

Patiënten met ongewone extractiewensen 2. Wilsonbekwaamheid en psychopathologische oorzaken

Wanneer er geen tandheelkundige indicatie voor een extractie is, maar de patiënt hierom verzoekt uit angst voor een tandheelkundige behandeling of vanwege een psychische aandoening, zoals een posttraumatische stressstoornis, een somatoforme pijnstoornis of een stoornis in de lichaamsbeleving, dan is het de vraag of de patiënt ter zake wilsbekwaam is. In geval van een extractieverzoek op psychopathologische gronden moet een tandarts weigeren een dergelijke behandeling uit te voeren, maar dient hij zich wel in te spannen om de patiënt op een andere manier te helpen of te begeleiden.

Broers DLM, Brands WG, Jongh A de, Willems DL. Patiënten met ongewone extractiewensen 2. Wilsonbekwaamheid en psychopathologische oorzaken. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 2010; 117: 547-552
 doi: 10.5177/ntvt.2010.11.10121

Inleiding

Mondige en goed geïnformeerde patiënten zullen in de toekomst vaak het idee 'de dokter weet wat goed voor me is' inruilen voor de opvatting 'mijn wens is voor u bevel'. In een eerder artikel, over verzoeken om (vrijwel) gave gebitsellemen te extraheren, luidde de conclusie dat er 2 grenzen zijn aan de autonomie van de patiënt (Broers et al, 2010). De eerste is de professionele standaard. Als een patiënt vraagt om een behandeling die buiten deze standaard valt, is het raadzaam dit verzoek niet te honoreren. De tweede grens aan de autonomie van de patiënt is zijn vermogen om zijn belangen op redelijke wijze te kunnen behartigen. Maar welke regels moeten in acht worden genomen als het gaat om wensen van wilsonbekwame patiënten en hoe kan worden beoordeeld of een patiënt al dan niet wilsbekwaam is? Hoe moet een tandarts omgaan met extractiewensen van patiënten die lijden aan extreme angst voor tandheelkundige behandelingen of aan een andere psychische aandoening die gepaard gaat met een verhoogde kans op een verzoek tot extractie?

Dit artikel behandelt de wensen van wilsonbekwame patiënten en de vraag hoe tandartsen en kaakchirurgen kunnen bepalen of een patiënt al dan niet wilsbekwaam is. Zij krijgen handvatten geboden voor het omgaan met extractiewensen van patiënten die lijden aan extreme angst voor tandheelkundige behandelingen of aan een andere psychische aandoening waarbij een verhoogde kans bestaat op een verzoek tot extractie.

Juridische gevolgen van wilsonbekwaamheid

Soms is een verzoek om een extractie ingegeven door het onterechte idee dat extraheren de enige juiste manier is om een niet-tandheelkundig probleem te verhelpen. In een dergelijk geval kan de vraag worden gesteld of de patiënt wel in

staat is zijn belangen, als het gaat om extractie, op redelijke wijze te waarderen. Juridisch gezien is het antwoord op deze vraag relevant omdat dit bepaalt welke waarde aan de mening van de patiënt moet worden toegekend. Het uitgangspunt hierbij is dat voor de behandeling van een patiënt diens toestemming nodig is. Globaal gezien onderscheidt de wet vervolgens 2 groepen. Er zijn patiënten die alleen vanwege hun leeftijd wilsonbekwaam zijn en waarvoor een ander dan moet beslissen. En er zijn patiënten van wie eerst uitgezocht moet worden of ze wel in staat zijn hun belangen als het gaat om een bepaalde behandeling op de juiste manier te waarderen. Dit is uitgewerkt in de artikelen 7:460 en 465 van het Burgerlijk Wetboek (BW). Artikel 7:460 BW bepaalt dat voor de behandeling van een patiënt diens toestemming nodig is. Voor patiënten die hiertoe niet in staat zijn, is er artikel 7:465 BW. Lid 1 regelt de vertegenwoordiging van minderjarige patiënten tot 12 jaar. Het tweede lid regelt de vertegenwoordiging van minderjarigen ouder dan 12 jaar en van patiënten met cognitieve beperkingen. Globaal gezien geldt dat de ouders of de voogd de rechten van een wilsonbekwame minderjarige als het ware overnemen. Voor meerderjarige wilsonbekwame patiënten die onder curatele staan of die een mentor hebben, geldt dat een tandarts de patiën-

