

PSYCHOLOGIE EN TANDHEELKUNDE (vervolg)

H. M. VAN DER PLOEG

4. ANGST VOOR DE TANDARTS EN PREVENTIEF TANDARTSBEZOEK

4.1 Buitensporige angst voor tandheelkundige behandeling

In de artikelen staan veel voorbeelden uit de praktijk van de tandarts van buitensporige angst voor de behandeling.

Borland (1962) vertelt van zijn praktijk als leger-tandarts: „Sommigen riskeerden liever de krijgsraad, dan behandeld te worden.”

In 1954 is door Shoben en Borland een onderzoek verricht met een groep angstige en een groep niet-angstige patiënten. De gegevens werden d.m.v. interviews verkregen. Er werden diverse factoren onderzocht, o.a. lage pijn-tolerantie, traumatische ervaringen bij medische behandeling, verhoogd angstniveau, e.d.; deze zouden moeten differentiëren tussen de twee groepen.

Ten aanzien van slechts twee factoren bestond er een significant verschil tussen beide groepen. Angstige patiënten hebben meer:

1. ongunstige ervaringen in het gezin bij tandheelkundige behandeling,
2. een ongunstige attitude in het gezin ten aanzien van de behandeling door de tandarts.

In de resultaten komt tot uiting, dat sociale interactie (bij het kind) een rol speelt in de ontwikkeling van de houding ten opzichte van de tandarts behandeling.

Wij kunnen de angst voor de tandarts ook beschouwen als een fenomeen, dat bij iedereen in zekere mate voorkomt. Waarom heeft de mens dan die angst?

Borland (1962) noemt, zonder gebruik te maken van zijn resultaten van 1954, als verklaringen:

1. De angst in het algemeen heeft „survival value”. Mensen zonder angst treden meer gevaren tegemoet en lopen eerder de kans letsel op te lopen.

Baonville (1966) vindt dat de angst in het algemeen een dierlijk, erfelijk instinct is, nl. het instinct tot zelfbehoud.

2. De mond is emotioneel van groot belang. De mond is ook een zeer gevoelige zone van het lichaam. De

baby gebruikt hem voor voedselopname, exploratie en communicatie. Bij de volwassene wordt de mond hét sociaal getolereerde instrument van vele vormen van agressie. Borland veronderstelt dat de angst voor de tandarts in sterke mate zal ontstaan bij diegene, voor wie de mond een belangrijke psychologische functie vervult. De graad van de angst zou zich proportioneel verhouden met het belang van die functie en de (eventueel niet reële, maar geconstrueerde) bedreiging in de situatie bij de tandarts. Deze hypothese is niet getoetst.

3. Een derde verklaring voor het voorkomen van de angst voor de tandarts is: de subjectieve locatie van de „self”.

Zeer velen voelen de „self” van het individu achter de ogen gelokaliseerd. De tandarts werkt dus zeer nabij de „self”, waardoor de bedreiging toeneemt. Een neusoperatie zou bv. ook zeer veel angst moeten opwekken.

Ten aanzien van de verschillen in de angst voor de tandarts is het, volgens Borland, van belang mede te letten op het volgende:

1. De patiënt reageert op wat hij waarneemt in de behandelkamer. Het individu kan een veranderde omgeving scheppen. Het glas water bv. kan aversieve kwaliteiten aannemen, omdat het in de nabijheid van de boor staat; of positieve kwaliteiten, omdat steeds ná het boren gespoeld moet worden.
2. Door culturele invloeden is de codering van de angst voor de tandarts aan verandering onderhevig. Men verwacht van de man een ander reactiepatroon dan van de vrouw.

4.2 Experimenteel onderzoek van preventief tandartsbezoek

4.2.1 Motivationale factoren

Kegeles (1963) stelde zich de vraag: Welke motivationele factoren spelen een rol bij het al dan niet preventief naar de tandarts gaan?

Zij heeft deze vraag getracht te beantwoorden door middel van een „open-end interview”-studie. Proefpersonen waren werknemers van een fabriek, die kosteloos

bezoek aan de bedrijfstandarts verzorgde. Zij trok een steekproef van 430 werknemers. Sommigen van deze ppn gingen, ondanks het feit dat aan een bezoek aan de bedrijfstandarts geen kosten verbonden waren, toch naar hun eigen tandarts. De dokter-patiënt relatie blijkt in hoge mate van belang te zijn.

