

# Serie: Communicatie in de tandartspraktijk. Omgaan met angst in de tandartspraktijk

**Samenvatting.** Tandartsen worden regelmatig geconfronteerd met angstige kinderen en volwassenen. Of deze in de reguliere praktijk goed te behandelen zijn, hangt af van het type angst en de ernst ervan. Goede diagnostiek is daarom essentieel. In dit artikel wordt in grote lijnen het ontstaan, het in stand houden en de behandeling van behandelangst beschreven. Ook wordt stilgestaan bij de communicatieve vaardigheden die van belang zijn om angstvermindering te bevorderen dan wel te voorkomen dat kinderen behandelangst ontwikkelen.

Smith AJE, Bildt MM. Serie: Communicatie in de tandartspraktijk. Omgaan met angst in de tandartspraktijk. Ned Tijdschr Tandheelkd 2019; 126: 571-578  
doi: <https://doi.org/10.5177/ntvt.2019.11.19075>

## INLEIDING

Naar schatting heeft 40% van de Nederlandse volwassenen angst voor de tandheelkundige behandeling (Stouthard en Hoogstraten, 1990). Bij ongeveer de helft van hen is de angst zeer groot. Uit een recenter onderzoek blijkt dat 3,7% van de ondervraagden zelfs voldoet aan de criteria voor een tandheelkundige fobie (Oosterink et al, 2009). Bij kinderen blijkt 6% een hoge mate van angst te hebben en is er bij een additionele 8% een potentieel risico op het ontwikkelen van extreme angst (Ten Berge et al, 2002). Tandartsen zullen in hun praktijk dus regelmatig te maken krijgen met angstige volwassenen en kinderen. Vermijding is kenmerkend voor angst en kan dusdanige proporties aannemen dat patiënten helemaal niet meer naar de tandarts gaan, zelfs als zij extreem veel pijn ervaren.

Wanneer een patiënt angstig gedrag vertoont bij de tandheelkundige behandeling, zal allereerst diagnostiek omtrent de angst moeten plaatsvinden. Is er sprake van een matige hanteerbare angst of van een extreme angst die interfereert met de tandheelkundige behandeling? Is er sprake van een specifieke fobie voor één of meerdere tandheelkundige stimuli of presenteert een andere angststoornis zich in de tandheelkundige setting? Hierbij kan gedacht worden aan een paniekstoornis, posttraumatische stressstoornis of een gegeneraliseerde angststoornis. Ook andere psychische stoornissen, die niet primair onder de angststoornissen worden geschaard, gaan vaak gepaard

met angstproblematiek.

Bij een matige angst kan de algemeen practicus met een angstreducerende benadering de angst vaak al voldoende verminderen om tot een goede behandelbaarheid te komen. Bij extremere angstniveaus of angststoornissen zal de patiënt meestal moeten worden doorverwezen naar een gedifferentieerde tandarts-angstbegeleiding, meestal verbonden aan een centrum voor bijzondere tandheelkunde (CBT). In dergelijke centra werken tandartsen samen met psychologen die nadere angstdiagnostiek kunnen uitvoeren alvorens een passend angstbehandelingstraject aan te bieden. Het doel van deze behandelingen is om de angst hanteerbaar te maken.

Na succesvolle behandeling is bij de patiënten de behandelangst meestal dusdanig verminderd dat behandeling in de reguliere praktijk weer mogelijk is. Patiënten hebben daarbij over het algemeen betere copingstrategieën aangeleerd. Desondanks blijven deze patiënten een risico op terugval houden. Daar zal in de algemene praktijk rekening mee moeten worden gehouden, zodat wordt voorkomen dat de angst weer de overhand krijgt.

In dit artikel wordt in grote lijnen het ontstaan, het in stand houden en de behandeling van behandelangst besproken en zal worden stilgestaan bij de communicatieve vaardigheden die van belang zijn om angstvermindering te bevorderen.

### CASUS 1. ANGST NA BOREN IN TONG

Een patiënt komt voor een eerste bezoek na jaren niet bij een tandarts te zijn geweest. Ze geeft aan dat ze er erg tegen opziet, omdat de vorige tandarts tijdens het boren onverwacht in haar tong heeft geboord. Dit was erg pijnlijk en bloedde ook flink. Sindsdien is ze verschrikkelijk bang dat het weer zal gebeuren. Als de tandarts de behandeltray klaarzet, blijkt dat alleen al het zien van de sonde veel angst oproept: mevrouw kijkt verschrikt, begint te transpireren en klemt haar handen om de tandartsstoel. Prevelend zegt ze dat ze bang is dat de tandarts met dat scherpe instrument zal uitschieten en dat het bloeden dan misschien niet meer stopt.