Er zijn patiënten van wie eerst uitgezocht moet worden of ze wel in staat zijn hun belangen op de juiste manier te waarderen

tenrechten jegens de curator of de mentor moet nakomen. Voor het geval er geen curator of mentor is, wijst dit artikel verschillende mogelijke vertegenwoordigers aan. In de eerste plaats zijn dat personen die door de wilsonbekwame zelf schriftelijk zijn gemachtigd. Zijn die er niet, dan moet een tandarts de patiëntenrechten nakomen jegens de levensgezel van de wilsonbekwame. Als die dit niet wil of kan, worden de patiëntenrechten nagekomen jegens familieleden van de patiënt.

Het vaststellen van wils(on)bekwaamheid

Zorgverleners mogen niet te snel aannemen dat een patiënt niet in staat is tot een redelijke waardering van zijn belangen en daarmee wilsonbekwaam is. De Koninklijke Nederland-

Criteria voor specifieke fobie

- Irrationale en aanhoudende angst voor een welomschreven object of situatie
- Blootstelling aan dat object of die situatie roept onmiddellijk angst op
- Confrontatie met het object of de situatie wordt vermeden of doorstaan met intense angst
- De persoon ziet in dat de angst overdreven of onredelijk is
- Het vermijdingsgedrag of de angst veroorzaakt duidelijk lijden of houdt een ernstige belemmering in bij het dagelijks functioneren

Tabel 1. Criteria voor specifieke fobie volgens Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders IV-Text Revision.

sche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst heeft daarom een handreiking opgesteld die behulpzaam kan zijn bij het beantwoorden van de vraag wanneer een oordeel over wilsbekwaamheid nodig is en hoe men tot zo'n oordeel kan komen (<http://verenso.artsennet.nl/Artikel/Handreiking-Wilsonbekwaamheid.htm>). Kort samengevat gaat het om situaties waarin patiënten de gegeven informatie kennelijk niet begrijpen, waarin hun vragen en wensen incoherent zijn, waarin zij vragen om behandelingen die tegen hun eigen belang in lijken te gaan of juist afzien van behandelingen die hun belang lijken te dienen.

Of een patiënt wilsonbekwaam is, kan met enkele vragen worden gepeild. Bijvoorbeeld met: 'kunt u deze informatie in eigen woorden weergeven?', 'wat zijn de redenen voor uw besluit?', 'begrijpt u de gevolgen van uw besluit?' of 'hoe hebt u voor- en nadelen tegen elkaar afgewogen?'. Het gaat daarbij uitdrukkelijk altijd om wilsonbekwaamheid voor deze ene beslissing ('ter zake', in de woorden van de *Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst*, WGBO), niet om wilsonbekwaamheid in het algemeen. De vraag of een patiënt wilsonbekwaam is, kan ook aan de orde komen als sprake is van een psychische aandoening.

Verzoek tot extractie bij psychische aandoening

Bij een aantal psychische stoornissen bestaat, vanuit de psychodynamiek of symptomatologie van de stoornis, een verhoogde kans dat de patiënt zich tot zijn tandarts wendt met de vraag gebitselementen te extraheren waarvoor in puur tandheelkundig opzicht geen indicatie bestaat. Dit geldt in het bijzonder voor patiënten met een fobische angst voor tandheelkundige behandelingen, een posttraumatische stressstoornis, een somatoforme pijnstoornis of een aandoening waarin een verstoorde lichaamsbeleving centraal staat, zoals 'body dysmorphic disorder' en 'body integrity identity disorder' (American Psychiatric Association, 2000; De Jongh, 2004).

