

EXTREME ANGST VOOR DE TANDARTS: EEN CASUS

VERSLAG VAN EEN PSYCHOTHERAPEUTISCHE BEHANDELING VAN EEN PATIËNTE MET EEN NEUROTISCH- FUNCTIONELE ANGST

SAMENVATTING

Dit artikel beschrijft de psychotherapeutische behandeling van een patiënte met extreme angst voor de injectienaald. Duidelijk wordt waarom door de tandarts toegepaste angstbeheersingsmethoden als N₂O-inhalatie-sedatie en hypnose, of ook de desensitiserende methoden als successieve approximatie en systematische desensitizatie soms totaal geen angstreductie teweegbrengen.

Bij dergelijke neurotisch-functionele angsten dient de tandarts te verwijzen naar de psychotherapeut. In het artikel wordt gepoogd inzicht te verschaffen in een gedragstherapeutische werkwijze.

VERRIPS GHW. Extreme angst voor de tandarts: een casus. Ned Tijdschr Tandheelkd 1987; 94: 410-3.

G. H. W. Verrips, psycholoog

Uit de vakgroep Sociale Tandheelkunde van het Academisch Centrum Tandheelkunde Amsterdam.

Trefwoorden: **Sociale tandheelkunde – Gedragwetenschappen – Angst – Psychotherapie**

Datum acceptatie: 25 maart 1987.

Adres: G. H. W. Verrips, Louwesweg 1, 1066 EA Amsterdam.

1. INLEIDING

Sommige mensen zijn zo bang voor de tandarts, dat zij zich niet durven laten behandelen.¹ Een deel van hen komt gelukkig terecht bij tandartsen, die zich hebben gespecialiseerd in de behandeling van angstige patiënten. Bekend is de 'angstkliniek' in Amsterdam-Noord, waar men met veel aandacht en geduld poogt angstige patiënten tandheelkundig behandelbaar te maken.² Indien het de tandarts lukt, via technieken als N₂O-inhalatie-sedatie (lachgas), acupunctuur of hypnotische suggesties de angst van de patiënt toe te dekken, is er vanuit tandheelkundig perspectief geen aanleiding voor psychotherapie: de patiënt is immers behandelbaar. Dit geldt evenzeer voor die gevallen, waarin de angst in het begin extreem hoog is, maar door toepassing van stapsgewijze technieken uit de gedragstherapie (successieve approximatie, systematische desensitizatie) langzaam uitdooft. Dergelijke procedures kunnen na gedegen training zeer wel door de tandarts zelf worden toegepast.

Psychotherapie is geïndiceerd, wanneer de angst zich niet laat toedekken en tevens via stapsgewijze gewenning niet uitdooft. In een dergelijk geval namelijk, kan de angst en het daarmee gepaard gaande vermijdingsgedrag, wellicht 'neurotisch-functioneel' zijn.

In dit artikel wordt verslag gedaan van een psychotherapeutische behandeling van een patiënte met een extreme angst voor de injectienaald. Het beoogt tandartsen een globale indruk te geven van de mogelijke werkwijze van een psychotherapeut. De analyse en behandeling van de angst geschiedt vanuit het leertheoretisch paradigma.^{3,4} In de literatuur wordt beschreven op welke gronden deze benade-

ring de voorkeur verdient boven bij voorbeeld een psycho-analytische of een Rogeriaanse.^{5,6} Op deze plaats zij genoemd het voordeel dat het ontstaan, het voortbestaan, de diagnose en de behandeling van angst met goed gedefinieerde begrippen inzichtelijk kunnen worden gemaakt. Op grond daarvan is de tandarts zelf in staat te bepalen wanneer een patiënt doorverwezen moet worden naar de gedragstherapeut. In paragraaf 2 wordt kort en schematisch de gevolgde therapeutische strategie geschetst. In paragraaf 3 volgt een beschrijving van het therapieverloop, waarna het resultaat van de behandeling wordt beschreven.

2. BEHANDELINGSSTRATEGIE

Wat betekent het, wanneer angst en vermijdingsgedrag neurotisch-functioneel genoemd worden? Een fictief voorbeeld moge dat verduidelijken.