### ONTSTAAN VAN BEHANDELANGST

Over het ontstaan van behandelangst is uitgebreid geschreven (De Jongh, 2013; Van Gemert en Bildt, 2017). Meestal krijgt een tandarts te maken met patiënten met specifieke angst voor de tandheelkundige behandeling, vaak in een mate die nog te behandelen is in de algemene praktijk. Het ontstaan van angsten in het algemeen (anders dan bijvoorbeeld de aangeboren angsten voor pijn, harde geluiden en plotselinge bewegingen) werd reeds in 1977 door Rachman verklaard (Rachman, 1977). Angst zou via 3 wegen kunnen ontstaan:

1. Via overdracht van negatieve informatie (bijvoorbeeld nare verhalen over tandheelkundige behandelingen van anderen of via het internet).
2. Door 'model-leren': het afkijken van het gedrag in een ambigue situatie, waaruit het kind afleidt of de situatie veilig of onveilig is (bijvoorbeeld als een broer of zus met angst of pijn reageert in de tandartsstoel). Ook als een van beide ouders angstig is, kunnen kinderen daarvan bewust of onbewust signalen opvangen. Een nare ervaring hoeft dus niet zelf te worden beleefd.
3. Door klassieke conditionering: Dit wordt gezien als de belangrijkste oorzaak en komt vaak voort uit vervelende, meestal pijnlijke ervaringen bij een tandarts. Bijvoorbeeld omdat de verdoving tijdens het boren niet voldoende werkte of dat de patiënt pijn in het kaakgewricht kreeg tijdens een lange behandeling.

### Klassieke conditionering

Een voorheen neutrale tandheelkundige stimulus wordt associatief gekoppeld aan een aversieve ongeconditioneerde stimulus, vaak pijn. In afbeelding 1 wordt het conditioneringsproces voor het boorgeluid, de aanvankelijk neutrale tandheelkundige stimulus, beschreven (De Jongh, 2013).

Het boorgeluid is aanvankelijk een neutrale stimulus. Pijn is voor vrijwel iedereen onaangenaam. Het is daarmee een (aversieve) ongeconditioneerde stimulus. Als reactie

op pijn vertoont iemand angstgedrag als een ongeconditioneerde reactie. Wanneer de neutrale stimulus gelijktijdig met de ongeconditioneerde stimulus wordt aangeboden, vindt een koppeling tussen beide plaats en zal uiteindelijk slechts het horen van het boorgeluid volstaan om een angstreactie te ontlokken. De neutrale stimulus is dan een geconditioneerde stimulus geworden, en de angstreactie wordt een geconditioneerde reactie. De angst kan zich vervolgens verder uitbreiden naar andere stimuli, zoals het zien van de tandartsstoel, ander instrumentarium of de geur van de behandelkamer. Dit verschijnsel wordt ook wel 'generalisatie' genoemd. Het verklaart waarom patiënten die angstig zijn geraakt door onverwachte pijn bij het maken van een restauratie, ook bijvoorbeeld bang kunnen raken bij het zien van ander instrumentarium (casus 1).

### Operante conditionering

Operante conditionering is een leerproces (conditionering) waarbij gedrag dat gevolgd wordt door beloning in frequentie toeneemt en gedrag dat gevolgd wordt door straf in frequentie afneemt. Bij klassieke conditionering gaat het om een associatie tussen 2 gelijktijdig optredende stimuli, waarbij uiteindelijk de (emotionele) respons op een voorheen neutrale stimulus optreedt, zonder de aanwezigheid van de aversieve stimuli waar deze aan gelinkt was.

Als een patiënt eenmaal angstig is geworden, kan dit leiden tot vermijdingsgedrag. De patiënt komt bijvoorbeeld te laat zodat de behandeling niet kan doorgaan, afspraken worden wegens voorgewende ziekte afgezegd, de patiënt wil steeds even overeind zitten, een slokje water hebben of nog even wat zeggen. Het gevolg of uitkomst is dat er geen behandeling, maar wel een onmiddellijke vermindering van het angstniveau plaatsvindt. Op die manier wordt het angstgedrag als het ware 'beloond' en zal dat gedrag vaker ingezet worden. Meestal neemt bij een volgend bezoek de angst en het vermijdingsgedrag toe. Bovendien beseft de patiënt ook dat de situatie in de mond er na het vermijden van de behandeling niet beter op is geworden. Behandeling van angst is er daarom vooral op gericht vermijdingsgedrag te doorbreken. Dit begint al met de uitleg dat vermijding de angst doet toenemen en dat het daarom belangrijk is om juist wel de afspraken na te komen. Bovendien moet het tijdsinterval tussen afspraken kort gehouden worden om het uitdovingsproces van de angst op gang te houden. Het gericht complimenteren van succesvolle stappen, hoe klein deze soms ook zijn, werkt als een beloning en kan de patiënt stimuleren om het regelmatige tandartsbezoek weer op te pakken.

### DIAGNOSTISCHE FASE

Voor behandeling van angst bij een tandarts is goede diagnostiek uitermate belangrijk. Als de tandarts bij het afnemen van de anamnese tijdens een intakegesprek vermoedt dat angst bij de patiënt een rol speelt, dan is het cruciaal dat hij daar respectvol en oordeelsvrij mee omgaat. Veel patiënten vinden zelf dat ze met hun angst om zouden moeten kunnen gaan, slagen daar niet in en schamen

zich daarvoor. Erkenning van de angst door de behandelaar werkt vaak al enigszins geruststellend en vormt de basis van een goede behandelrelatie. Parafaseren en (gevoels)-reflecties zijn vaardigheden waarmee een tandarts kan laten zien dat hij de angst van de patiënt begrijpt.

