

ANGST EN TANDHEELKUNDE

ENIGE ASPECTEN VAN ANGST IN DE TANDHEELKUNDIGE SITUATIE

P. C. MAKKES

Uit de Stichting Tandheelkundige Hulp in Bijzondere Gevallen, regio Amsterdam en de vakgroep Cariologie, Endodontologie en Pedodontologie van de Universiteit van Amsterdam.

Trefwoorden: Gedragwetenschappen – Angst – Odontofobie

Inleiding

Over het verschijnsel angst is al veel gezegd en geschreven. In de psychologie heeft dit onder andere geleid tot een aantal – soms tamelijk gecompliceerde – theorieën over achtergronden en gevolgen van angst. Vaak wordt daarbij onderscheid gemaakt tussen de begrippen vrees (waarbij de oorzaak duidelijk aanwijsbaar is) en angst (waarbij de oorzaak niet aanwijsbaar is).

Het is de bedoeling van dit artikel om vooral een aantal praktische kanten van angst in de tandheelkundige situatie te bespreken. Hierbij wordt voornamelijk gebruik gemaakt van de theorie van Spielberger¹ over stress en angst. Omdat het verschil tussen vrees en angst in dit kader gering belang lijkt te zijn, wordt hier gekozen voor één term: angst.

1. Angst in het algemeen

Angst is een gemoedstoestand die voor het bestaan van mens en dier waarschijnlijk onmisbaar is. Alhoewel angst vaak als onaangenaam wordt ervaren, kan een geringe mate van angst in bepaalde situaties ook een gevoel van plezierige spanning en opwindend veroorzaken. Voorbeelden van dergelijke situaties zijn: het bezoeken van de griezel tent en de achtbaan op de kermis, het zien van griezelfilms, het beoefenen van bepaalde risicosporten zoals skiën en bergbeklimmen.

Angst kan zich ontwikkelen in een situatie, die als spanningsvol of bedreigend wordt ervaren. Het gevoel van bedreiging gaat over in een gevoel van angst en kan aanleiding geven tot angstreacties en eventueel tot angstgedrag. Angstgevoel leidt meestal tot de acti-

vatie van mechanismen voor aanpassing en afweer (Selye²). Indien deze mechanismen doelmatig functioneren neemt het angstgevoel af en heeft het individu zichzelf in de hand in de gegeven situatie; bij onvoldoende functioneren neemt het angstgevoel toe, het individu raakt in paniek en vervalt als het ware aan de angst (Bastiaans³).

Angst is dus sterk persoonsgebonden. De psycho-fysiologische uitingsvormen van angst kunnen dan ook bij verschillende individuen aanzienlijk uiteenlopen. De één kan heftig en openlijk reageren op een beangstigende situatie, terwijl de ander zijn angstgedrag weet te maskeren, waardoor er uiterlijk niets aan hem te zien is. Ook is het mogelijk, dat iemand zelf geen verband legt tussen fysiologische angstreacties, die hij ervaart en de oorzaak ervan. Deze onbegrepen reacties kunnen op zich dan ook weer angstaanjagend zijn.

Al met al is angst een uitermate complex fenomeen, dat zou kunnen worden omschreven als een korter of langer durende emotie,

- die in het organisme wordt opgewekt door een reële of irreële bedreiging,
- die zich meestal uit in een als onaangenaam ervaren reeks van psychische reacties (spanning, beklemdheid, bang zijn) en een reeks psycho-fysiologische reacties (veranderd ademhalingsritme en hartritme, veranderde bloeddruk, vaatreacties, misselijkheid, buikpijn, diarree, tremoren, nervositeit en slaapstoornissen),
- die per individu, per moment en per soort bedreiging sterk kan verschillen,
- die het organisme waarschuwt en

Samenvatting:

Spanning en angst is in de tandheelkundige situatie een veel voorkomend verschijnsel, dat kan leiden tot een negatieve attitude ten opzichte van de tandheelkundige verzorging. Naast het probleemoplossend vermogen van de patiënt zijn factoren als begrip en vooral geduld van het tandheelkundig team, het geven van op de individuele patiënt afgestemde en systematische informatie over zijn angst en de behandeling zélf en een zo pijnloos mogelijke behandeling van essentieel belang om angst te voorkomen en te behandelen.

Met behulp van omschrijvingen van de begrippen angst, angst voor de tandheelkunde, grote angst voor de tandheelkunde en fobische angst voor de tandheelkunde wordt getracht de complexe rol die angst speelt in de tandheelkunde nader te verduidelijken.

Tenslotte worden drie zeer angstige patiënten besproken en worden enkele conclusies getrokken.

de mechanismen voor de verdediging of vlucht activeert en derhalve in zijn algemeenheid een beschermende functie heeft.

Zoals uit deze omschrijving blijkt, kan het verschijnsel angst vanuit een fysiologische en vanuit een psychologische invalshoek worden bekeken. Het fysiologische aspect van angst is geassocieerd met een verhoogde activiteit van het autonome zenuwstelsel, waarbij een aantal effecten in orgaansystemen waarneembaar zijn ten gevolge van endocriene activiteiten. Belangrijk is hierbij de productie van adrenaline en noradrenaline. Deze stoffen hebben onder andere een veranderd hart- en ademhalingsritme, constrictie van bloedvaten in de huid en remming van de maag-darm-functie tot gevolg. Bij de psychologische benadering wordt vaak gewerkt met een tweedeling van angst:

1. Angst als kenmerk van de karakterstructuur (trait anxiety) van het individu; verder angstdispositie te noemen.
2. Toestandsangst (state anxiety): een kortstondige, voorbijgaande emotionele toestand, zoals die bij een individu ontstaat als gevolg van een actuele bedreiging (Spielberger¹).

