

# Angst voor de tandarts

**Samenvatting.** Er is een grote verscheidenheid van patiënten met angst voor de tandheelkundige behandelingsituatie. Uit een analyse van de angstprovocerende elementen lijkt de angst voor controle-verlies centraal te staan. De werkwijze wordt beschreven, waarbij de kenmerken van zowel de patiënt als de behandelingsituatie zo goed mogelijk op elkaar worden afgestemd.

BERGSMASMA J, MEUWISSEN PRM, MACLEOD-KUIK EM. Angst voor de tandarts. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 1992; 99: 375-7.

## 1 Inleiding

Angst voor de tandarts lijkt een gemakkelijk onderschat probleem.<sup>1-3</sup> Zowel de leek als de tandarts en de huisarts hebben de neiging schouderophalend te reageren in termen van 'even flink zijn' of 'aanstellerij'.

In het hiernavolgende wordt kort stilgestaan bij de problemen die zich het meest voordoen bij patiënten met extreme angst voor de tandheelkundige behandeling. Tevens worden de kaders aangegeven waarbinnen een adequate opvang en behandeling kan worden uitgevoerd.

## 2 Patiënten

De patiënten die naar de afdeling Angstbegeleiding en Gehandicaptenzorg van het Academisch Ziekenhuis te Utrecht worden verwezen, zijn in vier categorieën onder te brengen.

- Patiënten met algemeen traumatische ervaringen.
- Patiënten met specifiek traumatische ervaringen in het hoofd-halsgebied.
- Patiënten met algemene of specifieke fobieën.
- Patiënten met gedragsstoornissen in algemene zin.

Deze vier groepen worden onderscheiden naar 'angstcomplexiteit' en 'specificiteit' ofwel naar de mate waarin het probleem is gerelateerd aan de tandheelkundige situatie (zie tab. I).<sup>4</sup>

### 2.1 Algemeen traumatische ervaringen

Tot de categorie 'algemeen traumatische ervaringen' behoren mensen die als volwassene of als kind vormen van diep penetrerende agressie hebben meegemaakt.<sup>5</sup> Voorbeelden hiervan zijn oorlogsslachtoffers, mensen met seksueel traumatische er-

varingen en slachtoffers van mishandeling. De fysieke en mentale afhankelijkheid van de patiënt in de tandheelkundige situatie kan reactivering van de traumatische ervaringen veroorzaken. Dit kan leiden tot paniek, heftige afweer of vluchtreacties, die men amper onder controle heeft. De reden om uiteindelijk toch naar de tandarts te gaan is vaak dat het gebit na jaren in zo'n slechte staat verkeert of de pijn zo hevig is, dat men ten gevolge daarvan niet meer kan functioneren.

Medische behandeling van een ernstig letsel, opgelopen bij een ongeval, kan door de associatie de tandartsentourage bedreigend maken. Instrumentarium en witte jassen zijn voldoende om deze mensen aan het ongeval en de behandeling te doen terugdenken, zeker wanneer het gaat om verwondingen in het gezicht in combinatie met eerdere pijnervaringen. (Vanwege de combinatie van zowel het ongeval als de medische ervaring spreken we hier van een algemeen traumatische ervaring.<sup>2</sup>) Mogelijk speelt angst voor pijn een belangrijke rol. Bij de gehele groep met een traumatisch verleden is de angstcomplexiteit hoog, zonder dat er sprake is van een uitgesproken, specifieke angst voor de tandheelkundige situatie.

### 2.2 Specifiek traumatische ervaringen in het hoofd-halsgebied

Gedoeld wordt op traumatische ervaringen bij een tandarts.<sup>1,2,6,7</sup> Voorbeelden hiervan zijn bij voortdurend zeer pijnlijke behandelingen,<sup>8</sup> het forceren van behandelingen (vooral bij kinderen), een autoritaire houding van de tandarts, het benaderen van de patiënt als object en niet als mens en het niet serieus nemen van emoties (het afdoen als 'aanstellerij'). Een klein percentage ontstaat door reële ongevallen met instrumentarium.