Op grond van de interview-gegevens waren de 430 ppn te verdelen in twee groepen:

- I. Preventief gerichte groep: naar de tandarts gaan voor controle (bv. halfjaarlijks) zonder dat van pijn of ongemak sprake is.
- II. Symptoom-gerichte groep: uitsluitend gaan als pijn wordt gevoeld of er veel ongemak optreedt, dus *niet* preventief.

De vraagstelling kan nu gespecificeerd worden: Welke motivationele factoren discrimineren tussen groep I en II?

Op grond van de overeenkomsten tussen preventief tandartsbezoek en inenting, doorlichting e.d. werden een aantal hypothesen opgesteld.

De vraagstelling valt nu uiteen in twee delen.

A. Welke factoren *motiveren* iemand om preventief naar de tandarts te gaan? (T.a.v. groep I.)

Er werden drie hypothesen opgesteld.

De patiënt gaat vaker preventief naar de tandarts,

1. als hij denkt, dat hij vatbaar is voor bepaalde gebitsafwijkingen;
2. als hij denkt, dat zo'n afwijking voor hem ernstige gevolgen zal hebben;
3. als er maatregelen mogelijk zijn, die de afwijking kunnen voorkómen, of de ernstige effecten ervan kunnen opheffen.

B. Welke factoren *remmen* iemand om preventief naar de tandarts te gaan? (T.a.v. groep II.)

Er werden drie hypothesen opgesteld.

De patiënt gaat minder vaak preventief naar de tandarts,

1. als de pijn van de behandeling wordt gevreesd; het bezoek wordt uitgesteld totdat de pijn, voortvloeiend uit de afwijking, heviger is, dan de bij de behandeling te verwachten pijn;
2. als er extreme angst voor de behandeling aanwezig is;
3. als tandartsen primair worden gezien als mensen met negatieve eigenschappen.

Resultaten

Uit de gegevens van het interview blijkt:

Ad A. De drie motiverende factoren om preventief naar de tandarts te gaan worden genoemd:

1. „susceptibility”: de patiënt denkt dat hij vatbaar is voor bepaalde gebitsafwijkingen;
2. „seriousness”: deze afwijkingen kunnen volgens hem ernstige gevolgen hebben;
3. „beneficial actions”: er zijn maatregelen tegen de afwijkingen resp. gevolgen mogelijk.

De personen uit de preventieve groep (I) tonen significant hogere waarden voor deze drie factoren dan de personen uit de symptoomgroep (II). Ook werd gevonden dat geloof in „natuurlijke causaliteit van tandafwijkingen” (bv. de overtuiging „eten van veel snoep veroorzaakt cariës”) significant verschilt tussen de twee groepen. Iemand met veel geloof in natuurlijke causaliteit gaat eerder naar de tandarts dan iemand zonder die overtuiging.

Ad B. De drie remmende factoren bij preventief tandartsbezoek zijn de volgende:

1. behandelings-pijn,
2. behandelings-angst,
3. negatieve eigenschappen.

De personen uit de symptoomgroep (II) tonen voor de factoren 1 en 2 significant hogere waarden dan de personen uit de preventieve groep (I). Er werd een positieve intercorrelatie gevonden tussen de factor 1 en 3 en tussen 2 en 3.

Zoals in het volgende naar voren zal komen, lijkt het waarschijnlijk dat de socio-economische factoren het belangrijkste zijn.

4.2.2 Socio-economische factoren

Uit voorgaande anonieme onderzoeken bleek dat van de V.S.-populatie 36 % minstens eenmaal per jaar naar de tandarts gaat. Als belangrijkste factor, die het bezoek bepaalt, werd genoemd: *onkosten*. Van de fabrieks-steekproef was 60 % het afgelopen jaar naar de tandarts geweest, 24 % was tweemaal geweest (Kegeles, 1963). Er blijkt dus dat opheffing van de remmende factor onkosten de toeloop naar de tandarts vergroot.

Kegeles (1962, 1963) onderzocht ook de socio-economische en situationele factoren. Zij vond significante verschillen tussen de twee groepen op de variabelen: educatie, inkomen en positie. Hoe hoger de score ten aanzien van deze drie variabelen, hoe vaker de tandarts preventief wordt bezocht.

Zij vond ook dat naarmate men verder moet reizen om een tandarts te kunnen bezoeken, men minder vaak preventief gaat.

Kriesberg en Treiman (1960) benaderen het preventieve tandartsbezoek eveneens vanuit een socio-economisch gezichtspunt. Zij vragen zich af welke socio-economische factoren een rol spelen bij het preventieve tandartsbezoek.