Een kind wordt gebeten door een hond. Het kind reageert reflexmatig met angst, vluchtgedrag en/of agressie. Deze reacties zijn *gezond* functioneel, want zij hebben overlevingswaarde: hun functie is het organisme te beschermen tegen gevaar. Op dezelfde wijze is angst voor tijgers een gezonde angst. Als het kind een volgende hond tegenkomt die niet bijt, kan het toch met angst en vermijdingsgedrag reageren. Dit leerproces wordt 'klassieke conditionering' genoemd. Als het kind hierna nog tien honden tegenkomt die niet bijten, dan zal de angst langzaam uitdoven: de aversieve consequenties van de prikkel 'hond' n.l. beet en pijn, blijven immers uit. Zo gaat het met vele angsten, die we in ons leven opdoen; veelvuldige confrontatie met de aanvankelijke angstwekkende prikkels, zonder dat aversieve consequenties

optreden, leiden tot uitdoving van de angst. Echter, angst kan slechts dán uitdoven, wanneer de confrontaties met de angstverwekkende prikkels ook daadwerkelijk plaatsvinden. Bij patiënten, die door enkele angstige ervaringen de tandarts volledig vermijden, komt die confrontatie niet tot stand. Stapsgewijze uitdovingsprocedures als successieve approximatie en systematische desensitizatie hebben het doel de confrontatie wél tot stand te brengen.

Blijven patiënten desondanks bang, of in termen van ons voorbeeld, blijft het kind bang voor honden, terwijl ze niets doen, dan is er meer aan de hand: de angst en het vermijdingsgedrag zijn dan *neurotisch* functioneel. Het is namelijk moeilijk denkbaar dat emotie en gedrag blijven bestaan, als er niet één of andere vorm van beloning op volgt. Vaak bestaat een dergelijke beloning uit het *wegvallen* van andere aversieve, angstverwekkende situaties. Het kind blijft bang voor honden, zijn moeder brengt hem daarom naar school en hij omzeilt daarmee agressieve pesterijen van zijn schoolvijanden onderweg (beloning). Pas als het kind leert op adequate wijze met zijn vijanden om te gaan (af te rekenen), pas dan heeft angst voor honden haar neurotische functie verloren en kan zij uitdoven.

Dezelfde redenering is van toepassing op angst voor de tandheelkundige behandeling. Dooft de angst na veelvuldige confrontatie met op zich onschadelijke prikkels (boor, injectienaald, sonde etc.) niet uit, dan is zij neurotisch-functioneel.

De te volgen therapeutische strategie moet dan de volgende zijn:

- Identificatie van angst- en vermijdingsgedragingen.
- Exploratie van prikkelsituaties die de gedragingen uitlokken. Door de patiënt in

de verbeelding (in vitro) of in de werkelijkheid (in vivo) te confronteren met een variëteit aan prikkelsituaties, tracht de therapeut dié prikkels te identificeren, die essentieel zijn voor het uitlokken van de angst.

- c. Opsporen van neurotische functies die verhinderen dat de gedragingen uitdoven.
- d. Aanleren van adequate gedragingen en gedachten ten aanzien van vermeden, aversieve prikkelsituaties: opheffen neurotische functies.
- e. Angstuitdoving.

De beschreven strategie schetst de hoofdlijnen van het gedragstherapeutisch proces. Gedetailleerde beschrijvingen zijn voor een goed begrip van deze tekst overbodig. In het 'Handboek voor gedragstherapie' vindt men heldere uiteenzettingen over dit proces.⁴

3. THERAPIEVERLOOP

3.1. Patiëntgegevens

Patiënte is extreem angstig voor injecties. Als haar in het ziekenhuis voor onderzoek bloed moet worden afgenomen, laat zij zich door twee verpleegsters vasthouden. Bij injecties in haar mond is de angst het hevigst. Na een aantal slechte ervaringen bij de tandarts (gedwongen, uitgescholden etc.) heeft zij een aantal tanden zonder enige vorm van anesthesie laten trekken. Toen het gehele gebit verwijderd moest worden, is patiënte onder volledige narcose gebracht. Nu draagt zij een prothese, maar er zitten nog twee diep-carieuze molaren in haar bovenkaak, die dringend verwijderd dienen te worden.

