

Angstbegeleiding en -bestrijding

Benadering van volwassenen

Samenvatting

Om angstige patiënten behandelbaar te maken dient de gedragswetenschappelijke benadering, eventueel ondersteund door een farmacologische. In deze bijdrage zijn de manieren waarop mensen met hun angst omgaan en het eerste contact met de angstige patiënt geschetst. Vervolgens worden angstverminderende methoden die de tandarts ter beschikking staan besproken: het geven van informatie, het vertrouwd maken van de patiënt met de apparatuur en instrumenten, het afleiden en de patiënten leren te ontspannen. Aan het systematisch afleren van angst is een afzonderlijke plaats toegekend, omdat toepassing van deze techniek in handen ligt van een psycholoog.

SCHUURS AHB, BROERSMA-VAN DER MEULEN MJ. Angstbegeleiding en -bestrijding. Benadering van volwassenen. Ned Tijdschr Tandheelkd 1990; 97: 482-5.

A.H.B. Schuurs, tandarts*¹
M.J. Broersma-van der Meulen,
psycholoog**²

Uit de *)vakgroep Cariologie en Endodontologie van het Academisch Centrum voor Tandheelkunde te Amsterdam (ACTA) en het **)Centrum Bijzondere Tandheelkunde te Amsterdam.

Trefwoorden: **Bijzondere tandheelkunde – Sociale tandheelkunde – Angst**

Datum van acceptatie: 28 augustus 1990.

Adres: A.H.B. Schuurs, ACTA, Louwesweg 1, 1066 EA Amsterdam.

1 INLEIDING

Door pijn gedwongen, naar aanleiding van een artikel, vaak op aandrang van familieleden of vrienden of omdat het 'zo niet langer kan', melden zeer angstige patiënten zich soms voor behandeling.¹ Het is de kunst een dergelijke patiënt behandelbaar te maken en te houden. Daarbij staat de gedragswetenschappelijke angstbeheersing voorop. Een eventuele farmacologische aanvulling wordt als secundair beschouwd.²

2 WIJZE WAAROP MENSEN MET ANGST OMGAAN (COPING)

Mensen willen zich niet onprettig voelen. Angst is op zijn minst onprettig en daarom wil men daar wat aan doen, door weg te lopen, zich aan de situatie aan te passen of te trachten deze te veranderen. Het omgaan met angst, 'coping' genoemd, bestaat uit verstandelijke en gedragsinspanningen om aan (te) grote eisen te voldoen. Coping is gericht op of het *probleem* zelf of de *emotie* die door het probleem ontstaat. Indien op het *probleem* gericht, wordt onder andere informatie gezocht. Staat het omgaan met de *emotie* op de voorgrond, dan worden bijvoorbeeld fantasieën gebruikt. Afhankelijk van de situatie kiest de patiënt het type strategieën. In de gezondheidszorg zijn deze veelal emotie-gericht.³

In elke stress-situatie zijn twee vragen aan de orde: 1. Wat staat er op het spel? Het antwoord bepaalt mede de kwaliteit en de heftigheid van de emotie. 2. Wat kan eraan worden gedaan? Het antwoord hierop beïnvloedt de strategieën die men zal gebruiken,⁴ en een juiste keuze bepaalt de effectiviteit ervan. Hertaxatie van de situatie en van eigen mogelijkheden tot coping volgt, wat tot aanpassing van de strategieën leidt.

Als probleem-gerichte strategieën worden gebruikt in een situatie waarvoor geen oplossing bestaat, zal een tegengesteld effect van het verlangde of een ongunstiger uitgangspunt ontstaan.⁴ Waarschijnlijk speelt dit bij grote angst voor de tandheelkundige behandeling. Een verstandelijke beïnvloeding zal dan zelden voldoende soelaas bieden. Toch is ook dan sprake van cognitieve hertaxatie. Immers, al kan de patiënt de angst als gevolg van een overschat (of afwezig) gevaar niet het hoofd bieden,⁵ hij moet wel wat doen. Emoties veranderen onder invloed van de gekozen strategieën. Bovendien, anticipatie van een gebeurtenis gaat met andere emoties gepaard en eist andere strategieën dan de confrontatie met de gebeurtenis zelf.⁴ Reeds kinderen blijken tijdens behandeling een scala van strategieën te gebruiken, waaronder informatiezoekende, ondersteuningvragende pogingen om mee te werken en afleidende gedachten.⁶

3 HET EERSTE CONTACT

De tandarts kan al tijdens het eerste contact hulp bieden, door (emotie-gerichte) strategieën te ondersteunen en empathie te tonen.