Fobische angst voor een tandheelkundige behandeling

Een kwart van de Nederlanders heeft angst voor tandheelkundige behandelingen (Oosterink-Wubbe et al, 2009). Als een patiënt een tandarts verzoekt zijn gebitselementen (onder algehele anesthesie) te extraheren om op die manier nooit meer een tandheelkundige behandeling die men vreest

Visie



Afb. 1. Een panoramische röntgenopname van een 41-jarige vrouw met angst voor tandheelkundige behandeling die haar tandarts verzocht om totale extractie.

te hoeven ondergaan, dan is er reden te onderzoeken (met behulp van bovenstaande vragen) of de angst zo groot is dat deze de patiënt wilsonbekwaam maakt. Angst voor de tandheelkundige behandeling leidt meestal tot vermijding van tandheelkundige zorg. Dit leidt ertoe dat onterechte, negatieve verwachtingen, die de patiënt over de tandheelkundige behandeling en de dentitie heeft, niet de kans krijgen te worden bijgesteld of gecorrigeerd. Hierdoor worden het bestaande angstniveau en het daarbij behorende vermijdingsgedrag verder versterkt (De Jongh, 2006). Indien de angst van de patiënt zodanig extreme vormen aanneemt dat deze iemands leven op buitenproportionele wijze bepaalt of ontwricht, voldoet men volgens het internationaal gebruikte psychiatrisch classificatiesysteem Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders IV-Text Revision (DSM IV-TR) aan de kenmerken van een 'specifieke fobie' (tab. 1) (American Psychiatric Association, 2000).

De prevalentie van een specifieke fobie voor de tandheelkundige behandeling in de bevolking wordt geschat op

Casus 1

Een 37-jarige vrouw had een fobie voor de tandheelkundige behandeling, die was ontstaan na een traumatisch verlopen extractie van een derde molaar. Ze had een vrijwel volledige, slecht verzorgde, gerestaureerde dentitie met een aantal carieuze gebitselementen, redelijk veel tandsteen en gingivitis. De restauraties zagen er goed uit.

Tot een paar jaar geleden waren tandheelkundige behandelingen redelijk verlopen, maar de laatste jaren weigerde ze structureel elke behandeling en vroeg ze om totale extractie onder algehele anesthesie. Haar tandarts vond totale extractie niet geïndiceerd en voerde, samen met een psycholoog, vele gesprekken hierover met de patiënt. Er was sprake van psychopathologie, in de vorm van een fobie voor de tandheelkundige behandeling. De tandarts zette de voor- en nadelen van haar verzoek, de behandelalternatieven in de vorm van een op angstreductie gerichte behandeling of een behandeling met behulp van farmacologische ondersteuning op papier. Na een bedenktijd van 3 maanden volhardde de patiënt in haar verzoek. De tandarts liet haar een brief ondertekenen waarin hij aangaf geen tandheelkundige redenen te zien voor de totale extractie en stelde dat de extractie uitsluitend op nadrukkelijk verzoek van de patiënt plaatsvond. Hierna volgde totale extractie.

ongeveer 4% (Oosterink et al, 2009). Voor de impact van de angst op het leven van de patiënt zijn, in het geval van een specifieke fobie, de termen 'niet normaal', 'ziekelijk' of 'pathologisch' van toepassing. Het komt dus nogal eens voor dat een tandarts of een kaakchirurg wordt geconfronteerd met een patiënt die aan een fobische angst voor tandheelkundige behandeling lijdt en die een fatalistisch verzoek tot volledige extractie doet, terwijl dit tandheelkundig gezien niet is geïndiceerd (afb. 1).

In gevallen zoals in casus 1 is sprake van psychopathologie en dient een tandarts zich af te vragen of volledige extractie wel verenigbaar is met goede zorg voor de patiënt. Met ander woorden: is een tandheelkundig niet geïndiceerde extractie het juiste antwoord op deze psychopathologie? Als dat niet het geval is, moet de patiënt geholpen worden met het maken van een juiste afweging over een tandheelkundige behandeling. Als deze daartoe echt niet in staat is (wilsonbekwaam is), zal een verwijzing naar de autonomie van de patiënt niet zinvol zijn. Zeker als het verzoek van de patiënt ook nog eens in strijd is met de professionele standaard. Een tandarts zal niet anders kunnen dan het verzoek tot extractie te weigeren, maar dient zich wel in te spannen om de patiënt op een andere manier te helpen of te begeleiden.