Patiënt: *“Ik heb al zo vaak tegen mezelf gezegd: stel je toch niet zo aan, de kies kan geen pijn meer doen, hij is toch verdoofd! Maar het overkomt me gewoon, ik raak in paniek en heb er geen controle over.”*

Tandarts: *“Dat lijkt me bijzonder naar voor u. Het gevoel dat u er geen controle over hebt, ik kan me voorstellen dat dat heel beangstigend voor u is.”*

Door voldoende tijd te nemen om de precieze angststimuli uit te vragen, kan de behandelaar de geconditioneerde en ongeconditioneerde stimuli in kaart brengen. Daarnaast kan hij vragen naar het ontstaan van de angst, hoe daarop door behandelaars, partner of ouders wordt gereageerd en welke gevolgen de angstproblematiek heeft gehad voor de mondgezondheid en het dagelijks leven. Het intakegesprek heeft dus niet alleen tot doel om diagnostiek te bedrijven, maar is minstens zo belangrijk om aan de patiënt te tonen dat de behandelaar luistert en hem serieus neemt. Dit legt de basis voor een goede behandelrelatie. De tandarts krijgt tijdens het gesprek inzicht in de problematiek (afb. 2).

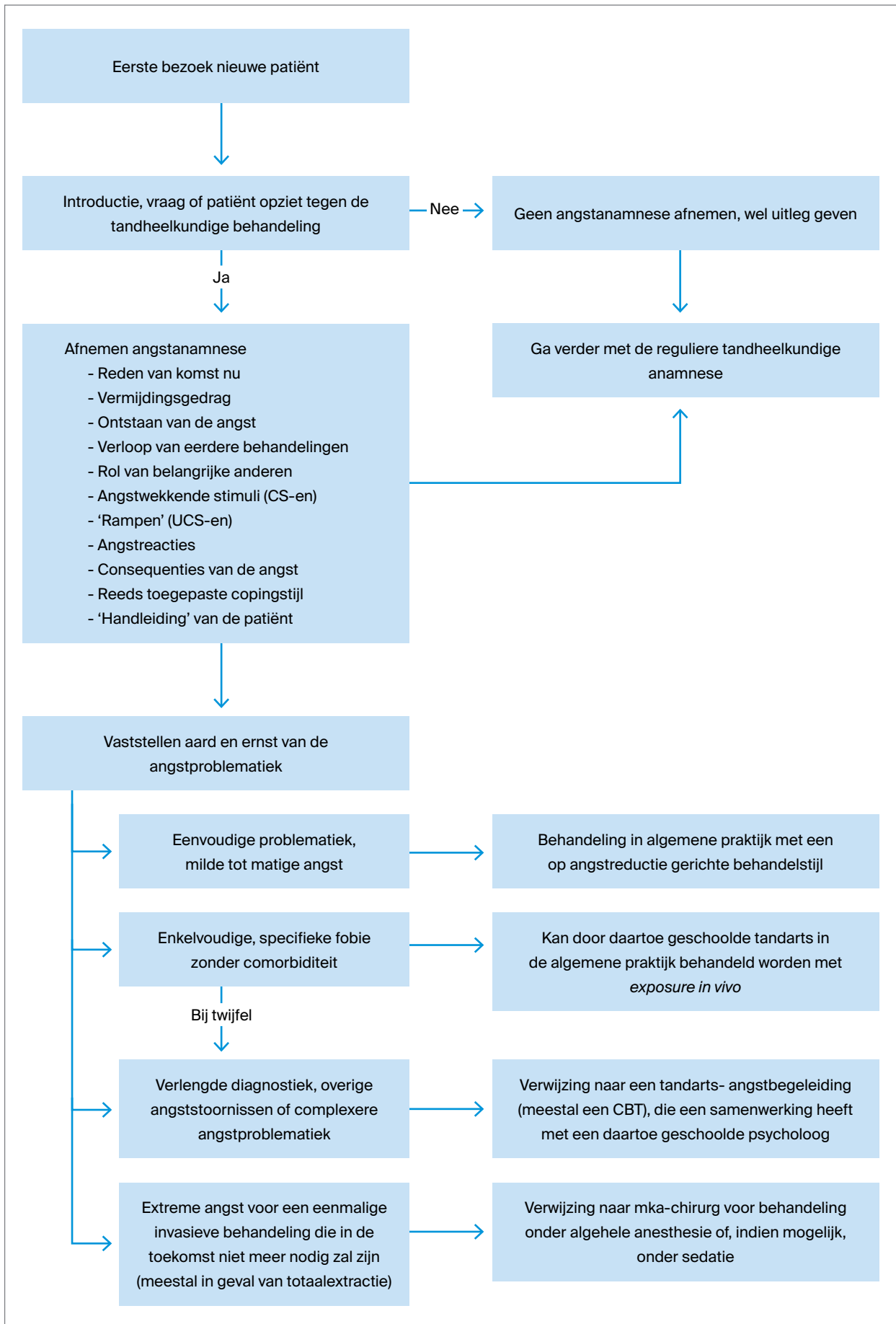
Hoewel psychodiagnostiek geen deel uitmaakt van de tandheelkundige curricula, leren de hedendaagse studenten wel onderscheid te maken tussen een specifieke be-

handelangst (en de mate van angst), de criteria voor een specifieke fobie en kenmerken van andere angststoornissen. Indien sprake is van een milde tot matige angst, moet een algemeen practicus in staat zijn deze zelf te behandelen met een angstreducerende benaderingswijze. Tandartsen met affiniteit voor de behandeling van angstige patiënten kunnen zich eventueel laten bijscholen in de behandeling van mensen met een enkelvoudige, specifieke tandheelkundige fobie door middel van *exposure*-behandelingen. Bij meer complexe angstproblematiek kan de patiënt verwezen worden naar een gedifferentieerde tandarts-angstbegeleiding (meestal verbonden aan een CBT), die samenwerkt met een ter zake deskundige psycholoog. De psycholoog kan verlengde diagnostiek plegen en behandelingen aanbieden zoals *Eye Movement Desensitisation Reprocessing* (EMDR). Deze techniek is bekend van behandeling bij posttraumatische stressstoornis maar is ook breder inzetbaar bij angstproblematiek (De Jongh en Broeke, 2013).

