



A. de Jongh¹
P.C. Makkes²
D.L.M. Broers²

Behandelstrategieën voor angstige volwassenen in de algemene praktijk

Samenvatting

Trefwoorden:

- Angst
- Behandelstrategie
- Psychologie

Uit 'de sectie Sociale Tandheelkunde en Voorlichtingskunde van het Academisch Centrum Tandheelkunde Amsterdam (ACTA) en 'de Stichting Bijzondere Tandheelkunde (SBT) in Amsterdam.

Datum van acceptatie:
23 december 2003.

Adres:
Prof. dr. A. de Jongh
ACTA
Louwesweg 1
1066 EA Amsterdam
info@psycho-trauma.nl

In dit artikel wordt een poging gedaan – op basis van de momenteel beschikbare kennis en ervaring op dit terrein – een aantal strategieën te formuleren voor de behandeling van patiënten met angst voor tandheelkundige ingrepen. Geconcludeerd wordt dat volwassenen met een milde vorm van angst doorgaans goed door de huistandarts kunnen worden geholpen. Een behoedzame behandel-aanpak waarbij het toepassen van een op angstreductie gerichte behandelstijl, specifieke farmacologische ondersteuning en het de patiënt leren angsten te beheersen centraal staan, kan voorkomen dat de gebitstoestand verdere schade oploopt als gevolg van het uitstel- en vermijdingsgedrag van de patiënt.

JONGH A DE, MAKKES PC, BROERS DLM. Behandeling van angstige volwassenen in de algemene praktijk: richtlijnen voor behandeling van milde angst. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 2004; 111: 44-47.

Inleiding

Uit onderzoek onder mensen met angst voor de tandarts blijkt dat ongeveer 60% van hen last heeft van een specifieke angst voor tandheelkundige situaties en objecten. In 20-40% van de gevallen gaat het om een andere psychische aandoening die ertoe leidt dat het ondergaan van een tandheelkundige behandeling wordt gevreesd of dat de uitvoering er negatief door wordt beïnvloed (Roy-Byrne *et al*, 1994; Kvale *et al*, 2002).

In dit artikel wordt een poging gedaan een aantal strategieën te formuleren voor de behandeling van angstige volwassenen in de algemene praktijk. Met dit doel voor ogen werd een uitgebreid literatuuronderzoek uitgevoerd en werden 496 onderzoeksartikelen geïdentificeerd die op dit onderwerp betrekking hadden. Hierbij werd gebruikgemaakt van de geautomatiseerde databestanden van MEDLINE, Embase, Psychlit en de Cochrane Oral Health Group en werden die artikelen geselecteerd die betrekking hadden op effectonderzoeken waarbij patiënten at random werden toegewezen aan twee of meer behandelcondities (n = 99). Op basis van een inhoudelijke analyse van deze gegevens en op basis van relevantie voor de algemene praktijk zijn globale strategieën geformuleerd voor de behandeling van patiënten bij wie sprake is van een milde – voor de algemeen practicus doorgaans hanteerbare – vorm van angst. Deze zijn te onderscheiden van behandelstrategieën die zijn gericht op de aanpak van angsten, zoals deze zich voor kunnen doen bij mensen met een zeer grote behandelachterstand, psychiatrische symptomen of een fobie voor bepaalde tandheelkundige situaties. In deze gevallen is meestal specifieke deskundigheid vereist.

Zeer grote behandelachterstand. Er kan sprake zijn van een zo grote behandelachterstand dat de inschatting van de behandelaar is dat de noodzakelijke behandelingen zeer belastend zijn en de draagkracht of het

incasseringsvermogen van de patiënt onvoldoende is om deze behandeling te ondergaan. In die gevallen kan een farmacologische aanpak, zoals algehele anesthesie of intraveneuze sedatie geïndiceerd zijn. Overwogen dient te worden de patiënt te verwijzen naar een centrum voor bijzondere tandheelkunde (CBT) voor verdere diagnostiek en behandeling.

