

# De behandeling van een patiënt met een gegeneraliseerde angststoornis

## Samenvatting

Willemijn is een 44-jarige vrouw die door haar huistandarts is doorverwezen naar de afdeling angstbegeleiding van een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (CBT) in verband met ernstige angstklachten. Hierdoor worden tandheelkundige behandelingen ernstig belemmerd. De hulpvraag van patiënte is angstreductie en gebitssanering waarbij ook de esthetiek wordt verbeterd. Er wordt bij haar een gegeneraliseerde angststoornis en een specifieke fobie voor de tandheelkundige behandeling vastgesteld. Deze bijdrage beschrijft hoe Willemijn's angsten worden verminderd waardoor behandeling in de reguliere praktijk weer mogelijk is.



## Auteurgegevens

Drs. A.C.J. (Aletta) Tetteroo, tandarts-angstbegeleiding i.o., tandartsdocent, ACTA, Amsterdam, [a.c.j.tetteroo2@acta.nl](mailto:a.c.j.tetteroo2@acta.nl)

Prof. dr. A. (Ad) de Jongh, tandarts, gz-psycholoog, bijzonder hoogleraar angst- en gedragsstoornissen, Stichting Bijzondere Tandheelkunde (SBT) en ACTA, Amsterdam. Honorary professor School of Health Sciences, Salford University, Manchester en Institute of Health and Society, University of Worcester, [a.de.jongh@acta.nl](mailto:a.de.jongh@acta.nl)

## Trefwoorden:

Angstbegeleiding, cognitieve gedragstherapie, *exposure*-technieken, EMDR-therapie, gedragsexperimenten, gegeneraliseerde angststoornis, specifieke fobie

## Leerdoelen:

Na het lezen van dit artikel:

- weet u welke behandelmogelijkheden er zijn voor het reduceren van extreme angst voor tandheelkundige behandeling;
- kent u de aandachtspunten bij de behandeling van mensen met een gegeneraliseerde angststoornis.

Iedere mondzorgverlener krijgt er vroeg of laat mee te maken: de ‘lastige’ of moeilijk behandelbare patiënt. Het is dan belangrijk dat deze patiënt zo snel mogelijk als zodanig wordt herkend én erkend. Deze patiënten zijn vaak immers ongewild lastig, bijvoorbeeld als gevolg van psychische problemen of hevige angst voor een behandeling. Vroege herkenning zorgt ervoor dat er op tijd passende maatregelen kunnen worden genomen, zoals aanpassing van het behandelplan of verwijzing naar een specialist. In deze rubriek wordt casuïstiek besproken op het gebied van behandeling van ‘lastige’ patiënten. Wat maakt deze patiënten lastig? Hoe kunt u deze patiënten vroegtijdig herkennen? En hoe gaat u daar vervolgens mee om?

## INTRODUCTIE

Iemand met een gegeneraliseerde angststoornis (GAS) is langer dan zes maanden vrijwel continu angstig zonder dat daar een duidelijke aanleiding voor is. De angstige gevoelens gaan gepaard met piekeren en lichamelijke klachten die bij angst voorkomen. De symptomen van een GAS zijn dikwijls ook bij andere angststoornissen aanwezig. Dit bemoeilijkt de inschatten of angstreacties door de tandheelkundige setting of door een algemeen patroon van angstig reageren opgewekt worden. Deze bijdrage beschrijft hoe de “tandartsangst” van iemand met deze aandoening met behulp van *eye movement desensitisation reprocessing* (EMDR)-therapie en zogenoemde *exposure*-technieken zodanig wordt gereduceerd dat behandeling in de reguliere praktijk weer mogelijk is.

## CASUS

Willemijn is een 44-jarige vrouw die in verband met extreme angst voor de tandheelkundige behandeling door haar huistandarts is doorverwezen naar de afdeling angstbegeleiding van een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (CBT). De hulpvraag van patiënte is angstreductie en realisatie van een gezonde en esthetisch fraaie dentitie. Er wordt bij haar een gegeneraliseerde angststoornis en een specifieke fobie voor de tandheelkundige behandeling vastgesteld.

## MEDISCHE ANAMNESE

Willemijn gebruikt een antidepressivum (Sertraline) en indien nodig slaapmedicatie (Temazepam). Verder zijn er medisch gezien geen bijzonderheden.