Een specifieke fobie is een behandelbare aandoening met een uitstekende prognose. De behandeling van eerste keuze is cognitieve gedragstherapie (graduele blootstelling), waarbij de patiënt op systematische wijze wordt blootgesteld aan situaties of objecten waarvoor hij bang is. Deze vorm van behandeling is wetenschappelijk getoetst en blijkt ook voor de tandheelkundige praktijk goed te werken (De Jongh et al, 2005). De patiënt moet dus in eerste instantie verwezen worden naar een tandarts met specifieke competenties op het terrein van de behandeling van angstpatiënten ('tandarts-angstbegeleiding') of een psycholoog (gedragstherapeut) die deze behandeling in samenwerking met de tandarts kan uitvoeren. Mocht de patiënt niet gemotiveerd zijn, of andere redenen hebben om af te zien van deze behandelaanpak, dan kan eventueel worden gekozen voor restauratie van de dentitie met behulp van inhalatiesedatie ('lachgas') of algehele anesthesie. Extractie kan daarmee worden voorkomen.

Posttraumatische stressstoornis

Er zijn ook complexere vormen van psychopathologie waarbij angst wordt aangestuurd vanuit traumatische ervaringen, mogelijk op een buiten de tandheeskunde gelegen terrein. Het bekendste voorbeeld van een dergelijke aandoening is de posttraumatische stressstoornis (American Psychiatric Association, 2000), bijvoorbeeld als gevolg van een verleden met incest, mishandeling en (orale) verkrachting. Deze stoornis manifesteert zich als een ernstige vorm van angst, die de draagkracht van de patiënt ver overtreft. Als tandheelkundige restauratieve behandeling onmogelijk wordt geacht, ziet de patiënt extractie vaak als enige oplossing om voor altijd verlost te zijn van tandheelkundige behandelingen die hij vreest. De motivatie hiertoe komt echter voort uit een psychische aandoening en omdat een tandarts niet ter zake deskundig is, zal verwijzing moeten plaatsvinden naar