		TOESTANDSANGST	
		laag	hoog
ANGSTDISPOSITIE	laag	I	II
	hoog	III	IV

Schema 1.

Uitgaande van deze tweedeling zouden er wat betreft de angstbeleving, schematisch gezien, vier categorieën personen zijn te onderscheiden (schema 1).

De personen uit categorie I met zowel een lage angstdispositie, als toestandsangst zullen in het algemeen een oppervlakkige angstbeleving kennen: het zijn weinig angstige mensen.

De personen uit categorie II met een lage angstdispositie en een hoge toestandsangst kunnen voor bepaalde specifieke situaties of gebeurtenissen intens angstig zijn. Deze angst is waarschijnlijk in het verleden 'aangeleerd'. Personen uit categorie I kunnen dus in categorie II terecht komen, maar de omgekeerde route is ook mogelijk.

De personen uit categorie III met een hoge angstdispositie en een lage toestandsangst voelen zich angstig zonder dat daarvoor een specifieke aanleiding aanwezig hoeft te zijn. Dit type angstbeleving wordt ook wel aangeduid met termen als diffuse angst en free floating anxiety. Wanneer de angst zich wel hecht aan specifieke gebeurtenissen komt men in categorie IV terecht.

De personen uit categorie IV met zowel een hoge angstdispositie als toestandsangst zullen vaak angstig zijn, zelfs bij gebeurtenissen en in situaties waar voor anderen weinig of zelfs geen dreiging vanuit gaat. In deze categorie bevinden zich ook de fobici, waarover later meer.

Een belangrijke factor, die het ontstaan en vooral het verloop van de angstreactie in het individu beïnvloedt, is het vermogen om met de bedreigende prikkel of gebeurtenis om te gaan of zich er tegen te weer te stellen. Dit wordt het probleemoplossend vermogen (Engels: coping resources) van het individu genoemd. Het gedrag, dat hieruit voortvloeit, heet probleem-

oplossend gedrag of 'coping'. Iemand's probleemoplossend vermogen is onder meer afhankelijk van individuele kenmerken als geestelijke vermogens, die weer worden bepaald door aanleg en mentale ontwikkeling, lichamelijke gesteldheid, en sociale ontwikkeling en leefmilieu (Jenks⁴, Billings en Moos⁵, Van Eijk⁶, Turk⁷).

2. Angst in de tandheelkundige situatie

Angst voor de tandheelkundige behandeling, voor de tandarts als persoon, voor de tandartspraktijk, voor de instrumenten, voor het geluid van de boor enz., samengevat als angst voor de tandheelkundige situatie, komt veel voor. In een beperkt aantal in Nederland verrichte onderzoeken blijkt dat ongeveer de helft van de bevolking zich angstig of gespannen voelt bij een bezoek aan de tandarts (Tijmstra⁸, Schuurs e.a.⁹). Deze resultaten komen goed overeen met die van buitenlandse onderzoekers (Kegeles¹⁰, Pillard en Fisher¹¹, Garry¹², Hartung en Hartung¹³), ondanks socioculturele verschillen en verschil in onderzoeksofzet. Een deel van de bevolking blijkt zo angstig te zijn dat de regelmatige verzorging van hun gebit door de tandarts er negatief door wordt beïnvloed. Wanneer de angst zo groot is, dat gesproken kan worden van grote angst voor de tandheelkundige situatie, zal dit meestal leiden tot het zoveel mogelijk vermijden van tandheelkundige behandelingen. Schattingen over de omvang van deze laatste groep lopen uiteen van 1 – 30% van de bevolking (Freidson en Feldman¹⁴, Modin en Seeman¹⁵, Garry¹², Jackson e.a.¹⁶, Helöe en Tronstad¹⁷, Schwartz en Hansen¹⁸, Maas-De Waal e.a.¹⁹, Scott en Hirschman²⁰), deels op grond van verschillen in definities (of zelfs het ont-

breken ervan) en ook weer op grond van verschillen in onderzoeksofzet. Wanneer iemand van plan is om de tandarts te bezoeken, zal hij vrijwel altijd een zekere mate van gespannenheid voelen. Volgens Eijkman en Orlebeke²¹ wordt angst vooral veroorzaakt door het vooruitzicht op de behandeling zelf en zou niet worden veroorzaakt, wanneer het bezoek aan de tandarts een minder bedreigend doel zou hebben als bijvoorbeeld het maken van een röntgenfoto. Zoals in het vervolg van dit artikel zal blijken, is onzekerheid over wat er gaat gebeuren vaak een belangrijke oorzaak van angst en spanning. Ervaringen opgedaan bij een vorige behandeling – bij kinderen ook in een medische situatie in een ziekenhuis (Braun en Smith²²) – of beïnvloeding door verhalen van anderen (gezin, vrienden, wachtkamer) (Shoben en Borland²³, Kleinknecht e.a.²⁴, Morgan e.a.²⁵) kunnen ook meewerken om spanning en angst verder te ontwikkelen voor, tijdens en na het bezoek aan de tandarts. En als er bovendien sprake is van een spoedsituatie, die gepaard gaat met pijn, dan zal spanning en angst voor wat er komen gaat bijna niet meer zijn tegen te houden. Wanneer nu ook de angstdispositie van de patiënt groot is en het probleemoplossend vermogen gering, lijkt de kans groot, dat de patiënt zich maar moeilijk zal laten behandelen. De sfeer in de praktijk (inrichting, kleuren, geluiden, geuren), de opvang (korte wachttijd, vriendelijke en rustige ontvangst), de begeleiding (aandacht en begrip voor het verhaal en het probleem van de patiënt, voldoende informatie over de diagnose en de voorgenomen behandeling) en de behandeling zelf (rustig en zoveel mogelijk pijnloos, dus vrijwel altijd met lokale analgesie en indien nodig met inhalatie-sedatie) (Makkes e.a.^{26,27}) kunnen even zovele hulpmiddelen zijn, die de actuele toestandsangst gunstig zullen kunnen beïnvloeden. Bij de toepassing van deze en eventuele andere hulpmiddelen dient de wens tot een goede communicatie met de patiënt voor de tandarts een belangrijke leidraad te zijn. Het belang van een goede communicatie en van het systematisch

