

Hora est 8. Zijn extreme angst, flauwvallen of kokhalzen losstaande of overlappende fenomenen?

Extreme angst voor de tandheelkundige behandeling, flauwvallen of kokhalzen in de tandartsstoel kunnen de tandheelkundige behandeling van een patiënt ernstig belemmeren. Hoewel er reeds wijd uiteenlopend onderzoek naar extreme behandelangst is gedaan, is er minder bekend over kokhalzen en flauwvallen. De belangrijkste vragen in dit promotieonderzoek waren of er clusters van behandelangst ('stimuli') konden worden bepaald en of behandelangst en flauwvallen of kokhalzen losstaande of overlappende fenomenen zijn. Angst voor de tandheelkundige behandeling blijkt onder te verdelen in diverse subtypes: angst voor invasieve behandelingen, controleverlies en aversieve lichamelijke sensaties. Het huidige niveau van behandelangst hangt sterk samen met diverse kenmerken van herinneringen die ten grondslag liggen aan deze angst. Flauwvallen in de tandheelkundige praktijk en extreme behandelangst komt maar bij een klein deel van de patiënten tegelijkertijd voor (17,8%). Hetzelfde geldt voor kokhalzen en extreme behandelangst (16,4%). Op basis van het onderzoek kan worden gesteld dat angst, flauwvallen of kokhalzen in de tandheelkundige setting grotendeels losstaande fenomenen zijn.

Houtem CMHH van. Hora est 8. Zijn extreme angst, flauwvallen of kokhalzen losstaande of overlappende fenomenen?

Ned Tijdschr Tandheelkd 2017; 124: 42-44

doi: <https://doi.org/10.5177/ntvt.2017.01.16237>

Inleiding

Extreme angst voor de tandheelkundige behandeling en flauwvallen of kokhalzen in de tandartsstoel kunnen de tandheelkundige behandeling van een patiënt dusdanig belemmeren dat een behandeling in de reguliere tandartspraktijk niet mogelijk is. In centra voor bijzondere tandheelkunde (CBT's) wordt getracht de behandelbaarheid dusdanig te verhogen dat patiënten na afbehandelen weer de overstap naar een reguliere tandartspraktijk kunnen en durven te maken.

Hoewel er reeds wijd uiteenlopend onderzoek naar extreme behandelangst is gedaan, zijn diverse aspecten nog onvoldoende onderzocht om de etiologie en het in stand houden ervan volledig te kunnen verklaren. Naar flauwvallen en kokhalzen in de tandartsstoel is verhoudingsgewijs minder onderzoek gedaan. Er is dan ook geen consensus in de literatuur over het feit of flauwvallen en kokhalzen uitingsvormen zijn van behandelangst of dat het als losstaande fenomenen moeten worden beschouwd. Deze vraag vormde de basis van dit promotieonderzoek.

Het promotieonderzoek

Behandelangst is geen homogeen begrip, maar een verzamelterm voor een breed spectrum van angsten voor objecten en situaties in een tandartspraktijk. Er is echter weinig

Leerdoelen

Na het lezen van dit artikel kent u:

- de 3 categorieën waarin angst voor een tandheelkundige behandeling kan worden ingedeeld;
- de mogelijke rol van activatie van het stress-respons-systeem in het ontstaan van extreme angst;
- de relatie tussen angst enerzijds en flauwvallen en kokhalzen anderzijds.

empirische informatie beschikbaar óf en zo ja, hoe deze verschillende angsten geclusterd kunnen worden. Een dergelijke classificering in subtypes kan mogelijk de diagnostiek en behandeling van behandelangst vergemakkelijken, niet alleen voor de gedifferentieerde tandarts in een CBT, maar ook voor een tandarts in een reguliere tandartspraktijk. Het doel van het onderzoek was dan ook om te bepalen of er clusters van deze angsten ('stimuli') konden worden geïdentificeerd. Gegevens werden verzameld door afname van een digitale of papieren vragenlijst onder volwassen leden van families die staan ingeschreven bij het Nederlands Tweelingenregister (NTR). Uit de respondenten ($n = 11.771$) werden 2 willekeurige steekproeven getrokken. Op de eerste steekproef werd een principale componentenanalyse (PCA) uitgevoerd om de factorstructuur van 28 potentieel behandelangst opwekkende stimuli te bepalen. De tweede steekproef werd gebruikt om de nieuw verkregen factorstructuur via confirmatieve factoranalyse (CFA) te bevestigen. Uit de PCA kwam een 3-factorstructuur naar voren die als volgt werden geïnterpreteerd: 1. angst voor invasieve behandelingen (zoals het ondergaan van een wortelkanaalbehandeling) 2. angst voor controleverlies (zoals het niet weten wat er in de mond gebeurt) en 3. angst voor aversieve fysieke sensaties (zoals een gevoel van overgeven). De resultaten van dit onderzoek suggererden dat er minimaal 3 verschillende subtypes van behandelangst bestaan. Deze subtypes vereisen waarschijnlijk alle een andere behandeling. Aanvullend onderzoek moet hier duidelijkheid over verschaffen.