Casus 2

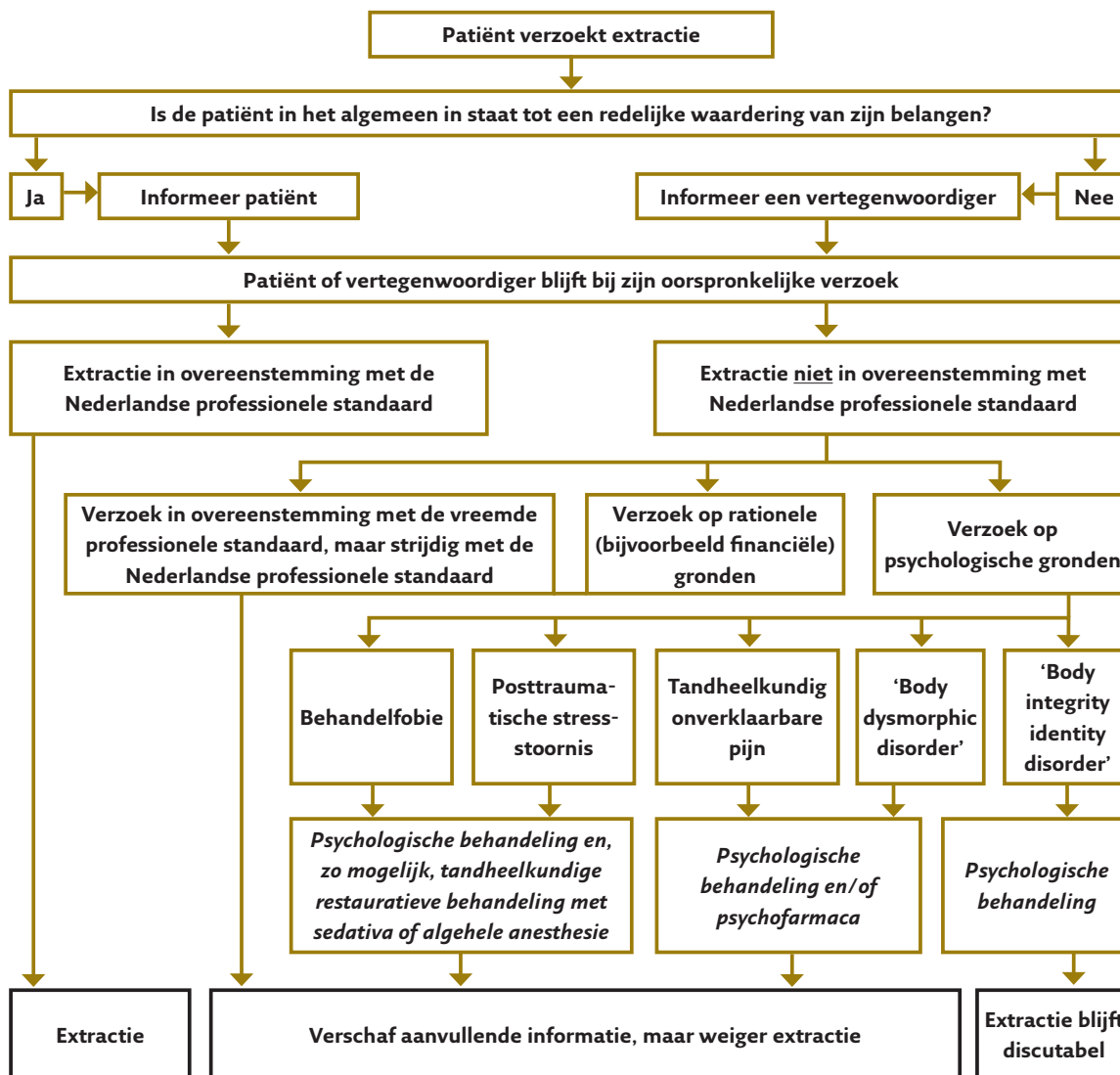
Een 47-jarige vrouw was in de loop der jaren uitvoerig tandheelkundig behandeld omdat ze op wisselende plaatsen in haar mond pijn had. De meeste gebitselementen waren gerestaureerd, endodontisch behandeld en herbehandeld, er waren diverse chirurgische apicale parodontale behandelingen uitgevoerd en enkele gebitselementen waren zelfs op haar nadrukkelijke verzoek geëxtraheerd. De pijn die de patiënt had, was door dit alles niet verholpen. Ze was door verschillende tandartsen behandeld. Ze vroeg uiteindelijk haar tandarts dwingend al haar gebitselementen te extraheren omdat ze er zeker van was dat haar pijnklachten dan zouden verdwijnen. Er waren in tandheelkundig opzicht geen objectieveerbare aanwijzingen voor haar pijn. Ze gaf aan al jaren veel stress in de privésfeer te hebben. Hiervoor was ze onder behandeling van een psycholoog.

een geschoolde hulpverlener op het terrein van de psychopathologie: een psycholoog of psychiater. Deze zal dan een traject van traumabehandeling inzetten, waardoor restauratieve tandheelkundige behandeling alsnog mogelijk kan worden. Extractie kan in dit geval worden vermeden. In acute gevallen kan, indien nodig, bovendien worden gekozen voor restauratie van de gebitselementen met gebruikmaking van farmacologische middelen, zoals premedicatie, inhalatiesedatie of algehele anesthesie.

Somatoforme pijnstoornis

Een andere situatie doet zich voor wanneer een tandarts van mening is dat er geen behandeling nodig is, maar dat de patiënt extractie eist vanwege (onverklaarbare) pijnklachten uitgaande van de dentitie. Ook in dat geval kan sprake zijn van een psychische aandoening in plaats van een tandheelkundig probleem. Zo komt het nogal eens voor dat een patiënt aan geeft pijn te voelen, terwijl het de tandarts niet lukt een oorzaak van de gepresenteerde klacht vast te stellen. Men spreekt dan van een onverklaarde tandheelkundige klacht.

