

SAMENWERKING TUSSEN TANDARTS EN PSYCHOTHERAPEUT BIJ DE BEHANDELING VAN EEN PATIËNT MET EXTREME KOKHALSREFLEX

G. BLEIJENBERG
R. S. H. VISSER
M. F. M. DECKERS

Uit het Medisch Psychologisch Instituut
en de afdeling Centrale Indicatie Polikliniek Tandheelkunde
van de Katholieke Universiteit te Nijmegen.

Trefwoorden: Gedragwetenschappen – Angst – Gedragstherapie – Kokhalsreflex

1. Inleiding

Tandartsen zullen, zonder dat zij zich dat bewust zijn, in hun benadering van angstige patiënten gebruik maken van bevindingen uit de gedragstherapie. Gedragstherapie is een vorm van psychotherapie, gebaseerd op de experimentele en leerpsychologie, en richt zich op verandering van gedrag, met name door toepassing van leerprincipes. Verschillende principes uit de gedragstherapie kunnen gemakkelijk aangepast worden aan het handelen van de tandarts in zijn dagelijkse praktijk. Het systematisch hanteren van deze principes zal met name de behandelbaarheid van angstige patiënten ten goede komen.

Er zijn echter patiënten bij wie de angst voor de tandarts zo groot is dat zij tandartsbezoek langdurig vermijden. Bij deze patiënten zal behandeling van de extreme angst vooraf dienen te gaan aan behandeling door de tandarts. Samenwerking tussen tandarts en gedragstherapeut is dan aan te bevelen.

In dit artikel wordt een casusbeschrijving gegeven van een samenwerkingsverband tussen tandarts en psycholoog waarbij gedragstherapie werd toegepast ter bestrijding van angst.

Gedragstherapie, zoals gezegd, is gericht op het veranderen van gedrag. De gedragstherapie gaat ervan uit dat menselijk gedrag grotendeels geleerd is. Problematisch gedrag, waaronder versterkte angstreacties, evenzo. Uitgangspunt bij gedragstherapie is dat dit gedrag dan ook weer afgeleerd kan worden en nieuw gedrag aangeleerd. In de gedragstherapie neemt de probleemanalyse een belangrijke plaats in. Hierbij vindt een gedetailleerd onderzoek naar de klacht plaats; naar de vragen: onder welke condities treedt het gedrag op?, welke prikkels veroorzaken de klachten?, welke gedachten begeleiden het problematische gedrag?, en wat zijn de consequenties hiervan? Op basis van de probleemanalyse vindt de keuze van de behandelingsmethode plaats.¹

Bij de behandeling van de hier besproken patiënt speelde naast het mogelijk maken van de tandheelkundige behandeling nog een onderwijsdoel mee. Met instemming

van de patiënt werden video-opnamen gemaakt en een tekst geschreven ten behoeve van het onderwijs aan tandheelkunde-studenten.

2. Patiëntgegevens

Patiënt is een 42-jarige gehuwde man, van beroep onderhoudsmonteur. Hij geeft aan een enorme angst voor de tandarts te hebben op grond van het feit dat hij geen dingen in de mond kan verdragen. Zijn gebitstoestand geeft blijk van jarenlange verwaarlozing.

2.1. Probleemanalyse

Kokhalzen is een reflex die ieder mens vertoont als een voorwerp of vinger erg diep in de keel komt. Deze reflex heeft een zinvolle, beschermende functie. Ook door angst of als afweerreactie kan deze reflex optreden, terwijl de adequate fysiologische prikkel afwezig is.

Bij patiënt is deze kokhalsreflex extreem versterkt en gegeneraliseerd zoals blijkt uit het volgende. De angst voor benauwdheid (angst om te stikken) is bij deze patiënt zo sterk dat een zeer geringe prikkel al een kokhalsreactie oproept. Dit is o.a. het geval als hij zelf een voorwerp (b.v. een tandenborstel) achter in de mond brengt. Nog sterker treedt het kokhalzen op als een ander een voorwerp of vinger in patiënt's mond steekt. Patiënt vermijdt deze situatie. Noch een arts noch een tandarts mag bij hem in de keel kijken. Wanneer patiënt gedwongen dreigt te worden iets in de mond te steken wordt hij zeer angstig en zal hij alles doen om dit te voorkomen. Ook als anderen, met name zijn kinderen, iets in hun mond steken, ervaart patiënt een gevoel van benauwdheid, wordt angstig en begint te kokhalzen. Patiënt tracht ook deze situatie te voorkomen, door sterk op zijn kinderen te letten en hen herhaaldelijk te verbieden voorwerpen in de mond te steken. Zo lijdt ook het gezin onder de klachten van patiënt.

Eten is voor patiënt geen probleem evenmin als in het algemeen tandenpoetsen omdat hij er daarbij voor zorgt altijd vooraan in de mond te blijven. Iets achter in de mond hebben of krijgen, zoals b.v. bij het

Samenvatting:

Bij een 42-jarige, mannelijke patiënt met een extreem versterkte en gegeneraliseerde kokhalsreflex werd met behulp van gedragstherapie tandheelkundige behandeling mogelijk gemaakt.