en stapsgewijs verstrekken van op de individuele patiënt gerichte informatie is ook in een ander verband benadrukt (Eijkman²⁸).

Samenvattend kan worden verondersteld, dat de actuele toestandsangst voor de tandheelkundige situatie in sterke mate afhankelijk lijkt van de angstdispositie van het individu, mogelijk wordt versterkt door vroegere ervaringen, en kan worden bestuurd en beheerst via het probleemoplossend vermogen en via de invloed van het behandelteam.

Dit complexe gebeuren zal voor ieder individu resulteren in een voor hem specifieke vorm en heftigheid van afweer- en vluchtgedrag, die op hun beurt weer de mate van behandelbaarheid bepalen.

Angst voor de tandheelkundige situatie zou kunnen worden omschreven als een specifiek gerichte vorm van angst,

– die wordt opgewekt door de directe

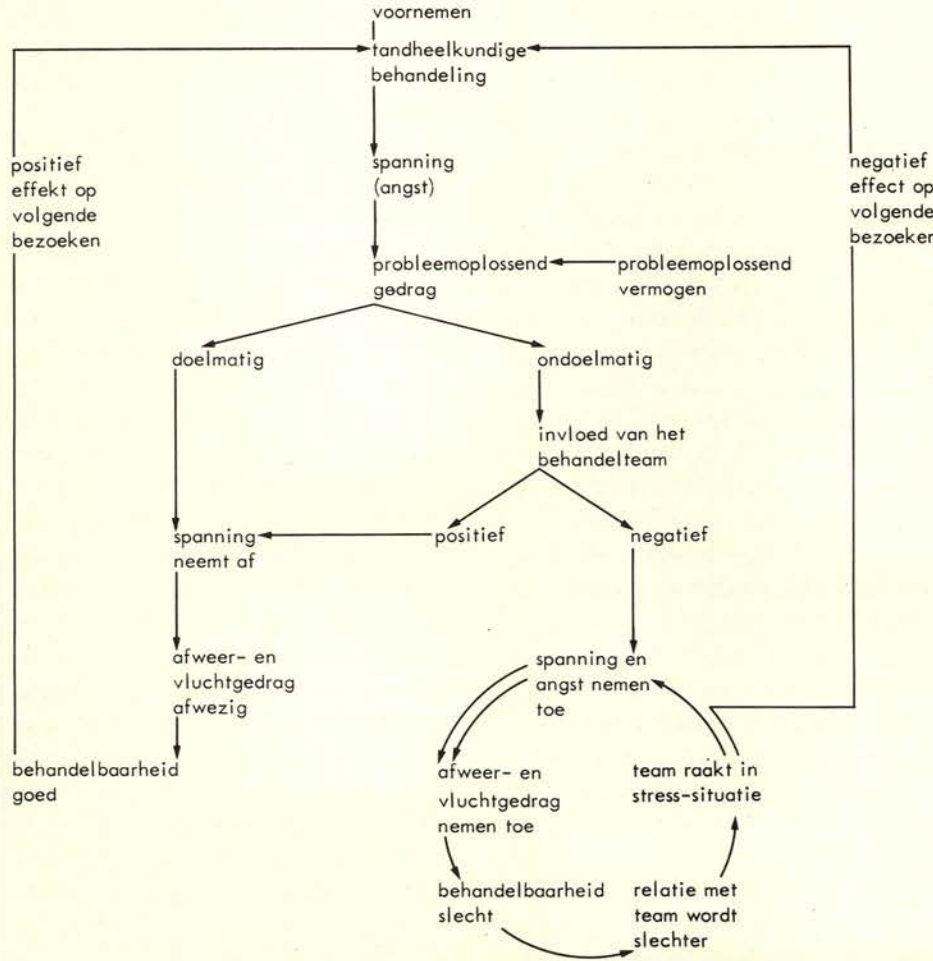
of indirecte confrontatie met de tandheelkunde,

– die *meestal niet* leidt tot openlijk afweer- en vluchtgedrag, waardoor de behandeling zou kunnen worden verstoord, belemmerd of vermeden.

Met behulp van het navolgende model zal de relatie tussen angst en tandheelkunde verder worden uitgewerkt (schema 2).

In dit model, dat is geïnspireerd door een soortgelijk model over stress en ziekte van Van Eijk²⁹, zijn drie kringlopen te onderscheiden.

De linker kringloop schetst het beeld van een patiënt, die vanaf het voorname tot het bezoek aan de tandarts tot en met de eigenlijke behandeling kan beschikken over voldoende probleemoplossend vermogen. Hij zal, gesteund door een doelmatig probleemoplossend gedrag, in de meeste behandel-situaties weinig afweer- en vluchtgedrag tonen en dus goed behandelbaar zijn.