Ook in casus 2 zal eigenlijk nooit aan het verzoek tot extractie moeten worden voldaan, omdat het risico op verergering van de klachten hierbij te groot is. Omdat geen somatische oorzaak van de pijnklachten bekend is, zal de behandelaar voorafgaand aan een tandheelkundig behandeling dienen te onderzoeken of er mogelijk sprake is van een psychische component die de klachten wel kan verklaren. Samenwerking met of verwijzing naar een gezondheidszorgpsycholoog of psychiater is in dit geval noodzakelijk. Als een patiënt lichamelijke klachten heeft zonder dat er sprake is van een aantoonbaar ziekteproces wordt doorgaans de term 'somatisatie' of 'somatisering' gebruikt. Die term slaat op de neiging somatische symptomen te ervaren die niet medisch of tandheelkundig kunnen worden verklaard (De Jongh, 2003). Aangenomen wordt dat psychische spanningen op deze wijze worden 'vertaald' naar lichamelijke klachten. Als de voornaamste klacht pijn is, wordt dit een somatoforme pijnstoornis genoemd (American Psychiatric Association, 2000). Schattingen over het aantal pijnklachten zonder duidelijk lichamenlijk substraat in de huisartsenpraktijk liggen rond de



Afb. 2. Stroomschema van afwegingen ten aanzien van een verzoek tot extractie van (vrijwel) intacte gebitselementen.

18%. Er bestaat ook evidentie dat somatisatie in de tandheelkundige praktijk een rol speelt (De Jongh, 2003). Somatiserende patiënten kunnen een dwingend verzoek doen tot volledige extractie, terwijl er geen tandheelkundig objectieveerbare aandoening is. Verwijdering van gebitselementen zal de klacht van de patiënt hoogstwaarschijnlijk niet doen verdwijnen maar deze eerder verergeren, aangezien het probleem niet op het tandheelkundige vlak ligt. Extractie moet in dat geval dan ook als malpraxis worden beschouwd (De Jongh, 2003). Algemene tips voor tandartsen om met dit type patiënten om te gaan kunnen wel worden gegeven, zoals het initiëren en instandhouden van een goede behandelrelatie, waarbij al in een vroeg stadium psychische factoren als oorzaak van het probleem worden besproken en zo mogelijk worden behandeld door een psycholoog. Ook moet zoveel mogelijk worden vermeden dat de patiënt te maken heeft met veel verschillende behandelaars. Dit laatste is van belang om de kans op overbehandeling te verkleinen (De Jongh, 2004).

Stoornissen in lichaamsbeleving

Er is nog een psychisch ziektebeeld waarbij patiënten extractie nogal eens als de enige oplossing zien. Dat komt voor bij mensen die zichzelf zo afstotelijk vinden dat de eigen verschijning walging oproept of die zich extreem schamen voor hoe ze eruit zien. Zij voldoen aan de criteria van een stoornis in de lichaamsbeleving ('dysmorfophobie' of 'body dysmorphic disorder') (American Psychiatric Association, 2000; De Jongh et al, 2008). De persoon is dan zo gepreoccupeerd met een bepaald aspect van het uiterlijk en de lichamelijke afwijking is tegelijkertijd zo gering dat de zorgen daarover duidelijk overdreven of pathologisch zijn. In veel gevallen is de bezorgdheid over de vermeende onvolkomenheid zo sterk dat de patiënt kaakchirurgen, plastisch chirurgen, dermatologen, orthodontisten of tandartsen benadert met de vraag het ingebeelde defect te verwijderen of te veranderen (De Jongh en Adair, 2004; Vulink et al, 2008). Dit kan niet alleen aanleiding geven tot een verzoek tot extractie, maar ook tot andere behandelingen waarvoor

geen indicatie bestaat. De Jongh en Adair (2004) beschreven een vrouwelijke patiënt met 'body dysmorphic disorder' die, na extractie van een aantal derde molaren, zich inbeelde dat haar uiterlijk zo veranderd was dat zij zich suïcidaal uitte en een kaakchirurg dwingend verzocht implantaten aan te brengen op de plaats van de verwijderde molaren.