De tandarts omschrijft het klachtgedrag als volgt: 'Ik heb twee sessies met deze patiënte gehad. In de eerste sessie heb ik haar geïnterviewd over haar angst en geprobeerd een vertrouwensrelatie te creëren. Vervolgens heb ik haar gesedeerd met 50% lachgas, gecombineerd met hypnotische suggesties. Afsproken was dat er niets tandheelkundigs zou gebeuren. De sedatie lukte redelijk, al huilde patiënte veel en maakte ze een verkrampte indruk. In de tweede sessie zou de patiënte, wederom gesedeerd met lachgas in combinatie met hypnose, lokale anesthesie krijgen en zouden de molaren verwijderd worden. Dit mislukte volledig. Patiënte had zeer veel lachgas gehad, maar ze was panisch, huilde, schreeuwde, schopte en sloeg. Ik heb de injectiespuit niet eens in mijn hand gehad. Na drie kwartier heb ik mijn pogingen gestaakt.' Aldus de tandarts, die patiënte daarna doorverwees voor psychotherapie.

Patiënte is een 40-jarige vrouw. Ze is getrouwd en heeft kinderen. Zij heeft een volledige baan en volgt in de avonduren bedrijfsopleidingen om hogerop te komen.

Vroeger had ze last van tunnel- en liftvrees, maar daar heeft ze zich overheen gezet. Behalve voor injecties is patiënte extreem bang voor kikkers.

3.2. Neurotische functies

Tijdens de eerste therapieessie maakt patiënte melding van buitengewoon slechte ervaringen bij de tandarts, met name het met fysiek geweld toedienen van uiterst pijnlijke injecties. Naar de principes van de klassieke conditionering is een dergelijke ervaring voldoende oorzaak voor het ontstaan van de extreme angst voor injecties, echter niet voor het persisteren ervan. Bij nadere exploraties in sessies 2-5 blijkt er dan ook veel meer aan de hand te zijn. In de navolgende beschrijving van patiënte's problematiek zijn de fragmenten tussen aanhalingstekens citaten van wat patiënte gezegd heeft.

Centraal in patiënte's problematiek staat de angst voor afwijzing, kritiek en conflicten. Uit angst deze prikkelsituaties bij significante personen (echtgenoot, ouders) op te roepen, maakt patiënte haar behoefte aan warmte, aandacht en steun niet kenbaar. 'Ik zeg altijd dat het goed met me gaat, anders dring ik me zo op. Eén keer, toen kon ik het niet meer aan, ik heb ook wel eens een sterke schouder nodig. Hij (echtgenoot) wimpelt alles af, dan heb je weer tegen de muur gepraat. Soms moet ik opeens huilen thuis, dan zit hij me raar aan te kijken en dan zeg ik ach 't is niks . . . Nee, ik probeer het te verdringen . . .'

Uiting van behoefte aan steun en warmte is vroeger door vader afgestraft met veel slaag. Het gevolg is, dat de omgeving niet van haar wensen op de hoogte is en er niet aan voldoet. Patiënte leeft derhalve op een uiterst karig emotioneel rantsoen: 'Ik kan het niet uitstaan als ik mijn emoties niet de baas kan, ik huil praktisch nooit, ik heb geen vriendin, in feite heb ik niemand (huilend). Ik heb ook wel behoefte te praten, maar hij luistert niet. Dan klap ik weer dicht.' Daarnaast zit patiënte vol agressieve gevoelens ten opzichte van vader (incestpogingen) en echtgenoot, die in de WAO loopt en de verantwoordelijkheid voor het gezin op patiënte afschuift. Patiënte pot dergelijke gevoelens op; ook op agressie en verzet is vroeger met fysiek geweld gereageerd.

Als uitweg uit de misère kiest patiënte voor een keihard imago. 'Ik ben overall bikkelhard in, nooit ziek of zeurderig . . . mijn man zegt, jij bent zo zelfstandig, je doet alles zelf.' Ze gunt zichzelf geen enkel pleziertje, werkt hard om haar gezin te onderhouden. Haar steun is de irrationele gedachte onmisbaar te zijn. 'Ik ben de spil van het huis. Zonder mij loopt alles in het honderd.'

Hoe groot de emotionele verwaarlozing

is en hoe sterk de gevoelens zijn opgekropt, blijkt als patiënte bij marginale prikkels als de injectiespuit het bijltje erbij neergooit: felle emotionele uitbarstingen, huilen, slaan etc. 'Een greintje liefde was er niet bij. Je was blij om ziek te zijn, dan kreeg je tenminste aandacht. Als je alles zo goed zelf kan, dan denken ze: laat die maar schuiven . . . niemand begrijpt dat ik bang ben voor een spuitje . . . maar anders zou ik een robot zijn, die spuit is mijn enige zwakke plek . . .'