Vervolgens richtten 2 klinische onderzoeken zich op factoren die het ontstaan en de instandhouding van behandelangst mede kunnen verklaren. In het eerste klinisch onderzoek werd gebruikgemaakt van gegevens verzameld tijdens een semigestructureerd interview onder 42 patiënten met een fobie voor de tandheelkundige behandeling ('fobici'), 41 patiënten met extreme behandelangst, maar zonder fobie ('hoogangstigen') en 70 patiënten met weinig of geen behandelangst ('laagangstigen'). De 83 extreem angstige patiënten bevonden zich allen aan het begin van een angstreducerend behandeltraject bij gespecialiseerde

tandarts-angstbegeleiding in een CBT. De laagangstige patiënten waren onder behandeling bij een reguliere tandartspraktijk.

De patiënten werden geïnterviewd over nare gebeurtenissen die volgens hen ten grondslag lagen aan hun angst. Het bleek dat het merendeel van de patiënten dat kon, ongeacht of deze laag of extreem hoog was. De gebeurtenissen hadden gemiddeld ruim 20 jaar geleden plaatsgevonden. Van de laagangstigen rapporteerden 73% een herinnering aan een nare gebeurtenis die ten grondslag lag aan hun angst, van de hoogangstigen zonder fobie was dit 95% en van de fobici was dit 98%. Echter, er werden grote verschillen gevonden in de hoeveelheid mentale last die mensen van deze herinnering hadden in de week voorafgaand aan een afspraak bij de tandarts. Van de fobici vertoonde 65%, op basis van de herinnering, symptomen van posttraumatische stress, van de hoogangstigen was dit 45% en van de laagangstigen was dit 8%. Voorts hingen alle karakteristieken van de herinneringen (bijvoorbeeld de levendigheid, akeligheid of intrusiviteit) sterk samen met het huidige angstniveau. De resultaten van dit onderzoek suggereren dan ook dat nare ervaringen niet alleen een belangrijke rol spelen in het ontstaan van variërende niveaus van angst, maar ook dat de herinneringen aan deze gebeurtenissen een belangrijke rol spelen bij het in stand houden ervan. Op basis van deze bevindingen wordt dan ook gepleit om aan het begin van een angstbegeleidingstraject patiënten een behandeling aan te bieden die gericht is op het verwerken van de traumatische ervaring(en) die ten grondslag ligt (liggen) aan hun angst (bijvoorbeeld Eye Movement Desensitization and Reprocessing, afgekort EMDR, of traumagerichte cognitieve gedragstherapie), alvorens een verder angstbegeleidingstraject te starten. Dit om te voorkomen dat door reactivatie van de oude nare herinnering het angstniveau bij aanvang van een behandeling al hoog is.

Hoewel uit laboratoriumonderzoek reeds bekend is dat onder invloed van een verhoogde activiteit van het stress-responsstelsel mensen emotioneel beladen gebeurtenissen (zowel positieve als negatieve) beter onthouden dan neutrale gebeurtenissen waarbij het stress-responsstelsel niet wordt geactiveerd, is dit type onderzoek amper uitgevoerd in een klinische setting waarbij mensen aan potentieel angstwekkende situaties worden blootgesteld. Daarom werd in het tweede klinisch onderzoek geïnventariseerd hoe patiënten een tandheelkundige behandeling onthouden. Een deel van de patiënten (47 hoogangstigen en 67 laagangstigen) die reeds hadden deelgenomen aan het hierboven genoemde onderzoek, werd blootgesteld aan een invasieve tandheelkundige behandeling. Meteen na afloop en na 2 weken werd nagevraagd hoe akelig en levendig de behandeling hen voor de geest stond. De verwachting was dat patiënten met extreme behandelangst zich een behandeling als akeliger en levendiger zouden herinneren en dat zij een hogere stress-responsactiviteit vertoonden tijdens een behandeling (geoperationaliseerd door de hoogte van de toestandsangst tijdens een behandeling).



Shutterstock

Nare ervaringen spelen niet alleen een belangrijke rol in het ontstaan van angst, maar ook spelen herinneringen aan deze gebeurtenissen een belangrijke rol bij het in stand houden ervan.