Een op 7-jarige leeftijd ondergane tonsillectomie was door patiënt zodanig traumatisch ervaren dat sindsdien tandartsbezoek bijna volledig achterwege bleef. Bovendien gold de angst niet slechts de tandarts doch alles wat maar in patiënt's mond dreigde te komen. Zelfs het zien van anderen met voorwerpen in hun mond wekte kokhalsneigingen op.

Met behulp van systematische desensitatie en cognitieve herstructurering kon patiënt na zeven zittingen zelfstandig de tandarts bezoeken. In een daaropvolgende serie van afwisselend tandheelkundige en gedragstherapeutische zittingen kon patiënt tandheelkundig behandeld worden waarbij hij zelf in samenwerking met de goed geïnformeerde tandarts in staat was de optredende spanningen in de hand te houden.

De samenwerking tussen tandarts en gedragstherapeut werd gerealiseerd doordat de tandarts de eerste serie gedragstherapeutische zittingen bijwoonde. De gedragstherapeut was daarentegen nooit bij de tandheelkundige zittingen aanwezig. Het eerste onderzoek op de afdeling Mondheelkunde door een voor de patiënt onbekende tandarts verliep zonder problemen.

Enkele aspecten van de samenwerking tussen therapeut en tandarts worden besproken.

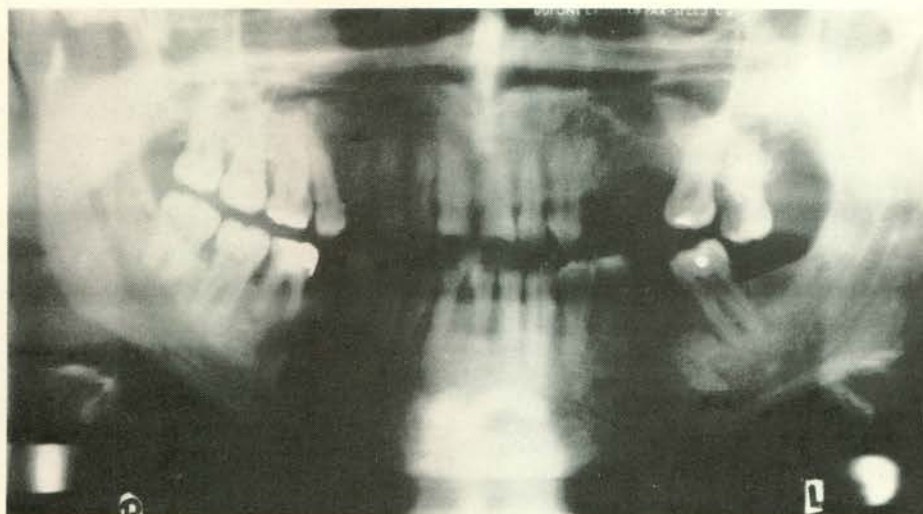
Van een aantal zittingen werden ten behoeve van het onderwijs videoregistraties gemaakt.

slikken van pillen, is voor patiënt nageenog onmogelijk.

Naast het sterke *vermijdingsgedrag* op basis van angst speelt ook een belangrijk *cognitieve factor*, die de klachten in stand houdt mee. Alleen de gedachte dat er iets in zijn mond zou kunnen komen, roept al benauwdheid en angst op. Deze benauwdheid en angst worden vervolgens versterkt door de gedachte 'oh, ik begin te kokhalzen'. Zijn keel knijpt dan samen, hij begint te transpireren en dreigt dan te gaan kokhalzen of doet dit ook. Patiënt is overigens niet bang voor pijn.

2.2. Het ontstaan van de klacht

Bij deze patiënt zijn duidelijk een aantal traumatische gebeurtenissen aan te geven, waardoor angst en vermijdingsgedrag geleerd zijn. Op 7-jarige leeftijd nl. werd



Afb. 1. Gebitssituatie van patiënt bij eerste onderzoek.

patiënt door zijn moeder meegenomen naar de stad om schoenen te kopen. Hij kwam bij een groot huis dat naderhand het ziekenhuis bleek te zijn. De patiënt beschrijft het vervolg aldus: '... werd naar een kleine kamer gebracht. Daar stond een stoel, moest er in gaan zitten, werd helemaal vastgebonden: armen, buik, benen. Een verpleegster hield mijn hoofd vast; de dokter kwam met een tang, ging er mee de mond in en knipte mijn amandelen eruit' (uit een geschreven verslag van patiënt).

Na deze tonsillectomie heeft patiënt altijd angst gehad dat er iemand in of bij zijn mond kwam. Hij ging niet naar de tandarts. Een poging zich een tiental jaren geleden door een tandarts te laten behandelen mislukte. Patiënt begon de tandarts weg te slaan toen deze bij hem in de mond bezig bleef, ondanks zijn verzoek om even te wachten. Hij werd toen door de tandarts ontslagen uit de behandeling. Sindsdien lijken de klachten nog sterker geworden te zijn.

2.3. Resultaat tandheelkundig onderzoek

Na een aantal gedragstherapeutische zittingen was het mogelijk een mondonderzoek te doen. Er is toen tevens een OPT-opname gemaakt (afb. 1.). Deze geeft de situatie in de mond weer nadat de patiënt ruim 20 jaar niet door een tandarts behandeld is.