## PSYCHOSOCIALE ANAMNESE

Willemijn zegt altijd al een angstig persoon te zijn geweest, die moeilijk met stress om kon gaan. Bij het ouder worden zou dit geleidelijk erger zijn geworden. Ze kreeg steeds meer moeite om haar angsten onder controle te houden en

steeds vaker beheersten irrationele angsten over de meest alledaagse zaken haar gedachten. Ze durfde geen beslissingen meer te nemen en ontwikkelde veel spannings-gerelateerde lichamelijke klachten waardoor ze zich regelmatig niet in staat voelde om te gaan werken in de kinderopvang. Ze is opgeleid als pedagogisch medewerker. Angst is langzaam aan haar hele leven gaan beheersen en ze is er zelfs tijdelijk volledig arbeidsongeschikt door geraakt. Ruim twee jaar geleden is een gegeneraliseerde angststoornis (GAS) (1,2) bij haar vastgesteld. Ze heeft toen medicatie (een SSRI en een benzodiazepine) via de huisarts voorgeschreven gekregen, hetgeen een enorme steun bleek om haar angsten proberen te overwinnen middels cognitieve gedragstherapie (3) (CGT). Deze behandeling door een sociaalpsychiatrisch verpleegkundige heeft helaas onvoldoende resultaat opgeleverd. Willemijn is nog steeds vaak angstig zonder dat hier een aanwijsbare reden voor is en heeft de hele dag een rusteloos, gespannen en opgejaagd gevoel. Haar huwelijk staat momenteel onder druk, omdat haar echtgenoot van mening is dat zij haar angsten op de kinderen overdraagt. Hij begrijpt haar niet, omdat hij vindt dat haar zorgen niet in verhouding staan tot de bron van de zorgen. Feitelijk is er niets aan de hand, maar zij ervaart haar zorgen wel als zeer reëel. Willemijn heeft niet alleen last van slaapproblemen, maar ook van concentratieproblemen, waardoor ze nog meer gaat piekeren en zo in een vicieuze cirkel belandt. Ook over tandartsbezoeken maakt Willemijn zich grote zorgen. Dagen ervoor is ze nog rustelozener dan anders, voelt zich lichamelijk onwel en kan door al het getob nauwelijks slapen. Na de laatste tandartsbehandeling is ze naar eigen zeggen 24 uur per dag bezig met haar “tandartsangst”. Overdag probeert patiënte derhalve altijd bezig te zijn, want als ze geen afleiding heeft, dan piekert ze. Ze besteedt veel aandacht aan haar kinderen, sport twee keer per week onder begeleiding van een fysiotherapeut, verzorgt het hele huishouden en gaat inmiddels op therapeutische basis weer twee middagen in de week werken in de naschoolse opvang. Willemijn stelt hoge eisen aan zichzelf en het ontbreekt haar vaak aan zelfvertrouwen, waardoor ze veel bevestiging nodig heeft van anderen, thuis maar vooral ook op het werk. Ze probeert overal de controle over te houden, om te voorkomen dat ze in een situatie belandt waarin ze angstgevoelens kan krijgen. Met andere woorden: er is nog steeds sprake van veel vermijdings- en ‘veiligheidsgedrag’ (2,3,4). Een sociaal netwerk ontbreekt.

## ANGSTANAMNESE

De angst voor tandartsbehandelingen is ontstaan door een aantal zeer akelige ervaringen bij de schooltandarts en diverse negatieve ervaringen bij verschillende reguliere tandartsen daarna. Beide ouders van patiënte hadden tandartsangst en bezochten zelf geen tandarts. In het voortgezet onderwijs heeft een buurvrouw haar meegenomen naar een tandarts in de buurt. Bij deze tandarts heeft patiënte altijd veel pijn

ervaren tijdens de behandelingen, ook als er wel verdoofd werd. Als volwassene heeft ze tandheelkundige zorg zo veel mogelijk vermeden, maar om een goed voorbeeld voor haar kinderen te zijn bezoekt zij inmiddels sinds jaren regelmatig (minimaal jaarlijks) een tandarts, die zij zelf omschrijft als prettig en geduldig. Periodieke mondonderzoeken kan ze toelaten, maar behandelingen zijn door haar hevige angst vrijwel onmogelijk. Niet alleen vanwege herbelevingen van eerdere behandelingen die gepaard gaan met paniekaanvallen, maar ook vanwege haar angst dat er dingen misgaan. Een klein jaar geleden is in verband met een hevige pijnklacht een endodontische behandeling in de 35 gedaan. Deze behandeling heeft zij, naar eigen zeggen, door een extreem pijnlijke verdoving, een ondraaglijke pijn tijdens de behandeling en door paniekaanvallen die daardoor werden uitgelokt, als 'traumatisch' ervaren. Dit heeft haar tandartsangst verergerd. Willemijn heeft het laatste half jaar ervaren dat zij het piekeren, met name over haar (mond) gezondheid niet meer kan stoppen. Interdentaal reinigen durft ze, net als hard voedsel kauwen en afbijten, niet meer, uit angst dat er iets afbreekt. 's Nachts schrikt ze wakker, waarna ze onmiddellijk gaat controleren of er nog meer van haar dentitie is afgebroken. Verhalen van anderen hebben haar angst vergroot.