Als patiënte naar de tandarts moet, geeft haar omgeving veel aandacht en steun, reden te meer waarom het angst- en vermijdingsgedrag zo hardnekkig persisteert.

3.3. Opheffing neurotische functies

Het doel van de therapie is, patiënte's angst voor afwijzing, kritiek en conflict uit te doven, met name ten aanzien van echtgenoot en vader. Door patiënte ruim de gelegenheid te bieden te praten over de afwijzing die zij in het verleden ervaren heeft en haar op deze wijze steeds met afwijzing te confronteren, kan de angst voor afwijzing uitdoven.⁷ Tegelijkertijd kunnen allerlei irrationele opvattingen rond afwijzing en conflict en tevens rond assertieve uiting van wensen en emoties via Rationeel Emotieve Therapie (R.E.T.) worden ontkracht.⁸⁻¹⁰ Patiënte kan vervolgens via assertiviteitstraining leren beter voor haar wensen op te komen.

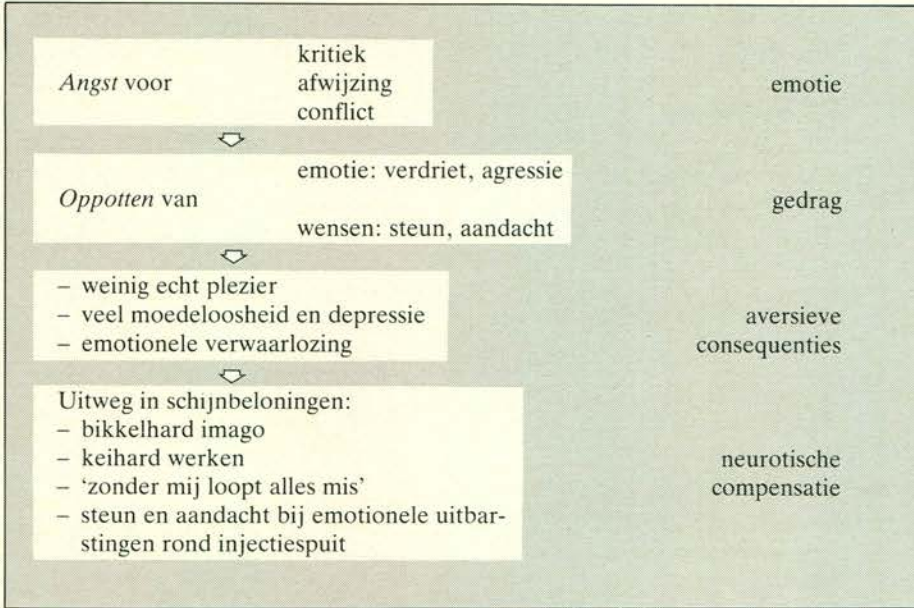
Als deze strategie aanslaat, dan zal patiënte:

- niet langer bang zijn voor conflict en afwijzing;
- dientengevolge beter haar emoties en wensen kunnen uiten;
- waardoor zij in haar leven veel meer aan haar trekken komt;
- en de neurotische compensaties niet langer nodig heeft.

Het angst- en vermijdingsgedrag rond de injectiespuit heeft dan zijn functie verloren. Gezien de aanmeldingsklacht is een belangrijk criterium voor het slagen van de therapie: patiënte dient na beëindiging van de therapie in staat te zijn rustig naar de tandarts te gaan en zich de benodigde injecties te laten geven. Daarom zal als afsluiting van de therapie angstuitdoving ten aanzien van de injectiespuit moeten plaatsvinden. Bij voorkeur gebeurt dit door de tandarts; de psychotherapeut is niet meer nodig omdat het angstgedrag zijn functie verloren heeft.