De wijze waarop in speciale klinieken voor angstigen de 'intake' plaatsvindt, heeft ook waarde voor de algemene praktijk.

3.1 Benadering van de patiënt

Het eerste contact met zeer angstigen lijkt van nog groter belang dan normaal. De voor de patiënt soms levensbeheersende angst mag niet worden gebagatelliseerd, maar moet als een serieus probleem worden erkend. Het eerste gesprek (niet in de praktijkkamer) begint met:⁷

- sympathie tonen ('Dit moet vreselijk voor U zijn');
- voorkomen dat de patiënt zich schaamt ('Angst is een vaak voorkomend, normaal probleem') – vooral omdat vele patiënten denken dat alleen zij het probleem hebben;
- de onbeheersbaarheid van angst erkennen ('U hebt het natuurlijk geprobeerd, maar men kan niet verwachten dat U zomaar een einde aan dit soort gevoelens kunt maken');
- uitzicht bieden op hulp ('Voor dit probleem bestaan oplossingen');
- optimisme introduceren ('Ook voor U vinden we een oplossing'). Velen geloven niet dat hun angst kan worden bestreden.⁸

3.2 Bepaling van de mate van angst

Al dan niet met vragenlijsten wordt de mate van angst bepaald en in een gestructureerd gesprek de oorzaak ervan nagegaan. Als een psycholoog dit gesprek voert, blijken vele patiënten minder nerveus en meer open dan wanneer een tandarts dat doet, of aanwezig is. In een intake-gesprek werd voor bijna allen duidelijk waarom zij bang waren; zij waren opgelucht dat iemand hen begreep en hun problemen accepteerde.⁹

Vaak wordt een traumatische al dan niet tandheelkundige (jeugd)ervaring als oorzaak vermeld. Daarbij past een kritische kanttekening: mogelijk was via anderen al (een hanteerbare) angst voor de eerste ontmoeting met de tandarts aanwezig.¹⁰⁻¹² Mogelijk werd die angst geleidelijk groter, maar gaf uiteindelijk een pijnlijke ingreep de doorslag. Veelal wordt alleen het laatste herinnerd of vermeld.

De angst voor pijn is reëel, maar, paradoxaal, veel angstige patiënten zijn bereid pijn te lijden om behandeling te ontlopen. Angst heeft dan geen beschermende func-

tie, maar belemmert adequaat functioneren.

Betwijfeld wordt of angst maar één dimensie kent. *Exogene* angst is op een specifieke situatie gericht en kan op slechts enkele aspecten van de behandeling betrekking hebben. Patiënten met *endogene* angst krijgen soms spontane aanvallen van angst, welhaast zonder provocaties. Later kan dit gecompliceerd worden door gelimiteerd of gegeneraliseerd fobisch vermijdingsgedrag.¹³

4 ANGSTREDUCERENDE TECHNIEKEN

4.1 Informatie

Meedelen dat men niet bang hoeft te zijn helpt niet echt. Voorlichting over wat men (aan pijn) kan verwachten, en wanneer, reduceert de angst wel, want daardoor verandert de beoordeling van de situatie. Dit geldt ook voor zeer bange patiënten, die juist meer pijn van behandeling verwachten dan minder angstigen.^{14 15} Tekenend is dat in een angstkliniek de helft van de patiënten uitleg wenste over *elke* handeling.¹⁶

Uitleg geven over de lichamelijke symptomen van angst, zoals verhoogde hartslag en 'verstijven', kan al helpen angst te overwinnen.⁵ Omdat de gevoelscomponent van angst zo in het oog springt, bestaat het risico dat het cognitieve aspect ervan wordt verwaarloosd.

4.2 Afleiding (distractie)

Tijdens de behandeling zijn afleidende gedachten (een favoriete bezigheid beoefenen) heel belangrijk. Voor afleiding is krachtig 'geruis', waarvan de intensiteit bij voorkeur door de patiënt wordt bepaald, gebruikt,¹⁶ hetgeen een afleidende en, mogelijk door suggestie, een analgetische werking heeft.¹⁷ Bij toepassing is verbale suggestie gewenst. Mede vanwege de onvoorspelbaarheid van het effect van geruis, is dit middel in onbruik geraakt.¹⁸ Als alternatief kan muziek dienen. De auditieve afleiding zou wat beter werken voor mannen dan vrouwen, terwijl de laatste iets beter op relaxatie zouden reageren.¹⁹ Anderen gebruiken visuele middelen, bijvoorbeeld videospelletjes, die effectiever zouden zijn dan geruis.²⁰ Ook dit werkt omdat men niet aandacht aan én het spel én aan de stressvolle situatie kan geven.