Bij het praten over haar tandheelkundige historie lopen de emoties bij Willemijn hoog op. Het allerergst vindt ze het gevoel van machteloosheid en totaal controleverlies in de behandelstoel. Ze ervaart dit ook wanneer zij piekert (over haar gezondheid). Na de cognitieve gedragstherapie had ze nog wel enige controle over haar gedachten, maar sinds de paniekaanvallen tijdens en na de laatste tandartsbehandeling niet meer. De huisarts heeft haar voor piekerreductie doorverwezen naar de praktijkondersteuner huisartsenzorg GGZ (POH-GGZ).

### TANDHEELKUNDIGE ANAMNESE

Het intra-orale onderzoek tijdens de intake verloopt moeizaam. Het mondonderzoek en vervaardigen van bitewings voor cariësdagnostiek veroorzaken veel spanning vanwege angst voor extra straling en de angst voor wat er allemaal in de mond en op de *bitewings* te zien zou kunnen zijn. Er blijkt sprake van een uitgebreid gerestaureerde dentitie, met een verkorte tandboog. Willemijn heeft een matige mondhygiëne, er is tandsteen aanwezig in het onderfront en er is sprake van gegeneraliseerde gingivitis. De elementen in het bovenfront bezitten allen sterk verkleurde composietrestauraties met zeer matige randaansluiting en secundaire cariës. Patiënte is bekend met parafuncties van de mond



(klemmen en knarsen). Bij elementen 35 en 45 is respectievelijk occlusaal en distobuccaal een stuk composiet afgechipt. In element 34 zit distaal cariës met een caviteit en in de 36 distobuccocervicaal. De retentiespalk in het onderfront is alleen nog aan de 42 en 33 bevestigd.

### DIAGNOSE EN PROBLEEMSTELLING

Willemijn heeft niet alleen een GAS (met paniekaanvallen (2)) maar ook een specifieke fobie (1,2) ten aanzien van tandheelkundige behandelingen waarbij angst voor controle-verlies en pijn centraal staan. Er is tevens sprake van een belaste tandheelkundige voorgeschiedenis, waarvoor een trauma-gerichte interventie (EMDR-therapie) geïndiceerd is (2,5).

### BEHANDELAANPAK EN BEHANDELRESULTAAT

Herhaald denken aan en over een nare behandelsituatie kan de aangeleerde angst voor een bepaald tandheelkundig object of voor een situatie in stand houden en zo het ontwikkelen van een angststoornis in de hand werken. Confrontaties met de angstopwekkende stimuli zullen direct leiden tot herbeleving van de problematische gebeurtenissen, in de vorm van beelden, gedachten, gevoelens, emoties en hevige lichamelijke spanning. Dat mensen zo'n ervaring verwerken is dus van cruciaal belang (6). Daarom wordt de behandeling van Willemijn in de eerste plaats gericht op het verwerken van de 'traumatische' herinneringen aan eerdere, als akelig ervaren, tandheelkundige behandelingen. Dit gebeurde in het geval van Willemijn middels *eye movement desensitization and reprocessing* (EMDR)-therapie (2) die door de psycholoog van het CBT werd aangeboden. Het lukte om in enkele sessies EMDR-therapie de emotionele lading van de herinneringen te verminderen. Daarnaast merkte Willemijn dat ze zich door de inmiddels opgestarte cognitieve gedragstherapie gericht op piekerreductie minder overweldigd voelde, het piekeren voor haar beheersbaar werd en zij een steeds sterker gevoel van controle ervoer. Voorts heeft ze van de praktijkondersteuner van de huisarts (POH-GGZ) psycho-educatie gekregen over angst en paniek en is haar uitgelegd hoe anticipatieangst (2,5) kan leiden tot verdere paniek en vermijding.

De psycholoog van het CBT was inmiddels overgestapt op exposure-technieken om de vermijdingstendenties te doorbreken (2). Het doel van deze interventies is om patiënten systematisch bloot te stellen aan de voor hen angstopwekkende objecten en situaties zonder dat de angstige verwachting optreedt. Dit gebeurt door zogenoemde gedragsexperimenten uit te voeren<sup>2,6</sup>. Het principe achter gedragsexperimenten is dat door het herhaaldelijk blootstellen aan angstwekkende zaken en het uitblijven van de rampverwachting de geschatte waarschijnlijkheid van het optreden van de ramp daalt, de patiënt ervaart dat de angsten ongegrond zijn, waardoor de angst automatisch afneemt. In het geval van Willemijn stelde de tandarts samen met haar en haar verwijzer ook nog een tandheelkundig behandelplan op waarin werd besproken welke tandheelkundige behandelingen in de vorm van een gedragsexperiment op het CBT zouden plaatsvinden en welke behandelingen in het kader van een geleidelijke terugkeer naar de reguliere praktijk door de huistandarts konden worden uitgevoerd.

