordt niet gegeven. Zij merken op dat pijn een privé ervaring is. Op een pijnprikkel kunnen veel individueel verschillende reacties volgen. De aard van die reacties heeft te maken met de voorgeschiedenis van ieder mens. Dit geeft de auteurs aanleiding op te merken dat de pijn niet kwantitatief te meten is, hetgeen sterk te betwijfelen is. Er zijn psychologische methoden waardoor pijn wel meetbaar gemaakt kan worden.

Zij kennen aan de pijn, ook die welke gevoeld wordt buiten de tandheelkundige situatie, een aantal functies toe:

1. „to preserve the integrity of the organism”, deze bescherming leidt tot de vermijdingsreacties van de patiënt;
2. verbalisatie van de pijn dient als communicatie om de behandeling te verzachten;
3. „to establish a cultural sexual identity”: door de emancipatie zou de vrouw minder uiting geven aan haar pijngevoelens. De vrouwelijke man voelt bij wijze van spreken meer pijn dan de mannelijke vrouw; dit lichten de auteurs toe aan de hand van „case-histories”;
4. verbalisatie van het pijngevoel kan ook dienen „to communicate a need for help or attention”, ook hier volgen enige „case-histories” ter ondersteuning van het beweerde;
5. bij een masochistische patiënt zal de pijn gewenst zijn om de strafbehoefte te bevredigen, om de schuldgevoelens en de begeleidende angst te verzachten.

Deze opvatting van masochisme moet naïef genoemd worden, daar een masochist niet *iedere* toediening van pijnprikkels op prijs stelt.

In een aantal andere artikelen wordt geschreven dat sommige patiënten graag naar de tandarts gaan voor behandeling zonder dat er van enige tandheelkundige afwijking sprake is. De suggestie wordt gedaan dat men hier te maken heeft met masochistische patiënten.

Plainfield en Adler besluiten hun artikel met de op-

merking dat men bij het verzachten van de pijn van de behandeling steeds rekening moet houden met de *individuele* patiënt.

Bernheim (1966) merkt op dat de beste methode ter reductie van pijn is „het medeleven van een kundig persoon”. Hij is van mening dat pijn niet verlicht kan worden door technische middelen alleen. Later in zijn artikel zegt hij dat men moet beletten dat de pijnprikkel de hersencentra bereikt en dat verdoving hiervoor de uitgelezen methode blijft.

2.5 Tandheelkunde bij kinderen

Boeke (1964) vond veel artikelen over tandheelkunde en psychologie bij kinderen. Ook in de Dental- en Psychological Abstracts treft men relatief veel titels op dit terrein aan.

Massler (1962) beschrijft enige leeftijdsfasen van het kind en zegt welke behandeling men kan toepassen in elke fase. Hij is van mening dat de moeder bij de behandeling van het kind aanwezig moet zijn.

Evans (1966) trekt dit laatste in twijfel en stelt dat men dit eerst moet onderzoeken, voordat men tot deze bewering overgaat. Massler vindt dat de persoonlijkheid van de tandarts een grote rol speelt: niet iedereen is geschikt om kinderen te behandelen. Een goede kinderarts is volgens Massler: empatisch, warmvoelend,

vriendelijk, doortastend in zijn optreden. Een slechte tandarts voor kinderen: autoritair, rigide, te toegeeflijk en te veel of te weinig doortastend in zijn optreden.

Een voorbeeld van een empirisch onderzoek bij kinderen is dat van Berendt en Brand (1958). Zij onderzochten in Israël het verschil tussen stads- en plattelandskinderen op de variabelen duim- en vinger(s)zuigen. Steekproeven hebben aangetoond dat deze gewoonten frequenter voorkomen bij kinderen uit de kibboets dan bij stadskinderen. Tussen jongens en meisjes bestonden in dit opzicht geen verschillen.

2.6 Enige kritische opmerkingen

Veel van het hiervoor vermelde lijkt weinig relevant voor een empirische wetenschap. Veel artikelen zijn uitsluitend beschouwend. Het kan best zijn dat de schrijver op grond van zijn jarenlange ervaring een juist beeld geeft van de werkelijkheid, maar de mogelijkheid is nooit uitgesloten dat hij op grond van die ervaring bevooroordeeld is; daarom is aan sommige punten snel voorbij gegaan.

In de volgende delen van dit overzicht worden wel empirisch verkregen gegevens behandeld. Het geeft een wat geruster gevoel daarmee te werken, omdat gevonden relaties kunnen worden afgewogen tegen de gebruikte procedures.

(wordt vervolgd)

CAPITA SELECTA

MATERIALEN IN DE TANDHEELKUNDE*)

F. C. M. DRIESSENS

Inleiding

De tandheelkunde wordt, evenals diverse andere beroepen, in toenemende mate op een wetenschappelijk beter te verantwoorde wijze en met technisch steeds betere middelen toegepast. Het algemeen belang van een goede tandheelkundige verzorging stelt aan de be-

oefenaar der tandheelkunde sinds lange tijd zó hoge en gevarieerde eisen, dat zijn opleiding op universitair niveau behoort te zijn. Op dit moment is zij dat gelukkig ook over praktisch de gehele wereld. De wetenschappelijke basis der tandheelkunde is daarbij niet beperkt tot de natuurwetenschappen, maar omvat evenals bij de andere medische activiteiten ook de gebieden van de levens- en geesteswetenschappen en wel door de directe gegevenheid van de mens als patiënt.

Dit artikel is de neerslag van een bezinning op de func-

*) De in dit artikel verwerkte indrukken en ervaringen zijn gedeeltelijk opgedaan tijdens een verblijf van meer dan een jaar in de V.S., waarvan de financiële kosten mede zijn gedragen door de Nederlandse Organisatie voor Zuiver Wetenschappelijk Onderzoek (Z.W.O.) en door de Niels Stensen Stichting.

*Uit de afdeling
Tandheelkundige Materialen
der Katholieke Universiteit
te Nijmegen.
Hoofd: Dr. F. C. M. Driessens.*