3. Doelstelling

Het doel van de gedragstherapeutische behandeling is het mogelijk maken van de tandheelkundige behandeling. Hierbij wordt er niet naar gestreefd de angst van de patiënt volledig weg te nemen, doch veeleer de patiënt met zijn angst te leren omgaan, d.w.z. dat hij bij het opkomen van spanning weet hoe hij deze onder controle kan houden (zelf-controle). Uiteraard is

het ook de bedoeling overmatige angstgevoelens te reduceren.

4. Methode

Er zijn vier elementen in de gedragstherapeutische behandeling te onderscheiden: ontspanningsoefeningen, desensitisatie, cognitieve herstructurering en huiswerk.

4.1. Ontspanningsoefeningen

Patiënt wordt geleerd hoe hij zijn lichaam kan ontspannen volgens de methode van Jacobson.² Deze methode is gericht op spierontspanning. Dit wordt bereikt door het achtereenvolgens spannen en ontspannen van bepaalde spieren en spiergroepen. Aldus wordt deel voor deel het lichaam ontspannen.

4.2. Desensitisatie

Bij desensitisatie gaat het om het laten uitdoven (extinctie) van angst voor i.c. het hebben van dingen in de mond. Dit geschiedt door de patiënt bloot te stellen aan situaties die angst opwekken, volgens het principe van de geleidelijkheid.¹ De patiënt wordt geleidelijk aan in voor hem steeds moeilijker situaties gebracht. Tevoren zijn de situaties die angst oproepen in een hiërarchie geplaatst (van minder angstverwekkend tot zeer angstverwekkend). Desensitisatie kan op twee manieren gebeuren.

1. Met behulp van voorstellingen. De patiënt stelt zich de bedreigende situaties voor. Hij stelt zich voor dat hij in de behandelingsstoel ligt en de tandarts in zijn mond kijkt, met de vinger langs zijn voortanden gaat, vervolgens langs de hoektanden en ook langs en over de kiezen steeds verder achterin de mond. Vervolgens verbeeldt patiënt zich dat de tandarts met een sonde langs de kiezen gaat en hij de sonde langs

zijn tong voelt gaan.

2. In vivo. De patiënt gaat met een lepel in de mond langs en over zijn tanden, aanvankelijk alleen voorin, later steeds verder naar achteren. Hij raakt zijn tong aan met de lepel en drukt met de lepel de tong weg. Belangrijk is dat de patiënt zichzelf, met behulp van instructies van de therapeut, blootstelt aan de situaties die zonder al te veel spanning verdragen kunnen worden.

Zodra de spanning en daarmee de neiging tot kokhalzen toeneemt, stopt de patiënt met aanraking in zijn mond en gebruikt de geleerde ontspanningsoefeningen om zich eerst volledig te ontspannen alvorens hij weer opnieuw zichzelf prikkels in de mond toedient.

Patiënt leert zodoende aanraking in de mond te verdragen. Anders gezegd: patiënt leert de drempel waarbij hij gaat kokhalzen te verhogen. Tevens leert de patiënt de spanning die hij op een bepaald moment ervaart, te beschouwen als een signaal om te ontspannen in plaats van als een stimulus om te kokhalzen.

4.3. Cognitieve herstructurering

De cognitieve herstructurering vormt vaak een belangrijk element in de gedragstherapie.³ Deze behelst het opheffen van belemmerende gedachten en het leren inroepen van nieuwe helpende of faciliterende gedachten met betrekking tot het nieuw te leren gedrag (hier: prikkels in de mond leren verdragen zonder kokhalzen). Hierdoor wordt bereikt dat de patiënt zijn neiging tot vermijden kan verminderen en tevens dat de angst afneemt.

Patiënt wordt geleerd deze helpende gedachten te gebruiken tijdens het oefenen in het zichzelf toedienen van prikkels in de mond met de bedoeling deze later ook tijdens de tandheelkundige behandeling toe te passen. Voor deze patiënt werden onder meer de volgende helpende gedachten geformuleerd: 'ik ontspan me', 'ik let op wat ik in mijn mond voel, hoe het kietelt', 'ik concentreer me nu op iets anders'.

4.4. Huiswerk

Na iedere sessie wordt de patiënt huiswerk opgegeven dat in het verlengde ligt van hetgeen geoefend is tijdens de sessie. De bedoeling hiervan is dat de patiënt sneller leert vat te krijgen op zijn klachten. Ontspanningsoefeningen worden één keer per dag gedurende 10-15 minuten door de patiënt als huiswerk gedaan. Desensitatieoefeningen worden eveneens dagelijks door patiënt gedaan, in een wat later stadium aangevuld met helpende gedachten tijdens deze oefeningen.

5. Verloop van de behandeling

De gedragstherapeutische zittingen werden op de kamer van de gedragstherapeut gehouden om de patiënt niet onmiddellijk met de tandheelkundige situatie te confronteren.

Deze zittingen werden geleid door de psycholoog-gedragstherapeut (G.B.) De andere auteurs, de psycholoog (R.V.) en de tandarts (M.D.) waren bijna bij alle gedragstherapeutische zittingen aanwezig. Hierdoor leerde de patiënt ook de hem later behandelende tandarts kennen. De zittingen werden elke week of om de twee weken gehouden tot de tandheelkundige behandeling begon. Bij de tandheelkundige zittingen was de gedragstherapeut niet aanwezig. Elke zitting duurde maximaal een uur.

Hieronder volgt een beknopte beschrijving van de zittingen.

1e gedragstherapeutische zitting (16-11-1981).