Belemmerende psychiatrische symptomen. Soms is er sprake van ernstige psychiatrische problematiek. Zo kan een confrontatie met bepaalde behandel-situaties zulke indringende herinneringen aan eerdere traumatische gebeurtenissen activeren, dat de gemoedstoestand van de patiënt hierdoor ernstig wordt ontregeld. Wanneer een psychische aandoening wordt vermoed kan een verwijzing naar een psycholoog/psychotherapeut of psychiater (voor diagnostiek, psychotherapie of medicamenteuze ondersteuning) zijn geïndiceerd.

Fobie voor specifieke tandheelkundige situaties. Er kan sprake zijn van een extreme, onoverkomelijke angst voor bepaalde tandheelkundige stimuli (bijv. injecties). Tandheelkundige behandeling kan pas dan plaatsvinden als deze angst is uitgedoofd of 'gedesensitiseerd'. Afhankelijk van de kennis of de ervaring van de tandarts op dit terrein kan worden gekozen voor een zogenaamde *exposure in vivo*-aanpak (een stapsgewijze aanpak waarbij de angst door herhaalde confrontatie met de angstopwekkende stimulus – bijv. een injectiespuit of het geluid van de boor – wordt uitgedoofd) of een verwijzing naar een centrum voor bijzondere tandheelkunde.

Milde angst. De praktijk leert dat als er sprake is van milde angst – dat wil zeggen dat er geen aanwijzingen zijn voor onoverkomelijke problemen met betrekking tot het ondergaan van een tandheelkundige behandeling – de patiënt goed door de huistandarts kan worden geholpen. Hierbij kan gebruik worden gemaakt van een aantal specifieke behandelstrategieën, zoals:

- het toepassen van een op angstreductie gerichte behandelstijl;

- b. specifieke farmacologische ondersteuning;
 c. en het leren omgaan met eigen angsten.
 Deze drie behandelingspakketten worden hieronder verder besproken (zie ook tab. 1).

De op angstreductie gerichte behandelstijl

Om angstreductie mogelijk te maken moet er allereerst sprake zijn van een vertrouwensrelatie, waarbij het belangrijk is dat de patiënt ervan uit kan gaan dat de behandelsituatie veilig is, de tandarts rekening houdt met de angstgevoelens van zijn patiënt en er niets gebeurt tegen de wil van de patiënt of buiten hetgeen er is afgesproken.

Een algemeen kenmerk van angstige patiënten is de aanwezigheid van diverse irrationele opvattingen over de tandheelkundige behandeling die door ervaringen in het verleden zijn opgebouwd (De Jongh *et al*, 1995). Als er sprake is van jarenlange vermijding van zorg heeft de patiënt niet altijd voldoende kans gehad deze ideeën bij te stellen. Daarom is het in de eerste plaats verstandig (correctieve) informatie te verschaffen over hoe een tandheelkundige behandeling is opgebouwd. Door het ondergaan van positief verloopende behandelingen zullen bestaande, irrationele ideeën bijv. "Tandartsbehandelingen zijn altijd pijnlijk" of "Mijn tanden breken vast af") doorgaans vanzelf worden ontkracht of bijgesteld. Naarmate de behandeling vordert, zal door de meevallende behandelervaringen langzamerhand ook over andere aspecten van de tandheelkunde een meer evenwichtige of positieve gedachtegang worden opgebouwd.

Een belangrijke behandelstrategie bij angstreductie is ervoor te zorgen dat de patiënt het gevoel heeft dat handelingen die in de mond plaatsvinden enigszins beheersbaar zijn. Experimenteel onderzoek ondersteunt de hypothese dat vooral mensen die een sterke interne behoefte aan controle hebben de tandartsituatie als potentieel angstwekkend beschouwen (Law *et al*, 1994). Daarom is het verstandig de patiënt zoveel mogelijk het gevoel te geven dat het mogelijk is enigszins invloed op de behandeling uit te oefenen. Een manier om dat te doen is de patiënt een taak te geven, bijvoorbeeld hem te laten tellen of de afzuiger vast laten houden. Bij dit alles is het cruciaal dat de patiënt ervan overtuigd is dat – indien nodig – er door hem kan worden ingegrepen en de behandeling bijvoorbeeld tijdelijk kan worden onderbroken. Hiervoor kan een zogenaamd stopteken worden afgesproken, een hand-sigitaal als teken voor de tandarts dat de behandeling tijdelijk moet worden stilgelegd of dat er over bepaalde zaken kan worden overlegd.