Schema 2. Angst en tandheelkunde.

In de middelste kringloop zien we het beeld van een patiënt met een probleemoplossend gedrag dat niet doelmatig is voor de tandheelkundige situatie. Hij is zichtbaar angstig en is moeilijk te behandelen vanwege zijn openlijk afweer- en vluchtgedrag. Voorbeelden hiervan zijn: vaak behandelingen afzeggen of te laat komen, veel praten, veel spoelen, angstig kijken naar de instrumenten en de handelingen die er mee worden uitgevoerd, afwerende bewegingen, gespannen spieren, transpiratie, voortdurend zuchten enz. Als deze patiënt door het behandelteam goed wordt opgevangen en begeleid (eventueel met extra hulpmiddelen zoals op de persoon afgestemde methoden van gedragsbeïnvloeding en angstbestrijding, relaxatie-technieken en eventueel orale sedativa of inhalatie-sedatie), zullen de spanning en de toestandsangst afnemen, het afweer- en vluchtgedrag minder een belemmering zijn en de patiënt beter behandelbaar worden.

Als het team echter niet in staat is om doeltreffend te reageren of als de behandeling toch pijnlijk is en in de ogen van de patiënt een bedreigend en agressief karakter krijgt, dan zal het afweer- en vluchtgedrag duidelijker worden, de behandelbaarheid nog verder afnemen en de relatie met het team verder verslechteren. Ook het team kan nu in een stress-situatie terechtkomen. Spanning en angst zullen steeds verder kunnen escaleren en de patiënt zit in een zichzelf versterkende kringloop, waarin hij bij volgende bezoeken ook gemakkelijk terechtkomt. Een gevolg kan zijn, dat hij steeds meer zal toegeven aan zijn drang om te vluchten en af te zien van verdere behandeling. Echter pijn, functiestoornissen en het aanzicht van zijn gebit zullen hem voortdurend herinneren aan zijn uit de hand gelopen angst en de kans is groot dat hij uiteindelijk met een totale gebitsextractie onder algehele anesthesie kiest voor de definitieve oplossing van zijn probleem. Angst voor de tandheelkundige situatie kan zich dus door een onvoldoende probleemoplossend vermogen van de patiënt en een ontoereikende compensatie daarvan door het behandelteam

ontwikkelen tot een grote angst voor de tandheelkundige situatie.

Grote angst voor de tandheelkundige situatie is een vorm van angst,

- die in geen verhouding staat tot de reële bedreiging,
- die leidt tot openlijk afweer- en vluchtgedrag, waardoor de behandeling ernstig wordt verstoord of belemmerd,
- die kan leiden tot het vermijden van tandheelkundige verzorging.

3. Fobische angst

Bij het tandheelkundig begeleiden en behandelen van zeer angstige personen lijkt het voor een beter begrip van belang om onderscheid te maken tussen grote angst en fobie. Het zou in dit kader te ver voeren uitgebreid in te gaan op fobische angsten. In het algemeen kan men echter stellen dat een fobische angst zich heeft ontwikkeld uit een angstgevoel, dat zijn oorsprong vindt in een innerlijk conflict van het individu. Als dit innerlijke conflict onoplosbaar blijkt dan kan het angstgevoel zich verplaatsen naar een externe situatie en zich daar als het ware aan hechten, waardoor het onderliggende conflict wordt gemaskeerd.

Fobische angsten onderscheiden zich vooral kwalitatief van andere angsten, doordat ze via rationele weg (vrijwel) niet zijn te beïnvloeden, oncontroleerbaar zijn en altijd leiden tot vermijdingsgedrag ten opzichte van de vermeende bedreiging. Hierdoor leiden ze voor de directe omgeving van de fobicus, maar ook voor hemzelf, vaak tot onbegrijpelijk gedrag en oninvoelbare reacties. Enkele bekende fobieën zijn: claustrofobie (angst om in een afgesloten ruimte te zijn), agorafobie (angst om naar buiten te gaan, straatvrees, pleinvrees), acrofobie (hoogtevrees), dierfobieën, pathofobie (angst om ziek te worden), fobofobie (angst om angstig te worden), fabofobie (angst om te slikken) en sociale fobie (angst om in groepen mensen te verkeren).

Uit een steekproefsgewijs onderzoek van Van Zuuren³⁰ onder 159 in gezinsverband levende volwassenen bleek

dat 7,6% op hinderlijke wijze last had van angst voor en vermijding van een bepaalde situatie. De meest voorkomende fobie in deze groep was de agorafobie. Dit percentage komt overeen met dat uit een soortgelijke steekproef in de V.S. Hierbij had 7,7% van een groep van 325 in gezinsverband levende personen last van fobieën (Agras e.a.³¹). Uit dit laatste onderzoek bleek ook dat bij 0,2% van de gehele groep sprake was van ernstig invaliderende fobieën.

4. Fobische angst voor de tandheelkundige situatie

Over deze specifieke angsttoestand, die ook wel odontofobie wordt genoemd is weinig onderzoek bekend. In welke mate deze fobie vóórkomt is niet te zeggen, aangenomen wordt dat de groep niet groot is.