De klachten worden geïnventariseerd. De patiënt maakt duidelijk dat hij graag zijn gebit wil laten saneren. Wanneer de therapeut bij zichzelf een pen ver in de mond houdt en de patiënt hiernaar laat kijken, begint de patiënt te kokhalzen.

De doelstelling (zie paragraaf 3) wordt met patiënt besproken. Er wordt een begin gemaakt met de probleemanalyse. Interview en uitslagen van enkele tests gaven geen aanwijzingen voor verdere psychopathologie. Als huiswerk wordt aan patiënt gevraagd de gebeurtenis op 7-jarige leeftijd (de tonsillectomie) op te schrijven.

2e gedragstherapeutische zitting (30-11-1981).

De probleemanalyse wordt verder afgerond en het ontstaan van de klacht wordt nogmaals besproken aan de hand van het geschreven verslag. Uitgelegd wordt hoe de extreme kokhalsreflex vermoedelijk gegeneraliseerd is. Er wordt een voorlopige hiërarchie geconstrueerd (zie paragraaf 4.2.) en er wordt een begin gemaakt met de ontspanningsoefeningen (zie paragraaf 4.1.). Als huiswerk (zie paragraaf 4.4.) zal patiënt de ontspanningsoefeningen doen.

Tijdens de 3e gedragstherapeutische zitting (7-12-1981) worden de video-opnamen gemaakt ten behoeve van het onderwijs aan tandheelkunde-studenten. Het huiswerk wordt besproken en de ontspanningsoefeningen herhaald. De desensitisatie met behulp van voorstellingen wordt gestart evenals de oefeningen in vivo.

In de 4e gedragstherapeutische zitting (14-12-1981) meldt patiënt dat hij een heel t.v.-programma over tandheelkunde heeft afgekeken. Dit zou hij vóór de behandeling niet gekund hebben. De desensitisatie-oefeningen zowel imaginair als in vivo worden voortgezet.

In de 5e gedragstherapeutische zitting (21-12-1981) roepen de voorstellingsoefeningen slechts weinig spanning meer op. Bij de desensitisatie-oefeningen in vivo worden tijdens van 36 seconden dat patiënt het lepelkje zonder spanning in de mond kan houden, geregistreerd.

6e gedragstherapeutische zitting (4-1-1981).

In de voorstellingsoefeningen wordt het gebits-onderzoek door de tandarts vrijwel zonder spanning verricht. Alleen de voorstelling van het onderzoek van de achterste kiezen levert enige spanning op. Patiënt blijkt thuis goed geoefend te hebben, want tijdens de in vivo oefeningen kan hij het lepelkje maximaal twee minuten in de mond houden. Uitvoerig wordt het belang van ontspanning besproken, ook tijdens de tandheelkundige behandeling. Het optreden van spanning kan patiënt opvatten als een signaal om te ontspannen.

De afspraak wordt gemaakt dat patiënt zal aangeven wanneer hij denkt ver genoeg te zijn voor het eerste tandheelkundig onderzoek.

In de 7e gedragstherapeutische zitting (18-1-1982) worden de voorstellingsoefeningen gestopt omdat deze in het geheel geen spanning meer oproepen. Bij de oefeningen in vivo blijkt de tong zonder problemen aangeraakt te kunnen worden; het wegduwen van de tong met de lepel levert spanning en de neiging tot kokhalzen op. Vooral dit wegduwen van de tong wordt geoefend. Patiënt blijkt dit op rustige en ontspannen wijze te kunnen doen tot maximaal 85 seconden. Tot slot wordt het komend mondonderzoek bij de tandarts doorgesproken. De tandarts vertelt wat hij precies zal gaan doen, zich daarbij houdend aan de gang van zaken bij de voorstellingsoefeningen (zie paragraaf 4.2.). Tevens wordt patiënt voorbereid op het maken van röntgenfoto's.

In de 1e tandheelkundige zitting (25-1-1982) vindt een mondonderzoek plaats. Hiervan worden video-opnamen gemaakt. Zoals afgesproken worden hierna röntgenfoto's gemaakt (een OPT-opname en twee bitewings). Het maken van de OPT-opname, waarbij geen voorwerpen in de mond komen levert geen problemen op. Het vervaardigen van de bitewings daarentegen wel. De pogingen van de röntgenlaborante om met behulp van type 2 foto's (31,0 mm × 40,9 mm) de gewenste opnamen te maken, roepen weerstand bij de patiënt op. De laborante gaat dan over op een benadering van: 'flink zijn, ogen open, goed door de neus ademen en het duurt toch maar heel even', dit ondanks de haar vooraf gegeven uitleg om bij problemen de aandacht op ontspanning te richten. De patiënt pakt de pols van de laborante en duwt deze weg. De tandarts heeft toen de aandacht van de patiënt op de gewenste ontspanning gericht en met type 1 foto's (23,8 mm × 39,7 mm) de bitewing-opnamen gemaakt.