Tandartsen moeten een juiste afweging kunnen maken tussen welke angstproblematiek zij zelf kunnen behandelen, rekening houdend met de tandheelkundige indicatie, en welke patiënten zij beter kunnen doorverwijzen. Niet zelden komen patiënten op een wachtlijst van een CBT in verband met een extreme angst voor het boren, terwijl een totaalextractie is geïndiceerd. Het is dan niet zinvol om een *exposure*-traject in te gaan voor deze angststimulus, die nadien nooit meer nodig zal zijn. In dergelijke situaties kan beter gekozen worden voor verwijzing naar een mka-chirurg voor behandeling onder sedatie of algehele anesthesie. Tijd nemen voor de diagnostische fase is dus belangrijk.



Afb. 1. Overzicht van een klassiek conditioneringsproces voor het 'boorgeluid'.



Afb. 2. Stroomdiagram intakegesprek

### INTERMEZZO 1. VRAGEN DIE GESTELD KUNNEN WORDEN AAN EEN PATIËNT MET BEHANDELANGST

- Hoe is de angst ontstaan?
- Wanneer is de angst ontstaan?
- Hoe ging het voor die tijd?
- Wanneer was de laatste behandeling? (hoe lang wordt de tandheelkundige behandeling al vermeden?)
- Hoe reageren anderen (ouders/ partner)?
- Welke invloed hadden hun reacties?
- Waar bent u precies bang voor? (= uitvragen angstvolle stimuli)
- Wat zou er kunnen gebeuren/ wat is het ergste dat zou kunnen gebeuren? (de ongeconditioneerde stimulus)
- Expliciteer de relatie tussen de geconditioneerde en ongeconditioneerde stimuli als een 'als-dan relatie': 'als u het haakje voelt, dan bent u bang dat het pijn gaat doen?'
- Bent u voor meer dingen bang?
- Als u bang wordt in de stoel, wat denkt u dan? Wat voelt u dan? Wat kan ik aan u zien als u bang bent?
- Hoe gaat u in het algemeen zelf om met deze angst en angstreacties? Wat kan ik doen om uw angst te verminderen?
- Wat voor gevolgen heeft deze angst voor u? Voor uw gebit? Voor de omgang met uw omgeving?

### CASUS 2. ANGST NA MISLUKTE VERDOVING

Patiënt: *"Bij mij mislukt gewoon altijd alles. Ik heb de laatste keer toen ik door een collega van mijn tandarts behandeld werd zo'n pijn gehad, ik ging door de grond van de pijn. Zie je, zelfs verdoven mislukt bij mij."*

Tandarts: *"Hebt u wel eens meegemaakt dat de verdoving wel werkte, bij eerdere behandelingen?"*

Patiënt: *"Hm, ja, bij mijn vorige tandarts ging het eigenlijk wel goed, daar had ik geen pijn bij het boren na de verdoving."*

Tandarts: *"Waarin verschilde de laatste behandeling met de eerdere keren dat de verdoving wel goed werkte?"*

Patiënt: *"Bij mijn vorige tandarts moest ik altijd even wachten voordat ze begon met boren. De collega tandarts had de spuit amper uit mijn mond of ze begon al."*

Tandarts: *"Zullen we de verdoving dan bij de komende behandeling wat langer laten inwerken?"*

Patiënt: *"Oké, maar dan zal je zien dat het bij mij misschien toch niet werkt."*

Tandarts: *"We testen eerst of de verdoving goed zit en mocht u toch nog meer verdoving wensen, dan verdoof ik bij. Een geruststellende gedachte is dat de verdovingen al eerder goed zijn gegaan. U hebt dus al bewezen dat u wel goed te verdoven bent."*

Het zorgt voor doelmatiger zorg en kan patiënten helpen grote stappen te maken in het onder controle brengen van hun angst (afb. 2, intermezzo 1). Zonder goede diagnostiek, geen goede behandeling!

### ALGEMENE ANGSTREDUCERENDE BENADERINGSWIJZE

De uitgangspunten voor de behandelaar om met de patiënt een goede behandelrelatie op te bouwen zijn: echtheid, oprechtheid, empathie en duidelijkheid. Deze zijn gebaseerd op een patiëntgerichte benaderingswijze (Rogers, 1980). Een vertrouwensbasis is een belangrijke voorwaarde voor de angstige patiënt om zich bloot te stellen aan de gevreesde tandheelkundige stimuli.