De gedragsexperimenten pakten goed uit. Willemijn leerde dat bij een adequaat verdovingsbeleid de verdovingen altijd werken en dat verdovingen helemaal niet extreem pijnlijk hoeven te zijn. Ook beseft ze nu dat de keren in het verleden dat dit wel zo was uitzonderingen waren en kan ze nuanceren dat dit in feite hele korte momenten van ongemak waren, die zij gewoon kan verdragen. Na angstreductie is de patiënte voor vervolgbehandelingen terug naar haar verwijzer verwezen. Bij een evaluatiegesprek op het CBT vertelt patiënte dat de behandelingen bij de huistandarts zonder problemen zijn verlopen en dat ze inmiddels van haar extreme angst voor tandartsbehandelingen bevrijd is. Piekeren zegt ze niet meer te doen.

### BESCHOUWING

Willemijn voldoet aan alle diagnostische criteria van een GAS, en aan die van een specifieke fobie voor de tandheelkundige behandeling, zoals staat beschreven in de *Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders* (DSM 5), het diagnostisch classificatiesysteem van de psycholoog en psychiater. Uit onderzoeken blijkt dat ongeveer 40% van mensen met angst voor tandartsbehandeling die hiervoor speciale hulp zoeken, naast een tandartsfobie een andere



vorm van psychopathologie heeft, zoals een ander type angststoornis of een depressie (2). Voor angststoornissen onderling worden comorbiditeitspercentages gerapporteerd uiteenlopend van 62% tot 97%<sup>6</sup>. De angstreacties van een deel van de mensen zou derhalve niet primair opgewekt worden door stimuli die deel uitmaken van de context waarin de tandheelkundige behandeling zich afspeelt, maar door een algemeen patroon van angstig reageren. De GAS is een voorbeeld van een angststoornis met non-specifieke kenmerken (2). Mensen met een GAS zijn voortdurend gespannen, piekeren voortdurend en hebben angstsymptomen die bijna continu ervaren worden terwijl daar objectief gezien geen reden voor is. De excessieve angst en overmatige bezorgdheid zijn moeilijk beheersbaar (2,6). Een complicerende factor bij behandelen van een ‘tandartsfobie’ bij patiënten met een non-specifieke angst zoals de GAS is dat zij, omdat zij al jaren met hun angstklachten aan het tobben zijn, vaak diepgewortelde ideeën hebben over het ontstaan van hun angst, het beloop en het (beperkte) effect van een op angstreductie gerichte behandeling. Het effect van de angstbegeleiding wordt dan ondermijnd door de algemene disfunctionele opvatting over de angst zelf waarbij centraal staat dat zij er geen vertrouwen in hebben dat iets ooit zal helpen (2). Willemijn, de patiënt uit onderhavige casus, heeft deze irrationele, disfunctionele opvatting inmiddels bij kunnen stellen. Niet alleen het behandeltraject bij de CBT-psycholoog, maar ook het begeleidingstraject bij de POH-GGZ voorafgaand aan en

tijdens behandeling op het CBT heeft zeer positief bijgedragen aan het positieve behandelresultaat.

## CONCLUSIE

Behandeling van een patiënt met een GAS en met een specifieke fobie is goed mogelijk. Daarbij is het belangrijk dat rekening gehouden wordt met de kenmerken van de stoornis die relevant zijn, zoals de negatieve betekenisgeving, de sterk verhoogde inschatting van de kans dat er iets mis kan gaan en het benadrukken van de mogelijke gevaarlijke en negatieve kanten (de ernst) van een gebeurtenis. ■

## Referenties

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2013.
2. de Jongh A. Angst voor de tandarts. Assen: Koninklijke Van Gorcum; 2012.
3. Simon E, de Hullu E, Smeets G, van der Molen HT. Klinische Psychologie: Diagnostiek en behandeling. Groningen: Noordhoff Uitgevers B.V.; 2018.
4. ten Broeke E, Rijkeboer M. Over het hanteren van vermijding en veiligheidsgedrag bij de behandeling van angststoornissen: Overwegingen en praktische handvatten. Gedragstherapie. 2017; 50(1), 2-20.
5. ten Broeke E, de Jongh A. Handboek EMDR: Een geprotocolleerde behandelmethode voor de gevolgen van psychotrauma. Amsterdam: Pearson Benelux B.V.; 2012.
6. van der Molen HT, Simon E, van Lankveld J. Klinische Psychologie: Theorieën en Psychopathologie. Groningen: Noordhoff uitgevers; 2015.