Een ander niet onbelangrijk aspect van de behandeling is dat deze voldoet aan een hoge mate van voorspelbaarheid, dat wil zeggen dat de patiënt kan anticiperen op een situatie waarin geen onverwachte dingen gebeuren en waar mogelijk relatief onprettige aspecten van de behandeling van tevoren worden aangekondigd. Dit kan gebeuren door een effectief verdoovingsbeleid na te streven en door de patiënt voorafgaande aan

Tabel 1. Overzicht bruikbare behandelstrategieën bij milde angst voor de tandheelkundige behandeling.

1. Het toepassen van een op angstreductie gerichte behandelstijl
 - Vertrouwen scheppen
 - Verschaffen van (correctieve) informatie
 - Beheersbaar maken
 - Voorspelbaar maken
2. Specifieke farmacologische ondersteuning
 - Premedicatie
 - Lachgassedatie
3. Het leren van omgaan met eigen angsten
 - Distractie
 - Ontspanning
 - Hypnose

de behandeling uitgebreide uitleg en goede instructies te geven (tell-show-do), zodat hij is voorbereid op wat er gaat gebeuren. Ook is het van belang dat de tandarts tijdens de behandeling doorgaat met het verstrekken van informatie over wat er komen gaat. Bijvoorbeeld door de patiënt op de hoogte te brengen van hoelang iets duurt, hoe vaak er geboord moet worden of wanneer men wat zou kunnen voelen. Uit onderzoek komt naar voren dat vooral het laatste aspect ('sensation information') een van de meest effectieve strategieën is voor het verminderen van pijn en angstige spanning (Wardle, 1983; Sime en Libera, 1985). Van procedures waarbij de patiënt voortdurend op de hoogte wordt gehouden over het verloop van de behandeling blijkt een relatief sterke angstreducerende werking uit te gaan. Dergelijke informatie blijkt effectiever dan het gebruik van een stopteken of het gebruik van eenvoudige afleiding, zoals het luisteren naar een geleide fantasie via een koptelefoon of het bestuderen van een (Escher) poster (Wardle, 1983; Muris *et al*, 1995). Vermeldenswaard is dat er aanwijzingen zijn dat 'sensation information' bij patiënten met weinig of geen angst juist een angst-inducerend effect kan hebben (Sime en Libera, 1985). Een verklaring daarvoor is dat het de voordien ontspannen patiënt alert maakt op zaken die hij zich daarvoor niet had gerealiseerd.

Specifieke farmacologische ondersteuning

De behandeling van een gespannen patiënt kan worden ondersteund door een beperkte inzet van farmacologische middelen, premedicatie genoemd. Vaak gebeurt dit door het voorschrijven van benzodiazepinen (lorazepam en midazolam) en deze voorafgaande aan de behandeling te laten innemen. Vanwege de korte werkingsduur is midazolam het medicament van keuze (Dormicum®). Het product wordt geleverd in tabletten van 7,5 en 15 mg. De officiële dosering is ingesteld op 0,3-0,5 mg/kg lichaamsgewicht. De ervaring is dat in normale tandheelkundige situaties het best gekozen kan worden voor een lagere dosering (7,5 mg) voor de eerste keer en als dat onvoldoende blijkt te zijn 15 mg voor de volgende keren. De patiënt dient de medicatie 30 minuten voor de behandeling in te nemen en zich te laten begeleiden. Het indicatiegebied van deze premedicatie is beperkt. In een onderzoek van Litt *et al* (1993) bleek gebruik van premedicatie minder

effectief dan het toepassen van een techniek waarbij de patiënt leert om zich rustig te voelen door de spieren te ontspannen en ook op langere termijn blijkt van het gebruik van premedicatie geen angstreducerende werking uit te gaan (Jöhren *et al*, 2000; Thom *et al*, 2000). Een andere inzet van farmacologische middelen is het gebruik van lachgas, waarvan de angstverlagende effecten ook na een jaar konden worden teruggevonden (Willumsen *et al*, 2001). Helaas is niet duidelijk of deze effecten het gevolg zijn van het gebruik van lachgas zelf of van het toepassen van een algemene, op angstreductie gerichte, behandelstijl (zoals hiervoor is beschreven), waarin deze methode doorgaans is ingebed.