Bij milde tot matige angst volstaan de algemeen angstreducerende interventies vrijwel altijd: het corrigeren van angstwekkende gedachten, beheersbaar maken van de behandeling (gevoel van controle verhogen), voorspelbaarheid verhogen, betrouwbare houding van de behandelaar en aanleren van copingvaardigheden (De Jongh, 2013). Door een stopteken met de patiënt af te spreken wordt hem een zekere mate van controle gegeven en kan hij aangeven als hij even wil pauzeren. Vaak zal ook aandacht nodig zijn voor negatieve denkpatronen van een patiënt (rampdenken, zwart-wit denken, overgeneraliseren enzovoort, zie casus 2). De tandarts kan zijn betrouwbare houding bekrachtigen door goed te luisteren, te kijken naar de lichaamstaal van de patiënt, micropauzes in te lassen en even verbaal te checken of het goed gaat. Met dit soort kleine interacties wordt het gevoel van machteloosheid beperkt en van controle juist bevestigd.

### Beheersbaar en voorspelbaar

Angstige patiënten hebben behoefte aan een voorspelbare en beheersbare behandeling. Dat kan door vooraf en tijdens de behandeling in niet-bedreigend taalgebruik uit te leggen wat er gaat gebeuren en de behandeling in behapbare stukken op te delen. De behandelaar legt bijvoorbeeld uit dat hij eerst verdovingszalf aanbrengt en laat inwerken, daarna een korte verdoving van een of enkele tellen geeft, deze weer laat inwerken en dan verder verdooft. Door de procedure vooraf goed door te spreken met de patiënt en alle materialen vooraf gepast te laten zien (visuele stimuli), ervaren veel patiënten meer grip op de behandeling en kunnen gevoelens van machteloosheid en controleverlies worden beperkt. Hoeveel informatie patiënten willen hebben, zal in de anamnese moeten worden uitgevraagd. Sommige patiënten willen juist zo min mogelijk informatie.

### Graduele exposure in vivo

Doorgaans is een uitgebreide *exposure*-behandeling niet nodig bij de mildere vormen van angst. Bij de extremere angsten is dit wel een veel gebruikte techniek. Het is zelfs de eerste-keus-behandeling voor specifieke fobieën in het algemeen (Balkom et al, 2013). Graduele *exposure in vivo* bestaat uit het systematisch, stapsgewijs aanbieden van de geconditioneerde stimuli zonder dat de ongeconditioneerde stimuli optreden (Keijsers et al, 2017).

Daarvoor wordt samen met de patiënt eerst een angsthiërarchie opgesteld (per angststimulus een lijstje met oplopende aspecten of situaties waar de patiënt tegenop ziet). Daarna wordt begonnen met 1 angststimulus die in

### CASUS 3. OVERGEDRAGEN ANGST

Bij een 9-jarige jongen zijn de controles altijd goed verlopen. Er is een keer een molaar gerestaureerd en dat ging eigenlijk ook wel goed. Hij komt voor periodieke controle en de tandarts doet een intraoraal onderzoek. Hij stelt vast dat nu een molaar moet worden geëxtraheerd. De jongen heeft zijn moeder horen vertellen dat bij haar in het verleden de 'verstandskiezen' verwijderd moesten worden en dat dat uitermate pijnlijk was. Hij zegt tegen zijn moeder dat hij echt niet wil dat zijn molaar wordt getrokken.

een voorafgaand met de patiënt afgesproken toenemende duur, intensiteit en nabijheid wordt aangeboden. Zo wordt bijvoorbeeld bij angst voor het boorgeluid (associatie met pijn) begonnen met het kortdurend laten horen van de boor, ver buiten de mond. Pas als het angstniveau is gezakt en dit kan worden verdragen, wordt verder gegaan naar de volgende stap: langduriger laten horen, nog steeds buiten de mond. Op die manier wordt toegewerkt naar de laatste stap: een daadwerkelijke preparatie in een gebitselement (goed verdoofd zodat de ongeconditioneerde stimulus, in dit geval pijn, niet optreedt).

Sommige patiënten vertonen bij bepaalde stimuli een neiging tot een vasovagale collaps; dit treedt sporadisch op bij een bloed-letsel-injectiefobie. De *exposure*-oefening dient dan vergezeld te gaan van het aanspannen van de grote spiergroepen, ook wel *applied tension* genoemd (Öst et al, 1991). Het is belangrijk dat de patiënt deze aanspantetechniek eerst goed onder de knie heeft alvorens met de *exposure*-oefening te beginnen.

#### Complimenten

Het geven van complimenten voor kleine stapjes voorwaarts in de behandeling is van groot belang. Zo is het feit dat de patiënt ondanks de angst toch op de afspraak is verschenen op zich al een compliment waard. Door het specifieke gedrag te benoemen wordt een compliment effectiever; zoals eerder genoemd werkt het als een positieve bekrachtiger van het gewenste gedrag (Grant et al, 2010). Patiënten met behandelangst hebben vaak het vertrouwen in de behandeling of in tandartsen verloren omdat in het verleden geen rekening is gehouden met hun gevoelens en angstige reacties. Het vertrouwen kan worden teruggewonnen door zorgvuldig afgestemde communicatie, contact en positieve feedback.