In de 8e gedragstherapeutische zitting (1-2-1982) wordt het verloop van het eerste tandheelkundig onderzoek besproken. Patiënt vond dat het meeviel. Hij zag er ook tevoren niet tegen op, uitgezonderd tegen het foto's maken. Patiënt was erg bang het benauwd te krijgen tijdens het maken van de foto's, met name bij het in de mond houden van de bitewing-loop met negatief. Voor de tandarts leverde het aanraken van de tong tijdens het onderzoek enige moeilijkheden op. Daarom wordt hieraan tijdens de in vivo oefeningen extra aandacht besteed. Voor het eerst wordt nu ook de rol van de 'helpende gedachten' expliciet besproken (zie paragraaf

4.3.). Het verdere tandheelkundige behandelingsplan wordt uitgelegd. Dit plan behelst: a. tandsteen verwijderen en instructie mondhygiëne; b. extractie van 28 en 46; c. restauratie met plastische vulmaterialen van 16, 15, 13, 11 en 21; d. verwijzing naar mondheelkunde voor diagnose en therapie van de op het OPT zichtbare wortelresten en radiolucenties.

De 9e gedragstherapeutische zitting (8-2-1982) wordt geheel gewijd aan video-opnamen om de vorderingen van patiënt in het verdragen van voorwerpen in de mond, vast te leggen.

In de 10e gedragstherapeutische zitting (15-2-1982) wordt tijdens de desensitisatie in vivo nogmaals extra aandacht besteed aan het manipuleren met de tong om problemen bij de tweede tandheelkundige zitting te verminderen. De maximum tijd dat patiënt zonder spanning het lepelkje in zijn mond kan houden, inclusief manipulatie met de tong, bedraagt twee minuten. Patiënt leert de helpende gedachten in te passen in de in vivo oefeningen. Patiënt blijft thuis frequent oefenen.

In de 2e tandheelkundige zitting (1-3-1982) wordt tandsteen verwijderd. De patiënt merkt op, dat hij verkouden is en veel slijm in de mond heeft. Dit blijkt de behandeling dan ook enigszins te bemoeilijken. Door het aanraken van de zijkant van de tong treden bij het verwijderen van het tandsteen linguaal van de ondermolaren schrikreacties op. Om deze te leren beheersen krijgt de patiënt een mondspiegeltje in een hand en een handspiegel in de andere. Hem wordt gevraagd met de mondspiegel in de mond te manipuleren en goed te kijken en te voelen wat er gebeurt. Er blijven hierbij kokhalsreflexen optreden. Na enig oefenen wordt verder gegaan met tandsteen verwijderen vooraan in de mond. De tong ontspant zich af en toe zodat hij wegzakt onder het niveau van de molaren en er ook linguaal van de ondermolaren tandsteen verwijderd kan worden. De kokhalsreflexen zijn dan afwezig. Als laatste wordt het ondergebit gepolijst met polijstpasta.

In de 3e tandheelkundige zitting (8-3-1982) wordt mondhygiëne-instructie gegeven en wordt tandsteen in de bovenkaak verwijderd. Het blijkt dat patiënt bij het aanraken van het verhemelte zijn hoofd wegdraait. Als het aanraken van het verhemelte vermeden wordt dan levert de behandeling verder geen problemen op.

In de 11e gedragstherapeutische zitting (15-3-1982) geeft patiënt bij het bespreken van de tandheelkundige zittingen o.m. het volgende commentaar: 2e zitting: 'viel tegen'; 3e zitting: 'ging behoorlijk goed'. Patiënt heeft thuis ook geoefend om zijn vinger tegen het verhemelte te houden. Bij de in vivo oefeningen met een lepelkje in de mond haalt patiënt weer een maximum van ongeveer twee minuten. De pauzes die patiënt neemt om zich te ontspannen duren meestal minder dan vijf seconden.

In de 4e tandheelkundige zitting (22-3-1982) wordt gecontroleerd of alle tandsteen verwijderd is en zal 28 verwijderd worden. Het aanraken van het verhemelte levert nog wel afweeracties op. De extractie gaat zonder problemen.

Bij het hechten van de alveole raakt de hecht draad de tong, dit geeft een schrikreactie.

In de 5e tandheelkundige zitting (29-3-1982) wordt 46 geëxtraheerd. Mandibulaire anesthesie geven gaat zeer moeizaam. Als de tong maar even aangeraakt wordt komt er al een kokhalsreactie. De tandarts wijst patiënt op het gebruik van 'helpende gedachten'. Uiteindelijk lukt het de mandibulaire anesthesie te geven door eerst de tong te ontzien en de nervus lingualis te verdoven. Als de anesthesie ingewerkt is, levert het aanraken van de tong geen reacties meer op en kan de extractie ongestoord verlopen. De gehele zitting werd op video vastgelegd.

In de 12e gedragstherapeutische zitting (5-4-1982) worden weer de laatste tandheelkundige zittingen doorgenomen. Hierbij worden vooral de moeilijkheden bij de anesthesie besproken. Uitvoerig wordt ingegaan op het gebruiken van helpende gedachten en het reduceren van bemlemende gedachten. De in vivo oefeningen worden nu zodanig door patiënt beheerst dat oefening tijdens de zitting overbodig lijkt.

In de 6e en 7e tandheelkundige zitting (26-4 en 10-5-1982) worden 16 en 15 met amalgaam en 13, 11 en 21 met composiet gerestaureerd. De behandelingen verlopen zonder problemen. Toch zijn er enkele zaken in het gedrag van de patiënt, die vermeld dienen te worden zoals:

- het feit, dat de patiënt op het aanraken van het harde verhemelte, zoals dat bij het behandelen van elementen in de bovenkaak gebeurt, toch met een meer dan gemiddelde afweer- of kokhalsreactie reageert;

- ook wil de patiënt steeds het slangetje van het afzuigsysteem vasthouden. De tip van de slang komt zodoende bij de premolare te liggen. Deze eigenaardigheden verstoren de tandheelkundige behandeling niet.