Deze hypothesen werden bevestigd. Echter, een interessante bevinding was dat waar de levendigheid van de herinnering aan de behandeling in beide groepen afnam in de tijd en de akeligheid in de groep laagangstigen gelijk bleef, de akeligheid aan de herinnering in de hoogangstige groep toenam. Met andere woorden, 2 weken later herinnerden patiënten met extreme behandelangst zich de behandeling akeliger dan meteen na afloop. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat tijdens een behandeling nare herinneringen aan eerdere (tandheelkundige) gebeurtenissen worden gereactiveerd waardoor het stress-responsstelsel wordt geactiveerd en de opslag van een nieuwe behandeling wordt beïnvloed. Deze bevindingen geven aanzet voor vervolgonderzoek met als doel te inventariseren of angst mogelijk in stand wordt gehouden doordat bij elke nieuwe tandheelkundige behandeling het stress-responsstelsel wordt geactiveerd door reactivatie van oude traumatische ervaringen en de nieuwe behandeling hierdoor wederom als levendig en akelig wordt onthouden. Indien deze vicieuze cirkel is bewezen, zou wederom allereerst de traumatische ervaring die aan de behandelangst ten grondslag ligt moeten worden behandeld alvorens een angstbegeleidingstraject in te zetten.

Voor de 2 laatste onderzoeken van dit promotieonderzoek werd wederom gebruikgemaakt van volwassen respondenten ingeschreven bij het Nederlands Tweelingenregister. Deze 2 onderzoeken hadden onder meer tot doel te beschrijven of patiënten die leiden aan een fobie of angst ook flauwvallen in de tandartsstoel (hetgeen de classificatie van behandelfobie als subtype van de bloedletsel-injectiefobie in de DSM-5 zou rechtvaardigen) en of patiënten die leiden aan een fobie/extreme angst ook last hebben van kokhalzen in de tandartsstoel. Uit de resultaten bleek ten eerste dat 4,3% (n = 472) van de respondenten aangaf flauw te vallen in de tandartsstoel en dat 8,2% (n = 970) last had van kokhalzen. Echter, slechts 17,8% van mensen die flauwvielen had last van extreme behandelangst. De resultaten suggereren dat een fobie voor de tandheelkundige behandeling en flauwvallen moeten

worden beschouwd als afzonderlijke aandoeningen. Min of meer hetzelfde gold voor kokhalzen en extreme angst. Slechts 16,4% van de mensen die aangaven te kokhalzen bleek tevens extreem angstig voor een tandheelkundige behandeling te zijn. Hieruit kan worden geconcludeerd dat extreme angst en het hebben van een verhoogde kokhalzreflex als 2 grotendeels losstaande aandoeningen moeten worden gezien, die maar in een beperkt deel van de populatie gezamenlijk voorkomen.

Conclusie

Angst kan het beste worden geclassificeerd in 1 van de 3 volgende categorieën:

- angst voor invasieve behandelingen;
- angst voor een gebrek aan controle
- en angst voor fysieke sensaties.

Herinneringen aan nare ervaringen uit het verleden spelen een belangrijke rol bij het in stand houden van behandelangst en spelen mogelijk ook een rol in de activatie van het stress-responsstelsel, waardoor een nieuwe tandheelkundige behandeling door patiënten met extreme behandelangst mogelijk ook als akeliger wordt onthouden. Voorts kan worden geconcludeerd dat flauwvallen en kokhalzen fenomenen zijn die niet moeten worden beschouwd als uitingsvormen van angst.

Literatuur

- * Houtem CMHH van. Anxiety, fainting and gagging in dentistry. Separate or overlapping constructs? Amsterdam: Universiteit van Amsterdam, 2016. Academisch proefschrift.

Summary

A PhD completed 8. Are extreme dental treatment anxiety, fainting or gagging separate or overlapping phenomena?

Extreme dental treatment anxiety, fainting or gagging in the dentist's chair can seriously hinder a patient's dental treatment. While a series of widely diverse studies on extreme dental treatment anxiety have been carried out, less is known about gagging and fainting. The most important questions in this dissertation research were whether dental treatment anxiety ('stimuli') can be identified and whether dental treatment anxiety and fainting or gagging are separate or overlapping phenomena. Fear of dental treatment can be divided into several subtypes: fear of invasive treatments, loss of control and aversive physical sensations. The current level of dental anxiety is closely related to various characteristics of memories underlying this fear. A combination of fainting in the dental setting and extreme fear of the dental treatment affects only a small part of the respondents (17.8%). The same applies to gagging and extreme fear of dental treatment (16.4%). Based on these findings, the conclusion can be drawn that severe forms of dental treatment anxiety, fainting or gagging in the dental setting are largely unrelated phenomena.

Bron

C.M.H.H. van Houtem

Uit de afdeling Sociale Tandheelkunde & Voorlichtingskunde van het Academisch Centrum Tandheelkunde Amsterdam

Datum van acceptatie: 30 november 2016

Adres: mw. dr. C.M.H.H. van Houtem, ACTA, Gustav Mahlerlaan 3004, 1081 LA Amsterdam

c.v.houtem@acta.nl of caroline.vanhoutem@tno.nl