Er werden 1862 personen geïnterviewd. Deze mensen kunnen in twee groepen worden verdeeld:

1. preventief gericht;
2. niet gaan, indien tandheelkundige hulp vereist is (hiermee wordt waarschijnlijk eenzelfde groep bedoeld als de symptoomgroep van Kegeles).

De bepaling van de sociale klasse geschiedt op grond van:

1. inkomen,
2. educatie.

Uit de gegevens blijkt, dat bij meer educatie en bij hoger inkomen men vaker preventief naar de tandarts gaat.

Bij minder inkomen en minder educatie gaat men vaker *niet* naar de tandarts, wanneer tandheelkundige hulp vereist is. Deze relaties gelden voor inkomen en educatie apart en te zamen.

Kriesberg en Treiman hebben nog enige andere factoren onderzocht:

1. Training in de kinderjaren. Hoe jonger begonnen met tandartsbezoek, hoe vaker men later preventief gaat. Deze relatie is duidelijker bij de hogere inkomens, dan bij de lagere.
2. Kenmerken van tandartsen. Per inkomens-groep is er een relatie tussen preventief gaan en bepaalde tandarts-kenmerken, zoals sturen van kaartjes om te herinneren aan behandeling.
3. Vrees voor de pijn. Binnen een inkomens-groep gaan patiënten zonder vrees vaker preventief. Deze factor wordt van groot belang geacht bij het gebruik maken van de diensten van de tandarts. In de gehele steekproef is geen relatie tussen vrees en inkomen aantoonbaar.
4. Financiële bronnen en beschikbaarheid van tandartsen. Hoe minder inkomen, hoe vaker het voorkomt dat men niet naar de tandarts gaat. De lagere inkomens-groep woont vaak in kleine dorpen en slechtere wijken, waar minder tandartsen wonen. Hierdoor wordt het bezoek aan de tandarts nog meer bemoeilijkt.

4.3 Vermindering van vrees voor de pijn

In het voorgaande is de factor vrees voor de pijn meermalen genoemd. Hoe minder vrees, hoe vaker men preventief gaat.

Enige pijn-reducerende methoden: verdoving, hypnose, relaxatie, muziek en geluid als afleiding. Men kan veronderstellen dat, indien de pijn minder is, ook de vrees er voor verminderd zal zijn.

Cinotti en Grieder (1964) vermelden in hun leerboek uitgebreid, hoe een spierrelaxatie-techniek (sterk overeenkomend met die van Jacobson) kan worden toegepast.

Morosko en Simmons (1966) bespreken de mogelijkheid tot verhoging van de pijndrempel door gebruik te maken van geluid of muziek. Deze methode zal in het volgende hoofdstuk (5.3.2.) worden besproken.

Borland (1962) vestigt de aandacht op de behandeling van een „tandarts-fobie”. Hij liet de patiënt langzaam wennen aan de situatie. Iedere volgende stap (in vivo) kwam hij dichterbij het doel: met prepareren e.d. kunnen beginnen. Van de patiënt worden bij de behandeling van de fobie op deze wijze wel veel financiële offers gevraagd.

Borland is er tegen dat de tandarts de patiënt dwingt dadelijk in de stoel te stappen om met de behandeling te kunnen beginnen, als de patiënt duidelijk tekenen van angst vertoont.

Een eenvoudig mechanisme, dat angst-reducerend werkt, is een drukknop op de leuning van de stoel, waardoor de boor kan worden stilgezet. Vrijwel iedere patiënt gebruikt het knopje enkele malen, vooral om te zien of het wel werkt (?). Volgens Borland worden aldus pijnvolle situaties draaglijker, de patiënt heeft niet meer het gevoel hulpeloos overgeleverd te zijn aan de tandarts. Hierdoor zal het tandartsbezoek volgens hem toenemen.

4.4 Enige kritiek

Kegeles (1963) gebruikt in haar artikel statistische significantie-toetsen.

Kriesberg en Treiman (1960) plaatsen de uit het interview verkregen gegevens in tabellen (percentages). Er wordt geen enkele statistische toets gebruikt. In sommige cellen staat een zeer gering aantal respondenten (bv. hoge educatie en laag inkomen); door de percentages valt dit niet zo op. Bij een aantal tabellen lijkt hierdoor de mogelijkheid niet uitgesloten, dat de voorgestelde conclusie niet gerechtvaardigd is.

Noch Kegeles, noch Kriesberg en Treiman hebben in hun artikel een lijst met interview-vragen bijgevoegd; soms wordt een vraag geciteerd. Hierdoor is het niet te achterhalen wat de waarde van de vragen is. Er kunnen grote gebieden onbesproken zijn gebleven; er kan suggestief zijn gevraagd.