#### VROEG BEGINNEN

Omdat veel angstreacties jong werden aangeleerd is het belangrijk om vervelende ervaringen bij de tandarts in een vroeg stadium te voorkomen. Door goede primaire (cariës)-preventie kan voorkomen worden dat kinderen al op jonge

leeftijd aan invasieve behandelingen worden blootgesteld. De tandarts kan ouders stimuleren om kinderen al zo jong mogelijk mee te nemen bij controleafspraken (uiterlijk op 2-jarige leeftijd), ook als de kinderen zelf geen afspraak hebben. Kinderen wennen dan alvast aan de omgeving en kunnen spelenderwijs bekend raken aan de behandelstoel en intraorale inspectie. Het kind kan dan beloofd worden voor het goed opendoen van de mond en ervaren dat een tandartsbezoek niet vervelend is. Een uitzondering hierop is de situatie waarbij de ouder zelf behandelangst heeft. Angst voor een tandheelkundige behandeling kan immers van ouder op kind worden overgedragen via bewust en onbewust angstig gedrag van de ouder (Mc Neil et al, 2019). Dan is het beter om het kind niet mee te nemen, zodat het niet de signalen oppikt dat er bij de tandarts iets zou zijn om bang voor te zijn. Laat het kind in dat geval met de andere, niet-angstige ouder of familielid meegaan (casus 3).

#### ANGST BIJ KINDEREN

Angst van kinderen bij een tandarts betreft niet altijd een specifieke behandelangst, maar kan het gevolg zijn van het ontwikkelingsstadium waarin zij zich bevinden:

- Tussen de 6 en 12 maanden worden de meeste baby's eenkennig. Zij ontwikkelen dan angst om van de ouder gescheiden te worden. Zo kan een 2-jarige peuter door separatieangst ineens intens gaan huilen als hij niet bij mama op schoot mag als zij zelf in de tandartsstoel een controle wil laten doen. Meestal neemt deze angst na 2,5-jarige leeftijd af, maar het kan zich tot een jaar of 4 voortzetten. Peuters kunnen erg koppig zijn en weigeren in de mond te laten kijken: "*Ik ben 2 en ik zeg nee*". Soms uit angst zich als koppigheid en werkt het beter om gradueel te wennen aan het tandartsbezoek en eerst de vertrouwensband te versterken. Forceren heeft geen zin en zal de coöperatie alleen maar doen afnemen.
- Kleuters (4-6 jaar) hebben minder last van scheidingsangst, maar kunnen nog geen onderscheid maken tussen fantasie en werkelijkheid (spoken en Sinterklaas bestaan echt). Onbekende situaties en voorwerpen kunnen angst uitlokken. Bijvoorbeeld als een tandarts onverwacht een onbekend instrument pakt (bijvoorbeeld de sonde) en een van de ouders zegt: "*Het doet geen pijn*". Een korte uitleg bij de introductie van een nieuw instrument is meestal voldoende: "*ik heb hier een stokje en daarmee ga ik je tanden tellen*". Te veel informatie over functie van instrumenten kan leiden tot allerlei fantasiebeelden die angst uitlokken. De *tell-show-do* methode kan hierbij wel effectief zijn: de tandarts vertelt wat er gaat gebeuren, laat daarbij eerst de handelingen zien buiten de mond en past het daarna pas toe in de mond. Van de fantasie en nieuwsgierigheid in deze leeftijdscategorie kan ook dankbaar gebruik worden gemaakt.

## Echtheid, oprechtheid, empathie en duidelijkheid als uitgangspunt

- Kinderen in de basisschoolleeftijd (6-12 jaar) gaan zich realiseren dat een bepaalde (be)handeling consequenties kan hebben. Daarmee ontstaat het besef dat er vreselijke dingen (hadden) kunnen gebeuren (de boor schiet uit in de tong). Ze hebben misschien van ouders of vriendjes nare verhalen gehoord over hoe een behandeling bij hen is gegaan. Het is dan belangrijk om allereerst correctieve, geruststellende informatie te bieden. De *tell-show-do*-methode blijft ook bij deze groep onverminderd belangrijk en uiteraard moet zo pijnvrij mogelijk behandeld worden.

Overigens gedragen de meeste kinderen die voorheen angstig waren, zich minder vermijdend of angstig naarmate ze ouder worden. Redenen hiervoor zijn dat hun coping is verbeterd (ze hebben geleidelijk geleerd hoe ze met angst in de behandelingsituatie om kunnen gaan) en ze meer positieve ervaringen hebben opgedaan bij de tandarts. Bedenk dat bij kinderen, net als bij volwassenen, ook andere angsten of angststoornissen zich kunnen openbaren in de tandartsstoel. Bij kinderen is het dus ook van belang om dit in de diagnostiek mee te nemen.

### COMMUNICEREN OP EEN NIET BEDREIGENDE MANIER

De coöperatie van kinderen kan aanmerkelijk verbeteren wanneer tandartsen zich bewust zijn van de manier waarop zij met kinderen en hun ouders communiceren (Veerkamp, 2009). Het is namelijk de manier waarop het kind de behandeling en de bejegening door de tandarts ervaart die voorspelt of blijvend angst optreedt (Ten Berge, 2001). Dat geldt voor zowel verbale als non-verbale communicatie (intermezzo 2). Als een behandeling lastig wordt en de tandarts loopt rood aan of zegt ineens niets meer, dan kan een kind denken dat de tandarts boos is omdat het iets verkeerd heeft gedaan. Ook kan de manier waarop ouders reageren het gedrag en de houding van het kind tijdens en na de behandeling beïnvloeden.