Odontofobie heeft een aantal uiteenlopende verschijningsvormen. Voorbeelden hiervan zijn: de reeds genoemde slikfobie, die vaak gepaard gaat met en wordt versterkt door kokhalsneigingen en angst om te stikken, een fobie voor losse voorwerpen in de mond (zoals wattenrollen, gaasjes, resten van vullingen, afdrukmaterialen enz.), een fobie voor injecties en een fobie voor tandeloosheid. Deze angsten komen vaak gecombineerd voor. Ook de odontofobie wordt gekenmerkt door het ten koste van alles vermijden van de behandeling. Bij de nu volgende omschrijving van een fobische angst voor de tandheelkundige situatie is gebruik gemaakt van de definitie van Marks³² van een fobie.

Fobische angst voor de tandheelkundige situatie of odontofobie zou kunnen worden omschreven als een excessieve angst voor de tandheelkundige situatie of voor een facet daarvan,

- die in geen verhouding staat tot de reële bedreiging,
- die rationeel (vrijwel) niet is te beïnvloeden,
- die (vrijwel) niet via wilskracht kan worden beheerst,
- die leidt tot het vermijden van tandheelkundige verzorging, zelfs wanneer deze dringend nodig is.

5. Beschrijving van enkele patiënten

Sinds enkele jaren worden op de Universiteit van Amsterdam in samenwerking met de Amsterdamse Vereniging tot Bevordering der Tandheelkundige Verzorging van Ziekenfondsverzekerden (A.T.Z.) zeer angstige en fobische volwassenen behandeld.

Bij de opvang, de begeleiding en de behandeling van deze patiënten is het, zoals uit het voorgaande blijkt, van belang om een indruk te krijgen van de angstdispositie van de patiënt. Uit eigen ervaring blijkt verder, dat wanneer iemand naast zijn angst voor de tandheelkunde weinig andere (hevige) angsten kent, met andere woorden een hoge toestandsangst en een lage angstdispositie heeft (categorie II van schema 1), hij via een betrekkelijk kort leerproces en met weinig hulpmiddelen zijn angst kan leren beheersen en goed behandelbaar wordt voor het tandheelkundig behandelteam. Wanneer iemand echter wel een aantal intense angsten kent in zijn dagelijkse leven, met andere woorden zowel een hoge toestandsangst als een hoge angstdispositie heeft (categorie IV), is de weg naar een succesvolle behandeling lang en moeilijk.

Regelmatig kan bij deze patiënten tijdens het verloop van de totale behandeling sprake zijn van een terugval in een lager behandelbaarheidsniveau. Heftige en overspannen fantasieën over allerlei behandelaspecten, vooral wanneer enige tijd verloopt tussen twee opeenvolgende behandelingen, jagen de angst iedere keer opnieuw op en kunnen de gang naar de tandarts tot een hel maken. Alle beschikbare geduld, begrip en andere hulpmiddelen van het tandheelkundig team zullen dan nodig zijn om de behandeling tot een goed einde te brengen.

Om een indruk te krijgen van de aard en de mate van de angst van een nieuwe patiënt wordt hem voor de behandeling verzocht om enkele vragenlijsten in te vullen over algemene angst en specifieke angst voor de tandheelkunde. Met behulp van de ingevulde lijsten wordt vervolgens een angstinterview afgenomen. Tijdens het interview wordt onder andere getracht uit te vin-

den hoe lang de patiënt al angstig is voor tandheelkundige situaties, wat de waarschijnlijke oorzaken in het verleden zijn geweest van deze angst en wat de verwachtingen van de patiënt zijn ten opzichte van zijn natuurlijke gebit. In een latere publikatie zal nader worden ingegaan op de methoden en hulpmiddelen, die door ons worden toegepast bij de opvang, begeleiding en behandeling van deze patiënten. Ter illustratie echter van het voorgaande zullen drie typerende voorbeelden worden beschreven. Een patiënt (A) uit categorie II, een patiënt (B) uit categorie IV, die zeer angstig is en een patiënt (C) eveneens uit categorie IV, die waarschijnlijk fobisch angstig is. Het bespreken van patiënten uit categorie I (niet of weinig angstig) en uit categorie III (diffuus angstig zonder specifieke aanleiding) lijkt op dit moment niet opportuun.

Patiënt A is een vrouw van 23 jaar, die gewend was regelmatig naar de tandarts te gaan. Echter 9 jaar geleden is ze erg geschrokken van een behandeling, waarbij de tandarts erg onzeker overkwam en haar bijzonder onaardig en hardhandig bejegende. Sindsdien is ze niet meer bij een tandarts geweest.

Uit de ingevulde lijsten en het interview blijkt het volgende. De patiënt maakt een gesloten en introverte indruk en wil liever zo weinig mogelijk over haar angstprobleem praten. Zij geeft een tamelijk lage angstdispositie aan. Als oorzaken voor haar angst voor de tandheelkundige situatie noemt zij: enge verhalen van anderen, niet weten wat er gaat komen en wat er gebeurt, onaardig en hardhandig optreden van de tandarts, angst voor alle instrumenten maar vooral voor het geluid van de boor.

Zij is nu onder druk van haar – niet angstige – echtgenoot gekomen en haar enige doel is om alles er uit te laten trekken onder narcose.

Tandheelkundig gezien bleken er 19 middelmatig grote tot zeer grote caviteiten aanwezig te zijn en enkele diepe pockets.

Na het eerste gesprek over haar angst en een uitgebreide informatie over de te volgen werkwijze en over de be-

schikbare hulpmiddelen bleef ze op haar standpunt staan, maar stemde toe – na enkele weken te hebben nagedacht – in een experiment. Hierbij zou, met gebruikmaking van inhalatie-sedatie, lokale analgesie en een koptelefoon met muziek om het geluid van de boor te maskeren (audio-distractie) een frontelement worden gerestaureerd. Als het haar beviel zou met restauratieve behandeling worden doorgegaan en anders zou verwijzing voor een totale extractie onder narcose plaatsvinden.