In de 13e gedragstherapeutische zitting (17-5-1982) zegt patiënt over de voorafgaande tandheelkundige zittingen: 'nergens last van gehad'. Hij blijkt helemaal niet gekokhalsd te hebben. Patiënt blijft thuis oefenen tijdens het koffie drinken en t.v.-kijken. Hij verbiedt zijn kinderen niet meer voorwerpen in hun mond te steken.

Na de 7e tandheelkundige zitting wordt patiënt verwezen naar de kaakchirurg met het oog op de te behandelen cystes (punt d van het behandelingsplan, zie 8e gedragstherapeutische zitting). De kaakchirurg wordt uitvoerig op de hoogte gesteld van de problemen van patiënt en de tot nu toe uitgevoerde tandheelkundige en gedragstherapeutische behandelingen.

Het door de kaakchirurg uitgevoerde mondonderzoek (zonder aanwezigheid van tandarts en gedragstherapeut) verliep bevredigend. Er werd afgesproken dat de behandeling vooral vanwege de aanwezigheid van drie cystes in drie kwadranten onder algehele anesthesie zou worden uitgevoerd.

Ruim zeven maanden na afsluiten van de therapie vindt er een telefonisch follow-

up-gesprek met patiënt plaats. Patiënt meldt dat het onderzoek bij de kaakchirurg goed is verlopen. Oefeningen met een lepel in zijn mond heeft hij niet meer gedaan, omdat hij dat niet meer nodig vond. De angst voor benauwdheid is in het dagelijks leven van patiënt niet meer aanwezig. Ook in gedachten is hij niet meer bezig met kokhalzen. Patiënt is nog steeds erg tevreden over wat hij bereikt heeft.

6. Discussie

Samenwerking tussen tandarts en gedragstherapeut kan op verschillende manieren plaatsvinden.

In de bovenbeschreven casus heeft deze samenwerking de vorm gekregen van aanwezigheid van de tandarts bij de gedragstherapeutische zittingen. Hierdoor leerden patiënt en tandarts elkaar vóór de tandheelkundige behandeling kennen en kon de tandarts zich op de hoogte stellen van de gang van zaken in de gedragstherapie. De gedragstherapeut was niet bij de tandheelkundige zittingen aanwezig. De gedragstherapeutische behandeling is er nl. op gericht om de patiënt *zelfstandig* te leren omgaan met de bedreigingen en verrassingen die zich in de tandheelkundige situatie kunnen voordoen. Bij deze doelstelling is het niet nodig en zelfs ongewenst dat de gedragstherapeut bij de tandheelkundige zittingen aanwezig is. Dit laatste wordt wel gedaan door Pinkham en Schröder.⁴ Het betreft daar echter niet de behandeling van een volwassene, maar van een 14-jarig meisje. Gezien de gekozen doelstelling ligt het voor de hand ook aan de patiënt over te laten om het moment te bepalen waarop hij voor het eerst de tandarts zou willen bezoeken. Dat in de hier beschreven casus de tandarts in staat was bij te hoog oplopende spanning via een eenvoudig appel de patiënt zichzelf voldoende te laten ontspannen om verder te kunnen gaan met de tandheelkundige behandeling, is te danken aan de aanwezigheid van de tandarts tijdens de gedragstherapeutische zittingen. Hierdoor zag de tandarts hoe hij het gedrag van de patiënt kon beïnvloeden.

In principe is het voor de tandarts ook mogelijk de tandheelkundige behandeling uit te voeren zonder dat hij aanwezig is geweest bij de gedragstherapeutische zittingen. Een goede communicatie tussen tandarts en gedragstherapeut is echter noodzakelijk. Hierbij is het wenselijk dat de tandarts, ter voorkoming van misverstanden en voor snel bereiken van optimale behandelbaarheid, enige voorkennis omtrent gedragstherapie heeft.

Bij de communicatie tussen tandarts en patiënt is minimaal uitwisseling van de volgende informatie noodzakelijk. In de eerste plaats is het van belang dat de tandarts op de hoogte is van meer dan alleen de

globale aard van het probleem. Slechts de informatie: patiënt is bang voor de tandarts of voor de tandheelkundige behandeling, is onvoldoende. Dit zegt nl. nog niets over de achtergrond van de angst. De patiënt kan bang zijn voor de pijn, bang voor controleverlies, bang voor de injectiespuit, bang voor benauwdheid, bang voor wat de tandarts zal zeggen, enz.

Bij de door Gale en Ayer⁵ en Klepac⁶ beschreven patiënten staat vooral de angst voor pijn centraal, terwijl dit bij de bovenbeschreven patiënt vooral de angst voor controleverlies is. In dit laatste geval kan de tandarts de controle over de tandheelkundige situatie zoveel mogelijk aan de patiënt overlaten, bijvoorbeeld door de patiënt met zijn hand een signaal te laten geven als hij zich even wil ontspannen. Het recept 'even volhouden', als de patiënt laat merken dat hij het benauwd krijgt of tekenen van angst vertoont, zal dan een averechtse uitwerking hebben. Ook zal het van belang zijn dat de tandarts op de hoogte is van eventueel aanwezige overgevoeligheden, in dit geval o.a. de binnenkant van de tong en de reactie bij prikkeling (b.v. een kokhalsreflex).