Een behandelaar die met een spiegel de mondgezondheid van een 5-jarig meisje wil onderzoeken kan zeggen: *“Ik ga nu even tellen hoeveel tanden je hebt en met mijn spiegel kan ik ze allemaal zien”*. Er wordt dan op geen enkele manier bedreigende informatie gegeven en het spiegelje heeft een niet-bedreigende functie. Voorbeelden van losse woorden die gebruikt kunnen worden en voor veel kinderen een neutrale betekenis hebben: stofzuiger (afzuiger), ringetje (bandje), 10-secondenlijm (bonding), slijpsteen (boor), kiezenklei (composiet), kiezen shampoo (etsvloeistof), douche/blazer (meerfunctiespuit). Ook is de intonatie (geen klemtoon) waarop mogelijk bedreigende informatie wordt uitgesproken van belang.

Via een verhaal eromheen kan de aandacht soms worden afgeleid: *“Je krijgt een prik”* wordt vervangen door: *“Ik maak je kies in slaap, met een prikje naast je kies”* (Veerkamp, 2009). Daarnaast is het goed om ouders te informeren wat de impact op hun kind is van uitspraken als: *“het doet geen pijn”, “als je goed je best doet gaan we zo een cadeautje kopen”*. Deze zijn weliswaar goed bedoeld maar kunnen tot gevolg hebben dat het kind gaat denken dat een tandartsbezoek

### INTERMEZZO 2. SUGGESTIES VOOR NON-VERBALE COMMUNICATIE

- Praat met een vriendelijke, rustige intonatie, waarbij gelet wordt op het juiste volume: “als straks het slijpen klaar is, ga ik een ringetje om je kies leggen, een soort taartvormpje.”
  - Let op de timing van wat er gezegd wordt (o.a. bij druk gedrag even rust nemen).
  - Zorg dat non-verbaal gedrag en de inhoud van de boodschap met elkaar overeenkomen.
  - Gebruik van gebaren en mimiek bewust (o.a. een ontspannen gezichtsuitdrukking).
  - Houd een eigen stijl aan (dus niet kinderachtig gaan praten) en een open gedragshouding (armen niet over elkaar, maar handen rustig wachtend in de schoot).
- (Bron: Veerkamp, 2009)

iets vervelends moet zijn. Spreek met de ouders af dat de tandarts de uitleg doet en dat zij geen andere uitleg aan het kind geven.

De eerder genoemde *tell-show-do*-methode kan ook behulpzaam zijn. Veel handelingen kunnen eerst op de eigen vinger of de nagel van de patiënt worden voorgedaan. Als de tandarts of mondhygiënist een sealant wil aanbrengen kan het spuitje waar de etsvloeistof in zit bedreigend zijn. De behandelaar kan een groot deel van de bedreiging wegnemen door bijvoorbeeld eerst het spuitje te laten zien, uitleg te geven en dan een druppel etsvloeistof op bijvoorbeeld een wattenrol demonstreren. Hij vertelt daarbij dat hij de kies met de ‘blauwe zeep’ gaat schoonmaken en de zeep er daarna weer afspoelt (demonstreer ook altijd eerst de ‘douche’, meerfunctiespuit, alvorens deze in de behandeling te gebruiken).

### PREVENTIE VAN ANGSTONTWIKKELING

Tot besluit nog enkele suggesties die kunnen helpen om de ervaring van kinderen bij een tandarts zo aangenaam mogelijk te maken en daarmee voorkomen dat zij behandelaangst ontwikkelen. Sluit aan bij de belevingswereld van kleuters door in de wacht- of behandelkamer bijvoorbeeld afbeeldingen van strip- of tekenfilmfiguren te hangen, vraag wat hun favoriete figuur is. Wat doen ze graag? Waar kijken ze graag naar op TV of tablet? Geef (ook aan ouders) gerichte complimenten voor wat lukt en negeer gedrag dat niet gewenst is of nog niet goed gaat. Dat vergroot de kans dat het kind en de ouders een positief gevoel aan het bezoek overhouden en terug willen komen. De vertrouwensband die zo ontstaat, vormt een buffer tegen een eventuele latere negatieve ervaring. Bovendien ontstaat bij een prettige behandelrelatie meer ruimte voor het bespreken van mondgezondheidsvoorlichting, waarmee gebitsproblemen bij het kind voorkomen kunnen worden. Het belonen van coöperatief gedrag door het kind een klein cadeautje te laten uitzoeken creëert eveneens een positief gevoel bij het kind.

Ter afleiding kan een tandarts het kind tijdens de behandeling een taak geven bijvoorbeeld door een kleine afzuiger of wattenrol in de mond vast te houden. Hij kan ook een verhaaltje vertellen of met het kind denkspelletjes doen (waar komt het kind allemaal langs als hij naar school fietst, denk een dier dat begint met een 'a' etc.; stem dit af op de leeftijd en interesses van het kind). Verder kan een tandarts het kind het gevoel van controle geven over de behandeling door afspraken te maken over de duur ervan: "Ik ga nu 3 tellen slijpen, ik tel steeds tot 3 en na '3' stop ik even. Je mag je hand opsteken als je wilt dat ik even stop, ook als dat bij tel 1 of 2 is". Gaat dit vervolgens goed (hardop meetellen) dan kan het tijdsplan in samenspraak vergroot worden. Tel voor de voorspelbaarheid in hetzelfde tempo (dus niet: één, twee-eee, drie-en-een-half...).