De behandeling verliep zonder problemen en de patiënt was verrast en opgelucht. In 6 zittingen werden vervolgens alle caviteiten geprepareerd en gerestaureerd onder de hiervoor beschreven omstandigheden. Voorafgaand aan de vierde zitting vulde zij de angstlijsten nogmaals in. Hieruit bleek, dat haar angstdispositie onveranderd laag was maar dat de angst voor de tandheelkundige situatie en voor de behandeling zelf nu ook laag waren geworden. Daarbij vertelde zij, dat ze helemaal niet meer bang was en niet meer tegen de behandeling opzag. Een half jaar na de laatste behandeling bleek dit beeld onveranderd. Ze verklaarde niet meer angstig te zijn. Wel bleek, bij verder doorvragen, dat de afwezigheid van angst sterk afhankelijk was van haar ervaringen met deze behandelsituatie. Ze vermoedde in een andere behandelsituatie wellicht wel angstig te zullen zijn.

Patiënt B is een man van 52 jaar, die zo lang hij het zich kan herinneren al bang voor de 'tandarts' is. Hij schaamt zich daarvoor, maar zijn angst is altijd zo sterk geweest, dat hij zijn gebit nooit regelmatig heeft laten verzorgen. Het is nu 4 jaar geleden dat hij voor het laatst bij een tandarts is geweest voor een spoedbehandeling.

Uit de ingevulde lijsten en het interview blijkt het volgende. De patiënt maakt een bescheiden en onzekere indruk, maar spreekt tamelijk vrijuit over zijn angstprobleem. Hij heeft een hoge angstdispositie. Als oorzaken voor zijn angst voor de tandheelkundige situatie noemt hij: langdurige en pijnlijke behandelingen, een fout op-

gemerkt in een behandeling, niet weten wat er gaat komen en wat er gebeurt. Hij is bang voor alle instrumenten, maar speciaal voor de injectiespuit. Hij is nu gekomen, omdat hij gehoord heeft over een 'speciale behandelingsmethode met lachgas' en omdat hij meent dat vrienden en familie hem de laatste jaren vanwege zijn mond gaan mijden. Zijn echtgenote is eveneens zeer angstig en gaat ook alleen naar de tandarts voor extracties als het niet anders meer kan.

Tandheelkundig gezien bleek er niet veel meer te redden: bij inspectie van de mond werden 15 ernstig vervallen gebitselementen aangetroffen.

In overleg met de patiënt werd besloten over te gaan tot totale extractie. Deze werd in vier zittingen met behulp van inhalatie-sedatie uitgevoerd. Voorafgaand aan de derde en vierde zitting vulde hij de angstlijsten nogmaals in. Hieruit bleek, dat zijn angstdispositie niet was veranderd maar ook zijn algemene angst voor de tandheelkunde bleek onverminderd hoog te zijn. Alleen de angst voor de behandeling zelf leek te zijn afgenomen, al was die nog wel aan de hoge kant. Met andere woorden hij was in staat om de behandeling in die specifieke situatie met die specifieke hulpmiddelen te accepteren, zij het met veel moeite.

Een half jaar na de laatste extractie bleek, dat de angstdispositie van de patiënt en zijn angst voor de tandheelkundige situatie vrijwel onveranderd hoog waren. Zijn angst voor de behandeling zelf was echter verdwenen, omdat – zoals hij zelf opmerkte – dat nu niet meer nodig was.

Patiënt C is een vrouw van 30 jaar, die in haar leven slechts twee maal bij een tandarts in de stoel heeft gezeten. Naar haar zeggen waren dat allebei zeer onaangename ervaringen. De eerste maal was ze 8 jaar: 'Er moest een ontstoken melkkies worden getrokken. Aangezien ik moeite had mijn mond goed open te houden, schroefde de tandarts een klem in mijn mond. Hierbij kwam mijn onderlip verschrikkelijk klem te zitten. Ondanks mijn huilen en wijzen op mijn lip, ging de tandarts gewoon door en zei dat ik me niet

moest aanstellen. Nadat de kies was getrokken werd ik pas bevrijd. Nog enkele dagen heb ik toen met een kappotte en dikke lip gelopen. De tweede keer was ik 12 jaar, er moest weer een kies met een ontsteking worden getrokken. De injecties deden erg pijn, het trekken was ook heel pijnlijk en de tandarts was onaardig en hardhandig. Toen besloot ik nooit meer naar een tandarts te gaan.'

Uit de ingevulde lijsten en het interview blijkt het volgende. De patiënt maakt een onzekere, gespannen en nerveuze indruk. Ze heeft een hoge angstdispositie en zegt dat ze fobieën heeft voor liften, trams en 'veel mensen bij elkaar'; verder vindt ze in een auto zitten 'griezelig'. Deze situaties probeert ze zoveel mogelijk te vermijden. Als oorzaken voor haar angst voor de tandheelkundige situatie noemt zij: verhalen van anderen, langdurige en pijnlijke behandelingen, niet weten wat er gaat komen en wat er gebeurt, onaardig en hardhandig optreden van de tandarts. Ze is vooral angstig voor injecties.