Het leren van omgaan met eigen angsten

Het spanningsniveau van de patiënt kan ook verlaagd worden door hem handvatten te geven om zichzelf in de hand te houden en zijn stressniveau tot op zekere hoogte te hanteren (Moses en Hollandsworth, 1985). Dit kan bijvoorbeeld door de patiënt te leren zichzelf af te leiden ('distractie'), zoals door zich te concentreren op de eigen buikademhaling, door te luisteren naar lievelingsmuziek, door het bestuderen van visuele informatie (zoals een poster, een aquarium of het aanbieden van televisiebeelden), door het spelen van een pingpongspelletje, door het oplossen van breinbrekers of door het uitvoeren van gedachte-experimenten (Corah *et al*, 1979; Seyrek *et al*, 1984; Frere *et al*, 2001). Uit experimenteel onderzoek komt naar voren dat naarmate de taak meer afleidende of aandacht absorberende elementen bevat, de kans groter is dat het spanningsniveau hierdoor in positieve mate wordt beïnvloed. Zo blijkt videodistractie effectiever dan audiodistractie en leidt gerichte concentratie op een aquarium tot meer spanningsvermindering dan op een poster (Katcher *et al*, 1984; Seyrek *et al*, 1984). Het luisteren naar muziek of alleen het bekijken van een poster blijkt nauwelijks enig effect te sorteren (Corah *et al*, 1981), maar het oproepen van rustgevende beelden wel meer dan alleen de instructie 'ontspan' (Katcher *et al*, 1984).

Een andere methode om de patiënt met stresssituaties om te leren gaan is deze een relaxatietechniek (ontspanning van spiergroepen of het oproepen van rustgevende beelden) te leren toepassen (Lamb en Strand, 1980). Dit kan door simpelweg instructies te geven via een koptelefoon of door mondelinge instructie om de patiënt in een aantal stappen te leren zich in moeilijke situaties te ontspannen, via 'progressive relaxation' of 'applied relaxation' (Corah *et al*, 1979; Öst, 1986; Bernstein en Carlson, 1993). Uitgebreide oefening in spierontspanning is overigens niet alleen tijdens de behandeling, maar ook op langere termijn een effectief hulpmiddel voor de patiënt om potentieel angstwekkende behandelingsituaties te hanteren (Willumsen *et al*, 2001). Het is belangrijk te vermelden dat een dergelijke relaxatietraining, die voorafgaat aan de tandheelkundige behandeling, relatief veel tijd in beslag kan nemen, soms wel tien zittingen (Miller *et al*, 1978), hetgeen de praktische uitvoerbaarheid niet

altijd ten goede komt. Een interessante vraag is bovendien of het toepassen van een ontspanningstechniek een op zichzelf staande angstreducerend effect heeft of dat het uitvoerig aandacht besteden aan verschillende spieren in diverse lichaamsdelen als een vorm van afleiding moet worden beschouwd (Corah *et al*, 1981).

Een meer gespecialiseerde methode is het combineren van ontspanning met een diepe vorm van concentratie, zoals in het geval van hypnose (Moore *et al*, 1996; Moore *et al*, 2002). Het gebruik van hypnose blijkt echter, in vergelijking met de techniek van herhaalde confrontatie met de angstopwekkende stimulus (*exposure in vivo*), een inefficiënte methode voor angstreductie op langere termijn (Moore *et al*, 1996).