4.3 Ontspanning (relaxatie)

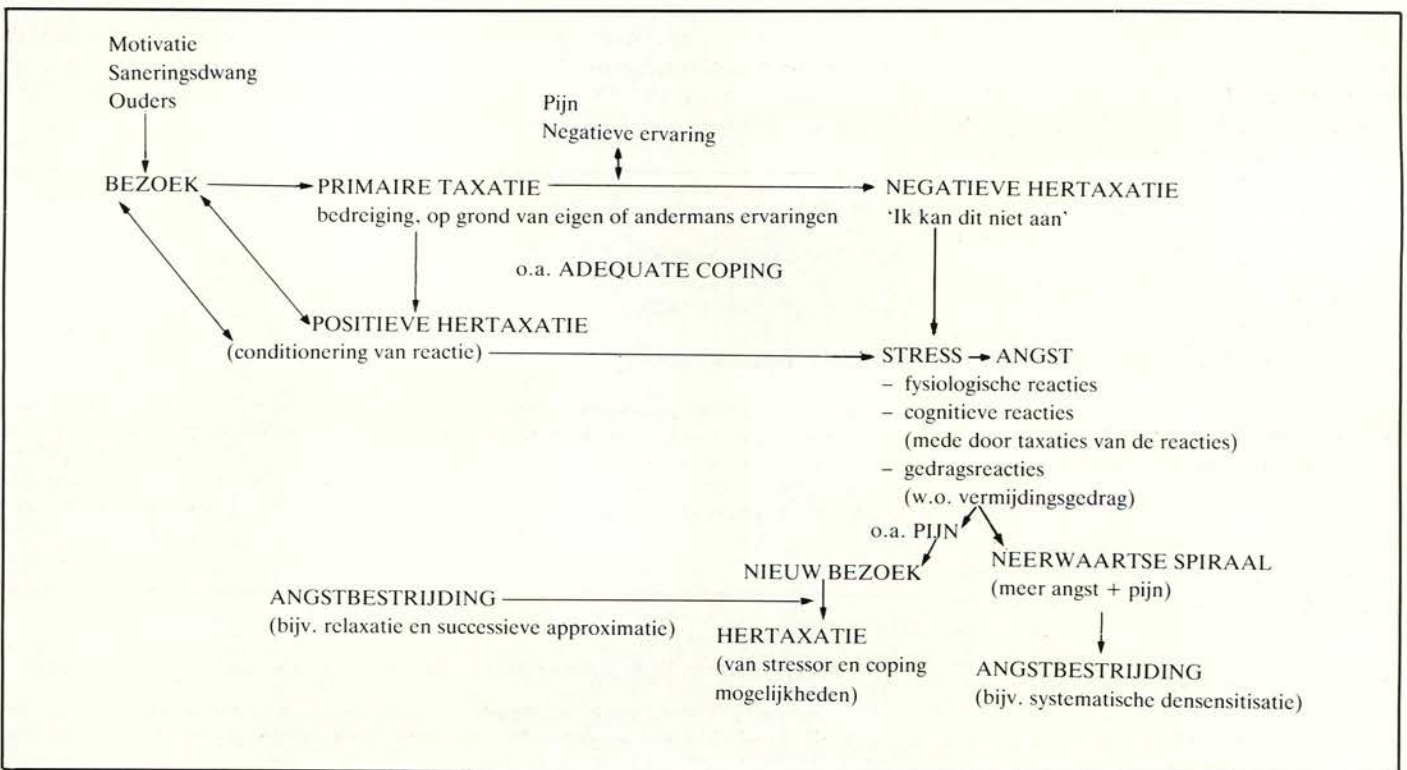
De patiënt moet zich het verschil tussen fysieke spanning en ontspanning bewust worden. Hij leert systematisch verschillende spiergroepen meer en meer te ontspannen. Sommigen propageren bij de voeten te beginnen en vandaar omhoog te gaan, anderen volstaan met oefening van de spieren van eerst de handen, vervolgens armen, schouders, nek, hals, kaak en gelaat.²¹ De spieren worden gedurende 5-10 seconden

bewust gespannen en daarna even lang ontspannen. Voordoen en met de patiënt oefenen wordt aanbevolen. De patiënt behoort thuis de oefeningen te herhalen.