In de sessies 5-25 werden bovengenoemde technieken (i.c. angstuitdoving door confrontatie, R.E.T., assertiviteitstraining) systematisch toegepast. Enkele fragmenten: 'Als ik iets doe, doe ik dat zo goed mogelijk . . . (therapeut: Waar is dat voor nodig?) weet ik niet, als ik het doe, dan goed, anders laat maar (therapeut: Hoe

De neurotische functies kunnen als volgt in diagramvorm weergegeven worden:



kom je aan die mentaliteit?) van vroeger. Met afwassen kon ik de melkkan nooit helemaal schoon krijgen, vader keek het na, dan kreeg ik een dreun, . . . weer niet goed – huilend – ik deed nooit iets goed . . . ik had al angst en beven als ik die kan zag . . . hij was dictator in huis, hij sloeg me . . .'

'Donderdag heb ik ruzie met m'n man gemaakt. Ik praat tegen hem, hij kijkt televisie en luistert maar half. Nu word ik boos en wijs hem erop, dat werkt prima. Ik vraag aandacht, maar veranderen is moeilijk, voor beiden een omschakeling. Maar al zal het misschien niet voor die spuit helpen, ik voel me toch een stuk opgeluchter de laatste weken. Ik trok me helemaal terug, nergens zin in, nergens heen. Nu ga ik er weer uit, m'n man vindt het ook fijn, ik voel me een stuk vrijer worden.'

' . . . Uit dit gesprek proef ik dat ik zelf nalatig ben, dat ik mezelf ook niet geef. Dat zit er ook in, dat ik altijd vreselijk stug ben geweest, vroeger thuis uitte je je emoties niet, moeilijk om daar een twee drie af te stappen . . .'

Steeds weer tijdens de sessies was de confrontatie met de injectiespuit aanleiding om onverwerkt en opgekropt verdriet te uiten.

'– Patiënte houdt injectiespuit in haar hand – (therapeut: Waar zit je met je gedachten?) Ik probeer te bedenken wat me angstig maakt . . . ik weet het niet – huilend – (therapeut: Je maakt nu op mij veel meer een moedeloze indruk dan een angstige. Is dat met de rest van je leven ook zo, dat je er moedeloos van wordt?) . . . Niet altijd, maar er zijn momenten – huilend – dat komt meestal door mijn man . . .'

Na 25 sessies durft patiënte, waar nodig,

conflicten aan te gaan en heeft geleerd assertief voor haar wensen op te komen. Zij doet het kalmer aan met werk en studie, neemt veel meer tijd voor zich zelf om dingen te doen die ze prettig vindt. Het bikkelharde imago is verzacht. Patiënte heeft de injectiespuit niet meer nodig om emotioneel aan haar trekken te komen. De therapeutische maatregelen hebben hun doel bereikt.

3.4. Uitdoving van angst voor de injectienaald

Nu de neurotische functies van het angst- en vermijdingsgedrag rond de injectiespuit zijn afgebroken, kan begonnen worden met een eenvoudige stapsgewijze angstuitdovingsprocedure.

In overleg met de tandarts wordt besloten een successieve approximatie toe te passen (i.e. het in kleine stapjes dichterbij brengen van de injectienaald). Deze procedure wordt door de tandarts zelf toegepast, gecoached door de psychotherapeut. Na 10 sessies van 15 minuten, verspreid over twee maanden, is de angst voor de naald bijna volledig uitgedoofd. Besloten wordt de carieuze molaren te extraheren. De tandarts beschrijft het gedrag van de patiënte als volgt: 'Patiënte maakte weliswaar een licht gespannen indruk toen ze binnenkwam, maar ze bleek zeer goed te behandelen. Er was goed overleg mogelijk, patiënte had blijkbaar vertrouwen in de behandeling. Ze lag rustig in de stoel en bij het naderbij brengen van de injectienaald draaide ze haar hoofd zelfs naar mij toe. Zonder problemen heb ik de injecties kunnen geven en de molaren geëxtraheerd.'

Aldus is de behandeling tot een goed einde gebracht. Om de mate van angstreductie

enigszins te objectiveren, is patiënte verzocht een tweetal vragenlijsten in te vullen: vertaalde versies van de 'Dental Fear Survey'¹¹ en de 'Corah'.¹²

De klassieke wijze van meten van het behandelingseffect zou zijn: de patiënte vóór de behandeling (voormeting) en erna (nameting) beide lijsten voor te leggen. Echter, bij het meten van het behandelingseffect door middel van zelfrapportagematen, verdient een retrospectieve voormeting de voorkeur boven de klassieke voormeting.¹³

Men vraagt de patiënte direct na het invullen van de nameting dezelfde lijsten nóg eens in te vullen maar dan als schatting van het angstniveau dat zij vóór de behandeling had. Het is namelijk mogelijk dat de patiënte zich pas na de behandeling realiseert hoe angstig ze daarvoor eigenlijk was. Door de voormeting retrospectief af te nemen, voorkomt men dus over- of onderschatting van het startniveau: de patiënte zou in staat zijn een behandelingseffect nauwkeuriger waar te nemen vanuit één perspectief (in casu, dat van ná de behandeling).