Ze is nu gekomen omdat een - eveneens angstige - buurvrouw haar daartoe heeft overgehaald. Op de vraag wat ze het liefst met haar gebit zou willen laten doen, antwoordde ze: 'Dat is moeilijk te beantwoorden, maar ik geloof als het kan zoveel mogelijk behouden en opknappen.' Tandheelkundig gezien bleek alleen het onderfront nog te redden. In overleg met de patiënt werd besloten over te gaan tot het extraheren van 19 ernstig vervallen elementen onder lokale analgesie. Ze weigerde pertinent om gebruik te maken van inhalatie-sedatie, dat vond ze 'veel te griezelig'.

Tijdens de vier behandelingen, waarin de extracties plaats vonden, was ze zeer gespannen en angstig. Vaak trilde ze heftig met haar armen en benen. Twee maanden na de laatste extractie werd een afspraak gemaakt voor het vervaardigen van afdrukken. Op deze afspraak verscheen ze niet, zonder bericht. Bij navraag via de buurvrouw bleek ze zeer op te zien tegen het afdrukken, ze was bang om te stikken. Na verdere informatie en enig aandrin-

gen van onze kant verscheen ze 2 maanden later toch op een afspraak. In drie zittingen werden afdrukken gemaakt en de beet bepaald.

Op de twee daarop volgende afspraken is ze zonder af te zeggen niet verscheen. Ze heeft geen telefoon, met de buurvrouw heeft ze geen contact meer en ze antwoordt niet op brieven, waarvan de laatste nu vier maanden geleden is verstuurd. Voorafgaand aan de vierde en zesde zitting vulde zij de angstlijsten nogmaals in. Hieruit bleek dat haar angstdispositie vrijwel onveranderd hoog was, maar haar angst voor de tandheelkundige situatie sterk was gedaald.

6. Conclusie

Angst kan een bedreiging vormen voor het welslagen van de tandheelkundige zorg en zelfs aanleiding zijn tot het zich geheel onttrekken aan die zorg. In dit verband dient onderscheid te worden gemaakt tussen angst, grote angst en fobische angst voor de tandheelkunde. Fobische angst is geen overtreffende trap van grote angst, maar is een angst van wezenlijk andere aard. Met het oog op de prognose van de tandheelkundige behandeling is het tevens van belang om een indruk te krijgen van de relatie tussen de angstdispositie (state anxiety) en de toestandsangst (trait anxiety) voor de tandheelkundige situatie van een individu. De actuele toestandsangst in de tandheelkundige situatie wordt onder andere bepaald door onwetendheid, fantasieën, angst voor instrumenten, het gevoel van machteloosheid, pijn enzovoorts. Naast de aard en de mate van de angst is het vermogen van de patiënt om met zijn angst om te gaan (probleemoplossend vermogen of coping resources) echter van beslissend belang voor zijn optreden in de tandheelkundige situatie.

Het welslagen van de tandheelkundige behandeling van angstige patiënten is dan ook in hoge mate afhankelijk van het volgende.

1. De toestandsangst kan onder andere worden teruggedrongen door het geven van informatie, waardoor onbekendheden worden verduide-

lijkt, door het corrigeren van fantasieën, het maken van onwrikbare afspraken over onderbrekingen van de behandeling om het gevoel van machteloosheid te bestrijden, en door het doeltreffend bestrijden van pijn.

2. Het probleemoplossend gedrag (coping) van de patiënt kan worden gestimuleerd door hem als team met empathie te benaderen en te begeleiden. Door alle begrip te tonen voor zijn problemen, door hem tijd te gunnen, door in een rustige sfeer te werken enzovoorts. Hulpmiddelen als audiodistractie, relaxatie-technieken en bepaalde vormen van sedatie kunnen een gunstige invloed hebben.
3. Het is van belang, dat het tandheelkundige team zich realiseert, dat het eigen gedrag, gebrek aan interesse, ongeduld, spanning, irritatie, boosheid, ruwheid en dergelijke een grote invloed hebben op het probleemoplossend gedrag van de patiënt en mede zullen bepalen of zijn probleemoplossend vermogen toereikend is.

De auteur is Dr. H. J. Duivenvoorden, Dr. M. A. J. Eijkman, Dr. A. H. B. Schuur, Prof. Dr. S. K. Thoden van Velzen en Prof. Dr. F. Verhage erkentelijk voor hun adviezen en ideeën bij het schrijven van dit artikel.

Summary:

Title: Fear and dentistry.

Keywords: Fear - Odontophobia

Stress and fear in the dental situation often cause a negative attitude towards dental treatment. To prevent and control dental stress and fear the following factors appear to be important: the coping resources of the patient on the one hand and on the other an understanding and patient attitude of the dental team, systematic information for the individual patient about his fear and about the treatment procedures, a dental treatment as painless as possible.

Discussed are definitions of fear, fear for dentistry, extreme fear for dentistry and fobic fear for dentistry as the most complex part of anxiety in dentistry.

Finally three patients are described and discussed.