Omdat langzaam ademen zowel ontspant als de aandacht afleidt, wordt ook dit geoefend. Na diep inademen wordt de adem vijf seconden vastgehouden en daarna wordt langzaam uitgeademd (vijf sec).²¹ Met een pijnlijke handeling, zoals injecteren, kan het beste tijdens de uitademing worden begonnen, omdat de patiënt dan het meest ontspannen is.

4.4 Hypnose

Ongeveer 20% van de tandartsen in de V.S. is getraind in hypnose.²² Hypnose is een veranderde staat van bewustzijn, gekenmerkt door een verhoogde ontvankelijkheid voor suggestie. Hypnose kan dienen voor gedragsverandering en ter bestrijding van angst en pijn. Hypnose wordt aangewend om een diepe relaxatie te verkrijgen. De patiënt blijft aanspreekbaar, tenzij de trance zeer diep is. Nadelen zijn dat: 1. door hypnose problemen naar boven kunnen komen, die de tandarts niet kan of mag oplossen;²³ 2. niet iedereen bereid is de procedure te ondergaan en 3. de methode voor weinig geroutineerden zeer tijdrovend kan zijn. De meerderheid van de mensen kan in ten minste een lichte trance worden gebracht.¹⁷



Afb. 1. Vereenvoudigde cyclus van angst en tandartsbezoek.

Tabel I. Volgorde naar mate van angst voor onderdelen van tandheelkundige behandeling (naar Rapport en Glassman).²⁸

1. Wortelkanaalbehandeling
2. Boren zonder anesthesie
3. Injectie
4. Geluid van de boor
5. Praten over de behandeling
6. Verwijderen van tandsteen
7. Röntgenfoto's
8. Spoelen na behandeling

Tabel II. Hiërarchische stappen ter bestrijding van angst voor injectie (naar Weinstein et al., 1988).²⁶

1. Toon spuit met bedekte naald op afstand
2. Idem met naald ontbloot
3. Toon spuit met bedekte naald dichterbij
4. Idem met ontblote naald
5. Laat spuit met bedekte naald vasthouden
6. Idem met ontblote naald
7. Houd spuit met bedekte naald bij het gelaat
8. Idem met ontblote naald
9. Breng spuit met bedekte naald in de mond
10. Idem met ontblote naald
11. Houd spuit met bedekte naald tegen mucose
12. Idem met ontblote naald

4.5 Bio-feedback

Omdat stress zich lichamelijk uit, verschaft meting van de lichamelijke reacties informatie aan de patiënt over zijn angst. Hoewel deze reacties 'onvrijwillig' tot stand komen, zou het toch mogelijk zijn door bio-feedback een zekere mate van bewuste controle erop uit te oefenen. Via zichtbaar of hoorbaar gemaakte registratie van spierspanning, meestal aan de m. frontalis, zijn angst en pijn met succes bestreden.¹⁷ Maar het is niet uit te sluiten dat het blote feit dat de apparatuur wordt aangelegd de patiënt afleidt en dat die 'afleiding' geheel of gedeeltelijk aan het succes van de methode ten grondslag ligt. Hoe dan ook, het effect van bio-feedback is niet groter dan dat van algehele relaxatie.¹⁷ Bio-feedback krijgt tegenwoordig weinig aandacht, misschien omdat de methode niet is ingeburgerd.

4.6 Controle

In de stoel ervaart men gevoelens van weerloosheid en verlies van zelfcontrole, hetgeen reden lijkt een angst-inducerende situatie te ontlopen. Het idee om de patiënt controle over de apparatuur te geven is niet nieuw.²⁴ Het gunstige effect ervan wordt betwijfeld.²⁵ Met name zij die vrezen geen controle over zichzelf te kunnen houden, wat op zich al angst oproept, zijn misschien met een 'stopknop' gebaat.