Op de Dental Fear Survey scoorde de patiënte op de retrospectieve voormeting in het hoogste kwintiel (score = 84), op de nameting in het laagste (score = 25).¹¹ De patiënte veranderde dus van 'extreem angstig' in 'niet-angstig'. Een zelfde beeld komt naar voren uit de Corah: de patiënte verschuift van 'extreem angstig' (score = 15) naar 'niet-angstig' (score = 5).¹²

We kunnen concluderen, dat de angst voor de injectienaald efficiënt en grondig is uitgedoofd.

4. SLOTBESCHOUWING

De behandeling van deze patiënte besloeg in totaal 25 sessies van 45 minuten bij de psychotherapeut en nog eens 10 sessies van 15 minuten bij de tandarts. Wellicht vraagt men zich af: 'Kan het niet sneller?' en 'Wie moet dat betalen?'

Sneller kon het in dit geval niet. Er is efficiënt en klachtgericht gewerkt; telkens is door confrontatie met de injectienaald gecheckt in hoeverre de angst van de patiënte haar neurotische functie verloren had. Ook de angstuitdovingsfase kon bij deze patiënte niet versneld worden. Men realiseert zich dat het hier om angsten ging, die wortels hadden tot ver in het verleden van de patiënte: het neurotische gedrag is meer dan 20 jaar bekrachtigd geweest.

Zou men de mogelijkheid hebben veel eerder in de conditioneringsgeschiedenis in te grijpen, met andere woorden als men 'er sneller bij is', dan kan de behandelingsduur waarschijnlijk aanzienlijk bekort worden. De behandelingsduur zal derhalve per patiënt sterk verschillen.

Enkele woorden zijn op zijn plaats over de kosten van een behandeling, zoals die

hierboven beschreven staat. De tandartsen die werkzaam zijn voor de 'angstkliniek' in Amsterdam-Noord worden op uurbasis betaald en niet per verrichting. Deze regeling biedt ruimschoots de mogelijkheid een aantal angstuitdovende technieken toe te passen. Voor zover de kosten van de psychotherapeutische behandeling nietparticulier kunnen worden gedragen, bestaat er de mogelijkheid RIAGG's (Regionale Instellingen Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg) te interesseren voor relatief kortdurende klachtgerichte behandelingen.

Op grond van bovenstaande ervaringen lijkt het zinvol dat tandarts en psychotherapeut meer met elkaar gaan samenwerken bij de behandeling van angstige patiënten. Het inzicht in elkaars behandelingsmethoden kan daarmee groeien waardoor een betere afstemming mogelijk wordt. Het is een goede zaak, dat tandartsen zich bekwamen in angstbeheersingsmethoden als N₂O-inhalatie-sedatie en hypnose. Daarnaast lijkt het aanbevelenswaard dat tandartsen enkele eenvoudige gedragstherapeutische technieken leren toepassen. Psychologen zouden de daarvoor noodzakelijke training kunnen verzorgen.

Met dank aan de vakgroepsleden G. ter Horst en M. E. A. Stouthard voor hun nuttige commentaar op een eerdere visie van dit artikel.

SUMMARY

PSYCHOTHERAPEUTIC TREATMENT OF EXTREME DENTAL FEAR: A CASE STUDY

Keywords: Social dentistry – Behavioral sciences – Dental fear – Psychotherapy

This article describes the psychotherapeutic treatment of a patient who suffers from extreme fear of the injection needle. It is explained why dentist-applied fearcontrol methods like N₂O-sedation and hypnosis, or desensitizing methods like successive approximation and systematic desensitization sometimes do not result in reducing the fear. In these instances, where the fear is neurotically functional, the dentist should refer the patient to the psychotherapist. In this article attempts are being made to explain a behaviour therapeutic approach.