Literatuur:

1. Spielberger, C. D. (1977): Anxiety: state-

- trait-proces. In: Stress and anxiety. Spielberger, C. D. & Sarason, I. G. editors. John Wiley and Sons, New York.
2. *Selye, H.* (1978): Stress. Aula boeken-649. Het Spectrum, Utrecht, Antwerpen.
 3. *Bastiaans, J.* (1982): De optimale regulatie van angst. Boerhaave cursus: Stress en angst in de medische situatie. Leiden, 28-29 januari 1982. Uitgave Boerhaave Commissie 1982.
 4. *Jenks, J.* (1964): How the dentist's behavior can influence the child behavior. *J Dent Child* 31: 358-366.
 5. *Billings, A. G., Moos, R. H.* (1981): The role of coping responses and social resources in attenuating the stress of life events. *J Behav Med* 4: 139-157.
 6. *Eijk, J. Th. M. van* (1981): Stress, ziekte en probleemoplossend vermogen. *Intermediair* 17 (42): 7-9, 37.
 7. *Turk, R. S.* (1982): Stress en coping. Recente ontwikkelingen. *Medisch Contact* 26: 776-780.
 8. *Tijmstra, Tj.* (1980): Sociologie en Tandheelkunde. Acad. Proefschrift, rijksuniversiteit van Groningen. Wolters-Noordhoff B.V., Groningen.
 9. *Schuurs, A. H. B., Duivenvoorden, H. J., Thoden van Velzen, S. K., Verhage, F.* (1981): Factors associated with regularity of dental attendance. An empirical psychological investigation. Acad. Proefschrift, Universiteit van Amsterdam. Tandhk Monografieën XXXIII. Stafleu en Tholen, Alphen aan den Rijn.
 10. *Kegeles, S. S.* (1963): Why people seek dental care: a test of a conceptual formulation. *J Health and Human Behav* 4: 166-173.
 11. *Pillard, R. C., Fisher, S.* (1970): Aspects of anxiety in dental clinic patients. *J Am Dent Assoc* 80: 1331-1334.
 12. *Garry, J. F.* (1972): Patient relations. How (and why) patients choose a dentist - and stay with him. *Dent Surv* 48 (8): 30-33.
 13. *Hartung, M. von, Hartung, J.* (1976): Angst und Stress in der zahnärztlichen Praxis. *Stomatol DDR* 26: 819-823.
 14. *Freidson, E., Feldman, J. J.* (1958): The public look at dental care. *J Am Dent Assoc* 57: 325-335.
 15. *Molin, C., Seeman, K.* (1970): Disproportional dental anxiety. Clinical and nosological considerations. *Acta Odontol Scand* 28: 197-212.
 16. *Jackson, D., Murray, J. J., Fairpo, C. G.* (1973): Regular dental care in dentate persons. An Assessment. *Br Dent J* 235: 59-63.
 17. *Helöe, L. A., Tronstad, L.* (1975): The use of dental services among Norwegian adults in 1973. *Comm Dent Oral Epidemiol* 3: 120-125.
 18. *Schwartz, E., Hansen, E. R.* (1976): Utilization of dental services in the adult Danish population. *Comm Dent Oral Epidemiol* 4: 221-226.
 19. *Maas-de Waal, C. J., Groenestijn, M. A. J. van, Mileman, P. A., Swallow, J. N.* (1979): Een survey-onderzoek naar attitudes en gedrag ten aanzien van de tandheelkundige gezondheid en de gezondheidszorg. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 86: 252-261.
 20. *Scott, D. S., Hirschman, R.* (1982): Psychological aspects of dental anxiety in adults. *J Am Dent Assoc* 104: 27-31.
 21. *Eijkman, M. A. J., Orlebeke, J. F.* (1975): De factor 'angst' in de tandheelkundige situatie. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 82: 114-123.
 22. *Brown, J. P., Smith, I. T.* (1979): Childhood fear and anxiety in relation to dental treatment. *Austr Dent J* 24: 256-259.
 23. *Shoben, E. J., Borland, L.* (1954): An empirical study of the etiology of dental fears. *J Clin Psychol* 10: 171-174.
 24. *Kleinknecht, R. A., Klepac, R. K., Alexander, L. D.* (1973): Origins and characteristics of fear of dentistry. *J Am Dent Assoc* 86: 842-848.
 25. *Morgan, P. H., Wright, L. E., Ingersoll, B. D., Seime, R. J.* (1980): Children's perceptions of the dental experience. *J Dent Child* 47: 243-245.
 26. *Makkes, P. C., Vermeulen-Cranch, D. M. E., Zeeuw-van Gerven, M. de* (1980): Inhalatie-sedatie I en II. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 87: 415-418 en 448-452.
 27. *Makkes, P. C., Vermeulen-Cranch, D. M. E., Thoden van Velzen, S. K., Zeeuw-van Gerven, M. de* (1981): Inhalatie-sedatie in de tandheelkunde. *Ned Tijdschr Geneesk* 125: 1702-1705.
 28. *Eijkman, M. A. J.* (1979): Tandarts en patiëntenvoorlichting. Acad. Proefschrift, Vrije Universiteit, Amsterdam. Wolters-Noordhoff B.V., Groningen.
 29. *Eijk, J. Th. M. van* (1982): Stress en ziekte, de invloed van levensbedreigende gebeurtenissen. Boerhaave cursus: Stress en angst in de medische situatie. Leiden, 28-29 januari 1982. Uitgave Boerhaave Commissie 1982.
 30. *Zuuren, F. J. van* (1982): Fobie, situatie en identiteit. Acad. Proefschrift, Universiteit van Amsterdam.
 31. *Agras, S., Sylvester, D., Oliveau, D.* (1969): The epidemiology of common fears and phobia. *Comprehensive Psychiatry* 10 (2): 151-156. Geciteerd door Zuuren, F. J. van (1982): Fobie, situatie en identiteit. Acad. Proefschrift, Universiteit van Amsterdam.
 32. *Marks, J. M.* (1969): Fears and phobias. Acad. Press., New York.

Juni 1982.

Adres: Dr. P. C. Makkes,
Louwesweg 1,
1066 EA Amsterdam.