Conclusie en discussie

Op basis van de beschikbare literatuur kan worden geconcludeerd dat vooral het voorspelbaar maken van de behandeling (bijv. de patiënt voorbereiden op wat er komen gaat) als een krachtig middel voor angstreductie moet worden beschouwd. Ook het trainen van patiënten in het beheersen van hun angst blijkt een verstandige investering. Methoden waarbij de patiënt zichzelf weet bezig te houden of instructies krijgt – zoals bij ontspanning en de wat complexe vormen van afleiding – blijken het meest effectief. Dat een goede voorbereiding niet ingewikkeld hoeft te zijn blijkt uit het feit dat het voorafgaande aan de behandeling bekijken van een videoband met informatie over angst en een demonstratie hoe hiermee om te gaan (o.a. het uitvoeren van assertief gedrag, het inwinnen van informatie over de behandeling en het toepassen van ontspanningstechnieken en het formuleren van opbeurende gedachten) positieve effecten heeft op de frequentie van de hartslag, de angst en het vermijdingsgedrag van de patiënt (Robertson *et al*, 1991; Carpenter *et al*, 1994). Geconcludeerd kan worden dat volwassenen met milde vormen van angst doorgaans goed door de huistandarts kunnen worden geholpen. Dit geldt overigens niet voor extreme vormen van angst, bijvoorbeeld als er (ook) sprake is van andersoortige psychiatrische problematiek. Overigens zijn er aanwijzingen dat mensen met een extreme angst van een dergelijke, beperkte, interventie nauwelijks profiteren (Gatchel, 1986). Mensen met extreme vormen van angst hebben een meer specifieke benadering nodig en dan nog durft 40% van deze patiënten na te zijn afbehandeld in een speciaal centrum voor bijzondere tandheelkunde niet terug naar de eigen tandarts (Van der Zijpp *et al*, 1996; Kvale *et al*, 2002; Moore *et al*, 2002). Deskundigheid van de tandarts op dit terrein speelt in dit verband een belangrijke rol. Er zijn aanwijzingen dat van de patiënten die zijn behandeld door een tandarts die zich heeft gespecialiseerd in de behandeling van angstige patiënten een groter gedeelte na deze behandeling regelmatig naar de tandarts blijft gaan dan van diegenen die behandeld waren door een tandarts-algemeen practicus die zich niet op dit terrein heeft toegelegd (76% versus 35%) (Moore *et al*, 2002). Dit betekent dat het

belangrijk is tandartsen te scholen in het toepassen van een op angstreductie gerichte benaderingswijze en behandelstijl. Deze overweging heeft er mede toe geleid dat er sinds september 2001 in Nederland een differentiatieopleiding tot tandarts-angstbegeleiding bestaat. Deze driejarige postacademische opleiding stelt geïnteresseerde tandartsen in staat op dit terrein van de bijzondere tandheelkunde kennis en ervaring te verwerven. De hoop is dat dit initiatief een nieuwe impuls zal geven aan de kwaliteit van de zorg aan angstige en vermijdende patiënten.