5 AFLEREN VAN ANGSTIG ZIJN (Systematische desensitisatie)

Omdat angst kan worden aangeleerd, kan deze ook worden afgeleerd. Het systematisch afleren is een methode voor vooral zeer angstigen. De benadering bestaat uit drie onderdelen: 1. leren ontspannen, 2. het opstellen van een volgorde van vreesverwekkende stimuli en 3. de confrontatie met die stimuli.²⁶ De methode stamt uit 1924, is door Wolpe verder uitgewerkt en werd voor zover na te gaan in 1969 voor het

eerst voor de tandheekunde beschreven.²⁷ De bedoeling is angstresponsen op stimuli te vervangen door ontspanning.

5.1 Ontspanning

In paragraaf 4.3 is de techniek om te leren ontspannen beschreven.

5.2 Volgorde

Op grond van het verhaal van de patiënt wordt een lijst opgesteld van alle fasen van een behandeling. Bijvoorbeeld: afspraak maken, wachten in de wachtkamer, in de behandelstoel plaatsnemen, zien van de injectiespuit, enzovoorts. De patiënt moet de mate van angst voor elke fase aangeven in opklimmende volgorde van angstopwekking (tab.I).

Zo gewenst kan alleen een zeer gevreesd onderdeel van de behandeling worden 'ont-rafeld' in kleine stapjes (tab. II).²⁸

5.3 Confrontatie met de angstverwekkende prikkels

We nemen aan dat een patiënt alleen bang is voor de injectie. Stapsgewijs (tab. II) wordt nu het krijgen van een injectie beoefend, maar dat slechts in fantasie, terwijl tegelijkertijd de ontspanningsoefeningen worden gedaan. (De hier vermelde techniek van met angst leren omgaan geldt evenzeer voor tab. I.) Deze 'droge' oefening wordt herhaald, totdat de patiënt in zijn fantasie alle fasen ontspannen kan ondergaan. Dan wordt naar de werkelijke situatie overgegaan.

Nadat eerst de praktijkkamer is getoond, eventueel weer naar de spreekkamer wordt teruggekeerd, gaat de patiënt in de stoel zitten en krijgt eerst de injectiespuit te zien. Als hij dat aankan, wordt de naald getoond, waarna wordt overgegaan tot de volgende stap (tab. II), enzovoorts. Uiteindelijk kan de patiënt de injectie daadwerkelijk ondergaan. De patiënt wordt nooit gedwongen verder te gaan dan hij wil en

SUMMARY

ANXIETY MANAGEMENT OF DENTAL PATIENTS

Behavioral approach of adults

Key words: Community dentistry – Dental anxiety

The treatment of dentally anxious patients demands a behavioral approach, supported, if necessary, by pharmacological means. First of all coping is described. Next an overview is presented of the most common anxiety-reducing methods. To this goal the dentist has at his disposal: information, successive approximation, distraction and relaxation. Biofeed-back does not appear to be used. The systematic desensitisation, the deconditioning of dental anxiety, is dealt with separately, because this technique requires the aid of a psychologist.

LITERATUUR

- ¹RICKARDSSON B, HANSON BS. Social network and regular dental care utilisation in elderly men. *Swed Dent J* 1989; 13: 151-61.
- ²BOUVY-BERENDSE E, MAKES P. Anesthesiologie. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 1990; 97: 490-3.
- ³FOLKMAN S, LAZARUS RS. An analysis of coping in middle-aged community sample. *J Health Soc Behav* 1980; 21: 219-39.
- ⁴FOLKMAN S, LAZARUS RS. The relationship between coping and emotion: implications for theory and research. *Soc Sci Med* 1988; 26: 309-17.

bepaalt zijn eigen tempo. (Het geleidelijk vertrouwd maken – successieve approximatie genoemd – met de apparatuur kan ook in de huispraktijk worden gebruikt).

Het hier geschetste proces is tijdrovend en daarom kostbaar. De schaarse gegevens uit de literatuur,⁸ leren dat al gauw enkele uren, soms tot zes olopend, nodig zijn voor behandeling kan plaatsvinden.

6 SLOT

De ter beschikking staande mogelijkheden van angstbestrijding kunnen worden gerangschikt naar onder andere het moment van het ingrijpen (tijdens versus vóór de behandeling) en naar de wijze van ingrijpen, bijvoorbeeld door beïnvloeding van de taxatie of hertaxatie. Het hier beschrevene is in afbeelding 1 verduidelijkt, waaruit blijkt dat angst op verschillende momenten en wijzen kan worden aangepakt.