Bij kinderen die veel onrust ervaren kunnen ontspanningsoefeningen helpen: "Je zult zien dat je rustig wordt als je langzaam door je neus ademhaalt en je buik omhoog laat komen. Laat dan bij het uitademen alles los, net als bij een slappe pop". Een ontspanningsoefening kan ook als afleiding werken zonder dat per se ontspanning optreedt; het doel is ook niet dat het kind volledig ontspannen in de stoel ligt, zo lang het zich prettig voelt en voldoende coöperatief gedraagt zodat een intraorale inspectie of tandheelkundige behandeling mogelijk is.

## TOT SLOT

Voorkomen van behandelangst blijft beter dan genezen; de extra tijd die geïnvesteerd wordt in preventie van angst wordt in veelvoud teruggewonnen op de langere termijn. Niet alleen in prettiger en makkelijker verlopende behandelingen, maar ook in het voorkomen van *no show* en uiteraard een betere mondgezondheid van de patiënt. Een op angstpreventie gerichte communicatiestijl is daarbij cruciaal.

## LITERATUUR

- \* Balkom ALJM van, Vliet IM van, Emmelkamp PMG, et al. Multidisciplinaire richtlijn Angststoornissen: Richtlijn voor de diagnostiek, behandeling en begeleiding van volwassen patiënten met een angststoornis. (Derde revisie). Utrecht: TrimboS-instituut 2013.
- \* Berge M ten. Dental fear in children: prevalence, etiology and risk factors. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam, 2001. Academisch proefschrift.
- \* Berge M ten, Veerkamp JSJ, Hoogstraten J. Childhood dental fear in the Netherlands: prevalence and normative data. Community Dent Oral Epidemiol. 2002; 30: 101-107.
- \* Gemert-Schriks MCM van, Bildt MM. Tandheelkundige behandeling van angstige kinderen: belijden, vermijden of begeleiden? Ned Tijdschr Tandheelkd 2017; 124:215-221.
- \* Grant NK, Fabrigar LR, Lim H. Exploring the efficacy of compliments as a tactic for securing compliance. Basic and Applied Social Psychology. 2010; 32: 226-233.
- \* Jongh A de. Angst voor de tandarts. Een praktische handleiding. tweede herziene druk. Assen: Koninklijke Van Gorcum, 2013.
- \* Jongh A de, Broeke, E ten: Handboek EMDR. Een geprotocolleerde behandeling van psychotrauma. Amsterdam: Pearson Benelux BV, 2013.
- \* Keijsers G, Minnen A van, Verbraak M, Hoogduin K, Emmelkamp P.

Protocollaire behandeling voor volwassenen met psychische klachten 1 (deel 1). Amsterdam: Boom uitgeverij, 2017.

- \* McNeil DW, Randall CL, Cohen LL, et al. Transmission of dental fear from parent to adolescent in an Appalachian sample in the USA. Int J Paediatr Dent 2019; 29: 720-727.
- \* Oosterink-Wubbe F, De Jongh A, Hoogstraten J. Prevalence of dental fear and phobia relative to other fear and phobia subtypes. Eur J Oral Sci 2009; 117: 135-143.
- \* Öst LG, Fellenius J, Sterner U. Applied tension, exposure in vivo, and tension-only in the treatment of blood phobia. Behav Res Ther. 1991; 29: 561-574.
- \* Rachman S. The conditioning theory of fear acquisition: a critical examination. Behav Res Ther. 1977; 15: 375-387.
- \* Rogers CR. A way of being. Boston: Houghton Mifflin, 1980.
- \* Stouthard MEA, Hoogstraten J. Prevalence of dental anxiety in the Netherlands. Community Dent Oral Epidemiol 1990; 18: 139-142.
- \* Veerkamp JSJ. Uitgangspunten van communicatie. In: Amerongen WE van, Martens LC, Stel G, Veerkamp JSJ. Kindertandheelkunde 1. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 2009.

## SUMMARY

### Communication in the dental practice. Dealing with anxiety in the dental office

Dentists frequently have to deal with anxious children and adults. Whether these patients can be treated successfully in a regular dental office depends on the type of fear and its severity. Proper diagnostic procedures are therefore paramount. This article gives an overview of how dental fear develops, is sustained, and can be treated. It elaborates on the communication skills important in reducing anxiety and preventing children from developing dental fear.

## AUTEURSINFORMATIE

A.J.E. Smith, M.M. Bildt

Uit de afdeling Centrum Tandheelkunde en Mondzorgkunde van het Universitair Medisch Centrum Groningen

Datum van acceptatie: 18 september 2019

Adres: A.J.E. Smith, Ant. Deusinglaan 1, 9713 AV Groningen

a.j.e.smith@umcg.nl

## VERANTWOORDING

Voor dit artikel zijn delen tekst overgenomen uit: Smith AJE, Oomen AJM, Truin GJ. Handboek communicatie in de mondzorg. Effectieve gespreksvoering in de dagelijkse praktijk. Houten: Prelum, 2017.

## LEESTIP

Polak E, Veerkamp JSJ. Angst voor of bij de tandarts. In: Amerongen WE van, Martens LC, Stel G, Veerkamp JSJ. Kindertandheelkunde 2. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 2004.