Daarnaast is het belangrijk te weten welke eerdere, zowel positieve als negatieve ervaringen de patiënt heeft gehad met tandartsen. Dit helpt de tandarts te bepalen wat hij bij voorkeur wel en niet moet doen bij deze patiënt. Bij de hier bedoelde groep van extreem angstige patiënten zal het vermoedelijk vooral gaan om negatieve ervaringen met de tandarts of de tandheelkundige behandeling, op grond waarvan het vermijdingsgedrag is ontstaan.⁷ Het aantal jaren dat het tandartsbezoek vermeden wordt kan een indicatie zijn voor de sterkte van de angst. Bij de beschreven patiënt blijkt minstens 20 jaar lang geen tandheelkundige behandeling te hebben plaatsgevonden, terwijl een bezoek aan de tandarts ruim tien jaar geleden voortijdig door patiënt werd afgebroken omdat de tandarts niet reageerde op verzoeken van de patiënt om de behandeling even te onderbreken. In andere beschrijvingen van gedragstherapeutische behandelingen van volwassen patiënten bedroeg het aantal jaren vermijdingsgedrag ten opzichte van de tandarts 3,7 jaar,⁸ 3,2 jaar,⁹ 3-6 jaar⁶ en 12 jaar.⁵ Alleen de patiënt van Gale en Ayer is in dit verband vergelijkbaar met de hier beschreven patiënt.⁵

Voorts dient de tandarts geïnformeerd te zijn over het verloop van de therapeutische behandeling van de patiënt alvorens hij de tandheelkundige behandeling start. Vooral de eerste tandheelkundige behandeling van een angstige patiënt dient in de ogen van de patiënt gelukt te zijn. Daarom adviseert de gedragstherapeut de tandarts er in ieder geval voor te zorgen dat de eerste tandheelkundige zitting door de patiënt als een succes ervaren kan worden,

ook al zou er tandheelkundig gesproken weinig gebeuren. Het complimenteren van de patiënt met zijn gedrag kan hierbij een positief effect hebben. Een sterk gevoel van mislukking of het in hevige mate opnieuw ervaren van angst in de eerste tandheelkundige zitting brengt het risico met zich mee dat de patiënt zowel de tandheelkundige als de gedragstherapeutische behandeling afbreekt.

Een ander punt van overleg tussen de tandarts en de gedragstherapeut is de afwisseling van gedragstherapeutische met tandheelkundige zittingen. De tandarts kan de gedragstherapeut informatie geven over het gedrag van de patiënt en de door de tandarts ervaren moeilijkheden. Op grond hiervan kan de gedragstherapeut weer bepalen hoeveel gedragstherapeutische zittingen nodig zijn vóór de volgende tandheelkundige zitting. In de beschreven casus liet de tandarts weten dat het aanraken van de tong nog veel reacties bij patiënt opleverde, die de tandheelkundige behandeling bemoeilijkten. Daarom werd hieraan in enkele gedragstherapeutische zittingen extra aandacht besteed. Naarmate de vorderingen in de tandheelkundige zittingen groter zijn, zullen er minder frequent gedragstherapeutische zittingen nodig zijn.

De samenwerking tussen gedragstherapeut en tandarts, zoals deze in de bovenbeschreven casus gerealiseerd is, heeft volgens de tandarts (M.D.) ook invloed op zijn gedrag ten opzichte van patiënten in het algemeen gehad. Het heeft hem geleerd de behandelbaarheid van patiënten te vergroten door systematisch gebruik te maken van het geven van positieve waardering voor kleine successen, aandacht te hebben voor de lichamelijke spanning en, middels oefeningen, de door de patiënt veronderstelde grenzen aan wat hij kan, te overschrijden. Vooral de grote rol van de gedachten en verwachtingen van de patiënt op diens gedrag in de tandheelkundige situatie en hoe deze te beïnvloeden, was verhelderend. Tenslotte heeft de samenwerking geleid tot meer inzicht in wanneer een patiënt naar een gedragstherapeut verwezen zou kunnen worden. Sinds de hier beschreven samenwerking is de tandarts in staat zelfstandig patiënten met soortgelijke klachten met succes te behandelen. Van de mogelijkheid tot consultatie van de psycholoog/gedragstherapeut werd af en toe gebruik gemaakt.

Een door gedragstherapeutische training of door intensieve samenwerking met een gedragstherapeut en door zelfstudie ter zake deskundig geworden tandarts is ons inziens in staat soortgelijke behandelingen uit te voeren. Wel blijft belangrijk dat de tandarts een patiënt die te moeilijk te behandelen (b)lijkt tijds wett te verwijzen naar een gedragstherapeut. Ook dient de

tandarts als een schoenmaker bij zijn leest te blijven, d.w.z. hij dient zich te beperken tot het behandelbaar maken van de patiënt en bij eventuele andere psychische problemen de patiënt zonder meer door te verwijzen.

Tot slot iets over de duur van de behandeling. Het aantal gedragstherapeutische zittingen wordt beïnvloed door verschillende factoren o.a. het aantal jaren dat tandartsbezoek vermeden wordt.