Er is een variant van 'body dysmorphic disorder' die met de termen 'body integrity identity disorder' of 'amputee

Het valt niet uit te sluiten dat een patiënt zich wendt tot een tandarts met een verzoek tot extractie, omdat hij vindt dat de gebitselementen niet bij hem horen

identity disorder' wordt aangeduid. In dat geval heeft de patiënt het gevoel dat een bepaald deel van het lichaam niet bij hem hoort. Dit kan ertoe leiden dat de patiënt ervoor kiest dit lichaamsdeel te laten verwijderen. In die zin vertoont deze aandoening overeenkomsten met de 'gender identity disorder', waarbij men zich niet thuis voelt in het lichaam en bij het geslacht dat men heeft (American Psychiatric Association, 2000). Het laten amputeren dan wel missen van een of meer ledematen kan een dergelijke patiënt, gek genoeg, het gevoel geven compleet te zijn en in bepaalde gevallen tot seksuele opwinding leiden (apotemnophilia) (Money et al, 1977). Enige tijd geleden leidde de 'behandeling' van 2 patiënten met vermoedelijk 'body integrity identity disorder' tot veel beroering toen bekend werd dat een chirurg, overigens na uitvoerig overleg met de patiënten, met de ethische commissie van zijn ziekenhuis en na consultatie van een psychiater en psycholoog, op verzoek van de patiënten bij elk een amputatie van een onderbeen had uitgevoerd (Dyer, 2000). Er zijn, naar de auteurs weten, geen vergelijkbare gevallen beschreven in de tandheelkundige literatuur, maar het valt niet uit te sluiten dat een patiënt zich tot een tandarts wendt met een verzoek tot extractie van een of meer gebitselementen omdat hij vindt dat deze niet bij hem horen. Het probleem bij een dergelijke vorm van amputatie is dat, mocht een tandarts aan het extractieverzoek voldoen, het een irreversibele behandeling is.

Nog meer dan in het geval van pathologische angst doet zich de vraag voor of een patiënt met een psychische stoornis als 'body dysmorphic disorder' of 'body integrity identity disorder' in staat is een adequate afweging te maken en daarmee de juiste beslissing te nemen. Ook is het de vraag of het verdedigbaar is gebitselementen te verwijderen zonder tandheelkundige indicatie, wanneer er betere alterna-

tieven zijn. Daarom zal in dergelijke gevallen altijd eerst verwijzing naar een psycholoog of psychiater dienen plaats te vinden. Zo blijkt bij 'body dysmorphic disorder' cognitieve gedragstherapie in combinatie met psychofarmaca in veel gevallen tot verbetering van klachten te leiden (Cororve en Gleaves, 2001). Voor 'body integrity identity disorder' is echter tot op heden geen werkzame therapie bekend. Er zijn daarom deskundigen die vinden dat amputatie op verzoek, bijvoorbeeld van gebitselementen, bij patiënten met deze aandoening in sommige gevallen toegestaan kan zijn. Tenminste, zo lang er geen andere effectievere behandeling beschikbaar is (Bayne en Levy, 2005). Maar waar de grens precies ligt, is onduidelijk. Bovendien rijst de vraag of amputatie van ledematen of gebitselementen afdoende is om het probleem op te lossen (Tomasini, 2006). Voordat men tot extractie overgaat, is consultatie van een collega met specifieke expertise over de relatie tussen psychopathologie en tandheelkunde noodzakelijk.

Slotbeschouwing

In dit artikel zijn argumenten aangevoerd die kunnen worden gebruikt bij het nemen van een beslissing over het extraheren van een groot aantal gebitselementen of zelfs de gehele dentitie in situaties waarin een patiënt voor deze beslissing wilsonbekwaam is. Soms is deze wilsonbekwaamheid duidelijk en heeft de patiënt een vertegenwoordiger. Ook kan een patiënt die in eerste instantie wilsonbekwaam lijkt, een extractieverzoek doen dat niet op rationele gronden is gebaseerd. Het verzoek tot extractie kan bijvoorbeeld het gevolg zijn van een psychische aandoening. In zulke gevallen moet een tandarts de wilsonbekwaamheid van de patiënt onderzoeken; bij een wilsonbekwame patiënt is extractie in zo'n geval niet verantwoord. Het antwoord op de vraag of het volgens de professionele standaard legitiem is tot extractie over te gaan, hangt onder andere af van de beschikbaarheid van alternatieven. Afbeelding 2 is een poging om tot een integratie van deze afwegingen te komen door deze in een stroomdiagram weer te geven. De conclusie is dat in bijna alle gevallen betere alternatieven beschikbaar zijn dan extractie. In deze gevallen doet een tandarts er dan ook goed aan met de huisarts van de patiënt te overleggen, dan wel de patiënt te motiveren een psycholoog of psychiater te bezoeken.