Literatuur

- BERNSTEIN DA, CARLSON CR. Progressive relaxation: abbreviated methods. In: Lehrer PM, Woolfolk RL. Principles and practice of stress management. New York: The Guilford Press, 1993.
- CARPENTER DJ, GATCHEL RJ, HASEGAWA T. Effectiveness of a videotaped behavioral intervention for dental anxiety: the role of gender and the need for information. *Behav Med* 1994; 20: 123-132.
- CORAH NL, GALE EN, LILLIG SJ. Psychological stress reduction during dental procedures. *J Dent Res* 1979; 58: 1347-1351.
- CORAH 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: 32-234.
- FRERE CL, CROUT R, YORTY J, McNEIL DW. Effects of audiovisual distraction during dental prophylaxis. *J Am Dent Assoc* 2001; 132: 1031-1038
- GATCHEL RJ. Impact of a videotaped dental fear-reduction program on people who avoid dental treatment. *J Am Dent Assoc* 1986; 112: 218-221.
- JONGH A DE, MURIS P, SCHOENMAKERS N, HORST G TER. Negative cognitions of dental phobics: reliability and validity of the dental cognitions questionnaire. *Behav Res Ther* 1995; 33: 507-515.
- JÖHREN P, JACKOWSKI J, GÄNGLER P, SARTORY G, THOM A. Fear reduction in patients with dental treatment phobia. *Br J Oral Maxillofac Surg* 2000; 38: 612-616.
- KATCHER A, SEGAL H, BECK A. Comparison of contemplation and hypnosis for the reduction of anxiety and discomfort during dental surgery. *Am J Clin Hyp* 1984; 27: 14-21.
- KVALE G, RAADAL M, VIKI M, JOHNSEN BH, SKARET E, VATNELID H, OIAMA I. Treatment of dental anxiety disorders. Outcome related to DSM-IV diagnoses. *Eur J Oral Sci* 2002; 110: 69-74.
- LAMB DH, STRAND KH. The effect of a brief relaxation treatment for dental anxiety on measures of state and trait anxiety. *J Clin Psychol* 1980; 36: 270-274.
- LAW A, LOGAN H, BARON RS. Desire for control, felt control, and stress inoculation training during dental treatment. *J Pers Soc Psychol* 1994; 67: 926-936.
- LITT MD, NYE C, SHAFER D. Coping with oral surgery by self-efficacy enhancement and perceptions of control. *J Dent Res* 1993; 72: 1237-1243.
- MILLER MP, MILLER TP, MURPHY PJ. Comparison of electromyographic feedback and progressive relaxation training in treating circumscribed anxiety stress reactions. *J Consult Clin Psychol* 1978; 46: 1291-1298.
- MOORE R, ABRAHAMSEN R, BRØDSGAARD I. Hypnosis compared with group therapy and individual desensitization for dental anxiety. *Eur J Oral Sci* 1996; 104: 612-618.
- MOORE R, BRØDSGAARD I, ABRAHAMSEN R. A 3-year comparison of dental anxiety treatment outcomes: hypnosis, group therapy, and individual desensitization vs. no specialist treatment. *Eur J Oral Sci* 2002; 110: 287-295.
- MOSES AN, HOLLANDSWORTH JG. Relative effectiveness of education alone versus stress inoculation training in the treatment of dental phobia. *Behav Ther* 1985; 16: 531-537.
- MURIS P, JONGH A DE, ZUUREN FJ VAN, HORST G TER, KOKOSKY DEFORCHAUX Y, SOMERS P. Imposed and chosen monitoring and blunting strategies in the dental setting: Effects, self-efficacy, and coping preference. *Anxiety, stress, and coping* 1995; 8: 47-59.
- ÖST LG. Applied relaxation: description of a coping technique and review of controlled studies. *Behav Res Ther* 1986; 25: 397-409.
- ROBERTSON C, GATCHEL RJ, FOWLER C. Effectiveness of a videotaped behavioral intervention in reducing anxiety in emergency oral surgery patients. *Behav Med* 1991; 17: 77-85.
- ROY-BYRNE P, MILGROM P, KHOON-MEI T, WEINSTEIN P, KATON W. Psychopathology and psychiatric diagnosis in subjects with dental phobia. *J Anxiety Disord* 1994; 8: 19-31.
- SIME AM, LIBERA MB. Sensation information, self-instruction and responses to dental surgery. *Res Nurs Health* 1985; 8: 41-47.
- SEYREK SK, CORAH NL, PACE LF. Comparison of three distraction techniques in reducing stress in dental patients. *J Am Dent Assoc* 1984; 108: 327-329.
- THOM A, SARTORY G, JÖHREN P. Comparison between one-session psychological treatment and benzodiazepine in dental phobia. *J Consult Clin Psychol* 2000; 68: 378-387.
- WARDLE J. Psychological management of anxiety and pain during dental treatment. *J Psychosom Res* 1983; 27: 399-402.
- WILLUMSEN T, VASSEND O, HOFFARD A. One-year follow-up of patients treated for dental fear: effects of cognitive therapy, applied relaxation, and nitrous oxide sedation. *Acta Odontol Scand* 2001; 59: 335-340.
- ZIJP AT VAN DER, HORST G TER, JONGH A DE, MAKES PC. Angst voor de tandheelkundige behandeling. Evaluatie van behandeling van patiënten met angst. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 1996; 103: 213-215.

Treating dentally anxious patients in general dental practice: guidelines for mild forms of anxiety

In this article an attempt is made to formulate a number of general clinical guidelines, based on the currently available knowledge and clinical experience within the area of dental anxiety. It is concluded that, in case of mild forms of anxiety, a careful treatment approach of the dental practitioner – which is focused on a style of establishing trust, specific pharmacological support and the teaching of coping strategies – can reduce patients' anxiety level, thereby preventing avoidance behaviour and deterioration of the oral health.

Summary

Key words:

- Dental anxiety
- Treatment strategy
- Psychology