De door Gale en Ayer beschreven patiënt is na acht zittingen gedragstherapie in staat zelfstandig tandheelkundige behandeling te ondergaan,⁵ terwijl dit bij de vijf door Klepac behandelde patiënten pas na twaalf tot twintig zittingen het geval is.⁶ Bij de bovenbeschreven patiënt is na zeven zittingen een eerste tandheelkundig onderzoek mogelijk. In de hier beschreven casus heeft het bijkomend onderwijsdoel geleid tot een groter aantal zittingen. Ook de behandelingsduur bij de tandarts is zonder twijfel langer geweest dan bij een gemiddelde patiënt. Deze lange behandelingsduur heeft uiteraard ook financiële gevolgen. Deze financiële gevolgen zal de patiënt zelf moeten dragen. De tandarts kan de aan gedragstherapie bestede tijd echter ook als service aan de patiënt zien en de door gedragstherapie mogelijk gemaakte tandheelkundige verrichtingen op de normale manier declareren. Wanneer een dergelijke 'moeilijke' patiënt eenmaal behandeld is heeft de tandarts er een patiënt bij. Bij een teveel aan tandartsen lijkt het een goede investering, patiënten die vanwege angst de tandarts gemedend hebben, behandelbaar te maken.

De vraag kan gesteld worden of alleen al de aan de patiënt bestede tijd en aandacht van invloed is geweest op het resultaat. Uit allerlei onderzoek blijkt dat desensitisatie, een van de procedures in de hier beschreven behandeling, effectiever is dan placebotherapie (aandacht en tijd zonder de effectief geachte elementen uit de desensitatieprocedure) en placebotherapie niet effectiever dan geen behandeling.¹⁰

Ook ten aanzien van enkele cognitieve herstructureringsmethoden is dergelijk onderzoek verricht zij het op minder grote schaal, met soortgelijke resultaten.³ Dit onderzoek in aanmerking nemend lijkt het onwaarschijnlijk dat alleen de tijd en aandacht besteed aan de patiënt voldoende is voor een goed resultaat. Uiteraard is het besteden van voldoende tijd en aandacht wel een noodzakelijke maar niet voldoende voorwaarde voor een positief resultaat. Zonder de bereidheid van de tandarts extra tijd en aandacht te besteden zowel aan de samenwerking en/of communicatie met de gedragstherapeut als aan de tandheelkundige behandeling van de betreffende patiënt, zal het resultaat nihil zijn.

Summary:

Title: Cooperation between dentist and psychotherapist in the treatment of a patient with an extreme retching response.

Keywords: Sociale sciences-Anxiety-Behaviour therapy-Retching response

Dental treatment of a 42 year old male patient with an extreme generalized retching response was made possible by application of behaviour therapy. At the age of 7 the patient experienced a tonsilectomy as a psychic trauma. This led him to avoid visits to the dentist. He eventually could not stand even the sight of people with something in their mouth.

After 7 sessions of systematic desensitisation and cognitive restructuring the patient went on his own to the dentist for oral inspection. In a following series of sessions of dental and behavioural therapy the patient could be orally rehabilitated. With the aid of the well informed dentist, he could control the tensions and anxieties that arose during the dental treatment.

The cooperation of the dentist and the psychotherapist consisted of the dentist visiting nearly all behavioural sessions and a thorough feedback from the dentist to the psychotherapist. The psychotherapist never assisted the dental sessions. The first examination by the oral surgeon, to whom the patient was referred, gave no problems. The patient went all alone to the clinic despite he never met the surgeon before.

Some aspects of the cooperation between psychotherapist and dentist are discussed.

Video-registrations were made of a number of dental and behavioural therapy sessions for teaching purposes.

Literatuur:

1. *Orlemans JWG*. Inleiding tot de gedragstherapie. Deventer: Van Loghum Slaterus, 1976.
2. *Bernstein DA, Borkovec ID*. Leren ontspannen. Nijmegen: Dekker en Van der Vegt, 1977.
3. *Meichenbaum D*. Cognitieve gedragsmodificatie: een integrale benadering. Deventer: Van Loghum Slaterus, 1981.
4. *Pinkham JR, Schroeder CS*. Dentist and psychologist; practical considerations for a team approach to the intensely anxious dental patient. *J Am Dent Assoc* 1975; 90: 1022-1026.
5. *Gale E, Ayer NM*. Treatment of dental phobias. *J Am Dent Assoc* 1969; 73: 1304-1307.
6. *Klepac R*. Successful treatment of avoidance of dentistry by desensitisation or by increasing pain tolerance. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 1975; 16: 307-310.
7. *Lautch H*. Dental phobia. *Br J Psychiatry* 1971; 119: 151-158.
8. *Shaw D, Thoreson C*. Effects of modeling and desensitization in reducing dental phobia. *J Couns Psychology* 1974; 21: 415-420.
9. *Melamed BG*. Behavioural approaches to fear in dental settings. In: *Hersen M, Eisler RM, Miller PM*, eds. *Progress in Behavior Modification* 1979; vol. 7: 171-203.
10. *Kadzin AE, Wilcoxon LA*. Systematic desensitisation and non-specific treatment effects: A methodological evaluation. *Psychological Bulletin* 1976; 83: 729-758.

Augustus 1983.

Postbus 9101,
6500 HB Nijmegen.