**J. Bergsma, medisch psycholoog**  
**P.R.M. Meuwissen, tandarts**  
**E.M. MacLeod-Kuik, psychologe**

Uit de vakgroep Mondziekten, Kaakchirurgie en Bijzondere Tandheelkunde van de Faculteit der Geneeskunde van de rijksuniversiteit te Utrecht en de afdeling Angstbegeleiding en Gehandicaptenzorg van het Academisch Ziekenhuis te Utrecht.

Trefwoorden: **Sociale tandheelkunde – Gedragswetenschappen – Angst**

Datum van acceptatie: 26 februari 1991.

Adres: Prof. J. Bergsma, Singel 47, 3984 NV Odijk.

Een tweede, kleinere, groep omvat patiënten die traumatische ervaringen met medische behandelingen aan het hoofd-halsgebied hebben opgedaan (bijv. toncillectomie). Bij deze groep patiënten is sprake van een beperkte maar wel specifieke angstcomplexiteit, namelijk angst voor de tandheelkundige situatie.

### 2.3 Algemene of specifieke fobieën

Tot de categorie 'Algemene of specifieke fobieën' behoren personen met rechtstreekse fobieën voor scherpe voorwerpen als scharen, messen, spuiten, of fobieën voor situaties waarin de fysieke afhankelijkheid (het achterover liggen in de stoel bij de tandarts, of in het vliegtuig) benadrukt wordt. Een fobie is dan een geïsoleerd, angstbeladen gebied van het dagelijks leven waarover de patiënt in het algemeen nauwelijks nog controle heeft, tenzij met zeer veel inspanning. Deze inspanning kan ten koste gaan van andere zaken zoals gezinsrelaties, school of arbeid.

Andere fobieën zijn straatangst, gebouwenangst of telefoonangst. De fobie is dan alleen indirect een belemmering om naar de tandarts te gaan. Kortdurende psychotherapie biedt hier veelal een uitweg.

### 2.4 Gedragsstoornissen in algemene zin

De personen die behoren tot de categorie 'Gedragsstoornissen in algemene zin', hebben moeite zich in bedreigende situaties te handhaven, aan te passen of onder controle te houden. Het gaat hier soms om neurotische stoornissen en meer uitgesproken psychiatrische ziektebeelden (al dan niet van organische oorsprong) en zwakzinnigheid. Hier is sprake van een hoge angstcomplexiteit, vaak niet specifiek gerelateerd aan de tandheelkundige situatie. Er zijn immers

vele andere situaties die voor deze patiënten even of wellicht meer angstprovocerend zijn.

### 3 De praktijksituatie

Aandacht moet worden gegeven aan de andere zijde van het fenomeen angst: de tandarts en de behandelingsituatie. Er bestaat een intensieve relatie tussen tandarts en patiënt waarbij onvermijdelijk een instrumentele barrière aanwezig is.

Bij de angstpatiënt gaat het niet alleen om de angst die in potentie aanwezig is, maar ook om de elementen in de tandheelkundige behandelingsituatie die provocerend kunnen werken op dat wat bij de patiënt 'gereed' ligt aan reacties. Iedere angstpatiënt heeft een bepaalde marge waarbinnen angst gecontroleerd kan worden, dat wil zeggen dat men meester is over eigen gevoelens zonder in inadequaat gedrag te vervallen. Het verschil tussen de 'gewone' patiënt en de angstpatiënt is enerzijds de breedte van die marges,<sup>9</sup> maar anderzijds vooral de bewustheid van die marges. De angstpatiënt heeft een voortdurende, min of meer scherpe bewustheid voor de angst en de marges waarbinnen hij die meester kan blijven. Omdat die marges meestal beperkt zijn en bedreiging snel kan optreden, is er vaak sprake van sterke preoccupatie met omstandigheden die angstprovocerend kunnen werken. Hierdoor treedt een spanningsverhoging op die de controle marges weer verkleint en de patiënt in een vicieuze angstcirkel doet belanden. Deze situatie vergroot de reeds aanwezige twijfel aan de controle mogelijkheid door de patiënt. De angst van de meeste patiënten blijkt dan ook heel fundamenteel vóór alles een angst te zijn voor controleverlies.