Literatuur

- * American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, (DSM-IV-TR). Washington: American Psychiatric Association, 2000.
- * Bayne T, Levy N. Amputees by choice: body integrity identity disorder and the ethics of amputation. *J Appl Philos* 2005; 22: 75-86.
- * Broers DLM, Brands WG, Jongh A de, Willems DL. Patiënten met ongewone extractiewensen 1. Professionele standaard versus autonomie van patiënt. *Ned Tijdschr Tandheekld* 2010; 117: 485-488.
- * Cororve MB, Gleaves DH. Body dysmorphic disorder: a review of conceptualizations, assessment, and treatment strategies. *Clin Psychol Rev* 2001; 21: 949-970.
- * Dyer C. Surgeon amputated healthy legs. *Br Med J* 2000; 320: 332.

- * Jongh A de. Clinical characteristics of somatization in dental practice. *Br Dent J* 2003; 195: 151-154.
- * Jongh A de. 'Lastige' patiënten in de tandartspraktijk: over psychische problemen en de gevolgen voor het behandelplan. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 2004.
- * Jongh A de. Angst voor de tandarts. Assen: Van Gorcum, 2006.
- * Jongh A de, Adair P. Mental disorders in dental practice: a case report of body dysmorphic disorder. *Spec Care Dentist* 2004; 24: 61-64.
- * Jongh A de, Adair P, Meijerink-Anderson M. Clinical management of dental anxiety: what works for whom? *Int Dent J* 2005; 55: 73-80.
- * Money J, Jobaris R, Furth G. Apotemnophilia: two cases of self-demand amputation as a paraphilia. *J Sex Res* 1977; 13: 115-125.
- * Oosterink-Wubbe FM, Jongh A de, Hoogstraten J. Prevalence of dental fear and phobia relative to other fear and phobia subtypes. *Eur J Oral Sci* 2009; 117: 135-143.
- * Tomasini F. Exploring ethical justification for self-demand amputation. *Ethics Med* 2006; 22: 99-115.
- * Vulink NC, Rosenberg A, Plooij JM, Koole R, Bergé SJ, Denys D. Body dysmorphic disorder screening in maxillofacial outpatients presenting for orthognathic surgery. *Int J Oral Maxillofac Surg* 2008; 37: 985-991.

Summary

Patients with unusual requests for extractions 2. Mental incompetency and psycho-pathologic causes

If there is no indication for tooth removal purely based on dental criteria, but the patient requests for removal due to fear of dental treatment, or because of a mental disorder such as posttraumatic stress disorder, a somatoform pain disorder or a disorder of body image perception, then the question is whether the patient is mentally competent to make this decision. In case of a tooth removal request on psychopathologic basis, a dentist has to refuse to carry out such treatment, but he should make an effort to help or guide the patient in some other way.

Bron

D.L.M. Broers¹, W.G. Brands², A. de Jongh³, D.L. Willems⁴

Uit ¹de Stichting Bijzondere Tandheelkunde (SBT) in Amsterdam, ²de sectie Sociale Tandheelkunde van het UMC St Radboud in Nijmegen, ³de sectie Sociale Tandheelkunde, afdeling Conserverende en Preventieve Tandheelkunde, van het Academisch Centrum Tandheelkunde Amsterdam (ACTA) en ⁴de sectie Medische Ethiek, afdeling Huisartsgeneeskunde, van het Academisch Medisch Centrum (AMC)/Universiteit van Amsterdam (UvA).

Datum van acceptatie: 1 september 2010

Adres: mw. D.L.M. Broers, Stichting Bijzondere Tandheelkunde, Gustav Mahlerlaan 3004, 1081 LA Amsterdam
d.broers@sbt.acta.nl

Verantwoording

Van dit artikel verscheen eerder in de *Journal of the American Dental Association* een op de situatie in de Verenigde Staten toegesneden versie: Broers DLM, Brands WG, Jongh A de, Welie JVM. Deciding about patients' requests for extraction: ethical and legal guidelines. *J Am Dent Assoc* 2010; 141: 195-203.