LITERATUUR

- ¹ STOUTHARD MEA. Angst voor de tandheelkundige behandeling, literatuuronderzoek. Deelverslag I. Amsterdam, ACTA, 1985.
- ² MAKES PC, SCHUURS AHB, THODEN VAN VELZEN SK, DUIVENVOORDEN HJ, VERHAGE F. Criteria voor de selectie van volwassenen met een extreme angst voor de tandheelkunde. Ned Tijdschr Tandheelkd 1986; 93: 317-21.
- ³ BURGER AW. Functie-analyse van neurotisch gedrag. Uitg. Van Rossum, Amsterdam, 1980.
- ⁴ ORLEMANS JWG. Handboek voor gedragstherapie. Uitg. Van Loghum Slaterus, Deventer, 1978.
- ⁵ BOUDEWYNS PA, SKIPLEY RH. Flooding and implosive therapy. Plenum Press, New York, 1983.
- ⁶ RIMM DC, MASTERS JC. Behaviour therapy. Academic Press, New York, 1979.
- ⁷ RAMSAY RW, NOORBERGER R. Living with a loss; a dramatic new break through in grief therapy. Morrow, New York, 1981.
- ⁸ ELLIS A, HARPER RA. A new guide to rational living. Prentice-Hall, New York, 1975.
- ⁹ BECK AT. Cognitive therapy and the emotional disorders. International Universities Press, New York, 1976.
- ¹⁰ SCHWARTZ D. Rationeel denken en doen. VNU business publications BV, Amsterdam, 1984.
- ¹¹ STOUTHARD MEA. Angst voor de tandheelkundige behandeling. Dental Fear Survey. Deelverslag IV, Amsterdam, ACTA, 1986.
- ¹² CORAH NL, GALE EN, ILLIG SJ. Assessment of a dental anxiety scale. J Am Dent Assoc 1978; 97: 816-19.
- ¹³ HOOGSTRATEN JOH, DE MEIJER E, SPRANGERS M. Het begrip 'responseshift' en retrospectieve zelfbeoordeling. Ned Tijdschr Psychologie 1985; 40: 488-502.

Redactionele bijdrage

DE PATIËNT BESLIST

SAMENVATTING

In een door de Redactie bewerkte publikatie uit de Journal of the American Dental Association¹ worden enkele aspecten van de patiënt-tandartsrelatie aan de orde gesteld. Het belang van voorlichting over behandelalternatieven en het gewicht dat aan de keuze van de patiënten moet worden gegeven, worden, mede aan de hand van een aantal voorbeelden, beschreven. Met name het vermogen van de patiënt om te kunnen kiezen en de redelijkheid en validiteit van de keuze blijken van groot belang bij de dagelijkse praktijkuitoefening.

REDACTIE. De patiënt beslist. Ned Tijdschr Tandheelkd 1987; 94: 413-7.

Redactie

Trefwoorden: **Praktijkvoering** – Ethiek – Voorlichting

Datum acceptatie: 14 juni 1987.

Adres: Postbus 351, 1250 AJ Laren.

1. INLEIDING

De tijd dat een tandarts over het hoofd van zijn patiënt heen beslissingen kon nemen, ligt allengs achter ons. Tegenwoordig zal bij voorbeeld bijna geen patiënt genoegen nemen met een extractie na de simpele mededeling dat 'de kies eruit moet'. De patiënten zijn mondiger en kritischer geworden en zij willen zelf over de behandeling van hun gebit tenminste mee beslissen.

Dit neemt niet weg dat de verantwoordelijkheid voor het gebit voor een deel nog steeds aan de tandarts wordt gedelegeerd. Aan hem wordt, als deskundige bij uitstek, advies gevraagd en hij bepaalt *hoe* wordt behandeld, maar pas nadat de patiënt is geraadpleegd over *wat* er moet gebeuren. Maar het is ook juist de omstandigheid dat de tandarts een specialistische kennis bezit, die hem bepaalde verplichtingen oplegt, geformaliseerd in een ethische code

die betrekking heeft op de patiënt-tandartsrelatie.²

Mede door een mentaliteitsverandering bij de patiënten (waarschijnlijk gevoed door consumentenbewegingen, maar ook omdat de bevolking door de overheid meer verantwoordelijkheden krijgt toegewezen),³ wordt de tandarts, heden vermoedelijk vaker dan weleer, dagelijks geconfronteerd met ethische problemen, al was het maar omdat er dikwijls diverse, zelfs con-