De provocatie in de behandelingsituatie ligt op een aantal niveaus. (tab. II) In de eerste plaats zijn het de fysieke kenmerken van de behandelkamer die een rol spelen: het instrumentarium, de stoel in het bijzonder en de tandarts in de witte jas. Dit leidt tot het tweede niveau, namelijk dat van de lichamelijke positie van patiënt ten opzichte van de tandarts, hetgeen onmiddellijk de (ervaren) controle marges van de patiënt verkleint. De gedwongen houding en passiviteit ontnemen de zekerheid zelf nog enige controle over zichzelf en de angst te kunnen uitoefenen. De houding van de tandarts, die zich over de patiënt heen buigt, lijkt de afhankelijkheid te bevestigen. Vooral bij patiënten met agressieve ervaringen, zoals incest, kan deze fysieke verhouding uitermate bedreigend zijn. Ook bepaalde geluiden of zelfs geuren kunnen associaties oproepen die bedreigend zijn.

Het derde niveau, ten slotte, is het lichamelijke en instrumentele contact en de mogelijkheid dat dit in pijn zal resulteren. Vooral de getraumatiseerde patiënt ervaart

Tabel I. Indeling angst in categorieën.

	Complexiteit	Relatie met tandheelkunde
1. Algemeen traumatische ervaring	+	-
2. Specifiek traumatische ervaring		
a. bij tandarts	-	+
b. 'medisch'	±	±
3. Fobie		
a. algemeen	+	-
b. specifiek	±	+
4. Algemene gedragsstoornis	+	±

Tabel II. Angstprovocerende factoren in de tandheelkundige praktijk.

1. Fysieke kenmerken van de behandelkamer
- Instrumentarium
- Behandelstoel
- Witte kleding van de tandarts
2. Afhankelijke positie in de behandelstoel
3. Instrumenteel contact (pijn?)

fysieke aanraking op zichzelf al vaak als een bedreiging. Wanneer dit gecombineerd wordt met het gebruik van instrumenten, resulteert het gemakkelijk in een acuut controleverlies, zowel in cognitieve zin ('wat gebeurt er') als in emotionele zin ('hoe ervaar ik het gebeuren').

### 4 Werkwijze

De werkwijze van de afdeling Angstbegeleiding en Gehandicaptenzorg van het Academisch Ziekenhuis te Utrecht heeft als belangrijkste doel het zoeken naar en het vinden van een optimale mogelijkheid waarbinnen de tandheelkundige behandeling tot ontwikkeling kan komen. Dat wil zeggen reductie van angst en verbreding van de controle mogelijkheden onder andere door verbetering van inzicht in het tandheelkundig proces.<sup>10</sup> De doelstelling is geen psychotherapie en is ook geen volledige tandheelkundige zorg. Het gaat erom dusdanige hulp te verlenen dat de patiënt zo snel mogelijk terug kan naar de huis-tandarts. Patiënten kunnen ook naar andere hulpverleners worden verwezen, veelal in overleg met de huisarts.

Om de werkwijze systematisch en de behandeling optimaal te doen zijn, worden de hiernavolgende fasen zo strikt mogelijk gevolgd.

#### 4.1 Intake

De intake is gericht op een zo volledig mogelijke inventarisatie van de problemen

die ertoe hebben geleid dat de gebitstoestand niet optimaal is. Door het ontbreken van behandeling verkeren sommige gebitten in een deplorabele toestand. Tijdens de intake, die soms meerdere zittingen in beslag neemt, wordt beslist of het aanvangen van een behandeling zinvol is, dan wel een terugverwijzing naar de eigen of een andere tandarts mogelijk en wenselijk is.

Indien besloten wordt het contact voort te zetten, wordt de patiënt in het team besproken (tandarts, mondhygiëniste, assistente, psycholoog) en wordt een behandelstrategie uitgestippeld.