Ook wordt niet vermeld hoe de steekproef is getrokken. Kriesberg en Treiman volstaan ermee te vermelden dat 1862 ppn met natuurlijke tanden aan het onderzoek deelnamen. Verdere informatie ontbreekt.

Het lijkt op grond van het bovenstaande gerechtvaardigd te stellen dat de resultaten van beide onderzoeken met enig voorbehoud moeten worden geïnterpreteerd.

4.5 Samenvatting

Angst voor de tandarts komt algemeen voor. Toch is er weinig of geen onderzoek naar verricht. Wel worden enige verklaringen gegeven voor de algemeenheid van die angst, bv. de „survival value” ervan, het grote emo-

tionele belang van de mond, de subjectieve nabijheid van de „self”.

Tandarts-patiënten kan men (volgens enige studies) in twee groepen verdelen: zij die preventief en zij die symptoom-gericht de tandarts bezoeken.

Door middel van interview-studies zijn relaties gevonden tussen preventief naar de tandarts gaan en

1. „susceptibility”,
2. „seriousness”,
3. „beneficial actions”,
4. vrees voor de pijn,
5. behandelings-angst,
6. hoge educatie, en
7. hoog inkomen.

(wordt vervolgd)

KLINISCHE LESSEN

HET PLEOMORFE ADENOOM

I. VAN DER WAAL

Inleiding

Het pleomorfe adenoom is een adenoom dat vrijwel uitsluitend betrekking heeft op de speekselklieren. Lange tijd is deze tumor aangeduid als mengtumor, of ook wel als „tumor mixtus”.

De naam mengtumor berust op de gedachte dat de tumor zou zijn opgebouwd uit zowel een ectodermale als een mesodermale neoplastische component. Op dit moment echter is men vrijwel unaniem van oordeel dat deze tumoren moeten worden beschouwd als neoplasmata van epitheliale oorsprong.

De aanduiding met (pleomorf) adenoom lijkt dan ook te verkiezen boven de term mengtumor.

Lokalisatie

Elk type tumor, dat voorkomt in één van de grote speekselklieren, kan ook optreden in één van de talloze kleine – zgn. accessorische – speekselkliertjes van het slijmvlies van de wang, de tong, de lippen en het verhemelte. Het pleomorfe adenoom, hoewel meestal gelokaliseerd in één van de grote speekselklieren – met een uitgesproken voorkeur voor de glandula parotis – kan dan ook gelegen zijn in de hierboven genoemde intra-orale speekselkliertjes.

Epidemiologie

Deze tumor komt het meest voor in de leeftijdsgroep van 40–60 jaar. Er zijn echter ook enkele gevallen beschreven van het voorkomen bij zeer jonge patiënten. Het pleomorfe adenoom wordt wat vaker aangetroffen bij vrouwen

Uit de afdeling voor

Mondziekten en Kaakchirurgie

van het Academisch Ziekenhuis

der Vrije Universiteit te Amsterdam.

Hoofd: Prof. Dr. W. A. M. van der Kwast.

dan bij mannen. Over een eventueel verschil in voorkomen bij de diverse rassen is niets bekend.

Klinisch gedrag

Uit de anamnese blijkt meestal sprake te zijn van een langzaam in grootte toenemend, niet pijnlijk, knobbeltje.

De ontstaansduur kan variëren van enkele maanden tot jaren.

De bedekkende huid of mucosa ulcereert zelden en is vrij verschuifbaar over de tumor. Ook ten opzichte van de onderlaag is deze tumor, althans in de benigne vorm, waarbij er kapselvorming is, vrij beweeglijk. De consistentie is vast-elastisch. Dit gevoel is sterk afhankelijk van de verhouding waarin de verschillende weefselcomponenten voorkomen; ook eventuele kysteuze veranderingen in het tumorweefsel zijn hierop uiteraard van invloed.

Boyd schrijft in zijn leerboek van de pathologie dat deze speekselkliertumor per definitie goedaardig is. Echter na de gebruikelijke operatieve ingreep zou in 20–45 % van de gevallen een recidief optreden, dat plaatselijk zich invasief kan gaan gedragen en zodoende destructie kan veroorzaken van het omliggende weefsel. („It is inherently benign, but after the usual operative procedure, there is recurrence in from 20–45 percent of cases, the tumor then becoming locally destructive and invasive.”)

Deze opvatting wordt elders in de literatuur niet gevonden. In een onderzoek van Foote en Frazell, dat handelt over ruim 800 tumoren van de grote speekselklieren,