Hoe effectief sommige methoden ter bestrijding van angst ook zijn, de toepassing ervan is beperkt tot hen die zich voor behandeling aanmelden. Of de effectiviteit ervan derhalve geldt voor alle angstigen/fobici is onbekend, maar de indruk bestaat dat met name voor hen desensitisatie uitstekend werkt. Het probleem is eerder hoe de zeer angstigen te bereiken. Echter, de infrastructuur om een massale toeloop op te vangen is onvoldoende.

⁵BECK AT, EMERY G. Anxiety disorders and phobias. New York: Basic Books, 1985: 169-70.

⁶CURRY SL, FUSS SW, JOHNSEN DC, DiSANTIS TA. The role of coping in children's adjustment to the dental visit. *J Dent Child* 1988; 55: 231-6.

⁷RAPPOPORT A, GLASSMAN P. Treatment of dental fear in the dental office. *Can Dent Assoc J* 1985; 13: 31-4.

⁸BERGGREN U, LINDE A. Dental fear and avoidance: a comparison of two modes of treatment. *J Dent Res* 1984; 63: 1223-7.

⁹SMITH T, MILGROM P, WEINSTEIN P. Evaluation of treatment at a dental fears research clinic. *Special Care Dent* 1987; 7: 130-4.

¹⁰SHOEN EJ, BORLAND L. An empirical study of the etiology of dental fears. *J Clin Psychol* 1954; 10: 171-4.

¹¹KLEINKNECHT RA, KLEPAC RK, ALEXANDER LD. Origins and characteristics of fear of dentistry. *J Am Dent Assoc* 1973; 86: 842-8.

¹²BAILEY C, DEY F, REYNOLDS K, RUTTER G, TECH T, PECK C. What are the variables related to dental compliance? *Aust Dent J* 1981; 26: 46-8.

¹³WEINER AA, SHEEHAN DV. Etiology of dental anxiety: psychological trauma or CNS chemical imbalance? *Gen Dent* 1990; 38: 39-42.

¹⁴SCHUURS AHB, DUIVENVOORDEN HJ, THODEN VAN VELZEN SK, VERHAGE F. Factors associated with regularity of dental attendance. Alphen aan den Rijn: Stafleu & Tholen, 1981: 211-3.

¹⁵KENT G. Anxiety, pain and type of dental procedure. *Behav Res Ther* 1984; 22: 456-69.

¹⁶CORAH NL, GALE EN, PACE LF, SEYREK SK. Relaxation and musical programming as means of reducing psychological stress during dental procedures. *J Am Dent Assoc* 1981; 103: 232-4.

¹⁷SOKOL DJ, SOKOLS, SOKOL CK. A review of noninvasive therapies used to deal with anxiety and pain in the dental office. *J Am Dent Assoc* 1985; 110: 217-22.

¹⁸KUHN CC. Pain & Helplessness in the anxious dental patient. *Can Dent Assoc J* 1988; 54: 263-6.

¹⁹CORAH NL, GALE EN, ILLIG SJ. The use of relaxation and distraction to reduce psychological stress during dental procedures. *J Am Dent Assoc* 1979; 98: 390-4.

²⁰SEYREK SK, CORAH NL, PACE LF. Comparison of three distraction techniques in reducing stress in dental patients. *J Am Dent Assoc* 1984; 108: 327-9.

²¹PETERSEN JK, MILGROM P. Pain relief in the orofacial regions. Copenhagen: Munksgaard, 1989: ch. 4.

²²ANONYMUS. Overcoming dental anxiety. *J Am Dent Assoc: Special Issue 'Guide to dental Health'* 1988: 36-7(G).

²³McCANN D. Dental phobia. *J Am Dent Assoc* 1989; 119: 593-8.

²⁴BORLAND LR. Odontophobia – inordinate fear of dental treatment. *Dent Clin North Am* 1962; 683-96.

²⁵CORAH NL, BISSELL GD, ILLIG SJ. Effect of perceived control on stress reduction in adult dental patients. *J Dent Res* 1978; 57: 74-6.

²⁶WEINSTEIN P, MILGROM P, RAMSAY DS. Treating dental fears using nitrous oxide oxygen inhalation and systematic desensitization. *Gen Dent* 1988; 36: 322-6.

²⁷GALE EN, AYER WA. Treatment of dental phobias. *J Am Dent Assoc* 1969; 78: 1304-7.

²⁸RAPPOPORT A, GLASSMAN P. Psychological treatment for dental fear. *Can Dent Assoc J* 1985; 13: 47-52.