#### 4.2 Strategie

De strategie wordt vrijwel altijd met de patiënten besproken. Coöperatie is een voorwaarde in de begeleiding en deze kan alleen gebaseerd zijn op een zo groot mogelijk vertrouwen van de patiënt in de tandarts: het verhoogt de eigen controle mogelijkheden en verbreedt de angst marges. Het winnen van vertrouwen wordt nagestreefd door:

- uitvoerige gesprekken met de patiënt waarin de problemen die tot de niet-optimale gebitssituatie hebben geleid, worden uitgediept;
- uitvoerige informatie aan de patiënt omtrent de mogelijkheden van de begeleiding en eventuele behandelingsprocedures;
- systematische kennismaking met ruimte, apparatuur en instrumentarium met als doel het wegnemen van een irrationele bedreiging;

- geleidelijke gewenning aan de fysieke omstandigheden, het achterover liggen in de stoel en het instrumentele contact.

De aanpak is er altijd op gericht de patiënt te leren controle te houden over de behandelsituatie waardoor het zelfvertrouwen toeneemt. Dat gebeurt door het accentueren van relationele elementen (verbale en non-verbale communicatie), het serieus nemen van emotionele elementen (inhoud van trauma's en fobieën niet te bagatelliseren) en het aanbieden van cognitieve elementen (kennis van pijnprocessen, van instrumentarium, van werkwijze). In de diverse strategieën krijgen de verschillende elementen selectief aandacht en zijn vooral afhankelijk van de complexiteit van de angst en de relatie met de meer of minder specifieke tandheelkundige situatie.

## 5 Conclusie

Er is een grote verscheidenheid van patiënten met angst voor de tandheelkundige behandelsituatie. Door te werken met een categorisering van angstpatiënten en de vaststelling van de angstprovocerende elementen in de behandelsituatie, wordt een werkwijze ontwikkeld die tot een optimale verhouding tussen patiënt en situatie moet leiden. Het creëren van een vertrouwensrelatie leidt tot een betere angstcontrole door de patiënt, die zich gesteund weet door erkenning van de emotionaliteit, het opvoeren van het kennisniveau en de trouwheid met de behandelsituatie. Het per patiënt gemodificeerd gebruiken van deze elementen blijkt tot gunstige resultaten te leiden en heeft bij een belangrijk aantal patiënten ook een generaliserend effect naar andere levenssituaties, die men weer met meer zelfvertrouwen durft aan te vatten.

## Summary

### DENTAL ANXIETY

Key words: Social dentistry – Behavioural sciences – Dental anxiety

The variety of patients with dental anxiety is large. A classification is made containing four types of patients, using criteria related to fear complexity and specificity. Analysing the issues provoking dental fear, the anxiety for loss of control is a major one. Procedures of guiding and treating patients related to their classification have been briefly described.

## Literatuur

- <sup>1</sup>LINDSAY S, WOOLGROVE J. Fear and pain in dentistry. *Bull Br Psychol Soc* 1982; 35: 225-8.
- <sup>2</sup>ALBERDA B, KWEE M. Tandartsfobie. *Gedragstherapie* 1984; 17: 115-135.
- <sup>3</sup>SEEMAN K, MOLIN C. Psychopathology, feelings of confinement and helplessness in the dental chair and relationship to the dentist in patients with disproportionate dental anxiety (DDA). *Acta Psychiatr Scand* 1976; 54: 81-91.
- <sup>4</sup>KUIK E. De tandarts en de angstige patiënt. Universiteitsbibliotheek Utrecht, vakgroep Bijzondere Tandheelkunde, 1989.
- <sup>5</sup>KLEBER R, BROM D, DEFARES P. Traumatische ervaringen, gevolgen en verwerking. Lisse: Swets en Zeitlinger, 1986.
- <sup>6</sup>WARDLE J. Psychological management of anxiety and pain during dental treatment. *J Psychosom Res* 1983; 27: 399-402.
- <sup>7</sup>DONALDSON D. Anxiety: its management during treatment of the adolescent dental patient. *Int Dent J* 1982; 32: 44-55.
- <sup>8</sup>MILLAR K. Dentist-patient rapport as a factor influencing the distribution of dental anxiety. *J Dent Res* 1987; 66: 897.
- <sup>9</sup>KLEPAC R, DOWLING J, HANGE G. Characteristics of clients seeking therapy for the reduction of dental avoidance: reactions to pain. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 1982; 13: 293-300.
- <sup>10</sup>MORETTI R, JEPSEN C, MELAMED B. Controlling anxiety in the dental office. *J Am Dent Assoc* 1986; 113: 728-35.